

Original

Análisis de la sintomatología depresiva y el bienestar subjetivo por medio de series temporales breves

Analysis of depressive symptomatology and subjective well-being by short time series

J. F. Rodríguez-Testal*, M^a Valdés Díaz**

Resumen

Este trabajo de investigación muestra la utilidad de la recogida sistemática de información en personas de edad avanzada así como un procedimiento de análisis estadístico para la interpretación de la misma. Se presenta el caso de una anciana institucionalizada y se analizan las puntuaciones obtenidas en sintomatología depresiva y bienestar subjetivo por un período de casi dos años. El análisis de series temporales muestra una significativa tendencia al alza de la sintomatología depresiva y descenso del bienestar subjetivo, tal vez sutil para exploraciones clínicas rutinarias, pero demostrable desde un punto de vista estadístico. Un registro continuado puede revelar información valiosa acerca de lo que sucede en la evolución anímica de una persona de edad avanzada, sea como desarrollo anímico natural, como preludio de una alteración del humor o como seguimiento de casos clínicos.

Palabras clave: Depresión. Bienestar subjetivo. Sintomatología. Series temporales. Vejez.

Summary

This paper shows the utility of systematic collection of information on aging people. It's also pointed out a statistical analysis procedure to interpret this one. An institutionalized old woman case is presented and it's analysed the scores obtained on depressive symptomatology and subjective well-being for a nearly period of two years. The analysis of time series shows a significative tendency towards the rise for the depressive symptomatology and a falling-off in subjective well-being. This outcome may be fine in routine clinical explorations, but it's demonstrable from a statistical point of view. A continuous register can reveal useful information about what happens in mood evolution on an aging person. This evolution can be observed as a natural emotional development, as a prelude of a mood disorder or as a follow-up of clinical cases.

Key words: Depression. Subjective well-being. Symptomatology. Time series. Old age.

Introducción

El estudio de los trastornos del estado de ánimo en la vejez tropieza habitualmente con la asimetría entre la presencia abundante de sintomatología depresiva y la constatación de que los cuadros depresivos clínicos se producen con menor frecuencia en estas edades (1-5). Esto ha ocasionado que algunos autores cuestionen incluso si existe una depresión diferente entre las personas de edad o, al menos, con fenomenología o características muy peculiares (5-8) y una mayor heterogeneidad en la etiología, por ejemplo, la aceptada recientemente de los cambios vasculares cerebrales (9-11).

* DOCTOR EN PSICOLOGIA. PROFESOR DE PSICOPATOLOGIA.

** DOCTORA EN PSICOLOGIA. PROFESORA DE EVALUACION PSICOLOGICA.

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTO PSICOLOGICOS. FACULTAD DE PSICOLOGIA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA. GRUPO DE INVESTIGACION CTS-301

En la actualidad diversos estudios longitudinales han realizado las aportaciones más valiosas en el estudio de la etiología y curso de las alteraciones an micas en la vejez. Por ejemplo, los integrantes de los estudios AMSTEL (*Amsterdam Study of the Elderly*) y LASA (*Longitudinal Aging Study Amsterdam*) (12-14) han partido de tres posibles subgrupos etiológicos diferentes para la depresión en la vejez: una depresión de aparición temprana asociada con susceptibilidad desde el nacimiento y vulnerabilidad debida a episodios anteriores por medio de un procedimiento de sensibilización o *kindling*; una depresión de inicio tardío con deterioro cognoscitivo y vinculado a factores orgánicos y, por último, una de aparición tardía sin deterioro y asociada con el estrés vital. Sin embargo, aunque sus conclusiones son relevantes, no parecen definitivas. Además, muchos de estos trabajos longitudinales, fundamentalmente prospectivos, no est n exentos de críticas y limitaciones metodológicas.

Estos puntos de partida anticipan que los inconvenientes que ha acarreado la caracterización del cuadro depresivo en estas edades no radican únicamente en la especificidad de los síntomas o en la concreción de un subtipo diferente para la depresión del anciano, sino que abarcan incluso a la propia definición de lo que son las respuestas emocionales "esperables" para este grupo de edad, a tenor de las diferentes circunstancias vitales que experimentan y, posteriormente, en la determinación de lo que es la expresión de los síntomas emocionales y físicos en su solapamiento con las manifestaciones del propio envejecer.

En el presente trabajo se propone el primer análisis de una nueva línea de investigación. El objetivo principal de esta primera aportación es analizar la (in)estabilidad de la sintomatología depresiva y del bienestar subjetivo manifestado en una persona de edad avanzada. Para ello se recoge de forma sistemática y continua las respuestas de una persona objeto de estudio para, posteriormente, analizar estadísticamente la información recogida por medio de series temporales breves.

Aunque es habitual que los diseños de caso único se utilicen fundamentalmente para la valoración de la eficacia de un tratamiento, se ha considerado que la aplicación del análisis de series temporales puede permitir establecer con precisión el curso natural de manifestaciones afectivas o emocionales (no necesariamente las de un trastorno), analizar la influencia de factores estresantes, seguir la sintomatología en un diseño prospectivo o centrarse en el curso de un trastorno. Un antecedente interesante es el trabajo de Brooks, Kraemer, Tanke y Yesavage (15) y su modelo trilineal sobre el desarrollo y evolución del deterioro en la enfermedad de Alzheimer. El presente trabajo se limita al análisis de un caso pero puede aplicarse igualmente a grupos, con la extraordinaria ventaja de partir de un peque-

 o grupo de observaciones, frente al mínimo que exige el modelo ARIMA. En definitiva se considera que este procedimiento de trabajo puede tener grandes ventajas para la investigación, tanto etiológica como de curso o seguimiento, pero asimismo aplicable y extraordinariamente útil en la clínica cotidiana.

Método

Sujeto

La persona objeto de este estudio es una mujer de 87 años sin deterioro cognoscitivo significativo (primera medida SPMSQ de Pfeiffer [16] = 2 y dos meses después MMSE de Folstein et al. [17] = 24/30). Soltera, con formación cultural escasa (sabe leer y escribir), fue limpiadora. Es evaluada en una residencia para mayores en la que est  interna desde hace 4 años (en el momento en el que se inicia la investigación). Está encamada tras romperse la cadera en una caída. Tiene cataratas. Su padre falleció cuando ella tenía 4 años y parece haber algún antecedente de consumo de alcohol abusivo y ocasional hace bastante tiempo (comienzos de la adultez). Decidió ingresar en una residencia porque se encontraba sola y torpe. El seguimiento del deterioro cognoscitivo con el SPMSQ indica, para un periodo de más de dos años (13 medidas), oscilaciones entre 1 y 3 errores (promedio de 2 errores). El análisis cualitativo del deterioro (QED de Royall et al. [18] = 13/15) indica una ligera tendencia subcortical sin que se observen signos neurológicos menores. Su situación actual (momento en el que se comienza a recoger los datos de este estudio) se caracteriza por bajo apoyo social con contactos esporádicos (recibe visitas) del único hermano (de cuatro) que todavía vive. Además, es interesante subrayar dos aspectos de su comportamiento actual: por un lado, que tras la caída sufrida en la que se rompió la cadera experimenta un temor desproporcionado ante la posibilidad de volver a andar y caerse, motivo por el que prefiere permanecer encamada así como, por otro lado, su tendencia a permanecer a oscuras durante horas con la intención de ahorrar luz para la residencia. Las primeras valoraciones de su estado an mico encuentran cierta sintomatología depresiva (GDS de Brink et al. [19] = 18 y, dos meses después, SDS de Zung [20] = 54 (directa), con dominio de sintomatología cognitiva). Sin embargo, se desestima la posibilidad de un diagnóstico formal de trastorno del estado de ánimo (criterios DSM-IV), por lo que se considera sintomatología subclínica.

