

# Efectividad de las Pruebas Psicométricas en el Diagnóstico y Seguimiento de Deterioro, Depresión y Ansiedad en las Personas Mayores

## Effectiveness of Tests for the Diagnosis and Follow up of Deterioration, Anxiety and Depression in Elderly People

Enrique Arrieta Antón  
Universidad de Segovia

L. M. Almudena García Alonso  
Universidad Complutense de Madrid

**Resumen.** El presente estudio indaga acerca de la posible correlación existente entre depresión, ansiedad y deterioro en personas mayores. Se examina el valor predictivo de los cuestionarios utilizados en Atención Primaria puesto que los resultados estadísticos no siempre coinciden con la experiencia clínica. La conclusión final apunta a que existen dos variables que podrían justificar este hecho: La dificultad para evaluar síntomas afectivos frente a síntomas cognitivos en atención primaria. El desconocimiento del entorno en que envejecen las personas, que opera como variable contaminante en los resultados de la evaluación personal. Por último, se sugiere que se tengan en cuenta las diferencias entre Atención Primaria y práctica psiquiátrica a la hora de establecer un modelo para la identificación y tratamiento de la Depresión, utilizándose un instrumento de medida para el diagnóstico diferente del empleado para observar la evolución.

*Palabras clave:* trastornos de la personalidad, Rorschach, TAT, evaluación psicológica.

**Abstract.** This paper analyzes the correlation between depression, anxiety and deterioration in elderly people. Since statistical results not always match up clinical experience, the predictive value of primary health care was checked. As a conclusion it appears to be two reasons accounting for this fact: the difficulty to assess affective vs cognitive symptoms in primary health care and a lack of knowledge of the environment where people age—a fact that contaminates personal assessment results. Finally, a suggestion is made to consider the differences between primary care and psychiatric care with regard to establishing a model for depression identification and treatment—the tool for diagnosis should be different from the one used to check symptom evolution.

*Key words:* personality disorders, Rorschach, TAT, psychological assessment.

### Introducción

El envejecimiento de la población es un fenómeno cuya importancia es hoy reconocida a todos los

niveles, por sus repercusiones económicas y sociales. Nunca antes en la historia se habían alcanzado las cifras de personas mayores de las sociedades occidentales, en términos absolutos y relativos. Uno de los campos sobre el que el envejecimiento incide con más trascendencia es el de la salud, la edad avanzada es un factor de riesgo de gran número de

---

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al primer autor a la Universidad SEK de Segovia. Facultad de Psicología. C/ Cardenal Zúñiga, 12. 40003 Segovia. la E-mail: [earrieta@gmail.com](mailto:earrieta@gmail.com)

trastornos, y el aumento en el número de años vividos tiene como contrapartida una mayor tasa de enfermedades crónicas, que en muchos casos son causa de incapacidad, y por lo tanto requieren una mayor actuación de los servicios sanitarios y sociales.

Entre los problemas de salud más prevalentes en las poblaciones ancianas se encuentran la Depresión y el Deterioro Cognitivo. En las personas ancianas suele ser difícil determinar si los síntomas cognoscitivos, sobre todo la pérdida de memoria, son atribuibles a un proceso normal de envejecimiento, al inicio de una demencia o a un episodio depresivo. La depresión en los ancianos suele presentar, como uno de sus síntomas principales, las quejas de memoria. Los antecedentes de la persona, la secuencia de presentación de los síntomas, los signos sospechosos de implicación orgánica, y la respuesta al tratamiento (al tratar con éxito el episodio depresivo suelen desaparecer los problemas de memoria), son los que nos van a inclinar hacia un diagnóstico u otro. Pero esto es evidente sólo después de un tiempo de evolución, mientras que la diferenciación entre ambos cuadros es útil en sus inicios, y no al final de su evolución.

Por otra parte tampoco es raro que demencia y depresión puedan coexistir. La depresión en personas con demencia se ha explicado como la reacción emocional del paciente cuando se enfrenta con sus problemas cognitivos.

Algunos ancianos pueden deprimirse, entre otros factores, debido a la percepción de su propio deterioro, a las amenazas que suponen los cambios en su ambiente social, o debido a cambios en las estructuras cerebrales asociadas con la afectividad en el proceso de envejecimiento. Las propias cogniciones del anciano van a ser un importante mediador en la presencia de síntomas depresivos y trastornos de memoria. Además, los factores cognitivos de la depresión en la vejez pueden verse favorecidos por la visión social negativa y los estereotipos que se mantienen sobre la vejez.

Nuestro sistema sanitario está organizado sobre la base de dos estructuras: La Atención Primaria y la Atención Especializada. La Atención Primaria constituye la puerta de entrada al sistema sanitario, es el nivel asistencial más próximo a los ciudada-

nos, más accesible, el que recibe la mayor parte de las quejas en primera instancia, y en el que se resuelven la mayoría de los problemas de salud. El aumento de la prevalencia de problemas crónicos también supone que los pacientes son derivados desde la Atención Primaria a la Atención Especializada para un correcto diagnóstico, y tras instaurar el tratamiento, muchas veces, éstos son seguidos de forma conjunta, o en exclusiva por los sanitarios del primer nivel asistencial. Es en Atención Primaria donde las personas plantean sus problemas de salud, y donde deben detectarse precozmente aquellas situaciones que pueden mejorar con tratamiento adecuado.

Para el manejo de los problemas de salud, como los que estamos comentando relacionados con el envejecimiento, la Atención Primaria tiene unas ventajas derivadas de su propia definición:

- Integral
- Integrada
- Continuada y permanente
- Activa
- Accesible
- Comunitaria y participativa
- Programada y evaluable
- Trabajo en equipo
- Docente e investigadora

Sin embargo, también hay unos obstáculos evidentes para la correcta identificación y abordaje del Deterioro Cognitivo y la Depresión, obstáculos que también son comunes a otros problemas de salud, fundamentalmente:

- *Déficits formativos en:*
  - Aspectos clínicos
  - Herramientas de diagnóstico
  - Tratamiento farmacológico y no farmacológico
  - Cuidado del cuidador, y acceso a recursos
  - Comunicación, con el enfermo y la familia
- *Problemas organizativos:*
  - Falta de tiempo
  - Imposibilidad de acceso a pruebas complementarias
  - Problemas de coordinación (entre el propio equipo de AP, con el 2º Nivel, y con los Servicios Sociales)
- *Discordancia entre el lenguaje de las pruebas*

*psicométricas y el del propio paciente a la hora de expresar los estados afectivos (un ejemplo son algunas de las preguntas de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage)*

En Atención Primaria es una práctica frecuente la utilización de pruebas psicométricas breves, en base a las recomendaciones de Guías de Buena Práctica Clínica, Protocolos Asistenciales, u otras publicaciones, avaladas por Sociedades Científicas, o autores de prestigio. La atención a los ancianos, y a las personas dependientes es al área en el que más se utilizan tests, fundamentalmente para:

1. Valoración cognitiva
2. Valoración afectiva
3. Valoración funcional

1. *Valoración Cognitiva:* Los tests más utilizados para valorar el deterioro cognitivo son el MMSE (Mini Mental Status Examination, de Folstein) y el MEC este último es una versión del anterior, adaptada y traducida a nuestro idioma, y validada en varios estudios. (Lobo et al., 1999).

