

IMPLICAȚIILE CLINICE ALE UTILIZĂRII SCALEI DE DEPRESIE GERIATRICĂ (GDS) CA INSTRUMENT DE SCREENING PENTRU DEPRESIE LA PACIENȚII VÂRSTNICI

Clinical implications of using geriatric depression scale as screening tool for depression at elderly patients

Drd. Ileana Răducanu¹, Prof. Dr. Ion Fulga², Biol. Cristina Ionescu¹

¹Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan“, București

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București

REZUMAT

Depresia la vârstnic poate ridica multe probleme de diagnostic; de aceea, scopul lucrării este de a evalua rezultatele aplicării scalei de depresie geriatrică (GDS) ca instrument de screening pentru această afecțiune la pacienții internați în secția de geriatrie.

Material și metodă. Lotul de studiu este compus din 199 de pacienți cu vârsta de peste 65 de ani, femei și bărbați, cu polipatologie, selecționați în mod aleator și care și-au dat acordul de a participa la studiu. Au fost excluși pacienții care au refuzat să participe, fără studii, cu tulburări senzoriale, alterarea stării de conștiință, tulburări neurologice și osteoarticulare severe ce împiedică comunicarea și participarea.

Rezultate. Anterior internării, doar 6,5% pacienți primeau un antidepresiv, iar la externare depresia a fost diagnosticată la 31,2% dintre subiecți (evaluare psihometrică și examen clinic). Utilizând scala GDS, sensibilitatea testului a fost de 69,4%, iar specificitatea de 54,7%. Factorii care favorizează depresia la vârstnic regăsiți în lotul de studiu au fost: vârsta, sexul (femeile fiind mai vulnerabile), nivelul redus de instruire, pierderea partenerului, iar din cadrul patologiei asociate, anemia și afectarea funcției renale. Tulburarea depresivă se asociază cu afectarea funcției cognitive la vârstnic, deoarece valorile medii ale GDS au fost semnificativ mai mari la pacienții cu alterare cognitivă la MMSE și testul ceasului.

Concluzie. Dispoziția reprezintă o arie ce trebuie evaluată sistematic, împreună cu funcția cognitivă, rezultatele fiind interpretate în contextul clinic specific fiecărui pacient vârstnic. Aplicarea unei scale de screening foarte simplă cum este GDS reprezintă un instrument util în reducerea subdiagnosticării acestei patologii la vârstnic.

Cuvinte cheie: pacient vârstnic, depresie, diagnostic, scala GDS, MMSE, testul ceasului

ABSTRACT

Depression at elderly patients can involve many diagnosis problems so the aim of this paper is to evaluate the results of GDS applying as screening tools for this disorder at patients admitted in a geriatric department.

Materials and methods. The study lot includes 199 elderly patients, 65 years old or more, with multiple pathology, random selectionated and who give their informed consent. We excluded patients who decline to participate, without studies, with severe sensorial trouble and severe neurological or rheumatic disorders that affect their communication or walking to the research office.

Results. Only 6,5% of outpatients received an antidepressive drug but after discharge the 31,2% of subjects had a diagnosis of depression (after psychometric and clinical evaluation). Using GDS scale the sensitivity was 69,4% and the specificity 54,7%. The risk factors for depression was the age, sex (women are more vulnerable), lower educational level, the loss of spouse and from the pathology the anemia and impairment of kidney function. Depression is associated with decline of cognitive function at elderly patients because the mean of GDS was significantly higher at subgroups with cognitive impairment at MMSE and clock drawing test.

Conclusion. The elderly patients' mood is an area that must be systematically evaluated together with the cognitive domain and these results must be integrated in the individual clinical context for each patient. Applying screening scale as GDS is an useful instrument that can reduce the underdiagnosis of this pathology at elderly patients.