Diseño

Se ha utilizado un diseño intrasujeto longitudinal de medidas repetidas con un análisis de series tem-

porales breves (estadístico C de Young). Las variables observadas o de medida tenidas en cuenta han sido, por un lado, la sintomatología depresiva (puntuación global en la escala GDS) y el bienestar subjetivo (puntuación total y por factores de la escala PGC).

Instrumentos

Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey, y Rose (19), adaptada y validada a la población española por Izal y Montorio (21, 22). Esta prueba ha demostrado una gran utilidad para la evaluación de la sintomatología depresiva en el anciano. Tiene 30 cuestiones y habitualmente se acepta el punto de corte de 14 respuestas significativas con el objetivo de alcanzar la máxima especificidad (puntuaciones de 0 a 30). La escala GDS tiene 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 (23). Izal y Montorio (22), 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. Para contextos residenciales se aconseja un punto de corte superior, por ejemplo 16 respuestas significativas (8, 24, 25).

Escala de Bienestar Subjetivo Filadelfia (PGC) de Lawton (26). Aunque hay diversos formatos y el más utilizado es el de 17 ítems, la adaptación de la escala por parte de Montorio (27) a la población española la dejó definitivamente con 16 cuestiones. Su puntuación total evalúa el bienestar subjetivo o psicológico. Franco Martín, Monforte Porto y García Mellado (28) consideran a la PGC un instrumento que evalúa aspectos específicos (y complementarios, cabría añadir) de la depresión. Se usaron los factores obtenidos por Montorio (27, 29): actitud hacia el envejecimiento, satisfacción, agitación y aprensión. Para mayor claridad, Rodríguez-Testal (25) expuso las denominaciones de los cuatro factores en forma de dimensiones aplicando la terminología de Watson y Tellegen (30) y Clark y Watson (31): *componente cognoscitivo-afectivo*: inaceptación del cambio vs **actitud hacia el envejecimiento** positiva; *afecto positivo*: insatisfacción vs **satisfacción** (vital); *afecto negativo*: **agitación** (ansiedad) vs tranquilidad; **aprensión** (anergia, miedos) vs seguridad/energía. La adaptación de la PGC por Montorio (27) en una población residencial arroja una media global de 8'8 puntos (3'7 d.t.). Rodríguez-Testal (25), en un contexto residencial tanto de asistidos como de válidos, obtiene

un promedio global de 7 puntos (3'7 d.t.). En el caso de los factores y según ambos autores, respectivamente, los promedios fueron: actitud hacia el envejecimiento, 1'8 (1'4 d.t.) y 1'4 (1'1 d.t.); satisfacción, 2'4 (1'1 d.t.) y 1'6 (1'1 d.t.); agitación, 2'2 (1'1 d.t.) y 1'7 (1'1 d.t.) y aprensión, 2'4 (1'1 d.t.) y 2'0 (1'1 d.t.).

Cuestionario Breve de Estado Mental (SPMSQ) de Pfeiffer (16) para la evaluación del estado mental o presencia de deterioro cognoscitivo (23). Posee diez ítems (desorientación temporal, espacial, memoria remota, etc.). Está especialmente diseñado 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 (5-7) y severo (8-10).

Procedimiento

Este trabajo se inició con el consentimiento por parte de la persona objeto de estudio para ser evaluada sistemáticamente en la residencia en la que se hallaba interna y a quien se explicó en líneas generales el objetivo de la investigación y el procedimiento a seguir: se acordó que la recogida de información se haría en encuentros periódicos en los que se aplicarían oralmente los instrumentos escogidos. Asimismo se dispuso del permiso por parte de la dirección del centro que conocía el estudio y su finalidad.

Se obtuvieron un total de 36 medidas de sintomatología depresiva y 24 de bienestar a lo largo de un periodo de 21 meses en total (intervalo de 15 días aproximadamente entre medidas). Se procuró establecer un día fijo de la semana para llevar a cabo la entrevista, si bien estuvo sujeta a algunos cambios inevitables. La diferencia en el número de observaciones en una y otra medida se debe a que la inclusión de la PGC se hizo más tarde (cuando ya se llevaban 11 observaciones de la GDS). Durante el proceso de la entrevista se anotaban los sucesos que espontáneamente señalaba la residente acaecidos en los anteriores quince días tanto si eran positivos, negativos, duraderos u ocasionales.

Para el análisis estadístico se escogió el estadístico C ya que tiene la ventaja de operar con pocos datos sucesivos (al menos ocho observaciones), puede obtenerse por medio de un cálculo fácil y permite la estimación de la autocorrelación (32-34). Dado que en este caso no se trataba de la aplicación de un tratamiento, el procedimiento estadístico consistió en dividir el total de la serie arbitrariamente en dos partes iguales (A y B o primera y segunda parte). En el caso de la medida de depresión cada serie quedó constituida por 18 observaciones (36 en total) y en el bienestar subjetivo y sus factores

12 observaciones (24 en total). Es esperable que la aplicación del estadístico C no obtenga tendencia en ninguna de sus partes por separado (A o B) lo que indicaría estabilidad en cada serie por separado (Z observada < Z teórica). Finalmente se vuelve a aplicar el estadístico C a toda la serie (A + B) de modo que: si el estadístico C vuelve a no ser significativo sugeriría que no hay cambio o tendencia, es decir, que a lo largo del tiempo la sintomatología depresiva y el bienestar subjetivo se mantienen estables o sin modificaciones estadísticamente significativas. Por el contrario, si el estadístico C obtiene un resultado significativo ($Z_o > Z_t$) indicaría que hay un cambio en la tendencia. En este caso, la inspección visual y/u otro procedimiento estadístico puede indicar la recta que deriva de las puntuaciones y estimar así si hay incremento o descenso del criterio escogido.

El principal inconveniente que presenta la aplicación del estadístico C es cuando una sección de datos (por ejemplo la primera parte de una serie) es inestable, ya que puede sugerir una tendencia (nada se sabe de la dirección si no es por inspección visual) y se desconoce a qué atribuirlo con seguridad si en la segunda parte de la serie también hay tendencia o, por el contrario, ésta no se da. Tryon (33, 34) sugiere varias alternativas para solucionar esta dificultad, entre ellas, realizar una recta de regresión sobre los datos de la serie o, más sencillo, comparar los datos directos de las series (A con B). En ambos casos, al aplicarles nuevamente el estadístico C, un resultado significativo sugeriría cambio en la tendencia.