Ambos se han utilizado indistintamente en atención primaria, aunque el MEC está más extendido. Sin embargo no son equivalentes. Existen problemas, como por ejemplo que en sus versiones clásicas para el punto de corte 24/23 se detectan prevalencias distintas de posible deterioro cognitivo (el punto de corte óptimo 24/23 del MEC se corresponde con 20/19 en el MMSE). Por ello, y por las características del Deterioro Cognitivo en los ancianos, el diagnóstico de deterioro cognitivo y demencia es clínico, y no psicométrico, no se recomienda la utilización de estas pruebas con la finalidad de cribado.

Hay circunstancias en que el MEC (o el MMSE) no se pueden utilizar porque la persona mayor presenta algún déficit sensorial importante, o por analfabetismo. En estos casos, las Guías y Protocolos ofrecen algunas alternativas con la finalidad de objetivar el Déficit Cognitivo que presenta el anciano. Las alternativas más utilizadas son el SPMSQ de Pfeiffer o el Set Test de Isaac.

Cuando se estudia la prevalencia de Deterioro Cognitivo en una población dada, la presencia del mismo se asocia con claridad a edad avanzada, menor nivel de escolarización y vivir solo (Limón Ramírez, E. et al., 2003; estando cuestionada la asociación a otros factores.

2. *Valoración afectiva:* La ansiedad y la depresión son parte de la vida y la mayoría de las personas experimentan estos sentimientos con mayor intensidad en circunstancias estresantes; envejecer es un proceso en el que los estresores están presentes con frecuencia en forma de: pérdidas, enfermedad física, factores psicológicos y de personalidad, déficit de recursos económicos y actividades de la vida diaria centradas en el cuidado de otras personas, entre otros. Lo que no es normal es presentar deterioro funcional (incapacidad) en relación con estados de ánimo, ansiedad, síntomas cognitivos o abuso de sustancias.

Los médicos necesitan evaluar la duración, intensidad, persistencia e incapacidad causadas por estos síntomas, examinar las quejas somáticas asociadas, y determinar si nos encontramos ante una respuesta psicológica normal o ante un trastorno psiquiátrico. Esto es particularmente difícil en los ancianos debido a la presencia de enfermedades crónicas y procesos de duelo (factores de riesgo conocidos de depresión), y por otra parte porque una proporción importante de ancianos no sienten la depresión como una enfermedad, sino como una situación propia del envejecimiento, como ocurre en otras poblaciones de adultos con depresión. Se han propuesto varios instrumentos para valorar la ansiedad y la depresión en los pacientes que acuden a la Atención Primaria de Salud, por un lado en base a la alta prevalencia de estos síntomas, y por otro, por las repercusiones emocionales de las enfermedades orgánicas.

Uno de los problemas que surgen con la utilización de estas pruebas, es que detectan la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión con una frecuencia mayor que la de los trastornos clínicos correspondientes. No todo el mundo que está triste tiene una depresión, y no toda persona que presenta ansiedad tiene un trastorno definido por criterios DSM-IV.

En general, se cifra la prevalencia de algún episodio de depresión mayor en el 5% de la población general, prevalencia que aumenta en contextos médicos: 9% de pacientes de atención primaria; 6 - 9% de población geriátrica residente en la comunidad; 17 a 37 % de los pacientes geriátricos de atención primaria presentaban algún síntoma de otro

Tabla 1. Diagnóstico de ansiedad y depresión utilizando cuestionarios o DSM IV  
(Según Grau Martín, A., et al., 2003)

<i>Presencia de síntomas mediante cuestionario</i>	<i>Ansiedad en enfermos no psiquiátricos hospitalizados</i>	16 – 30 %
	<i>Depresión en enfermos no psiquiátricos hospitalizados</i>	16 – 43 %
<i>Criterios DSM mediante entrevista</i>	<i>Ansiedad en enfermos no psiquiátricos hospitalizados</i>	6 – 17 %
	<i>Depresión en enfermos no psiquiátricos hospitalizados</i>	6 – 17 %

trastorno depresivo; 30% de pacientes agudos hospitalizados, 40% de ancianos en residencias, etc. El diagnóstico de depresión se complica por el solapamiento de quejas orgánicas secundarias a enfermedades médicas (Staab, 2001).

Es difícil determinar en la clínica los distintos tipos de trastornos de ansiedad, ya que éstos comparten algunas características, como la tensión o la incapacidad para el descanso, trastornos del sueño, síntomas físicos, etc. Además puede asociarse a otros trastornos psiquiátricos o ser secundaria a otros procesos. La ansiedad generalizada se presenta sólo en el 1,9% de los ancianos residentes en la comunidad, pero como elemento de comorbilidad se presenta en el 30% de los ancianos con depresión mayor Rickels y Schweizer (citados por Staab) proponen un esquema para dividir a los pacientes en grupos:

- **Ansiedad aguda:** episodio transitorio causado como reacción a un estrés situacional, que se resuelve con el tiempo y apoyo.
- **Ansiedad subaguda:** reacción que se prolonga más de 4 semanas a un estresor identificable. Responde a psicoterapia de apoyo y a tratamientos breves con ansiolíticos.
- **Ansiedad crónica:** personas que experimentan un nivel de ansiedad crónica de forma habitual. Experimentan síntomas físicos como insomnio, y son cada vez más intolerantes con la incertidumbre, siendo propensos a reagudizaciones de los síntomas ante estresores diarios, en cuyo caso hablaríamos de “Ansiedad doble”.

Para la detección precoz de ansiedad existen preguntas específicas sobre tensión, culpa, ataque súbi-

tos de ansiedad, síntomas somáticos sugerentes de ansiedad, y algunos tests utilizados en Atención Primaria, como el de Hamilton. En general su valor es la detección de síntomas para pasar luego a un interrogatorio más detallado. Instrumentos psicométricos validados como el STAI no son adecuados para la Atención Primaria. Entonces, ¿qué escalas de valoración afectiva utilizamos en Atención Primaria?

Para depresión: Escala de Hamilton para la evaluación de la depresión, GDS de Yesavage en ancianos.

Para ansiedad: Escala de Hamilton para la evaluación de la ansiedad de Hamilton.

3. *Valoración Funcional:* Entre la incapacidad y los trastornos crónicos de salud frecuentes en la vejez, se da una estrecha relación, a veces de carácter circular: los problemas de salud son factores de riesgo de aparición de incapacidad, y la incapacidad es un factor de riesgo de aparición de patologías.