Key words: elderly patient, depression, diagnosis, GDS scale, MMSE, clock drawing test

Adresa de corespondență:

Dr. Ileana Răducanu, Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan“, Str, Caldarușani nr. 9, București
e-mail: ileanahraducanu@yahoo.com

INTRODUCERE

Îmbătrânirea populației este un fapt de necontestat, persoanele cu vârste de peste 65 ani reprezentând 10-15% din populație pentru toate țările europene, SUA și Japonia (1-3). În România, datele demografice existente la 1 iulie 2006 arătau că 19% din totalul populației de 21,6 milioane de persoane aveau vârste de peste 60 de ani. Estimările indică faptul că acest procent va crește la 40,1% în anul 2050, când populația va scădea la 16,3 milioane de persoane (UNFPA, 2006). Creșterea ponderii vârstnicilor și polipatologia specifică acestora explică consumul mare de servicii medicale și medicamente înregistrat la această grupă de pacienți. Se explică astfel interesul și atenția tot mai mare acordată acestui segment populațional.

Îmbătrânirea normală nu se asociază cu modificări semnificative ale cogniției și dispoziției, ori de câte ori apar aparțin sferei patologice. Pentru dispoziție se pot înregistra anumite schimbări odată cu vârsta și acestea se referă la tocirea afectivității profunde, reducerea controlului emoțional, apariția egoismului și egocentrismului. Din categoria tulburărilor de dispoziție, cea mai frecventă rămân tulburările depresive.

Prevalența depresiei la vârstnic este apreciată a fi crescută; totuși, prevalența episoadelor depresive majore se consideră a fi similară cu cea înregistrată la persoanele adulte. Studiile epidemiologice arată că prevalența depresiei majore de-a lungul vieții, pentru persoanele adulte, este de 16% în SUA (4). Tulburări depresive de intensitate redusă sunt însă mult mai frecvente la vârstnic, dar lipsa de consens asupra terminologiei și criteriilor de diagnostic la vârstnic fac ca rezultatele studiilor epidemiologice să fie discordante și greu de comparat. Se estimează că prevalența depresiei la persoanele vârstnice este situată între 8-16% în populația vârstnică (5), cu rate mai ridicate pentru pacienții cronici aflați în evidența medicului de familie (15-30%), precum și pentru persoanele instituționalizate (30-40%) ori spitalizate (15-50%). Deși prezența antecedentelor psihiatrice reprezintă un factor de risc pentru depresie, la vârstnic datele de epidemiologie arată că unul din cinci cazuri de depresie este un caz nou, nu o recădere a bolii.

Tulburarea depresivă apărută la vârstnic prezintă câteva caracteristici față de adult: se însoțește de modificări cerebrale mult mai frecvent; sunt mai puțin frecvente cazurile cu antecedente de boli psihice; simptomatologia este mai puțin centrată pe dispoziția depresivă; răspunsul terapeutic este mai slab; simptomele reziduale sunt frecvente; crește riscul de evoluție spre demență și deces.

Prezența dispoziției depresive este mult mai puțin frecventă și de aceea ea nu este obligatorie a fi prezentă ca și criteriu de diagnostic. Intensitatea simptomelor prezentate de pacient poate varia, constituind episoade depresive de intensitate mică până la episoade depresive majore. Studiile arată că aproape o treime dintre pacienții diagnosticați cu episoade majore depresive au în antecedente manifestări minore ale bolii adesea ignorate.

Simptomatologia depresiei la vârstnic este mai puțin centrată pe dispoziția depresivă cât mai mult pe alte acuze ca: anxietatea (expimată clasic ca anxietate generalizată sau atac de panică; se poate manifesta ca tremor, palpitații, diaforeză, neliniște, amețeli, paretezii, greață, dispnee, bufeuri, polakiurie ce pot induce în eroare medicul), iritabilitate; reducerea stimei de sine; tulburări ale somnului și apetitului; fatigabilitate; reducerea activității fizice; tulburări cognitive (care merg până la pseudodemență); idei de suicid; tulburări de comportament; acuze somatice multiple și chiar neurologice ce pot domina tabloul clinic al pacientului vârstnic cu depresie, inducând în eroare medicul generalist sau specialist.

