



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER  
MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOGERONTOLOGÍA**

**TÍTULO:**

**DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS: EL  
EFECTO BUFFER DEL APOYO SOCIAL**

**TRABAJO REALIZADO POR:**

**CECILIA MURO PÉREZ-ARADROS**

**TUTOR EXTERNO:**

**DR. JOSÉ BUZ DELGADO**

**CENTRO DE PRÁCTICAS:**

**SANYRES LOGROÑO (LA RIOJA).**

**CURSO ACADÉMICO:**

**2010-2011**

**RESUMEN: (Máx. 150 palabras)**

El propósito del estudio fue estudiar la depresión en personas mayores institucionalizadas y comprobar el efecto buffer del apoyo social (n=78).

Las personas mayores que tenían niveles de autonomía más bajos presentaban niveles más altos de depresión que las que tenían niveles más altos de autonomía.

El apoyo recibido de la familia tenía efectos distintos sobre la depresión en función de la valoración de la salud. El apoyo recibido de los amigos no amortiguaba el efecto negativo de la valoración de la salud sobre el estado de ánimo. La frecuencia del apoyo recibido de la familia ayudaba a amortiguar el efecto del número de personas de las que se recibía visitas. No se podía afirmar que la frecuencia con que se recibía apoyo de los amigos amortiguaba el efecto del número de amigos de los que se recibía visitas sobre el estado de ánimo. Por tanto, no se podía confirmar el efecto buffer del apoyo social en este estudio.

**PALABRAS CLAVE / DESCRIPTORES: (Máx. 4)**

Efecto buffer, apoyo social, depresión, personas mayores

**Firma de la alumna**

**Depresión en personas mayores institucionalizadas: el efecto buffer del apoyo  
social**

**Muro Pérez-Aradros, Cecilia**

**Universidad de Salamanca**

## **Resumen**

El propósito del estudio fue estudiar la depresión en personas mayores institucionalizadas y comprobar el efecto buffer del apoyo social (n=78). Los participantes fueron seleccionados de dos residencias de personas mayores de España mediante unos criterios de inclusión y exclusión. La psicóloga del centro residencial administraba en formato de entrevista el protocolo de evaluación. Los niveles de depresión eran estadísticamente iguales en los tres tipos de estado civil. La falta de hijos en la vejez tenía efectos negativos sobre el estado de ánimo. Las personas que llevaban 6 meses o menos en la residencia no se diferenciaban significativamente en su estado de ánimo de las que llevaban más tiempo. Las personas mayores que tenían niveles de autonomía más bajos presentaban niveles más altos de depresión que las que tenían niveles más altos de autonomía. El apoyo recibido de la familia tenía efectos distintos sobre la depresión en función de la valoración de la salud. El apoyo recibido de los amigos no amortiguaba el efecto negativo de la valoración de la salud sobre el estado de ánimo. La frecuencia del apoyo recibido de la familia ayudaba a amortiguar el efecto del número de personas de las que se recibía visitas. No se podía afirmar que la frecuencia con que se recibía apoyo de los amigos amortiguaba el efecto del número de amigos de los que se recibía visitas sobre el estado de ánimo. Concluyendo, los resultados del estudio no nos permitieron confirmar el efecto buffer del apoyo social.

## **1. Introducción**

Desde hace décadas, numerosas investigaciones (Ueno, Fujita, Nakamura, Tourmoku, y Asano, 1997; Rojano, Calcedo, Lozanitos, y Calcedo, 1992; Fernández y cols., 1995) han demostrado que la prevalencia de la depresión era más alta entre las personas mayores institucionalizadas. Estos estudios son coincidentes con muestras norteamericanas y europeas. Así, un estudio de Koeing y colaboradores (1997) encontró una prevalencia de alteraciones depresivas entre un 10 y 21% de los pacientes mayores hospitalizados.

En nuestro país, estudios de los primeros años de la década de los noventa revelaron que existía una gran disparidad de datos. La prevalencia de depresión oscilaba entre un 14% (Lobo, Ventura, y Marco, 1990) y un 62,67%, e incluso un 70% (Rojas y cols., 1991).

Después, Franco y Monforte (1996) encontraron que la prevalencia de trastornos depresivos en personas mayores institucionalizadas españolas se situaba entre un 15 y un 35% en la mayoría de los estudios.

En los últimos tiempos, la prevalencia de la depresión se acercó al 20%, y cuando existían otras afecciones, como enfermedades cardiovasculares, tumores, etc., los porcentajes crecían de manera significativa (Franco, Monforte, Criado, Jiménez, y Blanco, 2001) hasta el 60% (Campos, Ardanaz, y Navarro, 2004).

Los porcentajes revisados en diversos estudios señalaban un porcentaje elevado de trastornos del estado de ánimo en personas mayores institucionalizadas en España. El estudio de Drageset y colaboradores (2009) encontró una prevalencia de 56% de soledad.

Sin embargo, en un estudio de Campos, Ardanaz, y Navarro (2004) se encontraron diferentes resultados. Así, la presencia de sintomatología de depresión,

sumando la moderada y la grave, alcanzó el 60,3% entre los pacientes institucionalizados y el 77,5% en los atendidos a domicilio

Por otro lado, la prevalencia de depresión de las personas mayores en la geografía española que vivían en comunidad era menor que en ámbitos institucionalizados. Según un estudio del consorcio europeo (EURODEP) un 12% de la población mayor fue diagnosticada de trastorno depresivo, cifra que en España fue de 10,7% (Lobo, Saz, Marcos, Día, y De la Cámara, 1995).

Copeland y colaboradores (1999) afirmaron que sobre la estimación de la incidencia no existían muchos estudios dada la complejidad metodológica que requerían éstos, aunque podría estar en torno al 12% de la incidencia anual.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), se calculó que un 15% de las personas mayores de 65 años ha presentado episodios de depresión en algún momento, y los síntomas tendían a hacerse crónicos con más frecuencia que en los adultos. Un 2,5% de estas depresiones sería de tipo severo y un 13% de tipo leve.

El estudio Depression Research in European Society (DEPRES) mostró una prevalencia de depresión mayor en pacientes de 65-74 años del 5,4%, y del 4,6% en los mayores de 75 años, mientras que la prevalencia de síntomas depresivos sería del 8,3% en la población de 45 a 54 años y del 9,75 % en los mayores de 75 años.

Se ha demostrado que las personas mayores que peor valoraban su salud y que tenían nivel de funcionamiento más bajo en las ABVD, informaban tasas más altas de depresión. Así, una revisión de Takaoka (2002) reveló que niveles más bajos de actividades básicas de la vida diaria, más baja categoría de estado de salud, tener problemas físicos o disminución del funcionamiento físico, e incremento del número de

enfermedades crónicas, afectaban significativamente al nivel de depresión en personas mayores.

Además, estudios de correlación entre enfermedad física y síntomas depresivos en personas mayores que vivían en comunidad encontraron un prevalencia de 19,4% (Lindesay y Thompson, 1993), 27% (Callahan y cols., 1994), e incluso, 52,8% (Davidson, Feldman, y Crawford, 1994).

La mayoría de los estudios han mostrado que el apoyo social era un importante recurso para que las personas mayores mantuvieran su funcionalidad (Sherbourne y cols., 1992) y bienestar (Elovainio y Kivimake, 2000; Wong y cols., 2007). Además, el apoyo social estaba asociado con salud física (Travis y cols., 2004), salud mental (Liu y Gou, 2007; Routasalo y cols., 2006) y calidad de vida (Fortin y cols, 2006, García y cols, 2006).