Depender de otras personas para realizar actividades básicas de autocuidado es un importante estresor, además de una amenaza para la autoestima y otras características personales. En Atención Primaria se propugna la utilización de cuestionarios como el de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria, y el de Lawton y Brody, de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, con el fundamento de que la pérdida de capacidad afectará en primer lugar a actividades instrumentales, de relación, y posteriormente a las actividades básicas de autocuidado.

## Método

### Diseño

Estudio observacional descriptivo de sujetos ancianos (mayores de 65 años), pertenecientes a una Zona Básica de Salud Rural.

### Instrumento de evaluación

La recogida de información se ha hecho mediante entrevista a los ancianos en la que se han recogido datos sociodemográficos y se han pasado las pruebas que se han citado anteriormente:

- MEC: Mini Examen Cognoscitivo, de Lobo. (Deterioro Cognitivo).

- ADL: Índice de actividades de la vida diaria de Katz (Grado de dependencia).
- GDS : Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
- BDI: Inventario de Depresión de Beck (Depresión).
- STAI: Escala de ansiedad Estado Rasgo, Spielberger et cols. ( Medida de la ansiedad estado y rasgo).

### Definición operativa de variables

Al tratarse de un estudio descriptivo, se buscaron las posibles correlaciones entre las variables de estudio en función de las hipótesis expresadas.

- Variable Dependiente: Se han considerado

Tabla 2. Resúmenes por sexo y edad de los sujetos válidos para cada una de las pruebas que existen dados

Prueba	Puntuación media	Prevalencia	Punto de corte		Total sujetos válidos
			Por sexo	Por edad	
MEC 79 v 132 m	27,18	Deterioro 22 %	165 sin deterioro 46 deterioro 9 v (11,4% de v)37 m (28% de m)	165 sin deterioro 46 (22 %) deterioro 4 <75 (4,3% de <75) y 42 >75 (35% de >75)	211
GDS 49 v 160 m	3,45	Depresión 20 % (3% D. M)	35 depresión probable 6 depresión establecida 6v (12,24% de v)y 35 m (21,9% de m) 168 sin depresión	35 depresión probable 6 depresión establecida 20<75 (22% de <75)y 21 >75 (17,5% de >75) 168 sin depresión	209
BECK 34 v 117 m	8,89	Depresión 48 % (7 % D. M)	47 depresión leve 11 depresión moderada 8v (23,5% de v)y 50 m (42,7% de m) 93 sin depresión	47 depresión leve 11 depresión moderada 36<75 (41% de <75)y 22 >75 (35% de >75) 93 sin depresión	151
STAI - R 25v 54 m	19,15	Ansiedad R 81 %	15 no tienen ansiedad 64 presentan ansiedad 19v (76% de v)y 45m (83,33% de m)	40 no tienen ansiedad 39 presentan ansiedad 1 <75 (10% de <75)y 38 >75 (55% de >75)	79
STAI - E 25 v 54 m	12,30	Ansiedad E 49,4 %	40 no tienen ansiedad 39 presentan ansiedad 13v (52% de v)y 26 m (48,14% de m)	15 no tienen ansiedad 64 presentan ansiedad 9 <75 (90% de <75) y 55>75 (79,7% de >75)	79
KATZ 23 v 37 m		Dependencia Parcial 36,3 % Total 10 %	6 dependencia total (2 v 8,7% de v y 4 m 10,8% de m) 22 dependencia parcial (5 v 21,7% de v y 17 m 45,9% de m) 32 independientes (16v 69,5% de v y 16 m 43,2% de m)	6 dependencia total (4 <75 9,3% de <75 y 2 >75 11,7% de >75) 22 dependencia parcial (14 <75 32,5% de <75 y 8 >75 47% de >75) 32 independientes (25 <75 58% de <75 y 7 >75 41,2% de >75)	60

variables dependientes el deterioro cognitivo, la depresión y la ansiedad.

- Variable Independiente: Variables independientes son edad y sexo.
- Variables contaminadoras: No se identifican variables contaminadores. Las limitaciones del estudio se derivan de los sesgos producidos por la ausencia de muestreo en la población dado el escaso tamaño muestral.

### Hipótesis

Nos propusimos llevar a cabo un estudio de revisión de los datos que se recogen en Atención Primaria en el Servicio de 316 de la Cartera de Servicios de Atención Primaria “Prevención y Detección de problemas en el Anciano”, en una población de una Zona de Salud Rural, partiendo de las siguientes hipótesis:

- Existirá correlación entre depresión, ansiedad y deterioro en personas mayores.
- Existirá una correlación positiva entre depresión medida con GDS y depresión medida con BECK, puesto que GDS es derivado de BECK.
- Como la Ansiedad Rasgo (AR) no se modifica con la edad, habría que tener una prevalencia similar entre jóvenes y nuestro grupo.
- La Ansiedad estado (AE) sin embargo, será mayor en nuestro grupo y esto justificado por pérdidas, problemas de salud y otros estresores.

### Muestra

La muestra se escogió entre los sujetos mayores de

65 años pertenecientes a la Zona Básica de Salud de Segovia Rural, incluidos en el Servicio de Prevención y Detección de problemas en el Anciano de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Salud. No se realizó ningún muestreo en esta población.

Se obtuvieron datos de 211 sujetos, 79 hombres y 132 mujeres, con una edad media de 76,69 (mediana 76, desviación típica, 8,77). La edad se distribuye normalmente ( $p > 0,05$  prueba de Kolmogorov-Smirnof).

La mayoría eran casados: 110; 19 eran solteros, 36 viudos, y 21 separados, todos ellos pertenecientes al medio rural de la provincia de Segovia, situado en una zona básica de salud de 14.000 habitantes.

### Procedimiento de investigación

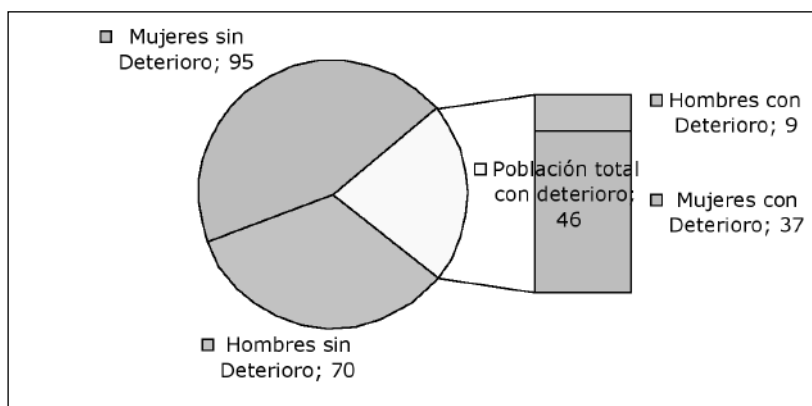
Las entrevistas se realizaron en los domicilios de los sujetos por entrevistadores entrenados previamente por los investigadores para asegurar su conocimiento y manejo de las pruebas administradas.