Depresia este mai frecventă decât demența în rândul populației vârstnice, iar uneori manifestările depresiei pot mina demența. În plus, o dispoziție depresivă este frecvent întâlnită la pacienții cu demență în stadiile precoce ale bolii. Există și autori (6) care consideră că depresia apărută la vârstnici și tulburările cognitive (demența) sunt un continuum de afecțiuni al cărui pivot este reprezentat de depresia majoră ce asociază tulburări cognitive importante.

Diagnosticul depresiei la vârstnic rămâne o problemă deoarece de multe ori simptomele sunt mascate, negate de pacient ori anturaj, apar frecvent somatizări ale bolii, ori tulburări cognitive ca manifestare principală a acesteia. Criteriile de diagnostic rămân aceleași ca și pentru populația adultă; de aceea câteodată acestea pot fi subdiagnosticate. Se apreciază că doar 20% dintre cazuri de depresie la vârstnic sunt diagnosticate corect și tratate (5). Diagnosticul de depresie majoră conform DSM trebuie să cuprindă cel puțin 5 dintre următoarele criterii: dispoziție depresivă; pierderea interesului și a plăcerii; tulburarea apetitului și scăderea în greutate; insomnia sau hipersomnia; agitația psihomotorie sau reducerea activității psihomotorii (retardarea psihomotorie); idei de neputință și idei devalorizatoare; reducerea capacității de concentrare; idei de suicid; lipsa energiei sau fatigabilitatea.

De multe ori sunt înregistrate episoade depresive minore sau moderate; acestea sunt mult mai

frecvente la vârstnic decât episoadele depresive majore și sunt definite prin existența a 2-4 criterii de depresie din cele prezentate anterior.

Această afecțiune însă, recunoscută și tratată corect, poate duce la îmbunătățiri considerabile asupra calității vieții; asupra răspunsului vârstnicilor la terapia farmacologică există păreri împărțite; unele studii au arătat că răspunsul inițial la tratament este mai redus la vârstnici față de adulți, deși alte studii infirmă aceste date. O metaanaliză asupra acestui subiect arată că diferențele în răspunsul inițial la terapia farmacologică, dacă există, nu sunt semnificative statistic (7). Totuși, studiile asupra evoluției depresiei la vârstnic arată că prognosticul pe termen lung este prost; pe o perioadă de urmărire de 2 ani s-a constatat că la aproximativ 20% a survenit decesul, iar dintre cei rămași în monitorizare la aproximativ jumătate dintre ei persistă simptomatologia specifică bolii (8). Rata de recădere a depresiei la vârstnic este, de asemenea, mai mare, estimându-se că aceasta poate varia între 13-88%, în funcție de perioada de tratament administrat sau perioada de supraveghere (7,9).

S-au identificat numeroși factori de risc pentru depresie la vârstnic. Prin aplicarea unor măsuri preventive acestor grupe de pacienți (psihoterapie individuală sau de grup, terapie ocupațională, ajutor din partea comunității) se poate reduce incidența bolii cu până la 30% (10). Astfel, cei mai importanți factori de risc identificați sunt: sexul feminin; antecedente personale sau istoric familial de depresie; tipul personalității (personalitățile dependente, anxioase, pesimiste sunt mai predispuse la apariția depresiei); evenimentele stresante (pensionarea, pierderea partenerului ori ale membrilor de familie, asumarea rolului de îngrijitor pentru un membru al familiei, problemele financiare, izolarea socială); existența tulburărilor de somn; dizabilitățile de orice fel, fiind în special recunoscute tulburările sensoriale (auditive); starea de sănătate precară sau prezența unor boli somatice; afecțiuni neurologice ca demența, boala Parkinson sau AVC; medicația (steroizii, sedativele, mai ales benzodiazepinele, beta-blocantele, antihipertensivele cu acțiune centrală, abuzul de alcool, digoxinul, antialgicele).

