



¹Pilar Jürschik
¹Teresa Botigué
¹Carmen Nuin
²Ana Lavedán

¹Facultad de Enfermería de la Universidad de Lleida. España.
²Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. España.

Correspondencia:

Pilar Jürschik Giménez
 Departamento de Enfermería de la Universidad de Lleida
 C/ Rovira Roure, 44. 25198 Lleida
 E-mail: pilar.jurschik@enfermeria.udl.es

Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores

Characterized mood by loneliness and sadness: factors related elderly

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer el estado de ánimo y los factores que pueden influir en las personas mayores. Se trata de un estudio epidemiológico y transversal que incluye a personas mayores de 65 años de instituciones atendidos en diferentes niveles asistenciales en la ciudad de Lleida. Las variables incluidas fueron, además del estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza, las características sociodemográficas y diversos parámetros del estado de salud. La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo. Es importante detectar este último ya que puede predecir la gravedad de la depresión en las personas de edad avanzada. El personal de enfermería se encuentra en una situación privilegiada por su proximidad con los pacientes.

PALABRAS CLAVE

Trastornos del estado de ánimo, factores de riesgo, personas mayores.

SUMMARY

The aim of this study was to determine the prevalence of mood and the factors that can affect older people. Cross-sectional epidemiological study including people aged ≥ 65 years of institutions with different levels of care located in the city of Lleida. The variables included, in addition to depressed mood characterized by loneliness and sadness, the sociodemographic characteristics and various health parameters. Depression is a pathological alteration of mood. It is important to detect because it can predict the severity of depression in elderly. The nursing staff is in a prime location for its proximity to patients.

KEY WORDS

Mood disorders, risk factors, older people.

INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos en los países industrializados han producido un aumento constante de la población mayor. Este envejecimiento de la población genera, paralelamente, un problema tanto psicosocial como sanitario. Así, el interés sobre la salud-enfermedad, los problemas sociales y, muy especialmente, el estado de ánimo en este colectivo, ha llevado a un incremento notable del número de investigaciones y publicaciones (1).

Los síntomas depresivos en las personas mayores son frecuentemente subestimados por el personal sanitario (2), a pesar de los numerosos informes que indican un aumento de la prevalencia con la edad (3, 4). Los síntomas, como son los cambios de humor, pueden ser etiquetados como de "normalidad" en el envejecimiento o bien pueden confundirse con otras condiciones tales como la demencia. Los profesionales de la salud que están relacionados con adultos mayores deben prestar atención a las señales de síntomas depresivos. Las enfermeras se encuentran en una situación muy privilegiada para detectarlos por su proximidad con las personas. La detección se puede realizar mediante escalas de valoración geriátrica o bien mediante preguntas sencillas (5). Si se sospecha la presencia de síntomas depresivos se deben notificar con el fin de que, en caso necesario, se inicien las medidas oportunas de tratamiento.

La depresión constituye el trastorno del ánimo más frecuente en la población anciana y un importante problema de salud (6, 7). La

prevalencia de la depresión en adultos mayores de 65 años o más, varía entre el 7 y el 36% en pacientes ambulatorios y asciende al 40% en pacientes mayores hospitalizados (8, 9). Estas diferencias en los porcentajes están muy relacionadas con los criterios diagnósticos utilizados en la definición de depresión.

Diversos estudios han analizado las posibles diferencias en la forma de expresión de la depresión en las personas mayores y la conclusión general es que, aunque no es posible hablar de una forma específica, a menudo existe un aumento en la frecuencia de síntomas somáticos tales como fatiga, problemas de sueño, dolor, pérdida de interés en la actividad sexual, o múltiples y persistentes síntomas vagos (10-12). Otros autores definen la depresión como un estado de ánimo que, a nivel emocional, está marcado por una profunda tristeza y soledad (13, 14). La tristeza es una emoción caracterizada por sentimientos de melancolía, de pérdida y de aflicción prolongada. La soledad es un estado emocional en el que la persona experimenta un poderoso sentimiento de vacío y de aislamiento. Estos síntomas no solo son importantes como indicadores del bienestar psicológico, también se reconocen como factores pronóstico relacionados con la salud y la longevidad funcional.

El objetivo de este estudio es conocer el estado de ánimo caracterizado por sentimientos de soledad y tristeza y los factores que pueden influir en este estado afectivo en la población de edad avanzada.

18 **MÉTODOS**

Este estudio epidemiológico y transversal forma parte de otro más amplio (15), que incluye a personas de ambos sexos mayores de 65 años de edad de instituciones con diferentes niveles de atención: centro de salud, hospital de agudos, centro de media y larga estancia y residencia asistida, todas ellas ubicadas en la ciudad de Lleida.