En contraste, otra investigación encontró que el 30% de la varianza de correlación de síntomas depresivos se explicaba por tres variables que resultaron significativas, percepción de sí mismo negativa, limitaciones funcionales y problemas cognitivos. Mientras que otras variables como ausencia de apoyo social, locus de control externo, percepción de salud física negativa y dolor no fueron significativas (Smith, Rogers, y Abu-Bader, 1999).

Diversos estudios (Hoffart y Togersen, 1992; Haber, 1994) encontraron que existía correlación entre síntomas depresivos y variables psicosociales. Los factores cognitivos y sociales también mediaban en la relación entre enfermedad física y depresión. Así, personas que tenían tendencia al locus de control externo tenían más riesgo de depresión que las personas con tendencia al locus de control interno

En investigaciones previas, autores como Bazargan y Hamm-Baugh (1995) o Chu (1995) encontraron que la ausencia de asistencia a domicilio por parte de familiares

y amigos con enfermedad, tenía más influencia de riesgo de depresión y documentaron una asociación entre bajo apoyo social e índices altos de depresión.

Después, autores como Lee, Crittenden, y Yu (1996) o Steffens y colaboradores (1996) comprobaron que las personas mayores que recibían menos apoyo social de su familia y amigos presentaban niveles más altos de depresión.

Baretta, Danztler, y Kayson (1995) revelaron que existía una relación directa entre edad y soledad.

Algunos estudios han mostrado que la falta de hijos estaba asociada con soledad (Mullins y Duga, 1990; Mullins y cols., 1996). Por el contrario, otros no (Koropecky, 1998; Zhang y Hayward, 2001).

La probabilidad de ingresar en una residencia personas mayores fue positivamente asociada con incremento de edad, vivir solo, tener una o más discapacidad en actividades de la vida diaria, tener tres o más discapacidades en actividades instrumentales de la vida diaria, tener uno o más problemas en un test de deterioro cognitivo, tener una previa admisión a residencia, tener una atención al cuidado en el domicilio menor a tres años, recibir atención formal de menos de cinco días por semana y tener como cuidador a alguien antes que una esposa o hijo adulto (Pearlman y Crown, 1992).

Un estudio más reciente de Campos, Ardanaz, y Navarro (2004) reveló que en pacientes institucionalizados había asociaciones estadísticamente significativas con más manifestaciones de depresión en las variables mayor deterioro cognitivo, mayor dependencia física y menor nivel de estudios. Sin embargo, la variable sexo no resultó estadísticamente significativa.



Después, Hazer y Boylu (2010) encontraron en personas mayores que vivían en comunidad los siguientes resultados. Más sentimiento de soledad en mujeres que en varones aunque no fue estadísticamente significativo.

El grupo de 75 años de edad tuvo más sentimientos de soledad que el grupo de 65-75 años. Los mayores con menor nivel educativo tuvieron menor soledad que personas con mayor nivel educativo. Los solteros o viudos tuvieron mayor soledad que los casados. Los mayores sin hijos presentaron mayor soledad que mayores con hijos. Los mayores que vivían con sus esposas o con hijos y esposa tuvieron menor soledad que los mayores que vivían con hijos o con familiares, y que los que vivían solos. Los mayores que tenían ingresos regulares tuvieron mayor soledad que los que tenían ingresos irregulares aunque esta diferencia no fue significativa. Se encontró que los mayores que con frecuencia visitaban amigos o familiares no sentían soledad. Los varones tenían mayores sentimientos de soledad que las mujeres. Finalmente, los mayores que percibían pobre o mala salud sentían más soledad que aquellos que percibían buena salud.

Carstensen (1992, 1993, 1995) propuso la teoría de la selectividad emocional. Ésta entendía que las personas mayores se inclinaban gradualmente y deliberadamente a restringir sus contactos sociales periféricos (amigos, relaciones laborales) a medida que avanza su edad, e intensificaban los contactos con su familia inmediata, amigos íntimos y confidentes.

En la década de finales de los años noventa, Lansford y colaboradores (1998) corroboraron esta teoría observando una marcada reducción de la red social en personas mayores de edad avanzada.

En relación a la variable sexo, Rasulo y colaboradores (2005) encontraron que los varones tendían a mantener relaciones sociales más íntimas sólo con unas pocas personas, principalmente su esposa; a diferencia de las mujeres.

Además, el contacto más frecuente no significaba que la integridad social sería mejor (Seeman y cols., 1996) y la calidad del apoyo social era más significativa para el bienestar que la cantidad de apoyo social (Pinquart y Sorensen, 2000; Carpenter, 2002).

Prince y colaboradores (1997) o Tiikkainen y Heikkinen (2005) explicaron que personas con ausencia de apoyo social eran frecuentemente vulnerables a la depresión.

Las redes sociales aportaban contacto social y apoyo social, éstos asociados con salud física y mental positiva en personas mayores (Bergman, 1984). Investigaciones hallaron que personas mayores americanas africanas que vivían en el ámbito rural y urbano tuvieron niveles más altos de interacción y fuertes lazos emocionales con su familia extendida (Chatters y cols., 1985; Taylor y Chatters, 1991).

En contra de los resultados previos, Gibson y Jackson (1987) encontraron que la mayoría de los encuestados tenían redes sociales que completaban sólo con familia inmediata, mientras que otros tenían mezcla de familia y amigos, y un poco de proporción no tenía exclusivamente miembros familiares en sus redes sociales

La revisión de investigaciones más actuales (Pierce, Sarason, y Sarason, 1996; Kahn y cols., 2003) explicó que personas mayores que informaban de altos niveles de apoyo social disfrutaban de mejor salud mental y bienestar psicológico. Por ejemplo, el apoyo social estaba asociado con mejor salud física (Auslander y Litwin, 1991), menor depresión (Russell, 1996; Roberts y Gotlib, 1997) y menor soledad (Russell y Cutrona, 1991; Kogan, Van Hasselt, Hersen, y Kabacoff, 1995; Lynch y cols., 1999). En otras palabras, los mayores niveles de bienestar psicológico fueron encontrados entre

personas que creían que tenían altos niveles de apoyo social, a pesar de la cantidad de apoyo que recibían, o cuantas personas ellos conocían.

Estudios (Lefrancois, Leclerc, y Gaulin, 2000; Lin y cols., 2007) explicaron que la influencia del apoyo social en los trastornos del estado de ánimo en residencias de personas mayores ha recibido limitada atención. Sin embargo, menores niveles de apoyo social son significativamente relacionados con una variedad de problemas emocionales.

Las personas mayores de residencias geriátricas experimentaban cambios (acontecimientos vitales estresantes) en las relaciones estrechas, traslado, salud débil o muerte de una esposa o amigos (Mancini y Blieszner, 1992).

Las personas mayores de 74 años que acudían a un servicio de urgencias, realizándose una valoración geriátrica integral y que presentaban sintomatología depresiva, tenían un mayor riesgo de ingreso hospitalario (Suárez-Linares, Cobo-Gómez, Suárez-García, García-Carreño, y Álvarez-Álvarez, 2009).

Un estudio previo de trece residencias de mayores mostró que sobre el 64% de los residentes estaban viudos y la frecuencia de contacto con la familia (Bondevik y Skogstad, 1996) y amigos (Bondevik y Skogstad, 1996; Drageset, 2002) fue aproximadamente mensual.

El contacto que aporta una sensación de seguridad e intimidad y sensación de compañía contribuía a bienestar (Farber y cols, 1991; Lee y cols, 2005).