### Resultados

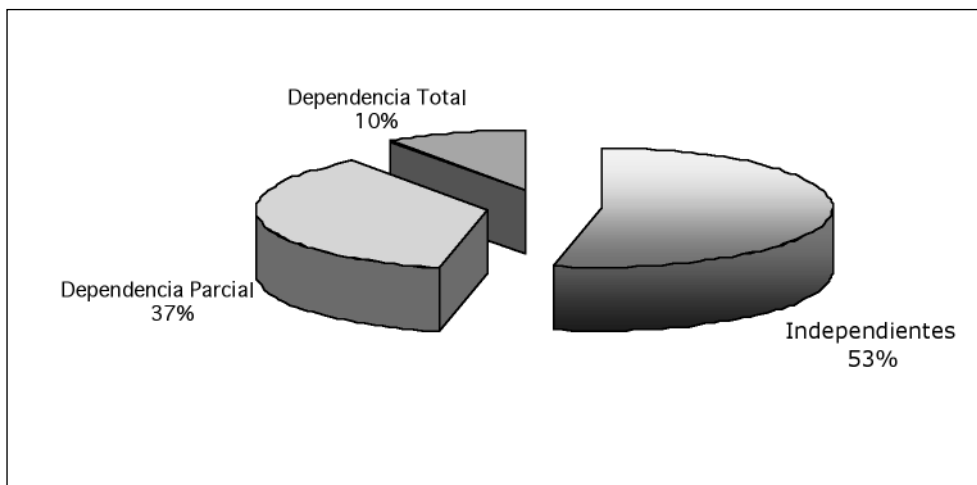
Del total de sujetos entrevistados, 39 (18,4%) presentaban algún grado de deterioro cognitivo, y 42 (19,9%) depresión según criterios GDS y 48 según BECK (31,8%), 28 sujetos presentaban algún grado de incapacidad, de los que 5 era severa (46,7% y 8,3% del grupo de población más deteriorado)

A la vista de estos datos parece que existe un efecto diferencial de la variable sexo (mujer / hombre).

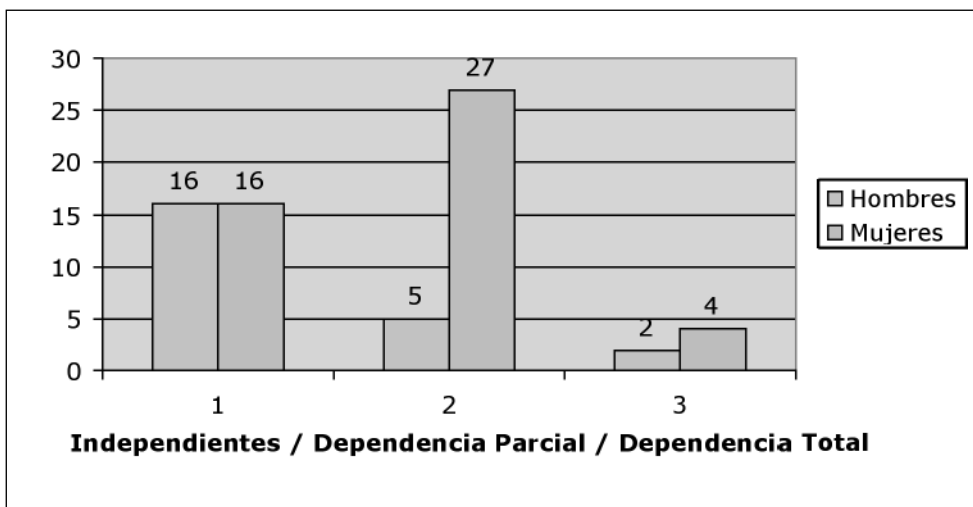
Gráfica 1. Diferencias según sexos cuando existe deterioro cognitivo. Deterioro Varones / Mujeres (MEC)



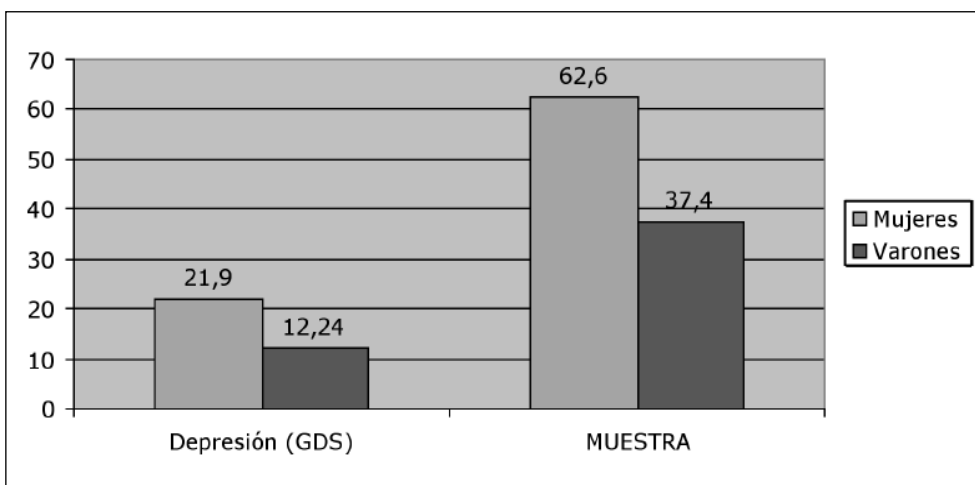
Gráfica 2. Diferencias según sexo, ante la presencia de dependencia para las actividades de la vida diaria.  
Grado de Dependencia General



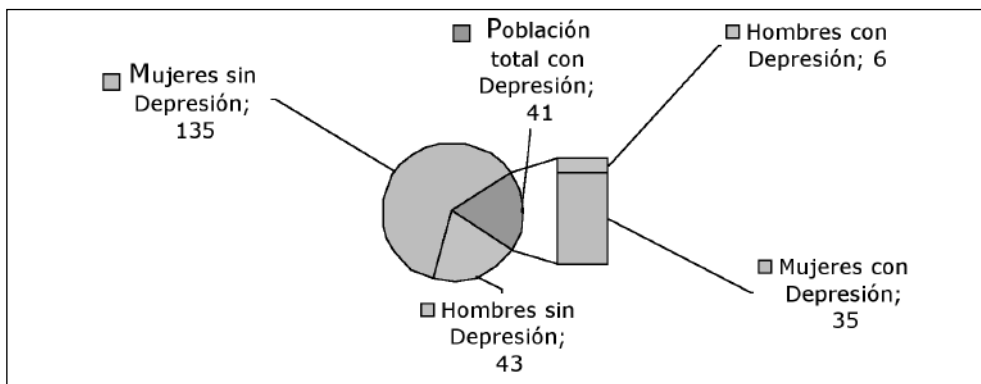
Gráfica 3. Dependencia (KATZ)