La población de Lleida es de 125.677 habitantes, de los cuales 25.000 son personas de 65 años o más. El tipo de muestreo fue aleatorio estratificado según los diferentes niveles de atención. Bajo el supuesto del peor de los casos ($p = 50\%$), con un margen de error de $\pm 5\%$ y el nivel de confianza del 95,5% ($k = 2$), el tamaño de la muestra fue de 398 personas.

Se excluyeron las personas a las que por su estado cognitivo no se pudo realizar la entrevista, aquellos de quienes no fue posible obtener información de las familias o cuidadores y las personas con una enfermedad terminal.

Las variables incluidas en este estudio fueron los siguientes:

- *Estado de ánimo*: se midió a través de dos preguntas que analizan la presencia o ausencia de soledad y tristeza en las últimas dos semanas o más. Se preguntó a los participantes: “¿se encuentra usted solo?” y “¿se encuentra usted triste?” con tres posibles respuestas: 1) “nunca o casi nunca”, 2) “a veces” y 3) “siempre o casi siempre”. Posteriormente cada respuesta se dicotomizó en No (nunca o casi nunca) y Sí (a veces, siempre o casi siempre). Los individuos que contestaron que sí a las dos preguntas se les considero con estado de ánimo negativo y al resto con estado de ánimo positivo.
- *Características sociodemográficas*: edad, sexo, estado civil, nivel de educación, tipo de convivencia (solo o acompañado) y red social (número de amigos).
- *Autopercepción del estado de salud* en comparación con la población de la misma edad medido como: excelente, muy buena, buena, regular o mala. Las respuestas regular o mala se categorizaron como una autopercepción del estado de salud pobre.
- *Dependencia funcional*: se determinó si hubo incapacidad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria utilizando el índice de Katz (16).
- *Deterioro cognitivo*: se determinó cuando se produjeron más de cinco errores en el test de Pfeiffer (17).
- *Riesgo de desnutrición*: se consideró estado nutricional insatisfactorio (presencia o riesgo de desnutrición) cuando la puntuación del test MNA (18) fue inferior o igual a 23,5 puntos sobre un máximo de 30.
- *Presencia de enfermedades crónicas*: cardíacas, respiratorias, diabetes y accidente cerebrovascular.

Se utilizaron estadísticas univariadas para el análisis descriptivo de la muestra y el test de chi-cuadrado para analizar la asociación entre el estado de ánimo y los posibles factores asociados. Las variables con una asociación estadísticamente significativa con el estado de ánimo negativo se incluyeron en el modelo de regresión logística a fin de encontrar factores independientes asociados. Todos los cálculos se hicieron utilizando el paquete estadístico SPSS versión 18. El nivel de significación aceptado en todos los análisis fue $p < 0,05$.

La aprobación ética para el estudio se obtuvo del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Las personas de edad fueron entrevistadas después de firmar el consentimiento informado y completaron el cuestionario de forma anónima.

Tabla 1. Características de la muestra. Frecuencia (n) y porcentaje (%)

	n	%
	192	52,3
Sexo (mujer)	214	53,8
> 80 años	143	35,9
Nivel de educación bajo	181	47,9
Vivir solo	59	14,9
< de 3 amigos	125	33,1
Deterioro funcional	162	41,0
Deterioro cognitivo	95	25,1
Desnutrición	231	58,0
Enfermedad coronaria	145	36,6
Diabetes	125	31,6
Enfermedad respiratoria crónica	68	17,2
Accidente cerebrovascular	56	14,5

RESULTADOS

El total de la muestra fue de 398 sujetos con una media de edad de 77 años. La distribución, según los niveles de atención, fue: el 25% en centro de atención primaria, el 25% en centros sociosanitarios (media y larga estancia), el 40% en hospital de agudos (servicios de medicina interna y cirugía) y el 10% restante en la residencia geriátrica.

La Tabla 1 muestra las características de la muestra. La prevalencia de estado de ánimo negativo fue de 52,3%, siendo la proporción entre hombres y mujeres similar. Casi la mitad de los individuos presentaban un nivel de educación bajo, el 15% vivía solo y el 33% tenían menos de tres amigos. La desnutrición (58%), el deterioro funcional (41%) y la enfermedad coronaria (36%) eran los procesos mórbidos más frecuentes.