Felton y Berry (1992) confirmaron la importancia de provisiones de cumplimiento social entre personas mayores estando en centros geriátricos de larga estancia hospitalaria y cómo esto se relacionaba con bienestar. El apoyo social ha mostrado la importancia de la soledad emocional y social entre residencias de mayores

(Bondevik, 1996). Estos hallazgos eran consistentes con estudios que aportaban evidencia de que el apoyo social prevenía la institucionalización.

Un estudio actual de Drageset, Kirkevold, y Espehaug (2010) indicaba que las relaciones entre residentes de residencias de mayores y otras personas externas a éstas eran importantes componentes de salud mental

En un estudio de Benjamin y colaboradores (2007) encontraron que los varones recibían menos apoyo emocional, instrumental e información que las mujeres en la vejez. Los varones proporcionaban menos apoyo emocional informal y más instrumental que las mujeres. Los varones tenían menos contacto con familia y amigos que las mujeres. Los varones y mujeres, a mayor educación, menos contactos sociales. Los varones mayores estaban más satisfechos que las mujeres mayores. Se confirmó la teoría de la selectividad emocional en los varones y mujeres, pero de diferente manera. En los varones más completamente (tenían una red social más reducida y más limitada) y en las mujeres más parcialmente (tenían una red social más amplia).

Los resultados de Fakuda (2002) con personas mayores que vivían en comunidad indicaban que aproximadamente el 32% de varones y 45% de mujeres que fueron categorizados tenían nivel leve-severo de depresión. Las mujeres mostraron significativamente niveles más altos de depresión y niveles más bajos de sensación de bienestar subjetivo que los varones.

La revisión de la literatura (Pearlman y Crown, 1992) encontró que personas mayores que actualmente estaban casadas, que vivían con otros, que tenían hijos en su casa o cerca, o que tenían vecinos serviciales que aportaban cuidados eran menos probablemente institucionalizadas.

Hanley y colaboradores (1990) o McCoy, Newman, y Struyk (1990) sugerían que personas mayores que recibían apoyo formal más que recursos informales

incrementaban el riesgo de ser institucionalizado aunque no todos los estudios coincidían en esto.

Krause (1997) encontró que los síntomas depresivos aparecían asociados con baja satisfacción con el apoyo social. Un estudio sugirió que la sensación de control y el apoyo social jugaban distinguidos e importantes roles en las relaciones entre acontecimientos vitales estresantes negativos y depresión en personas mayores de Hong Kong.

Krause y Liang (1993) apoyaban la hipótesis mediadora. De tal manera que cuando aumentaban los acontecimientos vitales estresantes, la sensación de control o necesidad de apoyo social; se incrementaban las consecuencias negativas y síntomas depresivos. Por otro lado, estudios como los de Husaini y colaboradores (1991) o Russel y Cutrona (1991) apoyaban la hipótesis moderadora. Así, la sensación de control o de apoyo social moderaban la relación entre acontecimientos vitales estresantes y consecuencias negativas en salud mental.

Los resultados en relación a la hipótesis del efecto mediador de la sensación de control y apoyo social sugerían que la sensación de control actuaba como mediador en la relación entre el número de acontecimientos vitales estresantes y síntomas depresivos. También, los hallazgos en relación a la hipótesis del efecto moderador de la sensación de control y apoyo social encontraron que la interacción entre el número de acontecimientos vitales estresantes y las puntuaciones en la escala de apoyo social fueron significativas (Chou y Chi, 2001).

Se han encontrado estudios que confirmaban el efecto moderador del apoyo social en las relaciones entre acontecimientos vitales estresantes y salud mental. (Brown y cols., 1986; Chou y Chi, 2001). Según esto, la sensación de apoyo social moderaba la relación entre acontecimientos vitales estresantes y consecuencias negativas en salud

mental. De tal manera que el impacto del número de acontecimientos vitales estresantes en las puntuaciones fue menor cuando respondieron mayores niveles de apoyo social que en menores niveles de apoyo social en las puntuaciones.

En contraste, algunos estudios (Prince y cols., 1997; Lefrancois, Leclerc, Hamel, y Gaulin, 2000) demostraban que en presencia de muchos acontecimientos vitales estresantes, una alta satisfacción con el apoyo social no aportaba ningún efecto moderador sobre la depresión. Por tanto, los aspectos sociales y los acontecimientos vitales eran un factor independiente vulnerable de la depresión.

Otros estudios (Kahn, Hessling, y Russell, 2003) estudiaban si la percepción de apoyo social estaba relacionada con la salud y bienestar psicológico. Para ello, se hipotetizaba que la percepción de apoyo social correlacionaba de forma positiva con autoinforme de salud física y satisfacción vital y que la percepción de apoyo social correlacionaba de forma negativa con autoinforme de depresión y soledad. Se encontró consistencia con esta hipótesis. De tal manera que la percepción de apoyo social fue significativamente relacionada con las cuatro medidas de salud. Particularmente, relaciones fuertes fueron observadas entre percepción de apoyo social y depresión, soledad y satisfacción vital. Específicamente, individuos en percepciones de mayor apoyo social se relacionaron con menor depresión, menor soledad y mayor satisfacción vital que individuos que percibían menor apoyo social.

Existen múltiples estudios que corroboraban la idea de que el apoyo social disminuía el riesgo de depresión en personas mayores institucionalizadas. Los hallazgos de Tiikkainen y Heikkinen (2005) informaban de la importancia de la interacción íntima y confidencial para la soledad.

La esposa, familia y amigos eran frecuentemente los referentes significativos (Mullins y Dugan, 1991; Routusalo y cols., 2006). Además, los factores que disminuían

la experiencia de soledad incluían personas con contactos frecuentes con amigos y vecinos (Mullins, Johnson, y Andersson, 1987).

La ausencia de red social y tener pocos contactos sociales (Mulling, Dugan, 1990) eran claramente asociados con soledad. Las personas mayores que tenían redes sociales limitadas no recibían bastante apoyo y satisfacción emocional (Bondevik, Skogstad, 1996).

Sin embargo, existe algún estudio (Drageset y cols., 2009) con personas mayores de diferentes residencias que demostraba que la frecuencia de contacto con amigos y familia, exterior a la residencia, no estaba relacionado con la soledad.

Estudios no encontraban asociación entre frecuencia de visitas de hijos o amigos y soledad (Dugan y Kivetti, 1994; Routasalo y cols., 2006). En contraste, algunos estudios han encontrado menor frecuencia de contacto social con familia (Drageset, 2002, 2004), amigos (Bondevik y Skogstad, 1998) y vecinos (Bondevik, Skogstad, 1998) y ausencia de amigos (Savikko y cols., 2005; Eshbaugh y Eshbaugh, 2009) estaban asociados con soledad.

Estudiar la soledad entre personas mayores requería hablar de factores de apoyo social objetivos y subjetivos (Anderson, 1998; Nicholson, 2009). En un estudio se encontró un 56% de experiencia de soledad frecuentemente y un 35% de experiencia de soledad a veces. El sexo y estado civil fue asociado con soledad. Los varones fueron dos veces más probable que sintieran soledad que las mujeres. Las personas mayores solteras aportaron más severa soledad seguidos de viudas y viudos. La pérdida de su casa, familia o amigos y previos acontecimientos vitales eran algunas pérdidas que sufrían las personas mayores que vivían en residencias (Hicka, 2000). La muerte de su esposa estaba asociada con soledad (Jacobson y Hallberg, 2005). Los resultados de este último estudio concordaban con otros estudios (Luanaigh y cols., 2008; Theeke, 2010).