Ca urmare, utilizarea unor instrumente de screening care să permită orientarea către un diagnostic precoce și să permită medicului de orice specialitate să selecteze și să îndrume acești pacienți către medicul specialist psihiatru devine o preocupare justificată. Un astfel de instrument poate fi scala de depresie geriatrică elaborată de Yesavage.

Scopul acestei lucrări este de a evalua rezultatele obținute prin aplicarea acestei scale în stabilirea

diagnosticului depresiei la pacientul vârstnic, atunci când este internat într-o secție alta decât cea de psihiatrie. Obiectivele specifice au fost:

1. Stabilirea prevalenței depresiei la pacienții vârstnici cu polipatologie, internați în secția de geriatrie;
2. Analiza sensibilității și specificității utilizării scalei GDS (Geriatric Depression Scale) ca instrument de evaluare psihometrică în practica clinică;
3. Identificarea factorilor de risc care favorizează apariția depresiei și particularitățile acestora la vârstnic.

METODOLOGIE

Pentru studiul de față s-a folosit lotul de pacienți constituit pentru lucrarea de doctorat „Cercetări privind efectul utilizării medicației cronice asupra performanțelor cognitive la pacienții vârstnici”. Lotul de pacienți este compus din 199 de pacienți selecționați în mod aleator, în perioada 12 ianuarie 2009 – 14 ianuarie 2010.

Criteriile de includere în studiu au fost: pacienți cu vârste de 65 de ani sau mai mult, internați în secția a III-a Sediul, a INGG „Ana Aslan”; femei sau bărbați; pacienți cu patologie cronică, indiferent de etiologia acesteia, pentru care utilizează cronic cel puțin un medicament, indiferent de forma farmaceutică. Pentru toți subiecții incluși în studiu s-a obținut consimțământul informat scris de participare.

Criterii de excludere din studiu au fost: subiecții cu vârste sub 65 ani; persoanele fără studii (citirea și scrierea fiind necesare pentru evaluarea subiecților); pacienții cu alterarea stării de conștiință la internare (obnubilare până la comă) sau cu tulburări senzoriale majore ce împiedică comunicarea, precum și osteoarticulare ori motorii importante (boala Parkinson, accidentul vascular recent, gonartroza ori coxartroza invalidantă sau orice altă cauză de sindrom de imobilizare) ce fac imposibilă deplasarea în sala de examinare; subiecții fără medicație cronică în ultimele 6 luni ori discontinuitate în medicație, indiferent de motiv, în acest interval de timp; refuzul de a participa la cercetare.

Protocolul de evaluare cuprinde:

1. Anamneza, din care s-au obținut informații asupra: mediului de proveniență (rural/urban); nivel de educație (primar – indiferent de numărul de clase absolvite, dar care permite subiectului să efectueze toți itemii testelor cognitive aplicate/liceu/studii superioare); antecedentele personale patologice; medicația cronică utilizată în ultimele 6 luni,

indiferent de forma farmaceutică utilizată; patologia actuală prin diagnosticul stabilit la externare.

2. Evaluarea psihometrică a dispoziției – scala de depresie geriatrică și, respectiv, a cogniției – MMSE, testul ceasului.

GDS este un test screening pentru depresie adaptat pentru persoanele vârstnice. Este un test simplu, în care subiectul trebuie să răspundă afirmativ ori negativ la un set de 15 întrebări care explorează prezența unor simptome ce apar la persoanele depresive. Scorurile obținute sunt cuprinse între 0 și 15. Un scor sub 5 exclude o tulburare de dispoziție, scoruri peste 5 indicând prezența depresiei, iar un scor peste 10 impune o evaluare de specialitate (psihiatrică). Durata de aplicare a acestui test nu depășește 10 minute.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Inițial au fost preselecționați 305 pacienți, cărora li s-au aplicat criteriile de includere și excludere. După aplicarea criteriilor de includere stabilite, au fost selecționați și au rămas în studiu 199 de pacienți.