Si comparamos los diferentes niveles de atención según el estado de ánimo de los encuestados, tal y como se observa en la Tabla 2, los ingresados en el centro de larga estancia y en el servicio de medicina interna, presentaron peor estado de ánimo que los que acudían al centro de atención primaria o se encontraban en la residencia geriátrica. La Tabla 3 muestra que las mujeres, los que viven solos, los

Tabla 2. Asociación entre los niveles asistenciales y el estado de ánimo. Frecuencia (n) y porcentaje (%)

	Estado de ánimo		p
	Negativo	Positivo	
	n (%)	n (%)	
<i>Nivel asistencial</i>			
Larga estancia	31 (16,1)	12 (6,9)	< 0,001
Media estancia	14 (7,3)	22 (12,6)	
Medicina interna	67 (34,9)	23 (13,1)	
Residencia asistida	9 (4,7)	30 (17,1)	
Cirugía	31 (16,1)	31 (17,7)	
CAP	40 (20,8)	57 (32,6)	



Tabla 3. Asociación entre las características sociodemográficas y el estado de ánimo. Frecuencia (n) y porcentaje (%)

	Estado de ánimo		p
	Negativo	Positivo	
	n (%)	n (%)	
<i>Sexo</i>			
Hombre	74 (38,5)	93 (53,1)	0,005
Mujer	118 (61,5)	82 (46,9)	
<i>Vive</i>			
Solo	41 (21,4)	13 (7,4)	0,001
Acompañado	151 (78,6)	162 (92,6)	
<i>Nivel de educación</i>			
Bajo	100 (54,3)	70 (40,7)	0,01
Alto	84 (45,7)	102 (59,3)	
<i>Contacto social</i>			
< 3 amigos	82 (43,9)	30 (17,5)	0,000
3 o más amigos	105 (56,1)	141 (82,5)	

Uribe y Molina (20) resaltan que una de las variables que más afecta a la salud en las personas mayores es el estado de ánimo, en el que las mujeres se ven más afectadas que los hombres, ya que la soledad, la dependencia de familiares, el estar expuestas a violencia de género, el trabajo no remunerado y la discriminación, se convierten en factores de riesgo, y si no son tratados, pueden llevar a patologías como la depresión mayor, la cual es más frecuente en mujeres que en hombres (21-24). Según los resultados de este estudio, esta diferencia de género es evidente en los más mayores, no siendo así en los más jóvenes, a pesar de que otros autores promuevan que la diferencia de género en cuanto a los estados depresivos parece ser que desaparece a medida que avanza la edad (25).

Rubio y Aleixandre (26), investigaron la diferencia entre el estar solo y el sentirse solo. Se puede estar solo, aislado, marginado y no existir soledad y viceversa. Nuestros resultados son similares a los suyos en cuanto a que, entre los que viven solos existen diferencias entre el estado de ánimo negativo (21,4%) y el estado de ánimo positivo (7,4%); sin embargo, entre los que viven acompañados no existe tanta diferencia a la inversa, (79%-93% respectivamente).

Tabla 4. Asociación entre la salud y sexo y el estado de ánimo. Frecuencia (n) y porcentaje (%)

Edad	Sexo	Estado de ánimo		Total	p
		Negativo	Positivo		
		n (%)	n (%)		
> 80 años	Hombre	26 (38,2)	27 (42,9)	53 (40,5)	0,003
	Mujer	42 (61,8)	36 (57,1)		
65-79 años	Hombre	48 (38,7)	66 (58,9)	114 (48,3)	NS
	Mujer	76 (61,3)	46 (41,1)		

de bajo nivel educativo y los que tienen pocos amigos, presentaban peor estado de ánimo. En la Tabla 4, se puede observar las diferencias en cuanto al sexo y la edad, siendo las mujeres las que presentan peor estado de ánimo en edades más avanzadas, hecho que no ocurre en los mayores más jóvenes. En cuanto a los antecedentes patológicos, los individuos con deterioro cognitivo, enfermedades del corazón, derrame cerebral, desnutrición y aquellos que declararon peor estado de salud, tenían más probabilidad de experimentar un peor estado de ánimo. No se encontraron asociaciones significativas con el estado funcional u otras patologías crónicas estudiadas.

En el análisis multivariado se observó que los factores independientes que influyeron en el deterioro del estado afectivo fueron: ser mujer, vivir solo, con pocos amigos, estar desnutridos o en riesgo de desnutrición, historia de accidente cerebrovascular y la experiencia de mal estado de salud. El resto de variables no entraron en la regresión logística.