A la luz de las investigaciones precedentes se puede afirmar que la mala salud, el ingreso en la residencia, la edad, el género y el estado civil, así como la falta de recursos sociales, no tener hijos, tener un nivel educativo bajo o tener una red social reducida, son factores que se asocian positivamente a la depresión. Las personas que no reciben visitas se asocian con niveles más altos de depresión. Las personas que reciben con menor frecuencia apoyo de la familia y amigos, también se deprimen más. La baja satisfacción con las redes sociales incrementa la depresión.

Se ha comprobado que el apoyo social obtenido de la familia y/o los amigos, ayuda a amortiguar el impacto negativo de algunos de estos factores (acontecimientos vitales estresantes, mala percepción de salud y ausencia de personas que te visiten) sobre la depresión.

Por tanto, basándome en la literatura, el propósito de este trabajo fue estudiar la depresión en personas mayores institucionalizadas y comprobar el efecto buffer del apoyo social. Se sabe que la provisión de apoyo de la familia y amigos puede amortiguar el efecto negativo de la mala percepción de salud sobre la depresión. De la misma manera puede amortiguar el efecto negativo de la ausencia de contactos con la familia y amigos sobre la depresión. Creemos que los efectos de tener escaso contacto familiar y social pueden verse amortiguados si esas pocas personas proporcionan apoyo con frecuencia. Estos efectos no serán iguales en los que reciban muchas visitas, pero obtengan apoyo con poca frecuencia.

## **2. Materiales y método**

### *2.1. Muestra de estudio*

El estudio incluye 43 residentes de la Residencia Sanyres de Personas Mayores de Logroño en la provincia de La Rioja. Los participantes fueron seleccionados de una



base de datos del centro residencial según el grado de deterioro cognitivo basado en la Escala Global de Deterioro (GDS).

Los criterios de inclusión fueron estar ubicados en un grado de deterioro cognitivo GDS-1 (ausencia de alteración cognitiva) o GDS-2 (disminución cognitiva muy leve). Por otro lado, los criterios de exclusión fueron estar diagnosticados de otras patologías mentales que implicaban pérdida de memoria o falta de comprensión, o ser residentes supramedicados.

Tras realizar los análisis descriptivos y observar la distribución de la muestra en distintas variables, así como los resultados de algunas pruebas estadísticas preliminares, los resultados sugerían la pertinencia de aumentar el tamaño muestral. Para ello, he incorporado los datos de personas mayores de la Residencia Sauvia de la ciudad de Salamanca (n=35), que contestaron al mismo protocolo de evaluación. Así, la muestra total del estudio realizado (n=78, Media edad =81,93).

A continuación, se describen los resultados descriptivos de la muestra que aparecen reflejados en la Tabla 1.

**Tabla 1**  
**Estadísticos descriptivos con n=78**

Categorías		Media	Frecuencia (%)
Meses de ingreso		9,73	
Edad		81,93	
Sexo	Hombre		22 (28,2)
	Mujer		56 (71,8)
Estado civil	Soltero		22 (28,2)
	Divorciado		5 (6,4)
	Viudo		39 (50,0)
	Casado		12 (15,4)
¿Tiene hijos?	No		36 (46,2)
	Si		42 (53,8)
Nº de hijos		1,47	
Nivel funcional	Asistido	2,24	6 (7,7)
	Semi-asistido		47 (60,3)
	Válido		25 (32,1)
AVD		3,10	
Nivel de estudios	Analfabeto		1 (1,3)
	Sin estudios		19 (24,4)
	E. Primarios		39 (50,0)
	E.Secundarios		11 (14,1)
	Universitarios		8 (10,3)
Percepción de salud	Muy mala	3,05	5 (6,4)
	Mala		24 (30,8)
	Regular		19 (24,4)
	Buena		22 (28,2)
	Muy buena		8 (10,3)
Contacto con familia	Ninguno		2 (2,6)
	Uno		15 (19,2)
	Dos		24 (30,8)
	Tres o cuatro		23 (29,5)
	Entre cinco y ocho		13 (16,7)
	Nueve o más		1 (1,3)
Contacto amigos	Ninguno		37 (47,4)
	Uno		14 (17,9)
	Dos		15 (19,2)
	Tres o cuatro		11 (14,1)
	Entre cinco y ocho		1 (1,3)
Frecuencia apoyo en problemas familia	Casi nunca	2,36	22 (28,2)
	Algunas veces		6 (7,7)
	Casi siempre		50 (64,1)
Frecuencia apoyo instrumental amigos	Casi nunca	1,74	43 (55,1)
	Algunas veces		12 (15,4)
	Casi siempre		23 (29,5)
Satisfacción con los amigos		3,45	
Satisfacción con familia		3,15	
GDS-8	Normal	2,24	21 (26,9)
	Dudoso		17 (21,8)
	Clínica		40 (51,3)

Más de la mitad de los residentes que participaron en el estudio fueron mujeres (71,8%) y el resto varones (28,2%). La mitad de la muestra tenía estudios primarios, un 24,4% sin estudios, 14,1% estudios secundarios, 10,3% estudios universitarios y un 1,3% analfabetos. La media del tiempo de ingreso de las personas mayores fue de 9,73 meses.

La mitad de las participantes fueron viudas, un 28,2% solteras, 15,4% casadas y un 6,4% divorciadas. Un poco más de la mitad tenían hijos (53,8%) frente al resto de personas que no tenían (46,2%). La media del número de hijos fue 1,47.

La percepción de salud fue medida con un pregunta (Teniendo en cuenta su edad, ¿usted cómo percibe su salud?) en una escala de 5 puntos, con 1 “Muy mala salud” hasta 5 “Muy buena salud” (Media= 3,05).

Según la Escala GDS-8 (Buz, 1996), un poco más de la mitad (51,3%) presentaron posible depresión clínica, un 26,9 % posible normalidad y el resto (21,6%) posible depresión dudosa.

## *2.2. Instrumentos*

La depresión fue medida con la Escala GDS-8 (Buz, 1996). Esta escala es una versión reducida de 8 ítems, adaptada para población institucionalizada a partir de la versión desarrollada por Izal y Montorio (1993) con 30 ítems para mayores que vivían en comunidad. Se trata de una escala de respuestas dicotómicas (Sí-No), donde la persona entrevistada debe mostrar si está de acuerdo o no a una serie de enunciados.

Las garantías psicométricas en fiabilidad y validez son citadas a continuación. En primer lugar, la consistencia interna fue de .83 y la estabilidad temporal de .86. En segundo lugar, la validez concurrente con la GDS-30 fue de .80. Las puntuaciones de la

escala con valores (0-2 puntos) indicaban posible normalidad, (3-4 puntos) posible depresión dudosa y por último, (5-8 puntos) posible depresión clínica.

En cuanto a las variables sociodemográficas, la edad fue medida como variable continua, el sexo, el estado civil, la situación parental (1= no tener hijos, 2= sí tener hijos), número de hijos y nivel de estudios.

La salud subjetiva o percepción de salud fue medida con el ítem “Teniendo en cuenta su edad, ¿usted cómo percibe su salud?”, las AVD con cuatro ítems “Subir y bajar escaleras”, “Andar 5 minutos o más sin descansar”, “Levantarse y sentarse en una silla”, “Doblarse para ponerse/atarse el calzado”. La persona debía responder según una escala que iba desde 1= no puedo, hasta 5= puedo perfectamente. La autonomía funcional, el ingreso (tiempo que lleva ingresado en la residencia fue medido en meses).