Además del cálculo del estadístico C se aplica el análisis de mínimos cuadrados para el total de las observaciones y cada puntuación de los criterios con el fin de obtener la recta de la tendencia y verificar así su dirección.

Como se ha dicho, la medida de sintomatología depresiva se aplicó en 36 observaciones, lo que representa un periodo de casi dos años, mientras que el criterio de bienestar subjetivo supone un periodo

de un año. En este último caso se desechó la última observación (coincidente con la número 36 de la GDS) al objeto de disponer de dos partes iguales en cada medida.

También es importante señalar, para la interpretación correcta de los resultados, que los valores bajos en el criterio PGC indican descenso en el bienestar subjetivo (total o global de la escala), actitud negativa hacia el proceso de envejecer (factor de actitud) e insatisfacción (factor de satisfacción) pero, en el caso de los dos últimos factores, representa exactamente la etiqueta que los nombra, esto es, agitación y aprensión. Se ha respetado, por tanto, la denominación original de los factores. En el apartado de instrumentos se presentan los factores en dimensiones con la denominación más adecuada para cada polo.

Resultados

Los análisis centrados en la sintomatología depresiva muestran estabilidad en las puntuaciones de la escala GDS en cada parte de la serie (primera y segunda parte, Tabla I). En concreto, ambas Z observadas fueron inferiores a la Z teórica de 2'25 para 18 observaciones, de lo que se deduce que las puntuaciones se presentan de una forma homogénea. Si se acude a la inspección visual de los datos recogidos se aprecia una tendencia ascendente, por lo que ha de interpretarse que las puntuaciones se alzan de un modo homogéneo (Fig. 1). Al aplicar el estadístico C a la serie completa, o ambas partes juntas (36 observaciones), se obtiene un cambio estadísticamente significativo dado que la Z observada supera a la Z teórica de 2'33 para $p < 0'01$. Por tanto, se observa una modificación relevante en la tendencia de una recta ascendente. Lo dicho se corrobora si se hallan los componentes de la recta de la tendencia por medio del procedimiento de los mínimos cuadrados: $y = 19'64 + 0'04x$.

Si se analizan los diversos sucesos que la perso-

TABLA I

Análisis con el estadístico C de las series de sintomatología depresiva (GDS) y bienestar subjetivo (PGC)

GDS primera parte (1-18)	GDS segunda parte (19-36)	GDS toda la serie	PGC primera parte (1-12)	PGC segunda parte (13-24)	PGC toda la serie
18 observaciones C = 0'10 error = 0'22 Zo = 0'45	18 observaciones C = 0'47 error = 0'22 Zo = 2'13	36 observaciones C = 0'41 error = 0'16 Zo = 2'56**	12 observaciones C = -0'19 error = 0'26 Zo = -0'73	12 observaciones C = 0'57 error = 0'26 Zo = 2'19	24 observaciones C = 0'45 error = 0'19 Zo = 2'36**

** Significativo para $p < 0'01$

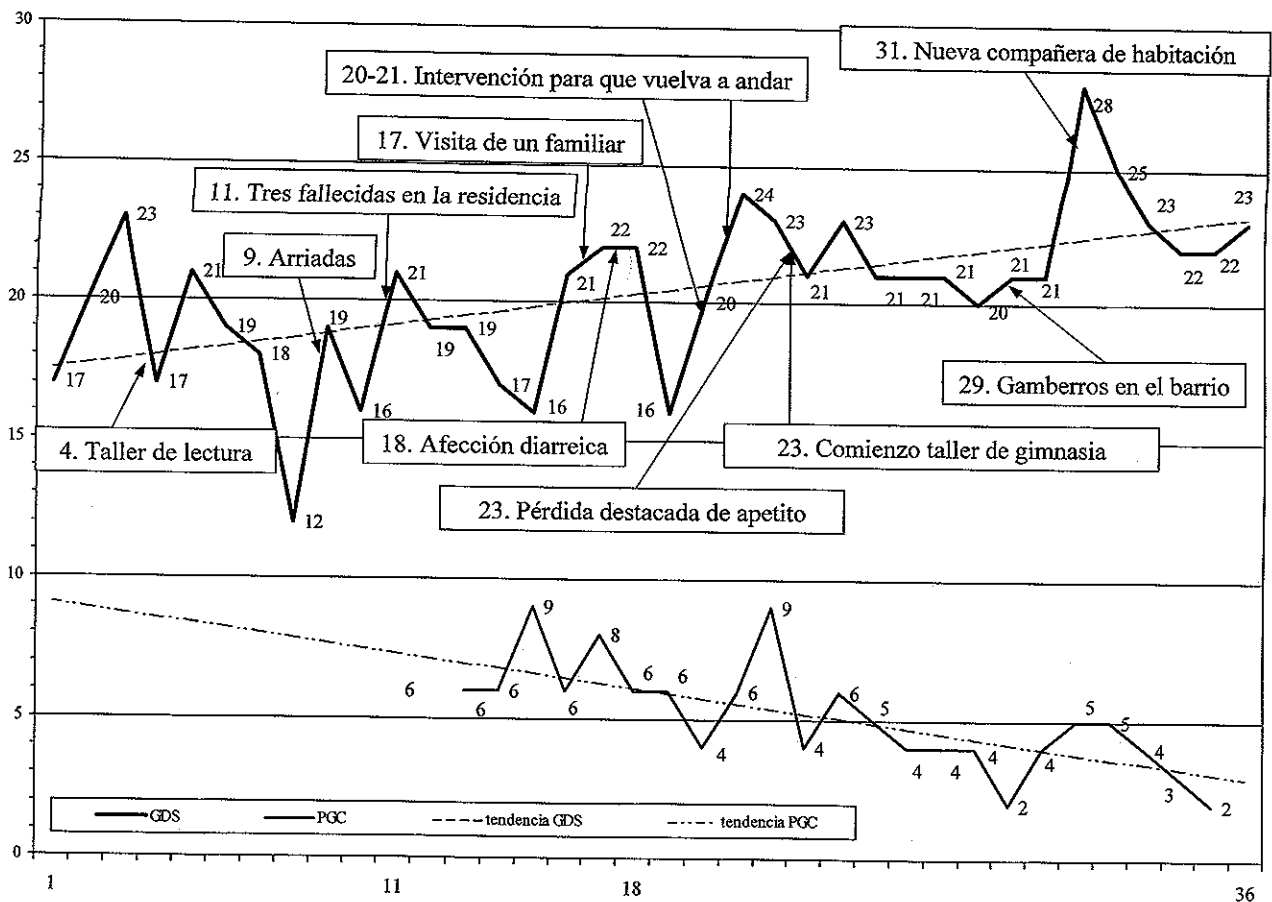


Fig. 1. Síntomas depresivos (GDS), bienestar subjetivo (PGC) y sucesos estresantes.

na objeto de estudio señalaba no es posible decantarse por la influencia decisiva de uno o varios factores estresantes (hay sucesos beneficiosos como el taller de lectura, el taller de gimnasia y otros que parecieron ser muy molestos para ella como el hecho de tener que compartir habitación con otra residente con la que no se llevaba bien) (Fig. 1).