Sub aspectul vârstei, pacienții au avut vârste cuprinse între 65 și 89 de ani; valoarea vârstei medii a pacienților din lotul de studiu este de 74,4 ani, valoarea vârstei mediane este de 74 de ani, iar valoarea modală este de 72 de ani. Există o distribuție normală a subiecților în cadrul lotului de studiu, în funcție de vârstă (test Kolmogorov-Smirnov $Z = 1,024$; $p = 0,245$).

Principalele caracteristici demografice și socio-culturale ale subiecților din lotul de studiu arată că majoritari au fost pacienții de sex feminin (82,5%), explicat prin fenomenul de „feminizare” a populației odată cu îmbătrânirea. Remarcăm că predomină semnificativ subiecții din mediul urban (70,9%) față de cei din mediul rural. Aceste diferențe se pot explica prin adresabilitatea și accesibilitatea către internare mai mare pentru pacienții din mediul urban, dar și prin valorile culturale care fac ca pacienții din mediul rural să solicite în măsură mai mică servicii medicale. Din punct de vedere al nivelului de instruire, în majoritate subiecții din lotul de studiu au un nivel primar de pregătire (138 de pacienți, respectiv 69,3% subiecți), în timp ce mai puțin de un sfert dintre aceștia au o pregătire medie (44 de subiecți, respectiv 22,1%) și un număr foarte mic de subiecți cu pregătire superioară (17 persoane, respectiv 8,5%).

Lotul de studiu a fost omogen prin prisma prezenței (55,3% subiecți)/absenței (44,7% subiecți) factorilor de mediu stresanți declarați de subiecți;

am luat în calcul acest aspect deoarece stresul poate influența semnificativ cogniția și dispoziția individului (test binomial; $p = 0,156$).

Condițiile de locuit reprezintă un alt aspect cercetat în această etapă. Ne referim la existența familiei, care are un impact deosebit asupra dispoziției și cogniției, fiind cunoscut că persoanele care locuiesc singure sunt mai predispuse spre depresie și un declin al funcției cognitive. De remarcat că numărul persoanelor vârstnice fără partener este semnificativ mai mare (59,3% dintre subiecți sunt fără partener: văduv, divorțat) față de cei al căror partener este în viață ($n = 198$; test binomial – $p = 0,013$). Totuși, pentru majoritatea vârstnicilor din lotul de studiu familia oferă suport deoarece aceștia nu locuiesc singuri; se constată că predomină pacienții care locuiesc cu familia – fie partener, fie un alt membru al familiei (59,3%), diferența fiind semnificativă statistic ($n = 199$; test binomial – $p = 0,011$).

Din punct de vedere al medicației psihiatrice utilizate de vârstnici, constatăm că aproximativ $\frac{1}{4}$ dintre ei utilizează cel puțin un medicament inclus în această clasă de produse (26,1%). Cele mai utilizate în ordine sunt: sedativele, anxioliticele și hipnoticele (12% vârstnici), inhibitorii de colinesterază (7,5% vârstnici) și antidepresivele (6,5% pacienți). Remarcăm procentul mic de pacienți vârstnici ce utilizează un antidepresiv; aceasta sugerează că depresia este puțin diagnosticată și tratată la această categorie de pacienți, anterior internării.

După aplicarea scalei de depresie geriatrică (GDS), s-a testat normalitatea distribuției scorurilor obținute, folosind testul Kolmogorov-Smirnov, care arată că nu există o distribuție normală a acestora ($Z = 1,782$; $p = 0,003$). Din acest motiv vom folosi teste statistice non-parametrice alături de cele parametrice, pentru analiza statistică, iar atunci când vor cerceta corelația între aceste variabile vom utiliza coeficienții Kendall și/sau Spearman (11,12).