El apoyo social fue medido mediante tres indicadores.

El tamaño de la red social fue medido con el ítem “¿A cuántos familiares ve o con cuántos habla por teléfono al menos una vez al mes?”. La persona debía responder según una escala que iba desde 0 =ninguno hasta 5=nueve o más. Se formuló la misma pregunta referida a los amigos.

La frecuencia de apoyo percibido fue medida con el ítem “En caso de tener problemas ¿Puede usted contar con alguien de su familia?”. La persona debía responder según una escala que iba desde 1=casi nunca hasta 3=casi siempre. Se formuló la misma pregunta referida a los amigos.

La satisfacción con las relaciones interpersonales fue medida con un ítem para cada miembro de la familia “En general ¿cómo se siente de satisfecho con la relación que tiene con sus hijos, hermanos, nueras/yernos, nietos, sobrinos, amigos y compañeros?”. La persona debía responder según una escala que iba de 1=nada satisfecho hasta 5=muy satisfecho. Para los análisis se usó la puntuación media.

### *2.3. Procedimiento*

En primer lugar, se explicó a la directora de los centros residenciales la investigación y se solicitó su autorización para realizarla. Posteriormente, se seleccionó a los residentes aptos para participar en el estudio. Más tarde, tras informales a los participantes de los objetivos del estudio, se obtuvo el consentimiento informado.

A continuación, se administraba el protocolo en forma de entrevista a cada participante de forma individualizada. Éste se realizaba en el despacho del psicólogo en el centro residencial, en un ambiente relajado, sin ruidos ambientales y con buena iluminación. La media de administración de la prueba fue de 30 minutos.

### *2.4. Análisis de datos*

Se realizaron Anovas y para ellos se recodificaron algunas variables.

La variable continua ingreso se recodificó en dos categorías “reciente”= 6 meses o menos y “no reciente”= 7 meses o más. En el estado civil los viudos se unieron a los divorciados.

AVD se dicotomizó a partir de las puntuaciones de los centiles 25 y 75 para comparar a los sujetos con puntuaciones más bajas y más altas de autonomía. La valoración de salud se recodificó en dos grandes categorías, los de “muy mala, mala y regular” versus “buena y muy buena”.

El número de visitas se recodificó eliminando a los que tenían valor 0= ningún familiar o amigo, y dejando a los que tenían “un familiar o amigo” versus “dos o más familiares o amigos”. La frecuencia de apoyo se recodificó en dos categorías, los de “casi nunca” versus “algunas veces y casi siempre”.

La satisfacción con la familia y amigos se recodificó en dos categorías, los de “nada y poco satisfecho” versus “ni satisfecho ni insatisfecho, bastante satisfecho y muy satisfecho”.

### **3. Resultados**

#### *-Relación entre variables*

La tabla de correlaciones (ver tabla 2) mostraba que la depresión estaba relacionada positivamente, según esperábamos, con el tiempo de ingreso ( $r = .25$ ,  $p < .05$ ).

Respecto a la relación entre la salud y la depresión, observamos que, como esperábamos, la percepción de salud estaba más relacionada ( $r = -.77$ ,  $p < .001$ ) con la depresión que el nivel de funcionamiento en las AVDs ( $r = -.35$ ,  $p < .01$ ). Destaca el hecho de que la valoración de la salud no se relacionaba de forma tan alta como sería de esperar con el nivel de funcionamiento en las AVDs.

En contra de lo esperado, la depresión no estaba asociada a la edad, ni al género, ni al estado civil o el nivel de estudios. Sin embargo, la relación entre la depresión y tener hijos presentaba una relación negativa significativa ( $r = -.29$ ,  $p < .01$ ), aunque no así el número de hijos.

Otro tipo de recursos, como los procedentes de las redes sociales de familiares y amigos, revelaban un patrón común de relaciones con la depresión en el sentido esperado.

Por una parte, tener contacto al menos una vez al mes con familiares parecía ser más importante para el estado de ánimo que los contactos con amigos ( $r = -.47$ ,  $p < .001$  y  $r = -.19$ ,  $p = n.s.$ ; respectivamente). Además, las personas que recibían más visitas o llamadas de teléfono de la familia eran las que valoraban mejor su salud, tenían más

hijos y niveles educativos más bajos. Este perfil, sin embargo, no se producía cuando analizábamos las visitas y llamadas de los amigos.

Por otra parte, la frecuencia con la que se obtenía apoyo se relacionaba más intensamente con la depresión cuando se trataba del apoyo que procedía de la familia que de los amigos ( $r = -.42, p < .001$  y  $r = -.24, p < .05$ ). Dicha frecuencia de relación mostraba una relación moderada con el número de personas de las que recibía visitas o llamadas de teléfono.

Respecto a la satisfacción que se derivaba de las relaciones sociales, tanto la satisfacción con los familiares como con los amigos se asociaban negativamente de forma significativa con los niveles de depresión ( $r = -.27, p < .05$  y  $r = -.29, p < .01$ ).

Los coeficientes de correlación sugerían que la satisfacción con las relaciones con la familia estaban muy vinculadas al tamaño de la red familia que mantenía un contacto mensual y a la frecuencia con que le proporcionaba apoyo cuando lo necesitaba. En el caso de los amigos, la satisfacción parecía estar más vinculada al número de amigos que a la frecuencia con que le prestaban apoyo.

#### *- Variables sociodemográficas y depresión*

Aunque las personas casadas parecían tener niveles más bajos de depresión que aquellas que han perdido a su pareja (viudas) o nunca la han tenido (solteras), el estadístico F nos indicaba que los niveles de depresión eran estadísticamente iguales en los tres tipos de estado civil  $F(2, 75) = .92, p = n.s., \eta^2 = 2.4\%$ . Los resultados obtenidos en el estado civil han sido en contra de lo esperado.

El análisis de varianza revelaba, en el sentido esperado, que la falta de hijos en la vejez tenía efectos negativos sobre el estado de ánimo,  $F(1, 76) = 6.89, p < .01, \eta^2 = 8.3\%$ , ya que los valores de los que no tienen hijos se acercaban al punto de corte de una

depresión clínica (5 puntos) (media = 4.83 versus 3.64, para mayores sin hijos y con hijos, respectivamente).

*- Acontecimiento vital estresante y depresión.*

En contra de lo esperado, dados los resultados del coeficiente de correlación, el análisis univariante realizado considerando el distinto tiempo de ingreso en la residencia mostraba que las personas que llevaban 6 meses o menos en la residencia no se diferenciaban significativamente en su estado de ánimo de los que llevaban más tiempo,  $F(1, 76) = 1.71, p = n.s., \eta^2 = 2.2\%$ .

Además, los valores de los que estaban 6 meses o menos se acercaban a una posible normalidad y los que llevaban 7 meses o más se acercaban al punto de corte de una depresión clínica (media= 3.90 versus 4,51, para mayores de 6 meses o menos y 7 meses o más).

*- Salud y depresión y el efecto buffer del apoyo social*

En cuanto al nivel de autonomía y su relación con la depresión, las prueba de Anova realizada señalaba que las personas mayores que tenían niveles de autonomía más bajos presentaban niveles de depresión más altos (de nuevo casi a nivel clínico) de depresión (media = 4.96) que los que tenían niveles más altos de autonomía (media = 3.82)  $F(1, 43) = 4.22, p < .05, \eta^2 = 4\%$ .