El análisis cualitativo de los 30 ítems de la escala GDS de depresión a lo largo de las 36 observaciones indica que 15 preguntas fueron respondidas de forma idéntica y en la dirección de presencia sintomática entre el 76 y 100% de las ocasiones (Tabla II). Complementariamente 4 ítems se contestan significativamente de ninguna a nueve veces en las 36 observaciones o, dicho de otro modo, se contestan en el sentido no sintomático en la gran mayoría de las ocasiones (del 76 al 100%). Los 10 ítems restantes oscilan entre el 26 y el 75% en cuanto a su significado sintomático. Por tanto, este análisis cualitativo sugiere que 19 de las 30 cuestiones de la escala GDS se responden de un modo consistente a lo largo de observaciones que comprenden un periodo de casi dos años. Esto es relevante por cuanto se ha dicho antes que, además, las puntuaciones

se han ido incrementando con una tendencia determinada, por lo que el alza ha sido homogénea no sólo como puntuación global, sino también en cuanto al ítem respondido concretamente.

Con respecto a la medida de bienestar subjetivo los resultados son bastante acordes con lo mencionado para la sintomatología depresiva teniendo en cuenta, además, que empezaron a recogerse más tarde que éstos. Si se toma la medida global de bienestar (PGC) se observa estabilidad tanto en la primera y como la segunda parte de la serie dado que las Z observadas son inferiores a la Z teórica de 2'22 para 12 observaciones (Tabla I). Como en el caso de la sintomatología depresiva, el análisis de la serie completa del bienestar indica un cambio de tendencia (Z observada superior a Z teórica de 2'27 para 24 observaciones y $p < 0'01$) y, partiendo de una inspección visual de los valores, parece sugerir una caída en este criterio con el paso del tiempo (Fig. 1). En efecto, el cálculo de la recta de tendencia por el procedimiento de los mínimos cuadrados muestra una trayectoria descendente para la medida global de bienestar subjetivo (PGC): $y = 5'66 - 0'04x$.

TABLA II

Ítemes de la escala GDS de depresión que indican sintomatología presente o ausente y porcentaje de respuesta de respuestas significativas en 36 observaciones

ítemes GDS	ausente	presente	% respuestas significativas	ítemes GDS	ausente	presente	% respuestas significativas
ítem 1	31	5	13'88	ítem 16	5	31	86'11
ítem 2	17	19	52'77	ítem 17	0	36	100
ítem 3	0	36	100	ítem 18	26	10	27'77
ítem 4	2	34	94'44	ítem 19	27	9	25
ítem 5	6	30	83'33	ítem 20	3	33	91'66
ítem 6	12	24	66'66	ítem 21	0	36	100
ítem 7	23	13	36'11	ítem 22	36	0	0
ítem 8	6	30	83'33	ítem 23	11	25	69'44
ítem 9	31	5	13'88	ítem 24	2	34	94'44
ítem 10	2	34	94'44	ítem 25	0	36	100
ítem 11	9	27	75	ítem 26	11	25	69'44
ítem 12	14	22	61'11	ítem 27	8	28	77'77
ítem 13	21	15	41'66	ítem 28	3	33	91'66
ítem 14	8	28	77'77	ítem 29	15	21	58'33
ítem 15	14	22	61'11	ítem 30	3	33	91'66

TABLA III

Análisis con el estadístico C de las series de los factores actitud hacia el envejecimiento y satisfacción (PGC)

Actitud primera parte (1-18)	Actitud segunda parte (19-36)	Actitud toda la serie	Satisfacción primera parte (1-12)	Satisfacción segunda parte (13-24)	Satisfacción toda la serie
12 observaciones C = -0'19 error = 0'26 Zo = -0'73	12 observaciones C = 0'34 error = 0'26 Zo = 1'30	24 observaciones C = 0'21 error = 0'19 Zo = 1'10	12 observaciones C = 0'46 error = 0'26 Zo = 1'76	12 observaciones C = 0'21 error = 0'26 Zo = 0'80	24 observaciones C = 0'50 error = 0'19 Zo = 2'63**

** Significativo para $p < 0'01$

Este resultado correspondiente al bienestar subjetivo puede precisarse atendiendo a sus diferentes factores o facetas. Así, en el caso de la actitud hacia el envejecimiento, se observa estabilidad en la primera y en la segunda parte de la serie (Z teórica de 2'22, 12 observaciones, $p > 0'01$) así como en toda la serie (Z teórica de 2'27, 24 observaciones y $p > 0'01$), mostrando que no ha habido cambios estadísticamente significativos en la manera en que esta persona concibe el proceso de envejecer a lo largo de todo el periodo establecido de observación (Tabla III y Fig. 2). En el caso del factor satisfacción se observa estabilidad tanto en la primera como en la segunda parte de los datos (Z teórica de 2'22, 12 observaciones, $p > 0'01$) y cambio de tendencia en el global de la

serie (Z teórica de 2'27 para 24 observaciones y $p < 0'01$) en la dirección apuntada para el global de la escala (Tabla III y Fig. 2). Por tanto, se aprecia un descenso significativo en la satisfacción o, dicho de otro modo, un aumento paulatino de la insatisfacción.

En el caso del factor agitación (Tabla IV y Fig. 3) de la escala PGC se observa que la primera parte de la serie es estable (Z teórica de 2'22, 12 observaciones, $p > 0'01$) pero la segunda resulta inestable (Z teórica de 2'22, 12 observaciones, $p < 0'01$). Sin embargo, cuando se toma la serie completa no se observa una tendencia estadísticamente significativa (Z teórica de 2'27, 24 observaciones y $p > 0'01$). Por tanto, se han producido puntuaciones en este componente que lo han convertido en el más