DISCUSIÓN

La prevalencia del estado de ánimo negativo caracterizado por la soledad y tristeza fue bastante elevada (52,3%). Los pacientes del centro de larga estancia y del servicio de medicina interna del hospital de agudos fueron los que presentaron peor estado de ánimo. La asociación entre un bajo estado de ánimo y la hospitalización prolongada o el ingreso en servicios de medicina interna, se puede explicar porque la mayoría de estos pacientes presentan enfermedades degenerativas crónicas concomitantes. Un estudio realizado en México por Martínez Mendoza y cols. (19) mostró que el estar hospitalizado en el servicio de medicina interna de un hospital de agudos era un factor independiente asociado con la depresión.

Tabla 5. Asociación entre las variables del estado de salud y el estado de ánimo. Frecuencia (n) y porcentaje (%)

	Estado de ánimo		p
	Negativo	Positivo	
	n (%)	n (%)	
<i>Estado funcional</i>			
Dependiente	74 (38,7)	63 (36,0)	NS
Independiente	117 (61,3)	112 (64,0)	
<i>Deterioro cognitivo</i>			
Sí	52 (27,8)	25 (14,9)	0,003
No	135 (72,2)	143 (85,1)	
<i>Enfermedad coronaria</i>			
Sí	80 (41,7)	51 (29,3)	0,01
No	112 (58,3)	123 (70,7)	
<i>Accidente cerebrovascular</i>			
Sí	32 (17,2)	14 (8,2)	0,01
No	154 (82,8)	157 (91,8)	
<i>Diabetes</i>			
Sí	53 (27,6)	59 (33,9)	NS
No	139 (72,4)	115 (66,1)	
<i>Enfermedad respiratoria crónica</i>			
Sí	34 (17,7)	27 (15,5)	NS
No	158 (82,3)	147 (84,5)	
<i>Desnutrición</i>			
Sí	129 (67,2)	74 (42,3)	< 0,001
No	63 (32,8)	101 (57,7)	
<i>Autopercepción del estado de salud</i>			
Pobre	99 (51,6)	5 (30,3)	< 0,001
Bueno	93 (48,4)	122 (69,7)	

Tabla 6. Análisis multivariante mediante regresión logística entre las diferentes variables explicativas y el estado de ánimo negativo. Odds ratio (OR) e intervalo de confianza (IC) del 95%

	p	OR	IC 95%
Estado civil (mujer)	0,02	1,76	1,07-2,81
Vivir solo	0,001	3,53	1,58-7,41
< 3 amigos	< 0,001	2,34	1,71-4,91
Desnutrición	0,01	1,94	1,13-3,18
Accidente cerebrovascular	0,004	3,04	1,40-6,29
Autopercepción del estado de salud pobre	0,03	1,80	1,04-2,97

En cuanto a la red social, las personas mayores con peor estado de ánimo tenían menos amigos. Se ha encontrado que la menor frecuencia de contacto con los amigos se relaciona con el afecto negativo (27). En un estudio de la soledad en las personas mayores en Suecia (28), los autores concluyen que uno de los factores relacionados con el sentimiento de soledad fue la falta de amigos. Por tanto, la interacción social ha demostrado ser muy importante para ser feliz en el envejecimiento (29).

En la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social (30). Un estudio mostró que los individuos con antecedentes de trastorno depresivo, eran 2,6 veces más propensos a presentar accidentes ce-

rebovasculares (31). La asociación entre la desnutrición y la depresión en la población de adultos mayores también se ha demostrado (32). En un estudio de 205 pacientes hospitalizados (edad media 75 años) con trastornos no malignos, se les pidió a los pacientes evaluar su estado del ánimo con una escala del 1 al 7, donde las mujeres malnutridas evaluaron su estado del ánimo como depresivo en comparación con las mujeres bien alimentadas (21). En cuanto a la percepción subjetiva del estado de salud, se ha observado que dicha percepción era más importante para explicar los efectos depresivos que las medidas de la función objetiva (33).

CONCLUSIONES

El estado de ánimo negativo caracterizado por soledad y tristeza fue del 52,3%. Los pacientes del centro de larga estancia y del servicio de medicina interna del hospital de agudos se asociaron con peor estado de ánimo que los que acudieron al centro de atención primaria o se encontraban en la residencia geriátrica.

En el análisis multivariante mediante regresión logística, seis variables (sexo femenino, vivir solo, tener pocos amigos, estar en riesgo o desnutridos, presentar accidente cerebrovascular, y la percepción mala del estado de la salud) presentaron una asociación significativa con peor estado de ánimo.