Posteriormente analizamos el componente subjetivo de la salud, que en los análisis de correlación había mostrado una relación más alta con la depresión que el nivel funcional. Además del efecto de la valoración de la salud queríamos conocer si la frecuencia con la que las personas mayores recibían apoyo de su familia cuando tenían



problemas amortiguaba el efecto negativo de la valoración de la salud sobre la depresión.

Para ello realizamos un análisis de varianza factorial con el objeto de comprobar los efectos directos de la valoración de la salud y de la frecuencia del apoyo recibido de la familia, y la interacción entre ambas variables. La prueba F para los efectos directos indicaba que los niveles de depresión de las personas que consideraban que su salud es regular o mala/muy mala son significativamente más altos (media = 5.49) que los que consideraban que es buena/muy buena (media = 3.29)  $F(1, 74) = 27.90, p < .001, \eta^2 = 27.4\%$ .

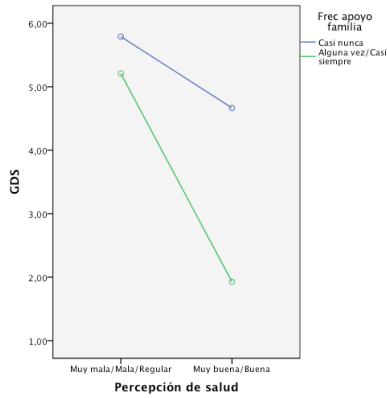
Por otra parte, los que casi nunca recibían apoyo de su familia en caso de problemas mostraban niveles más altos de depresión (media = 5.22) que los que la recibían con más frecuencia (media = 3.56)  $F(1, 74) = 15.88, p < .001, \eta^2 = 17.7\%$ .

El análisis también revelaba un efecto de interacción significativo ( $F(1, 74) = 6.70, p < .01$ ), que revela que, confirmando mi hipótesis, el apoyo recibido de la familia tenía efectos distintos sobre la depresión en función de la valoración de la salud.

Las comparaciones por pares señalaban que cuando no se recibía apoyo casi nunca, los niveles de depresión de los que afirmaban tener una mala salud son iguales que los que afirmaban tener una buena salud (medias = 5.78 y 4.66, respectivamente).

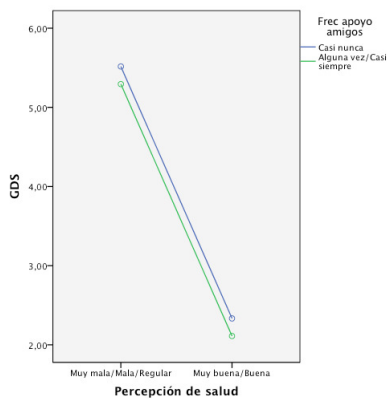
Sin embargo, cuando se recibía apoyo con más frecuencia (algunas veces o casi siempre), los que percibían tener una buena salud tenían niveles significativamente más bajos que los que valoraban negativamente su salud (medias = 5.20 y 1.96, respectivamente,  $p < .001$ ).

Esto suponía pasar de tener depresión clínica según la escala a no tener depresión.



Al analizar las pruebas F correspondientes a la relación con los amigos, observábamos un efecto directo de la valoración de la salud,  $F(1, 74) = 96.08, p < .001, \eta^2 = 49.6\%$ , pero no de la frecuencia con que se recibía apoyo de ellos, ni tampoco un efecto de interacción significativo  $F(1, 74) = .00, p = n.s., \eta^2 = 0\%$ , lo que indicaba que los niveles de depresión en los sujetos con peor y mejor valoración de la salud eran los mismos cuando apenas se recibía apoyo y cuando se recibía con más frecuencia.

Debemos por tanto rechazar nuestra hipótesis de que el apoyo recibido de los amigos amortiguaba el efecto negativo de la valoración de la salud sobre el estado de ánimo.



Otro de los objetivos de esta investigación estaba relacionado con el efecto buffer de la frecuencia del apoyo en aquellas personas que tenían una red social pequeña frente a aquellos con más individuos en dicha red.

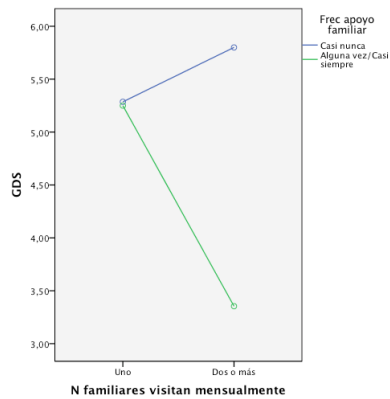
Para ello, realizamos un Anova factorial comparando a las personas mayores que afirmaban recibir mensualmente visitas de una única persona frente a las que recibían visitas de dos o más personas y contrastando si la frecuencia con que recibían apoyo de estas personas amortiguaba en igual medida el impacto de dichas visitas sobre su estado de ánimo.

Observamos que el número de personas que visitaban a la persona mayor no tenía un efecto significativo sobre el estado de ánimo, pero sí la frecuencia con que recibían apoyo de ellas,  $F(1, 74) = 5.33$ ,  $p = .02$ ,  $\eta^2 = 2.2\%$ , en el sentido, los que no recibían apoyo casi nunca en caso de tener problemas tenían puntuaciones de depresión más altas que los que recibían apoyo con más frecuencia (medias = 5.54 y 4.30, respectivamente,  $p < .05$ ).

Confirmando nuestra hipótesis, la frecuencia del apoyo recibido de la familia ayudaba a amortiguar el efecto del número de personas de las que se recibía visitas.

Sin embargo, cuando se recibía apoyo esporádicamente, las personas que recibían visitas de una persona presentan los mismos niveles de estado de ánimo que los que recibían de dos o más personas (media = 5.28 y 5.25,  $p = n.s.$ ).

Por el contrario, cuando se recibía apoyo con más frecuencia, los efectos positivos sobre estado de ánimo sólo se producían entre los que recibían más visitas (media = 5.80 y 3.35, respectivamente,  $p < .01$ ). Este resultado tenía sentido teniendo en cuenta la alta correlación observada entre el número de personas de las que se recibía visitas de familiares y la frecuencia con que se recibía apoyo ( $r = .57$ ,  $p < .001$ ).

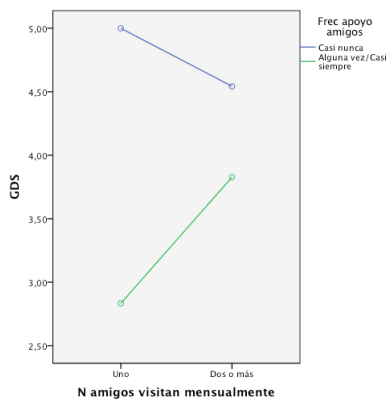


Por último, no observamos efectos del número de amigos que visitaban mensualmente sobre la depresión, pero sí de la frecuencia con que se obtenía apoyo de ellos,  $F(1, 74) = 5.67$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2 = 7.1\%$ . Los que recibían apoyo de los amigos de forma poco frecuente (casi nunca) tenían niveles de depresión más altos que los que recibían apoyo con más frecuencia (media = 4.77 y 3.33, respectivamente,  $p < .05$ ).

En contra de lo esperado, no se observó un efecto significativo de la interacción entre ambas variables, por lo que no podíamos afirmar que la frecuencia con que se recibía apoyo de los amigos amortiguaba el efecto del número de amigos de los que se recibía visitas sobre el estado de ánimo.