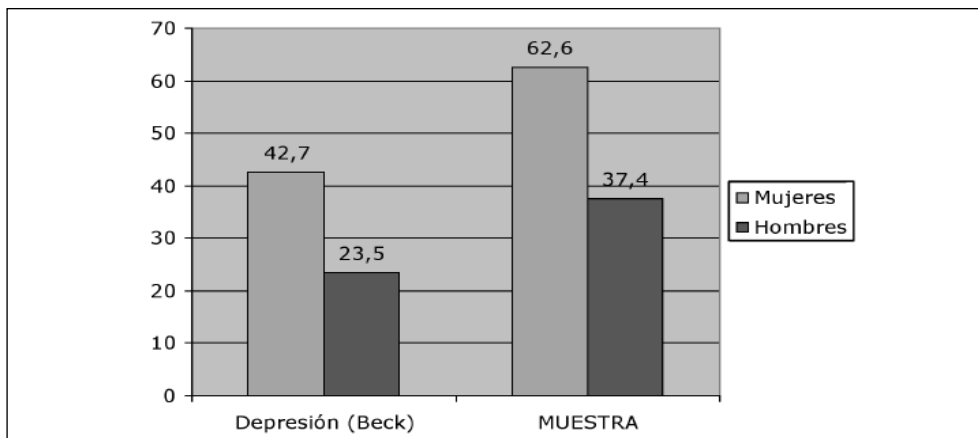
Gráfica 4. Diferencias por sexo, en presencia de depresión, evaluada con GDS (%)



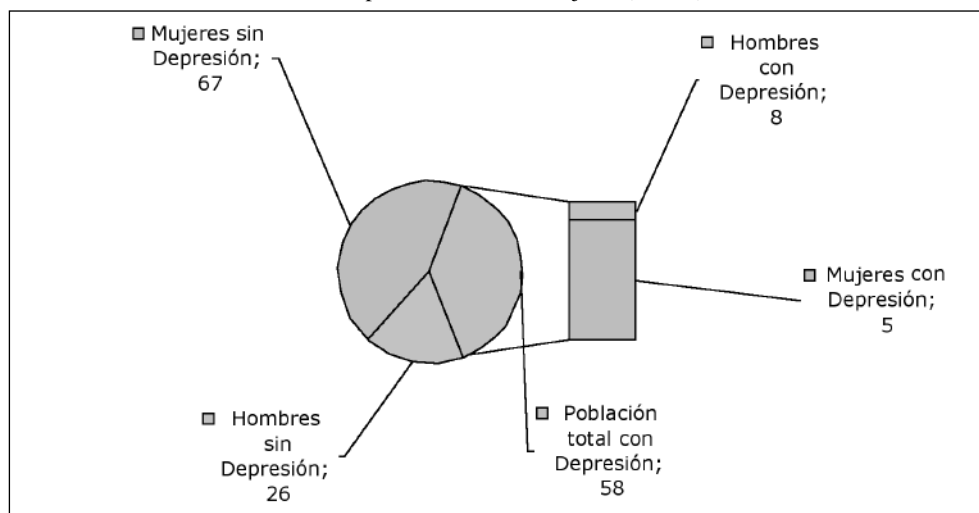
Gráfica 5. Depresión Varones / Mujeres (GDS)



Gráfica 6. Diferencias por sexo, en presencia de depresión, evaluada con Beck

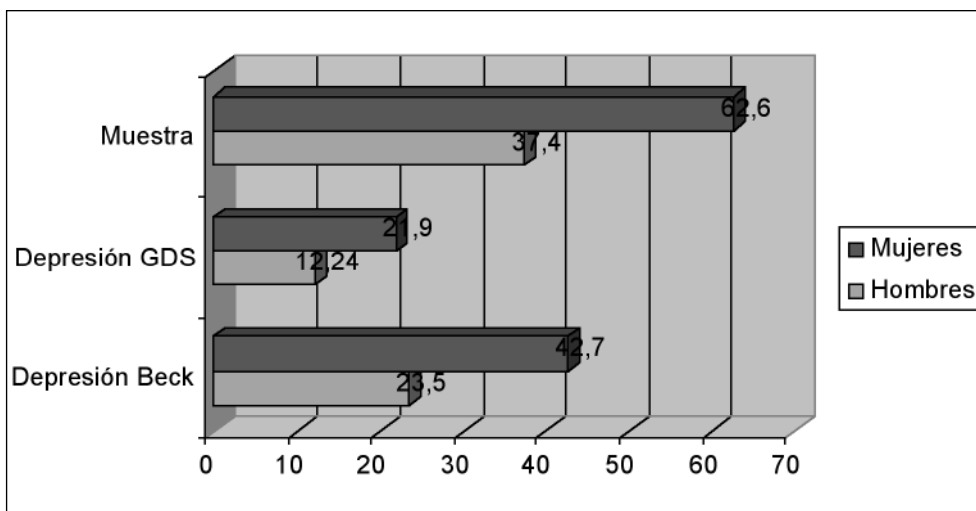


Gráfica 7. Depresión Varones / Mujeres (BECK)