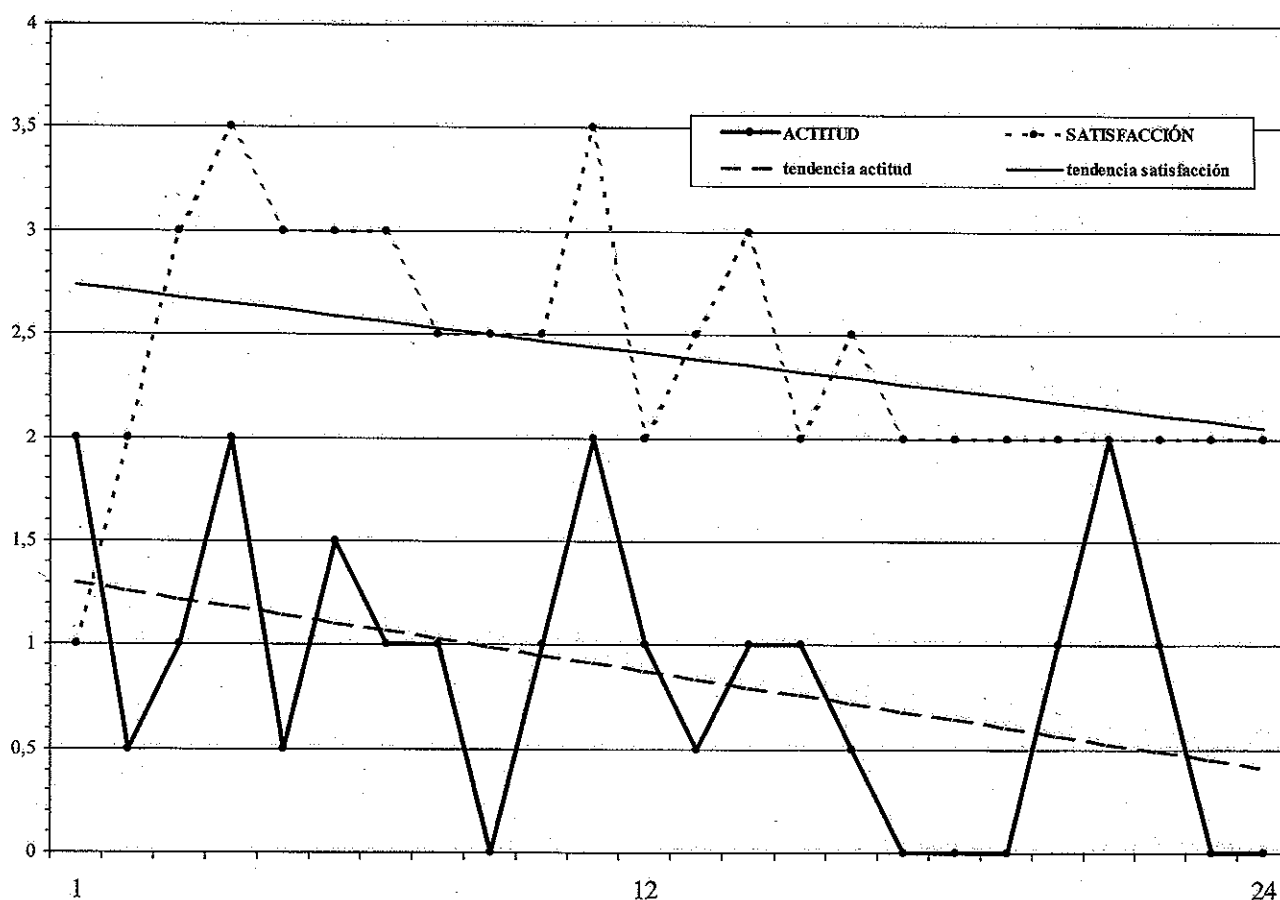


Fig. 2. Factores actitud hacia el envejecimiento y satisfacción (PGC)

TABLA IV

Análisis con el estadístico C de las series de los factores agitación y aprensión (PGC)

Agitación primera parte (1-18)	Agitación segunda parte (19-36)	Agitación toda la serie	Aprensión primera parte (1-12)	Aprensión segunda parte (13-24)	Aprensión toda la serie
12 observaciones	12 observaciones	24 observaciones	12 observaciones	12 observaciones	24 observaciones
C = -0'04	C = 0'77	C = 0'21	C = -0'32	C = -0'08	C = 0'15
error = 0'26	error = 0'26	error = 0'19	error = 0'26	error = 0'26	error = 0'19
Zo = -0'15	Zo = 2'96**	Zo = 1'10	Zo = -1'23	Zo = 0'30	Zo = 0'78

** Significativo para $p < 0'01$

cambiante aunque al final se haya estabilizado al tener en cuenta el global de los datos. El factor aprensión (Tabla IV y Fig. 3) muestra estabilidad tanto en cada parte de la serie por separado (Z teórica de 2'22, 12 observaciones y $p > 0'01$) como en

el total de las observaciones (Z teórica de 2'27 para 24 observaciones y $p > 0'01$). Este factor, al igual que en lo sucedido con la actitud hacia el envejecimiento, se muestra equilibrado a lo largo de las 24 observaciones.

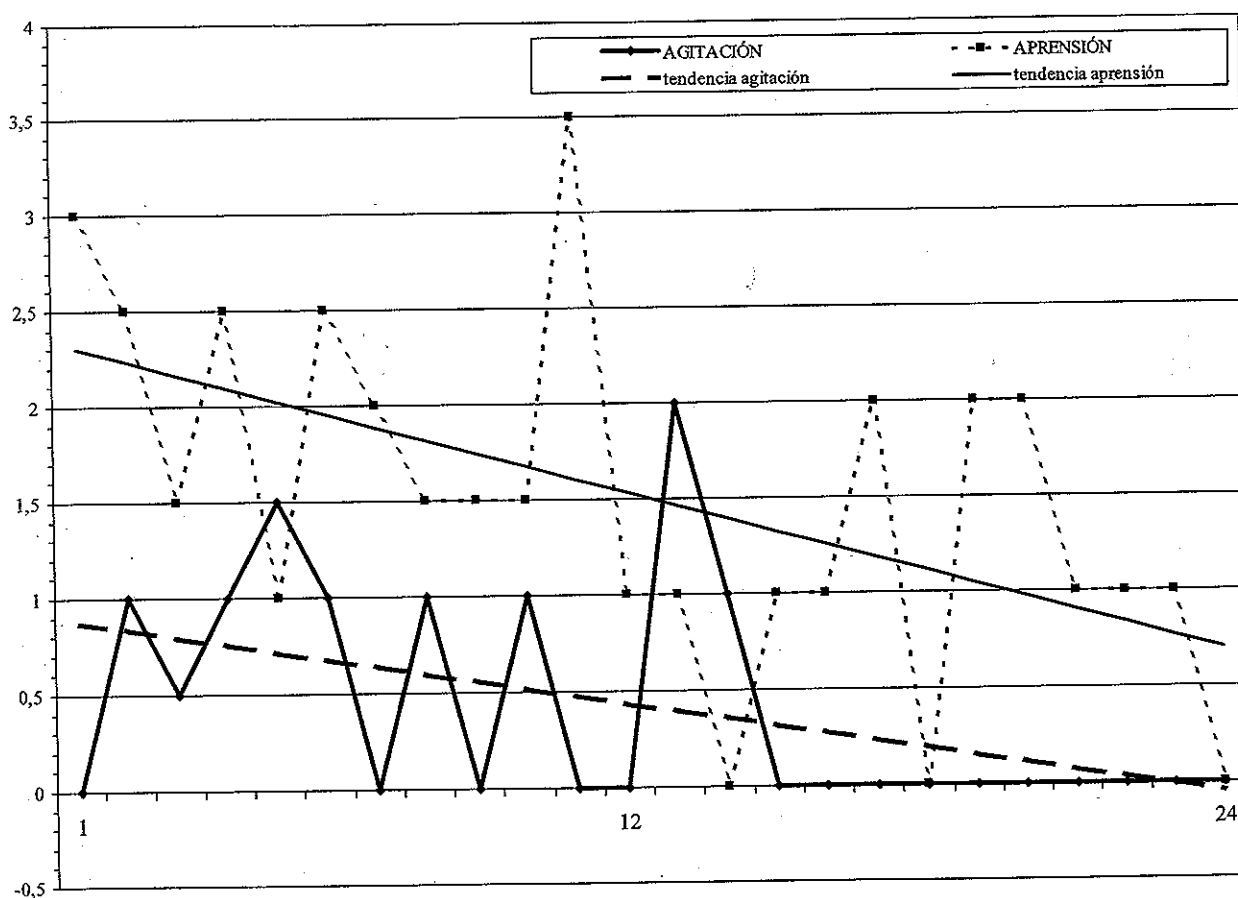


Fig. 3. Factores agitación y aprensión (PGC)