En concreto, cuando no se recibía apoyo casi nunca, las personas que recibían visitas de un único amigo tenían los mismos niveles de depresión que los que tenían contacto con más amigos, y lo mismo ocurría cuando la frecuencia de apoyo de los amigos era mayor.

29 *Depresión en personas mayores institucionalizadas y el efecto buffer del apoyo social*



**Tabla 2**  
**Correlación entre depresión y otras variables**

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 GDS	-														
2 Ingreso	,254*	-													
3 AVD	-,349*	-,165	-												
4 Salud	-,772***	-,238*	,474***	-											
5 Edad	-,149	-,229*	-,011	,080	-										
6 Sexo	,045	-,066	-,068	-,124	,401***	-									
7 Tener Hijos	-,288**	-,029	-,062	,157	-,061	-,009	-								
8 Número de hijos	-,200	-,150	-,019	,123	,045	-,010	,810***	-							
9 Estudios	-,007	-,018	,119	-,080	-,122	-,253*	-,271*	-,264*	-						
10 Tamaño Familia	-,476***	-,140	,160	,391***	,103	-,018	,594***	,581***	-,275*	-					
11 Tamaño Amigos	-,197	-,170	-,017	,206	-,091	-,053	,164	,115	-,187	,352**	-				
12 Frecuencia Familia	-,422***	-,307**	,059	,367***	,106	-,099	,431***	,476***	-,217	,568***	,235*	-			
13 Frecuencia Amigos	-,248*	-,071	,083	,221	-,058	-,053	,052	-,142	-,128	,112	,573***	,182	-		
14 Satisfacción Familia	-,274*	-,204	-,093	,170	,131	,147	,665***	,740***	-,279*	,594***	,339**	,610***	,065	-	
15 Satisfacción Amigos	-,292**	-,131	,191	,297**	-,048	-,154	,374***	,326**	-,228*	,572***	,400***	,420***	,330**	,369***	-

\* p&lt;0,005

\*\* p&lt;0,01

\*\*\*p&lt;0,001

#### **4. Discusión**

La investigación revisada (Wenz, 1997; Hazer y Boylu, 2010) confirmaba la idea de que el deterioro del funcionamiento físico y pobre salud percibida tendía a la dependencia en la ayuda de otros para las actividades de la vida diaria, estar en casa incrementaba la necesidad de atención de cuidado, todo ello era asociado con sentimientos de soledad. En el estudio, los resultados han sido los esperados, se encontró que las personas mayores que tenían niveles de autonomía más bajos presentaban niveles de depresión más altos (de nuevo casi a nivel clínico) de depresión que los que tenían más altos de autonomía. Además, los niveles de depresión de las personas que consideraban que su salud era regular/muy mala eran significativamente más altos que los que consideraban que era buena /muy buena.

En relación a la edad, existía relación significativa entre edad y síntomas de depresión. De tal manera que tendía a aumentar la depresión con la edad según diversos estudios (Baretta, Dantzler, y Kayson; 1995; Anderson, 1998). Sin embargo, en el estudio realizado, en contra de lo que esperaba, la depresión no estaba asociada a la edad.

Acorde con algunos estudios, los varones se encontraban más frecuentemente con sentimientos de soledad que las mujeres (Anderson y Stevens, 1993; Chang y Yang, 1999). Pero otros estudios aportaban resultados contrarios (Alkan y Sezgin, 1998). Por tanto, la bibliografía comparte resultados dispares. Sin embargo, en mi estudio, en contra de lo que esperaba, la depresión no estaba asociada al sexo.

La mayoría de los estudios (Kivett, 1979; Van Barsen, 2002) revisados apoyaban la idea de que las personas casadas tenían menores sentimientos de soledad que las viudas o solteras. Los resultados han sido contrarios, la depresión no estaba asociada al estado civil. Una explicación de los resultados podría ser que el número de casados era

muy pequeño, quizás de haber tenido una muestra mayor, las personas viudas habrían dado puntuaciones de depresión mayores que el resto.

La mayoría de los estudios (Mullins y cols., 1996; Hayward, 2001) revelaban resultados dispares en la relación entre depresión y tener hijos. En nuestro estudio, la relación entre depresión y tener hijos presentaba una relación negativa significativa, al igual que lo esperado.

Se ha confirmado la teoría de la selectividad emocional en múltiples estudios. Tilburg (1998) encontró que aunque el tamaño de la red continuaba el mismo tiempo, el número de familiares cercanos se incrementaba y el número de amigos disminuía.

Otro estudio, confirmó un incremento en el apoyo recibido instrumental y en el apoyo proporcionado emocional. Las personas mayores en lo último de su vida, llegaban a ser más selectivas en sus relaciones con otros y preferían desarrollar relaciones personales con pocos individuos más bien que más superficiales lazos con muchas personas (Tornstam, 1997).

En este estudio, se confirmó la teoría de la selectividad emocional. Los resultados indicaron que las personas mayores tenían más contacto y frecuencia familiar que contacto y frecuencia con amigos.

La calidad del apoyo social ha sido mostrada ser más estrechamente relacionada con el bienestar (Pinquart y Sorensen, 2000; Chi y Chou, 2001; Carpenter, 2002) que la cantidad de contacto social y frecuencia de contacto no explicaban el sentimiento de soledad. En este estudio igual, la satisfacción con los familiares como con los amigos se asociaban negativamente de forma significativa con los niveles de depresión.

Sin embargo, la satisfacción con las relaciones con la familia estaban muy vinculadas al tamaño de la red que mantenía un contacto mensual y a la frecuencia con que le proporcionaba apoyo cuando lo necesitaba. En el caso de los amigos, la



satisfacción parecía estar más vinculada al número de amigos que a la frecuencia con que les prestaban apoyo.

En el estudio se ha confirmado que el apoyo recibido de la familia tenía efectos distintos sobre la depresión en función de la valoración de salud.

Sin embargo, se ha rechazado la hipótesis de que el apoyo recibido de los amigos amortiguaba el efecto negativo de la valoración de la salud sobre el estado de ánimo.

Por tanto, según los datos obtenidos no se puede confirmar el efecto buffer de la frecuencia del apoyo en aquellas personas que percibían buena salud frente a aquellas personas que percibían peor salud (Kahn, Hessling, y Russell, 2003)

Además, se ha confirmado que la frecuencia del apoyo recibido de la familia ayudaba a amortiguar el efecto del número personas de las que se recibía visitas.

Sin embargo, cuando se recibía apoyo esporádicamente, las personas que recibían visitas de una persona presentaban los mismos niveles de estado de ánimo que los que recibían de dos o más personas.

Por el contrario, cuando se recibía apoyo con más frecuencia los efectos positivos sobre estado de ánimo sólo se producían entre los que recibían más visitas.

Este resultado tenía sentido teniendo en cuenta la alta correlación observada entre el número de personas de las que se recibía visita de familiares y la frecuencia con que se recibía apoyo.

Además, no podíamos afirmar que la frecuencia con que se recibía apoyo de los amigos amortiguaba el efecto del número de amigos de los que se recibía visitas sobre el estado de ánimo.

Por tanto, según los datos obtenidos no se puede confirmar el efecto buffer de la frecuencia del apoyo en aquellas personas que tenían una red social pequeña frente a

aquellas personas con más individuos en dicha red (Savikko y cols., 2005; Eshbaugh y Eshbaugh, 2009).

Entre los resultados publicados en estudios con personas mayores institucionalizadas se observaban grandes diferencias.