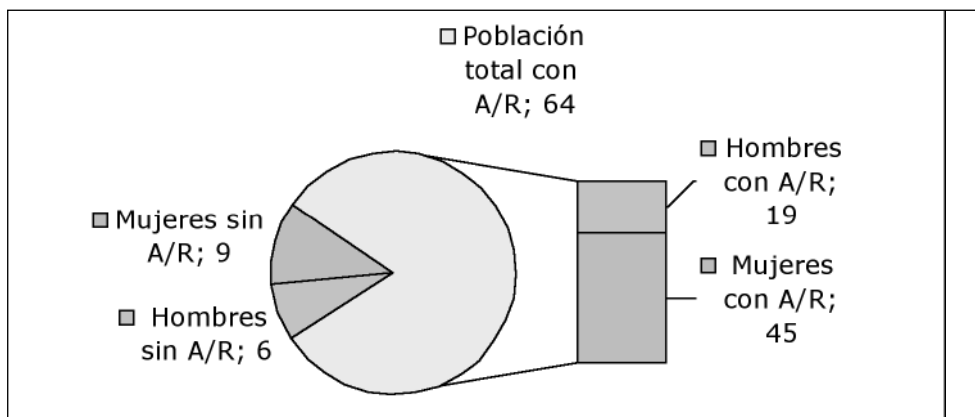




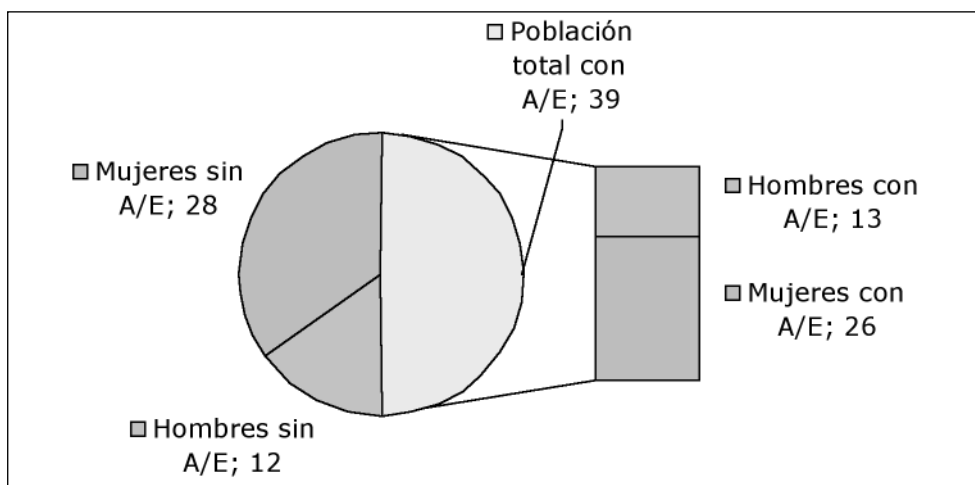
Gráfica 8. Depresión Beck y GDS.



Gráfica 9. Ansiedad Rasgo Varones / Mujeres (STAI)



Gráfica 10. Ansiedad Estado Varones / Mujeres (STAI)



Cuando no hay deterioro cognitivo medido por el MEC, no se observan diferencias significativas entre el número de hombres y el de mujeres, pero cuando existe este deterioro, el número de mujeres es mayor que el de hombres. Sin embargo, no se encuentra ningún efecto diferencial cuando estudiamos la edad.

En cuanto se refiere a situaciones de independencia para las actividades de la vida diaria evaluada por el Índice de Katz, no se aprecian diferencias entre el número de hombres y el de mujeres, pero cuando el grado de dependencia es parcial o total, el porcentaje de mujeres vuelve a ser mayor que el de hombres.

En el caso de la depresión medida por el GDS, los resultados son prácticamente los mismos, duplicando el porcentaje de mujeres al de hombres deprimidos. 21,9 %, frente a 12,24%. La gráfica muestra además la composición por sexo de la muestra.

Cuando utilizamos el BECK aumenta el número de individuos diagnosticados de depresión, manteniéndose, como siempre, una mayor proporción de población femenina.

Respecto a la medida de la ansiedad según el STAI se puede constatar una tendencia diferente, puesto que en el caso de la Ansiedad Rasgo se repite el patrón anterior de mayor porcentaje de mujeres. Sin embargo, en el caso de la Ansiedad Estado el porcentaje de hombres es mayor que el de mujeres.

### Diferencias entre sexo, ante la ansiedad evaluada con STAI

Realizamos la prueba de chi-cuadrado buscando las correlaciones entre las variables recogidas para ver si se cumplían nuestras hipótesis, y la única

Gráfica 11. Ansiedad Rasgo / Estado (STAI) expresado en %

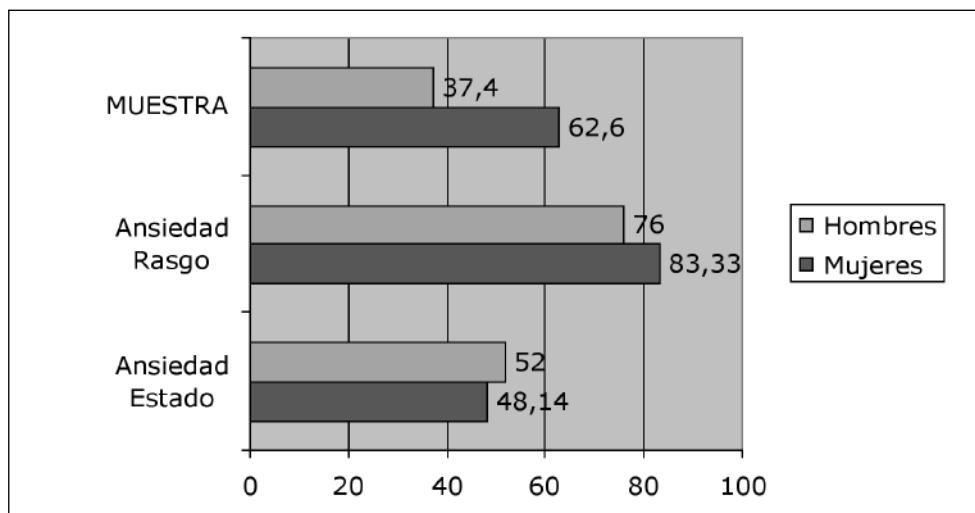


Tabla 3. Correlaciones entre las variables

	Depresión GDS	Depresión BECK	Deterioro Cognitivo	Sexo	Estado Civil	Edad	Incapacidad
Ansiedad Estado	4,247 p = 0,120	43,439 p = 0,179	8,084 p = 0,04	0,101 p = 0,750	22,440 p = 0,00	0,383 p = 0,00	
Ansiedad Rasgo	3,439 p = 0,179		1,264 p = 0,261	0,597 p = 0,440	5,183 p = 0,159	0,030 p = 0,396	
Depresión BECK	0,681 p = 0,00		3,137 p = 0,208	3,886 p = 0,143	4,437 p = 0,618	-0,096 p = 0,121	1,817 p = 0,769
Depresión GDS						0,081 p = 0,121	

correlación significativa (con excepción de la depresión medida con GDS y medida con BDI), fue entre la presencia de deterioro cognitivo y ansiedad estado.

## Discusión

En principio, los datos de prevalencia de deterioro cognitivo obtenidos son similares a los encontrados en otros trabajos (Limón Ramírez, et al., 2003; Prencipe, et al., 1996), aunque con algunos matices debidos a las limitaciones de la muestra. Aunque las correlaciones entre las variables de estudio son débiles, las tendencias que se observan son las que se encuentran en la literatura, con peor ejecución en el MEC con la edad y mayor presencia de síntomas depresivos en las mujeres.

En cuanto a la depresión, encontramos mayor prevalencia entre mujeres que entre hombres (21,9% de mujeres frente a 12,24% de hombres cuando utilizamos la escala GDS de Yesavage, y 42,7% de mujeres frente a 23,5% de hombres si usamos el BDI), de acuerdo con lo que señala la literatura, que señala casi el doble de prevalencia en mujeres. (Fernández Fernández et al.) Sin embargo, no se produce, en nuestra muestra un aumento de la prevalencia de la depresión con la edad; hay menor porcentaje de depresión entre los mayores de 75 años que entre los menores de esa edad y esto para las dos escalas utilizadas: 17,5% de mayores de 75 años frente a 22% de menores de 75 años cuando utilizamos GDS, y 35% de mayores de 75 años frente a 41% de menores de 75 años con BDI.