Discusión

Este trabajo de investigación pretende mostrar la utilidad de la recogida prolongada y sistemática de información en personas de edad avanzada así como un procedimiento de análisis estadístico para la valoración e interpretación de la misma. El caso que se presenta tiene interés especial por cuanto, desde una perspectiva clínica, no había sospechas ni indicios que sugirieran la presencia de un trastorno del estado de ánimo, es más, durante largos periodos de tiempo la sintomatología se mantenía estable aparentemente. El análisis de las puntuaciones obtenidas en el espacio de tiempo de casi dos años muestra que hay una tendencia al alza, tal vez sutil para exploraciones clínicas rutinarias, pero demostrable desde un punto de vista estadístico. Se ha de considerar, por tanto, que un control continuado puede revelar información valiosa acerca de lo que sucede en la evolución anímica de una persona de edad avanzada, sea como preludio de una alteración del humor o como un desarrollo anímico natural en la persona objeto de estudio.

Los resultados alcanzados en este trabajo vuel-

ven a poner de manifiesto la discrepancia comúnmente subrayada entre las altas tasas de sintomatología depresiva de las personas de edad avanzada, sobre todo institucionalizada, frente a la baja presencia de trastornos del estado de ánimo cuando se toma una perspectiva categorial o de diagnóstico clínico formal (1, 2, 6, 25). Tras casi dos años de recogida de información no es posible, partiendo de las puntuaciones en la escala GDS o siguiendo las clasificaciones internacionales, dar un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo en el caso que se presenta, aunque resulte evidente la presencia de sintomatología depresiva. Para Gatz (1) lo que sucede entre las personas de edad avanzada consiste en una caída del afecto positivo en mayor medida que un incremento del afecto negativo. A la luz de los datos obtenidos se coincide parcialmente con esta aseveración por cuanto, desde un punto de vista clínico, no puede constatarse el humor característico u otras manifestaciones destacadas de la estirpe depresiva (v.g. síntomas biológicos), pero sí un incremento general y lineal de sintomatología depresiva. Por tanto, siguiendo a esta autora, tal vez la pérdida de afecto positivo quedaría reflejado en el aumento en las

puntuaciones de la escala GDS y en el descenso en los valores del factor de satisfacción (escala PGC de bienestar). En cuanto al afecto negativo (también en la escala PGC), si se atiende al resultado final, es cierto que tres de los cuatro factores no sugieren cambio en la tendencia de forma estadísticamente significativa (en el total de la serie correspondiente a un periodo de un año). Sin embargo, si se tiene en cuenta la inspección visual y la tendencia de los datos (Figs. 2 y 3), sí se aprecia una caída paulatina en todos y cada uno de los componentes del bienestar subjetivo.

Analizando más concretamente los factores del bienestar subjetivo recogidos por medio de la escala PGC, el factor actitud hacia el envejecimiento (PGC), como se ha dicho, se mantiene estable, lo que coincide con la idea de que este componente cognoscitivo-afectivo es el más constante (27, 29), o el que se modifica más lentamente, cabría añadir ahora. En el factor satisfacción era esperable que sus puntuaciones coincidieran en gran medida con las alcanzadas con la GDS. De hecho, las principales correlaciones entre la GDS y la PGC suelen proceder de este factor (25). En el caso del factor agitación se representaría la ansiedad más reactiva y, por ello, cabe especular con la posibilidad de que algunos picos ocasionaran la inestabilidad de la segunda parte de la serie. En el factor aprensión se observa estabilidad en los tres momentos analizados, lo que junto con la actitud hacia el envejecimiento, pueden representar los factores más inalterables. A diferencia de la agitación, por consiguiente, la aprensión representaría una forma de ansiedad más duradera.

Los resultados obtenidos con esta medida de bienestar subjetivo coinciden parcialmente con los hallados por Kunzmann, Little y Smith (35) en el análisis longitudinal de los datos (4 años) del *Berlin Aging Study*. Estos autores sólo observaron cambios en el afecto positivo o negativo cuando diferenciaron los mayores de los más afeitados en un periodo de 4 años. En este sentido, como la persona objeto del presente estudio, también de edad muy avanzada, observaron un declive en el afecto positivo y en algunas dimensiones del bienestar, mientras otras permanecían estables. Finalmente concluyeron que el declive del bienestar guardaba relación principalmente con las dificultades de salud.

Por todo lo dicho, es posible que el incremento del afecto negativo sea silente y parejo con el descenso en el afecto positivo pero precise, en el caso analizado, de un tiempo de observación más dilatado para resultar estadísticamente significativo (o, por el contrario, para ratificar la estabilidad de sus puntuaciones).

Las diversas situaciones estresantes recogidas que señalaba la persona participante en este estudio no permiten sacar conclusiones definitivas. Algunos sucesos eran esperablemente favorables (como re-

cibir una visita) y otros negativos (como la presencia de una nueva compañera en la habitación). Tal vez, como señalan diversos autores, la mayor vinculación con la sintomatología depresiva procede del ámbito de la salud, más concretamente, la enfermedad crónica y la discapacidad (2, 36, 37).

Una alternativa para interpretar la disparidad entre la sintomatología depresiva abundante y la baja presencia de trastornos del estado de ánimo entre los mayores es la desarrollada por los representantes del *Institute on Aging and Adult Life* de la Universidad de Wisconsin (USA). Estos autores aludieron a una forma depresiva que denominaron *síndrome de depleción* (38-41). La observación original indicaba que en esta manifestación depresiva los síntomas se incrementaban con los años, principalmente desde la séptima década de vida, al contrario de lo que se observaba en los trastornos del estado de ánimo en esos mismos intervalos de edad. Asimismo señalaron que esta condición se vinculaba especialmente con la discapacidad y las condiciones físicas crónicas o debilitantes. Desde un punto de vista clínico destacaron síntomas como la pérdida de interés por las cosas, la retirada social, la enervación, la desesperanza y la pérdida de apetito, en lugar del humor depresivo característico u otros síntomas destacados de la estirpe depresiva. Estas manifestaciones también han sido apoyadas por Gallo, Rabins, Lyketsos, Tien y Anthony (42) cuando refieren una depresión no disfórica y Gatz (1) cuando alude al concepto de agotamiento de la reserva afectiva.