Aproximativ $\frac{1}{2}$ dintre pacienții vârstnici (95 de pacienți; 47,7%) prezintă simptome depresive semnificative (scor > 5), iar dintre aceștia o treime (31,4%) ar putea prezenta probleme severe și necesită o evaluare psihiatrică – scor > 10 (Fig. 1). Pentru subiecții ce au înregistrat scoruri mai mari de 10, $\frac{2}{3}$ dintre aceștia sunt diagnosticați la externare cu o tulburare de dispoziție (20 din cei 33 de pacienți cu scor GDS ≥ 11 ; 60,6%)

Suprapunând aceste rezultate cu clinica, prin diagnosticul stabilit la externare, constatăm că după evaluarea geriatrică o treime din pacienți (62 subiecți; 31,2%) au un diagnostic de depresie la externare, cel mai frecvent diagnostic fiind tulburarea

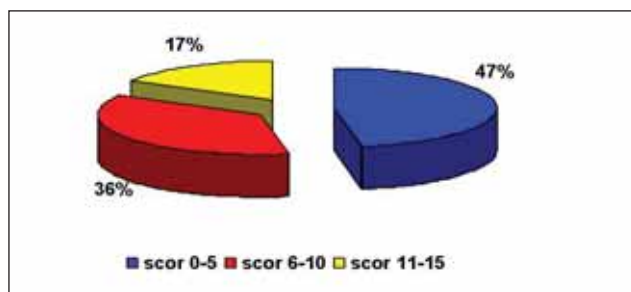


FIGURA 1. Distribuția pacienților în funcție de scorul GDS

anxios-depresivă. Dintre aceștia, 69,4% (43 subiecți) au scoruri GDS cu valori de 6 sau mai mult.

Pe baza acestor date, s-a calculat sensibilitatea și specificitatea scalei GDS. Se obține o sensibilitate de 69,4% și o specificitate de 54,7%. Considerăm că aceste valori sunt convenabile pentru un test de screening atât de simplu, cu o durată foarte scurtă de administrare, de maximum 10 minute.

În cadrul lotului de studiu se constată o corelație directă, de intensitate mică, semnificativă statistic între scorul GDS și vârstă (coef. Kendall = 0,139 $p = 0,006$; coef. Spearman = 0,192 $p = 0,007$), ceea ce arată că amploarea simptomelor depresive (exprimate de scoruri GDS mai mari) crește ușor cu vârsta. S-au mai pus în evidență o corelație semnificativă statistic, între scorul GDS și următoarele:

- valorile hematocritului (coef. Kendall = -0,174; $p < 0,0001$; coef. Spearman = -0,243; $p = 0,001$); amploarea simptomelor depresive crește odată cu scăderea valorilor hematocritului (la vârstnicii anemici);
- valorile ureei (coef. Kendall = 0,123 $p = 0,014$; coef. Spearman = 0,177; $p = 0,012$), adică prezența simptomelor depresive crește odată cu alterarea funcției renale.

S-a analizat dacă există diferențe semnificative ale scorului GDS în funcție de sex, mediu de proveniență, nivel de instruire, absența partenerului și număr de medicamente utilizate cronic. Am constatat că scorul GDS este influențat semnificativ statistic de sex, nivelul de instruire și pierderea partenerului.

Există diferențe semnificative între frecvențele observate și cele așteptate la femei comparativ cu bărbați ($\chi^2 = 11,4$; $DF = 2$; $p = 0,003$). Valoarea mediei pentru subgrupul de femei este 7, iar pentru subgrupul de bărbați este 4. Folosind un test non-parametric pentru a compara rezultatele la GDS pentru subgrupurile de femei și bărbați, obținem aceleași rezultate ($Z = -3,894$; $p < 0,0001$); aceleași rezultate se obțin și la aplicarea testului t ($t = 5,34$; $p < 0,0001$). Astfel, remarcăm că femeile vârstnice

sunt mai predispuse la depresie decât bărbații vârstnici.