Respecto a nuestra primera hipótesis de que existiría correlación entre depresión, ansiedad y deterioro

en las personas mayores, sólo correlacionan ansiedad estado con deterioro cognitivo, con la edad y con la presencia de depresión medida por la escala de Beck (Ver Tabla III). Aunque todos ellos sean problemas prevalentes en la población anciana, hay elementos diferenciadores entre estos trastornos que con frecuencia se presentan juntos.

No hemos hallado correlación significativa entre deterioro y depresión, ( $p = 0,208$ , tabla III), a pesar de que esta asociación se presenta con frecuencia (López, et al., 1997; Van Ojen, et al., 1995). Nuestra experiencia clínica nos muestra diferentes patrones de asociación entre deterioro cognitivo y depresión, en concreto, la mayoría de los sujetos que presentan un elevado deterioro carecen de las habilidades cognitivas mínimas exigibles como para poder percibir, interpretar y responder a los estímulos del medio. Precisamente, este hecho hace que nos cuestionemos el valor predictivo de cuestionarios contruidos con el fin de valorar la presencia de síntomas afectivos en sujetos con un elevado deterioro cognitivo.

Sin embargo, sí se ha encontrado una correlación positiva entre deterioro y AE ( $p = 0,04$ , tabla III). Evidentemente, la presencia de deterioro cognitivo (es un trastorno de evolución progresiva), supone para el sujeto un estresor constante asociado a pérdidas funcionales continuas. Finalmente, estos cambios obligan al sujeto a modificaciones actitudinales en áreas diferenciadas como son sus relaciones sociales, sus vínculos familiares y en suma su auto-concepto. Todas estas variables condicionan tanto la calidad de vida objetiva como la calidad de vida percibida.

La segunda hipótesis que planteábamos, se refería a la comparación entre dos pruebas psicométricas que miden el mismo trastorno: "Existirá una corre-

Tabla 4. Valoración Afectiva

	STAI	HAMILTON	GDS YESAVAGE
Valor diagnóstico / cribado (detección precoz)	NO / NO	SI / NO	SI / SI
Refleja cambios en la evolución del cuadro	SI	SI	NO
Validación en la población de referencia	SI	SI ¿?	SI

lación positiva entre depresión medida con GDS y depresión medida con BECK, puesto que GDS es derivado de BECK". Esta correlación positiva sí existe, como puede apreciarse en la Tabla III ( $p = 0,00$ ) pero los porcentajes de sujetos con depresión son mayores cuando medimos con la escala de BECK que cuando medimos con la escala GDS, (Gráfico 8), siendo ésta última una escala elaborada específicamente para población anciana. La justificación para proponer la utilización de la GDS, es que elimina las preguntas sobre síntomas somáticos muy frecuentes en las personas mayores y facilita la comprensión de la escala al permitir responder únicamente sí / no. Cabe pensar que la escala de Beck es más cualitativa y la GDS más cuantitativa y que al utilizar ésta última lo que ganamos en especificidad lo perdemos en sensibilidad. Nunca las pruebas psicométricas deben suponer un diagnóstico, pero sí deben ser un elemento orientativo para una valoración más profunda o para una valoración especializada.

En Atención Primaria existe más dificultad en la utilización de escalas para evaluar síntomas afectivos que para evaluar síntomas cognitivos (podría pensarse que éstos últimos son más "orgánicos"). En relación con las pruebas más recomendadas para ansiedad y depresión en ancianos y el cuestionario STAI, a continuación se indica su posición en cuanto a los requerimientos que se piden a una prueba psicométrica para ser utilizada en Atención Primaria de Salud.

A la vista de este cuadro-resumen, parece oportuno plantear la posibilidad de utilizar un instrumento de medida específico cuando se trate de establecer el valor diagnóstico y otro cuando se trate de reflejar cambios en la evolución del cuadro. Nuestra propuesta particular sería la utilización de la escala de Yesavage en el primer caso, ya que cumple los criterios de valor diagnóstico y cribado y la de Hamilton con el fin de establecer una línea base y las de STAI o Hamilton en el segundo, puesto que poseen una mayor sensibilidad para detectar cambios.

Por último, merece una reflexión el hecho de que los problemas de salud (apetito, insomnio, fatiga...), existen en las personas mayores, con independencia de que sean causa o efecto de depresión u otras pato-

logías. En un estudio realizado por Cerdá Díaz et al. (1997) sobre factores asociados a la depresión, realizado en la comunidad con 787 ancianos, utilizando también la escala GDS, se encontró una proporción de ancianos con depresión superior entre los que presentaban deterioro cognitivo y trastornos del sueño.

A pesar de la elevada proporción de síntomas depresivos que se encuentran utilizando los tests psicométricos propuestos en Atención Primaria, existe consenso en la literatura psiquiátrica a la hora de afirmar que tan sólo se detectan menos de la mitad de los pacientes con trastorno depresivo mayor, tratándose tan solo una parte de los identificados. Existen al menos tres diferencias entre la práctica psiquiátrica y la atención primaria, y cualquier modelo de identificación y tratamiento de la depresión debería tenerlas en cuenta (Klinkman, 1997):

- *La presentación de los pacientes.* En el caso de la atención primaria con múltiples problemas, en el caso de la salud mental, ya filtrados y buscando una cierta "certificación" de su malestar.
- *El proceso formal de cuidados,* muy estructurado en el caso de la salud mental, y más desestructurado en atención primaria (accesibilidad, citas, protocolos, etc.).
- *La epidemiología de los trastornos del estado de ánimo,* diferente en cada una de las situaciones, por el tipo de población, el tipo de trastorno, y los instrumentos de evaluación que en cada una de ellas se utilizan. (Con diferente potencia discriminativa.)

También existen otras razones para el infradiagnóstico e infratratamiento de la depresión (Davidson y Meltzer-Brody, 1999):

- *Por parte del médico:*
  - Formación en diagnóstico y tratamiento de la depresión.
  - Habilidades de manejo de pacientes con trastornos emocionales.
  - No considerar la depresión como una enfermedad real,
- *Por parte del paciente:*
  - No reconocer que se padece depresión.
  - Los síntomas inducen pasividad.

- El estigma que supone el diagnóstico.
- Incumplimiento terapéutico
- *Por parte del sistema sanitario:*
  - No reconocer la naturaleza crónica y recurrente del trastorno.
  - Dificultades para acceder a recursos especializados en salud mental.

Klinkman (1997) propone el modelo de “competencia de demandas”, que en resumen consistiría en que los profesionales de la Atención Primaria se ven expuestos a varias demandas que presentan los pacientes viéndose obligados a establecer algún tipo de prioridad otros establecemos algún tipo de prioridad a la hora de manejar las quejas de los pacientes, dando en general mayor importancia a los procesos que se suponen orgánicos. Esto es congruente con la visión de muchos pacientes de que es más “aceptable” presentar una queja o un problema orgánico que uno psíquico.