Según lo señalado cabría la posibilidad de plantearse si en muchos casos, como el que se presenta, se trata en realidad de manifestaciones depresivas asimilables al síndrome de depleción de Newmann y colaboradores o de agotamiento afectivo según Gatz, pero no encuadrables como un trastorno del estado de ánimo en sentido estricto. Revisando las medidas recogidas con esta persona objeto de estudio se observa que el deterioro cognitivo (medido de forma continuada con el SPMSQ) permanece estable durante todo el tiempo (con oscilaciones ligeras en 13 medidas). Esto mismo sucede con la escala de Newcastle durante 15 observaciones consecutivas (esto es, sin cambios en el espectro depresivo endógeno). Por tanto, los datos parecen sugerir un incremento lento y paulatino de la sintomatología depresiva que es homogéneo (según se desprende del análisis cualitativo de las respuestas) y representaría una caída del afecto positivo. Además, al menos en el tiempo desarrollado de observación, la sintomatología no parece ir ligada al deterioro cognoscitivo progresivo ni a características depresivas endógenas. También se aprecia un descenso complementario en algunas facetas del bienestar subjetivo, vinculado todo ello a un estado de discapacidad, preferencia por el aislamiento y resistencia a volver a andar por temor a nuevas caídas (aunque

en un momento dado era perfectamente capaz de hacerlo). En definitiva se trata de un estilo personal actual tendente a la acomodación (43) probablemente motivado por el declive físico y la pérdida de competencia personal.

Estos indicadores, ya sugeridos en el mencionado síndrome de depleción, guardan también relación con la aportación de Baker y Miller (44) quienes, trabajando con mayores de centros de cuidados prolongados, describen un comportamiento de retirada del ambiente que denominan "encapsulamiento" (*cocooning*). Describen que estas personas pasaban el mayor tiempo posible en la cama, en la silla de ruedas o en una silla en una habitación a oscuras. Con su posición procuran no ser vistos por los internos o los miembros del personal. Excluyen la luz y mantienen la televisión y la radio apagadas. Es interesante la similitud con el caso expuesto. Sin embargo, estos autores sí establecieron diagnósticos de depresión mayor (criterios DSM) para los casos que analizaron y consideraron este encapsulamiento como un signo de depresión entre las personas de edad avanzada.

En el caso expuesto en este trabajo de investigación, siguiendo el modelo de Schulz y Heckhausen (37), se patentiza la transición a estrategias de afrontamiento más secundarias ya que se ha perdido el control primario sobre el ambiente. A ello contribuye el descenso del afecto positivo y el incremento paulatino del afecto negativo ante sucesos de pérdida (de vigor físico) y otros muchos eventos cotidianos que representan amenaza en alguna medida. Por tanto, y en ausencia de otros indicadores depresivos (al menos por el momento), se produce una tendencia al control secundario por compensación (aceptación o resignación de su situación) apartándose del ambiente para limitar las dificultades a las que enfrentarse (sea encontrarse con los demás o caminar de forma autónoma).

Antes de concluir han de señalarse algunas consideraciones acerca de este estudio. En primer lugar, se trata de un análisis de caso único, lo que reduce el margen de extrapolación de los resultados. En segundo lugar, la persona objeto de estudio estaba institucionalizada, lo que limita las conclusiones aunque, obviamente, el procedimiento que se describe es aplicable a cualquier contexto. En tercer lugar, una crítica puede provenir del formato de respuesta utilizado (entrevista y respuestas a un cuestionario), sin embargo, el análisis de la consistencia en los ítems demuestra que no es una limitación. Además, este procedimiento puede utilizarse con formatos autoaplicados o heteroaplicados. En cuarto lugar, en este tipo de diseños es difícil de determinar la influencia de ciertas variables (medicación o deterioro cognoscitivo, por ejemplo) aunque, al ser el sujeto su propio control, la información obtenida es segura y útil. No obstante, con respecto al deterioro cognoscitivo, en esta investigación se ha seguido su evolu-

ción por si se registraban cambios de relieve. En general, una manera de tener en cuenta el posible influjo de un factor en una serie es conocer con exactitud el momento de aparición o comienzo. En quinto lugar, según se desprende del análisis de este caso, es posible que se requiera de un tiempo de observación más prolongado para estimar con más seguridad los cambios en el bienestar subjetivo (tanto para estabilizar como inestabilizar la serie). En sexto lugar y, en función de los anteriores comentarios, se hace necesaria información sobre más casos para poder contrastar y generalizar conclusiones (por ejemplo, con las series temporales agrupadas o *pooled time series*). En este sentido, este trabajo de investigación ha adelantado los resultados de un caso pero actualmente están en preparación varios casos más. Finalmente, en séptimo lugar, se han comparado algunos resultados con estudios longitudinales (35, 36, 42). Esto ha de tomarse con cautela pues estas investigaciones trabajan con grupos, población no institucionalizada y medidas repetidas en intervalos de varios años pero no con series temporales. Sin embargo, se han considerado cotejables dado que ambos casos representan información obtenida a lo largo del tiempo que supera claramente los diseños transversales.

En suma, se puede considerar que el registro sistemático de los criterios escogidos representa un procedimiento útil, de fácil aplicación y claramente fiable para poder llegar a conclusiones más definitivas sobre el estado de ánimo, el bienestar subjetivo y sus tendencias entre las personas de edad avanzada. El intervalo entre medidas ha sido de 15 días aproximadamente, pero puede acortarse o alargarse en función de las medidas escogidas.

En el caso presentado no aparecen factores estresantes extraordinarios, salvo el antecedente de discapacidad en la persona objeto de estudio, pero en el caso de que se identificaran también permitiría analizar los cambios en la sintomatología depresiva y el bienestar y tal vez establecer nexos causales, repercusiones, durabilidad, etcétera.

Por último, este diseño puede proporcionar una base segura sobre la que desarrollar un adecuado estudio de la etiología, del curso de un trastorno así como en el caso de una intervención y realizar un seguimiento preciso de los resultados alcanzados.