La comparación de resultados debe tener en cuenta la aplicación de diferentes métodos. Así, se deben diferenciar con claridad los estudios que se refieren al diagnóstico y los que tienen en cuenta la sintomatología. La heterogeneidad en cuanto a edad, nivel cultural, enfermedades asociadas y, sobre todo, el lugar de ingreso, ya que las características de nuestros mayores ingresados en una residencia de personas válidas son diferentes a los de personas asistidas.

Por otro lado, en muchos estudios no se ha valorado el nivel de deterioro cognitivo de los participantes, ya que el nivel de deterioro cognitivo puede modificar tanto los síntomas depresivos como la percepción de depresión.

Los estudios longitudinales han demostrado que la asociación entre redes sociales y salud no se explicaba sólo porque una mejor salud llevaba a mantener una vida más activa socialmente, ya que la población con numerosos vínculos sociales mantenía un mejor estado de salud que la población aislamiento social, independientemente de cuál sería su estado de salud al inicio del estudio.

Las limitaciones del estudio realizado tenían que ver con el tamaño de la muestra, pequeña e incidental. Además, algunas variables independientes del estudio como apoyo social no se han medido mediante instrumentos estandarizados.

Sin embargo, en la actualidad, muchas de las variables estudiadas no tienen instrumentos de medida estandarizados en relación a muestras españolas y personas mayores institucionalizadas.

Un reto del futuro sería disponer de más instrumentos de medida estandarizados que facilitarían futuras e interesantes investigaciones y ampliar la muestra de estudio a otras comunidades autónomas de España.

Además, sería interesante ampliar las variables estudiadas. Factores de personalidad como locus de control, oportunidad de ser valioso, oportunidad de crianza, los tres grandes de Eysenck, etc. y factores sociales como disponer de ayudas económicas en relación a la dependencia, participar en grupos de actividades socioculturales y grupos de terapia psicológica y ocupacional; serían posibles factores de riesgo para la depresión a estudiar.

Las residencias de mayores son siempre rodeadas por otras personas y quizás tienen la oportunidad de establecer nuevas relaciones (Fessmann y Lester, 2000; Carpenter, 2002; Lin y cols., 2007). En suma, en el contexto de la atención personalizada al cuidado de las personas mayores se puede aportar seguridad (Weiss, 1987).

El apoyo social es importante para la salud mental de personas mayores. Niveles bajos de apoyo social están asociados con problemas emocionales como la depresión. Más de la mitad de los residentes de residencia de mayores sin deterioro cognitivo sienten sentimientos de soledad.

La frecuencia de contacto con la familia y amigos no explica la soledad. Sin embargo, la ausencia de apoyo social está asociada con soledad.

Las residencias de mayores deberían reconocer que el apoyo social está asociado con calidad de vida en salud y prestar atención a la importancia del apoyo social para residentes en la práctica diaria.

Algunas implicaciones prácticas serían facilitar interacciones sociales con familiares, amigos y otros residentes en lugares privados (Week, 2008), e incluso,

reminiscencias y juegos de memoria para interacción social (Winningham y Pike, 2007; Chiang y cols., 2010).

Concluyendo, aunque el apoyo social es un importante factor que reduce el riesgo de entrar en una residencia de mayores, tener apoyo social no siempre es un elemento disuasorio de la institucionalización.

## Referencias

Abizanda, P., León, M., Romero, L., Sánchez, P. M., Luengo, C., Domínguez, L., y Lozano, V. (2007). La pérdida funcional al ingreso, principal variable explicativa de discapacidad y mortalidad al alta y al mes en ancianos hospitalizados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42 (4), 201-211.

Buz, J. (1996). Mini-GDS 8: una nueva versión breve para ancianos institucionalizados. *Revista iberoamericana de Geriatria y Gerontología*, 12, 41-45.

Campos, J., Ardanaz, J., y Navarro, A. (2004). Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos: un centro sociosanitario y un programa de soporte domiciliario. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39 (4), 232-239.

Chou, K. L. y Chi, I. (2001). Stressful life events and depressive symptoms: social support and sense of control as mediator or moderators. *The International Journal of Aging and Human Development*, 52 (2), 155-171.

DiTomasso, E. y Spinner, B. (1997). Social and emotional loneliness: A reexamination of weiss' Typology of loneliness. *Personality and Individual Differences*, 22 (3), 417-427.

Drageset, J., Eide, G. E., Nygaard, H. A., Bondevik, M., Nortvedt, y Natvig, G. K. (2009). The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents-a questionnaire survey in Bergen, Norway. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 66-76

Drageset, J., Kirkevold, M. y Espehaug, B. (2010, 11 Junio). Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 23, 45-46

Gottlieb, B. H. y Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 511-520.

Hazer, O. y Boyle, A. A. (2010). The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9, 2083-2089.

Kahn, J. H., Hessling, R. M., y Russell, D. W. (2003). Social support, health, and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity?. *Personality and Individual Differences*, 35, 5-17.

Krause, N. (2006). Social relationships in later life. En R.H. Binstock, L.K. George, S.J. Cutler, J. Hendricks, J.H. Schulz (Eds.), *Handbook of Aging and the social sciences* (6<sup>th</sup> ed., pp. 181-200). Elsevier.

Kristen, M. y O'Neill, G. S. (2001). Networks in later life: an examination of race differences in social support networks. *The International Journal of Aging and Human Development*, 52 (3), 207-229.

Pearlman, D. N. y Crown, W. H. (1992). Alternative sources of social support and their impacts on institutional risk. *The Gerontologist Society of America*, 32 (4), 527-535.

Lefrancois, R., Leclerc, G., y Gaulin, P. (2000). Stressful life events and psychological distress of the very old: does social support have a moderating effect?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 31, 243-255.

Moren-Cross, J. L., y Lin, N., (2006). Social networks and health. En R.H. Binstock, L.K. George, S.J. Cutler, J. Hendricks, J.H. Schulz (Eds.), *Handbook of Aging and the social sciences* (6<sup>th</sup> ed., pp. 111-116). Elsevier.

Rasulo, D. y colaboradores (2005). The influence of social relations on mortality in later life: a study on elderly Danish twins. *The Gerontologist*, 45 (5), 601-608.

Rodríguez-Testal, J.F., Valdés, M., Benítez, M.M. (2003). Propiedades psicométricas de la escala geriátrica de depresión (GDS): análisis procedente de cuatro investigaciones. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38 (3), 132-144.

Saklofske, D. H., Yackulic, R. A., y Kelly I. W. (1986). Personality and loneliness. *Personality and Individual Differences*, 7 (6), 899-901.

Sánchez de Machado, L. M. (2004). Efecto del aislamiento social, el déficit de afrontamiento de pérdidas personales, la apatía y el bloqueo de la percepción en enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39 (6), 371-380.

Shaw, B. A. (2007). Tracking changes in social relations throughout late life. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 62B (2), S90-S99.

Smith, A., Rogers, A., y Abu-Bader, S. H. (1999). Depressive symptoms in the frail elderly: physical and psycho-social correlates. *The International Journal of Aging and Human Development*, 49 (2), 107-125.

Suárez-Linares, M., Cobo-Gómez, J. V., Suárez-García, F. M., García-Carreño, E., y Álvarez-Álvarez, A. (2009). Antecedentes y presencia de trastornos depresivos como factor de riesgo de ingreso hospitalario en pacientes mayores de 74 años atendidos en un servicio de urgencias. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44 (6), 305-310.

Wenger, G. C. (1991). A network typology: From theory to practice. *Journal of Aging Studies*, 5 (2), 147-162.

Zunzunegui, M. V. y colaboradores (2003). Social networks, social integration and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B (2), S93-S100.