Nuestras siguientes hipótesis están también relacionadas con aspectos afectivos. Como la Ansiedad Rasgo (AR) no se modifica con la edad, habría que tener una prevalencia similar entre jóvenes y nuestro grupo. Hemos obtenido unos valores sorprendentemente elevados de ansiedad rasgo (El 81 % de los sujetos, mayor en mujeres y en menores de 75 años) Dada esta elevada prevalencia, habría que ver la de la población joven en general.

Respecto a la Ansiedad estado (AE) esta, será mayor en nuestro grupo y esto está justificado por las pérdidas, los problemas de salud y otros estresores más frecuentes en la tercera edad. Hemos encontrado un porcentaje mayor de hombres que de mujeres que padecen ansiedad estado, y esta ha sido la única tendencia en la que los hombres aparecen con valores de deterioro superiores a las mujeres a lo largo de nuestro estudio.

Por otra parte, observamos una AR mayor que AE, y esto nos hace pensar, una vez más, en la presencia de problemas de salud, estresores y pérdidas. Así pues, conviene tener en cuenta que en el caso de los niveles de ansiedad en la tercera edad, se producen efectos aditivos de forma que a aquellas personas con una AR elevada se les suma la AE que conlleva esta franja de edad por las razones anteriormente expuestas. De esta forma, este grupo de personas podrían ser vulnerables a padecer o cronificar

afecciones físicas relacionadas con una elevada ansiedad, como aumento de TA u otros problemas de salud.

La última reflexión no hace referencia a ninguna de nuestras hipótesis y sí a los estudios consultados para llevar a cabo nuestra investigación. A este respecto, echamos de menos conocer algunos aspectos sobre el entorno en el que las personas envejecen (Agentes socializadores continuos)

Evaluamos sin analizar su contexto actual y el entorno del que proceden y esto teniendo en cuenta que la historia premórbida de aprendizaje afectivo es determinante en la posterior aparición y evolución de cuadros depresivos o ansiosos. Incluso podríamos llegar a afirmar que las personas que en este momento pertenecen a la tercera edad han compartido circunstancias emocionales sociales y culturales diferentes, tanto de las que compartieron generaciones anteriores como de las que puedan compartir las generaciones que les sucedan, generándose para cada caso diferentes manifestaciones sintomáticas de los mismos fenómenos así como diferentes estrategias de afrontamiento de los mismos.

De esta manera, podemos afirmar que aquellas pruebas psicométricas que se utilizan de forma rutinaria obviando este tipo de información, conllevarían un sesgo implícito que afectará tanto a nivel predictivo como a nivel de las generalizaciones que de ellas se pudieran derivar.

## Bibliografía

- Callahan, C. (1995). Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients [Documentación y evaluación del deterioro cognitivo en pacientes ancianos de atención primaria]. *Annals of Internal Medicine*, 122, 422-429.
- Cerdá, R., López, J., Fernández, C., López, M., y Otero, A. (1997). Depresión en personas ancianas. Factores asociados. *Atención Primaria*, 19 (1), 32-43.
- Davidson, J., Meltzer-Brody, S. (1999). The under-recognition and undertreatment of depression: What is the breadth and depth of the problem?

- [Infradiagnóstico e infratratamiento de la depresión; ¿cuál es el alcance y magnitud del problema?]. *Journal of clinical psychiatry*, 60 (supl. 7), 4-11.
- Fernández, C., Caballer, J., Sáiz P., García-Portilla, M., Martínez, S. y Bobes, J. (2006). La depresión en el anciano en una zona rural y su interacción con otros factores. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(6).
- Grau, A., Suñer, R., Abolí, P. y Comas, P. (2003). Niveles de Ansiedad y Depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Medicina Clínica*, 120 (10), 370-375.
- Harman, J., Brown, E., Ten Have, T., Mulsant, H. y Bruce, M., (2002). Primary care physicians attitude toward diagnosis and treatment of late-life depression [Actitud de los Médicos de Atención Primaria hacia el tratamiento de la depresión en edad avanzada]. *CNS Spectrums*. Vol. 7 (11), 784-790.
- Klinkman, M. (1997). Competing Demands in Psychosocial Care. A model for the identification and treatment of depressive disorders in primary care [Demandas concurrentes en Atención Psicosocial; un modelo para la identificación y tratamiento de los trastornos depresivos en Atención Primaria]. *General Hospital Psychiatry*, 19, 98-111
- Limón, E., Argimón, J., Vila, J. Abos, T., Cabezas, C. y Vinyoles, E. (2003). Detección del Deterioro Cognitivo en población mayor de 64 años: primera fase del proyecto Cuida1. *Atención Primaria*; 32 (1), 6-14.
- Lobo A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., De la Cámara, C. y Ventura, T. (1999). Revalidación y normalización del Min-Examen-Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica*. 112, 767-774.
- López, J., Fernández, C., Cerdá, R., López, M., Marín, E. y Otero, A. (1997). Características sociosanitarias de los ancianos con déficit cognitivo. *Revista Española de geriatría y Gerontología*, 32, 144-150.
- López, J.A. (2001). La depresión en el paciente anciano. <http://www/Geriatrianet.com>, volumen 3(2).
- López-Torres, J. (1997). Correlación existente entre déficit cognitivo y otras variables. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 32, 144-150
- Martín, A. y Cano J. (1986). Atención Primaria de Salud. En Martín, A., Cano, J., (Eds.) *Manual de Atención Primaria* (1ª edición) (pp. 3-12), Barcelona: Doyma
- Prencipe, M. (1996). Prevalence of dementia in an elderly rural population: effects of age, sex, and education [Prevalencia de demencia en una población rural anciana; efectos de edad, sexo y educación]. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 60, 628-633.
- Rost, K., Pyne, J., Dickinson, M. y LaSasso, A. (2005). Cost-effectiveness of enhancing primary care depression management on an ongoing basis [Coste efectividad de promover el manejo de la depresión en Atención Primaria en base a su curso]. *Annals of Family Medicine*, Vol 3(1), 7-14.
- Staab, J., (2001). Detection and Diagnosis of Psychiatric Disorders in Primary Care Settings [Diagnóstico y detección de trastornos psiquiátricos en atención Primaria]. *Medical Clinics of North America*, Vol 85 (3), 579-596.
- Van Ojen, R. y Hooijer, C. (1995). Late-Life Depressive Disorder in the Community The Relationship between MMSE score and Depression in Subjects With and Without Psychiatric history [Trastorno depresivo tardío en la comunidad: relación entre puntuación en el MMSE y depresión en sujetos con y sin historia psiquiátrica]. *British Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Vinyoles, E. (2002). Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del Déficit Cognitivo. *Atención Primaria*, 30 (1), 5-15.

Manuscrito Recibido: 12/09/2007

Revisión Recibida: 25/10/2008

Aceptado: 03/12/2008