De asemenea, între subiecții cu studii primare față de cei cu studii medii și respectiv superioare ($\chi^2 = 10,125$; $DF = 4$; $p = 0,038$) există diferențe semnificative în privința scorului GDS, prin împărțirea subiecților în cele trei categorii. Valorile mediei și mediane pentru cele trei subgrupuri de subiecți, în funcție de nivelul de instruire, sunt ilustrate în tabelul de mai jos. Având în vedere numărul mic de subiecți cu studii superioare, am utilizat o împărțire a subiecților mai simplă în două categorii: studii primare și, respectiv, studii medii și superioare. Comparând rezultatele GDS în cele două subgrupuri, se pun în evidență diferențe semnificative chiar dacă utilizăm un test parametric – testul t [$t(197) = 3,175$; $p = 0,002$] sau non-parametric ($Z = -3,156$; $p = 0,002$). Putem concluziona că un nivel redus de educație este un factor favorizant pentru creșterea frecvenței simptomelor depresive la vârstnic.

TABELUL 1. Indicatorii tendinței centrale pe subgrupurile în funcție de nivelul de instruire

Indicatorii tendinței centrale	Subgrup studii primare (n = 138)	Subgrup studii medii (n = 44)	Subgrup studii superioare (n = 17)
Media	6,9	5,23	5,24
Mediană	7	5	5

59,3% dintre vârstnici nu au partener (fie a decedat, fie au divorțat). Comparând mediile scorului GDS la cele două subgrupe de pacienți, în funcție de existența partenerului constatăm că există diferențe semnificative [$t(196) = 2,116$; $p = 0,036$, respectiv $Z = -2,021$; $p = 0,043$]. Astfel spus, pierderea partenerului influențează semnificativ poziția pacientului vârstnic, fiind un factor de stres important ce nu trebuie neglijat. În schimb, valorile GDS nu diferă semnificativ statistic în funcție de mediul de proveniență [$t(197) = -0,883$; $p = 0,378$, respectiv $Z = -0,769$; $p = 0,442$] și nici în funcție de numărul de medicamente utilizate cronic [ANOVA $F(11) = 1,265$; $p = 0,248$, respectiv $H(11) = 12,533$; $p = 0,325$]. Pentru medicație s-au selectat și comparat subgrupurile de pacienți în funcție de cele mai utilizate clase de medicamente utilizate anterior internării (aceste clase de medicamente au fost: inhibitorii de enzimă de conversie, medicația metabolică cardiovasculară, vasodilatatoarele, diureticele, betablocantele, antiagregantele, statinele, blocantele de calciu, sedativele anxioliticele și hipnoticele, AINS, antidiabeticele orale și respectiv inhibitorii de colinesterază).

Evaluarea cognitivă a lotului de studiu s-a efectuat folosind scala MMSE și testul ceasului.

Rezultatele scorului GDS în funcție de performanțele cognitive la cele două teste pentru pacienții din lotul de studiu sunt prezentate în tabelul de mai jos.

TABELUL 2. Repartizarea subiecților în funcție de scorul GDS și performanțele cognitive obținute la MMSE și testul ceasului

GDS	MMSE		Testul ceasului	
	21-25	26-30	1-8	9-10
0-5	11	83	20	74
6-10	13	59	21	51
11-15	12	21	17	16
Total	36	163	58	141

Valoarea medie a scorului GDS la subgrupul de pacienți cu valori MMSE în limite normale (26-30) este de 6, iar pentru subgrupul cu valori MMSE scăzute (21-25) este de 8,1. Comparând mediile celor două subgrupuri de pacienți constatăm că diferența de 2,1 a mediei scorului GDS este semnificativă statistic [$t(197) = 3,189$; $p = 0,002$]. Altfel spus, vârstnicii cu performanțe cognitive scăzute înregistrează scoruri GDS mai mari, consecutiv prezenței unui număr crescut de simptome sugestive pentru depresie. În plus, 24,2% dintre subiecții cu MMSE 21-25 au fost diagnosticați și tratați pentru depresie.