CORRESPONDENCIA:

Dr. J. F. Rodríguez-Testal
Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla
C / Camilo José Cela s/n
E-41018 Sevilla
E-mail: testal@us.es
mvaldes@us.es

Bibliografía

1. Gatz M. Variations on Depression in Later Life. En S.H. Qualls y N. Abeles, (Eds.), *Psychology and the Aging Revolution. How to Adapt to Longer Life* (pp 239-254). Washington, DC: APA, 2000.
2. Gatz M, Zarit SH. A Good Old Age: Paradox or Possibility. En V.L. Bengtson y K.W. Schaie (Eds), *Handbook of Theories of Aging* (pp 396-416). New York: Springer Publishing Company, 1999.
3. Girling DM, Barkley C, Paykel ES, Gehlhaar E, Brayne C, Gill C, Mathewson D, Huppert FA. The Prevalence of Depression in a Cohort of the very Elderly. *Journal of Affective Disorders*, 1995; 34: 319-329.
4. Jorm AF. The Epidemiology of Depressive States in the Elderly: Implications of Recognition, Intervention and Prevention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1995; 30: 53-59.
5. Karel MJ. Aging and Depression: Vulnerability and Stress across Adulthood. *Clinical Psychology Review*, 1997; 17: 847-879.
6. Gallo JJ, Anthony JC, Muthén BO. Age Differences in the Symptoms of Depression: A Latent Trait Analysis. *Journal of Gerontology*, 1994; 49: 251-264.
7. Joiner TE Jr. Depression: Current Developments and Controversies. En S.H. Qualls y N. Abeles, (Eds.), *Psychology and the Aging Revolution. How to Adapt to Longer Life* (pp 223-237). Washington, DC: APA, 2000.
8. Kongstvedt SJ, Sime W. Diagnosis of Depression in Early- and Late-Onset Geriatric Depression: An Evaluation of Commonly Used Self-Assessment Measures. *Behavior, Health and Aging*, 1992; 2: 133-148.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. DSM-IV-TR*. Washington, DC: APA, 2000.
10. Alexopoulos GS. Biological Correlates of Late-Life Depression. En L.S. Schneider, C.F. Reynolds, B.D. Lebowitz y A.J. Friedhoff (Eds.), *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life: Results of the NIH Consensus Development Conference* (pp 101-116). Washington: American Psychiatric Press, 1994.
11. Krishnan KRR. Neuroanatomic Substrates of Depression in the Elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 1993; 6: 39-58.
12. de Beurs E, Beekman A, Geerlings S, Deeg D, van Dyck R, van Tilburg W. On Becoming Depressed or Anxious in Late Life: Similar Vulnerability Factors but Different Effects of Stressful Life Events. *British Journal of Psychiatry*, 2001; 179: 426-431.
13. Schoevers RA, Beekman ATF, Deeg DJH, Geerlings MI, Jonker C, van Tilburg W. Risk Factors for Depression in Later Life; Results of a Prospective Community Based Study (AMSTEL). *Journal of Affective Disorders*, 2000; 59: 127-137.
14. Van den Berg MD, Oldehinkel AJ, Bouhuys AL, Brillman EI, Beekman ATF, Ormel J. Depression in Later Life: Three Etiologically Different Subgroups. *Journal of Affective Disorders*, 2001; 65: 19-26.
15. Brooks J, Kraemer MC, Tanke ED, Yesavage J. The Methodology of Studying Decline in Alzheimer's Disease. *Journal of the American Geriatric Society*, 1993; 41: 623-628.
16. 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.
17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 1975; 12: 189-198.
18. Royall DR, Mahurin RK, Gray KF. Bedside Assessment of Executive Cognitive Impairment: the Executive Interview. *Journal of the American Geriatric Society*, 1992; 40: 1221-1226.
19. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose TL. Screening Tests for Geriatric Depression. *Clinical Gerontologist*, 1982; 1: 37-43.
20. Zung WW. A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 1965; 12: 63-70.
21. Izal M, Montorio I. Adaptation of the Geriatric Depression Scale in Spain: A Preliminary Study. *Clinical Gerontologist*, 1993; 13: 83-91.
22. 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.
23. Fernández Ballesteros R, Izal M, Montorio I, González JL, Díaz Veiga P. Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez. Barcelona: Martínez Roca, 1992.
24. Lobo A, Ventura T, Marco C. Psychiatric Morbidity among Residents in a Home for the Elderly in Spain: Prevalence of Disorder and Validity of Screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1990; 5: 83-91.
25. Rodríguez-Testal JF. El Estado Afectivo de las Personas Mayores de 60 Años Institucionalizadas de la Provincia de Sevilla: la Influencia del Motivo de Ingreso en la Residencia. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Sevilla, 1999.
26. Lawton MP. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision. *Journal of Gerontology*, 1975; 30: 85-89.
27. Montorio Cerrato I. Evaluación Psicológica de la Vejez: Instrumentación desde un Enfoque Multidimensional. Tesis Doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, 1990.
28. Franco Martín MA, Monforte Porto JA, García Mella-do JA. Instrumentos de Evaluación y Exploración

- Complementaria. En L., Agüera Ortiz, M., Martín Carrasco y J. Cervilla Ballesteros (Eds.), *Psiquiatría Geriátrica* (pp 123-169). Barcelona: Masson, 2002.
29. Montorio Cerrato I. *La Persona Mayor. Guía Aplicada de Evaluación Psicológica*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
 30. Watson D, Tellegen A. Toward a Consensual Structure of Mood. *Psychological Bulletin*, 1985; 98: 219-235.
 31. Clark LA, Watson D. Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991; 100: 316-336.
 32. DeCarlo LT, Tryon WW. Estimating and Testing Autocorrelation with Small Samples: A Comparison of the C-Statistic to a Modified Estimator. *Behavior Research and Therapy*, 1993; 31: 781-788.
 33. Tryon WW. A Simplified Time-Series Analysis for Evaluating Treatment Interventions. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1982; 15: 423-429.
 34. Tryon WW. A Simplified Time-Series Analysis for Evaluating Treatment Interventions: A Rejoinder to Blumberg. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1984; 17: 543-544.
 35. Kunzmann U, Little TD, Smith J. Is Age-Related Stability of Subjective Well-Being a Paradox? Cross-Sectional and Longitudinal Evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 2000; 15: 511-526
 36. Livingston G, Watkin V, Milne B, Manela MV, Katona C. Who Becomes Depressed? The Islington Community Study of Older People. *Journal of Affective Disorders*, 2000; 58: 125-133.
 37. Schulz R, Heckhausen J. Emotion and Control: A Life-Span Perspective. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 1997; 17: 185-205.
 38. Newmann JP, Engel RJ, Jensen J. Depressive Symptom Patterns among Older Women. *Psychology and Aging*, 1990; 5: 101-118.
 39. Newmann JP, Engel RJ, Jensen J. Age Differences in Depressive Symptom Experiences. *Journal of Gerontology*, 1991a; 46: 224-235.
 40. Newmann JP, Engel RJ, Jensen J. Changes in Depressive-Symptom Experiences among Older Women. *Psychology and Aging*, 1991b; 6: 212-222.
 41. Newmann JP, Klein MH, Jensen JE, Essex MJ. Depressive Symptom Experiences among Older Women: A Comparison of Alternative Measurement Approaches. *Psychology and Aging*, 1996; 11: 112-126.
 42. Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG, Tien AY, Anthony JC. Depression without Sadness: Functional Outcomes of NonDysphoric Depression in Later Life. *Journal of the American Geriatric Society*, 1997; 45: 570-578.
 43. Brandtstädter J, Greve W. The Aging Self: Stabilizing and Protective Processes. *Developmental Review*, 1994; 14: 52-80.
 44. Baker FM, Miller CL. "Cocooning": A Clinical Sign of Depression in Geriatric Patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 1991; 42: 845-846.