Las personas mayores pueden presentar un estado de ánimo negativo, pero pueden no llegar a procesos depresivos graves, por tanto, es una situación que requiere atención ante el posible desarrollo adverso posterior. El personal de enfermería se encuentra en una situación privilegiada para detectar estas situaciones por su proximidad con los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Sáiz D, Baqués J, Sáiz M. Una panorámica sobre la investigación en Psicología de la vejez a través del análisis de sus publicaciones (1991-1995). *An Psicol* 1998; 14: 3-12.
- Olafsdottir M, Marcussen J, Skoog I. Mental disorders among elderly people in primary care: the Linkoping study. *Acta Psychiatr Scand* 2001 104: 12-8.
- Palsson S, Skoog I. The epidemiology of affective disorders in the elderly: a review. *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12 (Suppl. 7): S3-13.
- Kennedy G. The epidemiology of late-life depression. Suicide and depression in late life: Critical issues in treatment, research and public policy. New York: John Wiley and Sons, 1996, pp. 23-37.
- González JA, Javier T. Validación de la Encuesta para la Pesquisa de Depresión, mediante Tres Preguntas Orales (EPD-3PO), en la detección de depresión en pacientes ancianos. *Psicologia.com* 2010; 14.
- Vilalta J, López S, Llinás J. Prevalencia de demencias en un área rural. Un estudio en Girona. *Rev Neurol* 2000; 30: 1026-32.
- Cerdá R, López J, Fernández C, López MA, Otero A. Depresión en personas ancianas. Factores asociados. *Aten Prim* 1997; 19: 12-7.
- Koenig HG, Blazer DG. Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 235-51.
- Butler RN, Lewis MI. Late-life depression: when and how to intervene. *Geriatrics* 1995; 50: 44-6.
- Blazer D, Burchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol* 1991; 46: M210-5.
- Downes JJ, Davies AD, Copeland JR. Organization of depressive symptoms in the elderly population: hierarchical patterns and Guttman scales. *Psychol Aging* 1988; 3: 367-74.
- Suh T, Gallo JJ. Symptom profiles of depression among general medical service users compared with specialty mental health service users. *Psychol Med* 1997; 27: 1051-63.
- Klerman GL. Cognitive dysfunction, vulnerability, and integrating theories of depression. *Integrative Psychiatry* 1987; 5: 32-5.
- Montero M. Soledad y depresión: ¿fenómenos equivalentes o diferentes? *La Psicología Social en México* 1998; 7: 62-7.
- Jürschik P, Torres J, Solà R, Nuín C, Botigüé T. Estado nutricional de la población mayor de Cataluña de diferentes niveles asistenciales. *ALAN* 2009; 59: 38-46.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* 1963; 185: 914-9.

- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23: 433-41.
- Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Pract Res Gerontol* 1994; 4: 15-59.
- Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel-Molina CG, Velasco-Rodríguez VM. Depression's prevalence and risk factors in hospitalized seniors. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45: 21-8.
- Uribe AF, Valderrama LJ, Molina JM. Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. *Acta Colombiana de Psicología* 2007; 10: 75-81.
- Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58: 249-65.
- Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 601-7.
- Husaini BA, Cummings S, Kilbourne B, Roback H, Sherkat D, Levine R et al. Group therapy for depressed elderly women. *Int J Group Psychother* 2004; 54: 295-319.
- Nolen-Hoeksema S. Sex differences in depression. Stanford: CA: Stanford University Press; 1990.
- Stek ML, Gussekloo J, Beekman AT, van Tilburg W, Westendorp RG. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *J Affect Disord* 2004; 78: 193-200.
- Rubio R, Aleixandre M. Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. *Rev Mult Gerontol* 2001; 11: 23-8.
- Watson D. Mood and temperament. New York: The Guilford Press; 2000.
- Berg S, Mellstrom D, Persson G, Svanborg A. Loneliness in the Swedish aged. *J Gerontol* 1981; 36: 342-9.
- Blazer DG. Depression and social support in late life: a clear but not obvious relationship. *Aging Ment Health* 2005; 9: 497-9.
- Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc enferm* 2003; 9: 9-21.
- Larson SL, Owens PL, Ford D, Eaton W. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke: thirteen-year follow-up from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Stroke* 2001; 32: 1979-83.
- Gold CH, Malmberg B, McClearn GE, Pedersen NL, Berg S. Gender and health: a study of older unlike-sex twins. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002; 57: 168-76.
- Hayman KJ, Kerse NM, La Grow SJ, Woules T, Robertson MC, Campbell AJ. Depression in older people: visual impairment and subjective ratings of health. *Optom Vis Sci* 2007; 84: 1024-30.