La aplicarea testului ceasului, alt test de evaluare cognitivă, obținem rezultate similare. Valoarea medie a scorului GDS la pacienții cu rezultate normale la testul ceasului (scor 9-10) este 5,8, iar pentru subgrupul cu dificultăți de execuție (scor 1-8) de 7,8; diferența între medii de 2 puncte este semnificativă statistic [$t(197) = 3,693$; $p < 0,0001$]. Aceasta

ne subliniază faptul că evaluarea dispoziției și cognitive trebuie efectuate simultan la pacienții vârstnici, iar integrarea rezultatelor la evaluarea psihometrică trebuie făcută în contextul evaluării clinice.

CONCLUZII

1. Tulburarea depresivă este subdiagnosticată la vârstnic; anterior internării doar 6,5% dintre subiecți urmau un tratament antidepressiv, iar la externare 31,2% subiecți sunt diagnosticați la externare cu o formă de depresie (31,2%).

2. Aplicarea scalei de depresie geriatică (GDS) ca instrument de screening este utilă, sensibilitatea de 69,4% și specificitatea de 54,7% fiind satisfăcătoare.

3. Înaintarea în vârstă, sexul feminin, nivelul redus de instruire, precum și pierderea partenerului sunt factori ce predispun la dezvoltarea simptomelor depresive, la vârstnic.

4. Din cadrul patologiei cronice reținem o legătură semnificativă între scorul de depresie și anemie, respectiv alterarea funcției renale.

5. Tulburarea depresivă este una dintre afecțiunile care se poate asocia cu afectarea semnificativă a funcției cognitive la vârstnic (evidențiată prin valori reduse, patologice ale principalelor teste de evaluare cognitivă – MMSE și testul ceasului).

Ca urmare, evaluarea dispoziției și a funcției cognitive trebuie efectuată sistematic la vârstnic, iar informațiile rapide obținute în urma evaluării psihometrice trebuie coroborate cu cele obținute la evaluarea clinică, pentru un diagnostic corect.

BIBLIOGRAFIE

1. **Brocklehurst**, Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, Fifth edition, Churchill Livingstone, 1998
2. *** **The Merck Manual of Geriatrics**, Third Edition, 2000, 54-74
3. *** **U.S. Interim Projections by Age, Sex, Race, and Hispanic Origin**, U.S. Census Bureau, 2004, available from <http://www.census.gov/ipc/www/usinterimproj/>; internet release date: March 2004
4. **Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R. et al.** – The Epidemiology of Major Depressive Disorder Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003; 289:3095-3105
5. **Cole M.G., Dendukuri N.** – Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis *Am J Psychiatry* 2003; 160:1147-1156
6. **Lapid M.I., Rummans T.A.** – Evaluation and Management of Geriatric Depression in Primary Care. *Mayo Clin Proc*. 2003; 78:1423-1429
7. **Mitchell A.J., Subramaniam H.** – Prognosis of Depression in Old Age Compared to Middle Age: A Systematic Review of Comparative Studies. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1588-1601
8. **Harris T., Cook D.G., Victor C. et al.** – Onset and persistence of depression in older people – results from a 2-year community follow-up study. *Age and Ageing* 2006; 35: 25-32
9. **Luijendijk H.J., van den Berg J.F., Dekker M.J.H.J. et al.** – Incidence and Recurrence of Late-Life Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65(12):1394-1401
10. **Cuijpers P., Van Straten A., Smit F.** – Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *J Nerv Ment Dis*. 2005; 193:119-125.
11. **Labăr A.V.** – SPSS pentru științele educației, *Editura Polirom*, București, 2008, 95-102
12. **Howitt D., Cramer D.** – Introducere în SPSS pentru psihologie, *Editura Polirom*, București, 2006, 107-111