



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2017/18

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA
EN ANCIANOS: PREVALENCIA Y
FACTORES ASOCIADOS**

Alumna: Eva Martínez Cóndor

Tutora: Virtudes Niño Martín

RESUMEN

Objetivos. Estimar la prevalencia y determinar los factores de riesgo asociados a la sintomatología depresiva en ancianos residentes en la comunidad, estableciendo el perfil de los más vulnerables para padecer un trastorno depresivo.

Diseño. Proyecto de investigación, observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico.

Muestra. 325 pacientes de 65 o más años seleccionadas por muestreo aleatorio estratificado en los 41 centros de salud de la provincia de Valladolid.

Método. Entrevista personal estandarizada realizada por profesionales de enfermería, aplicando las siguientes pruebas de fiabilidad y validez comprobada en España: índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria), escala de Lawton y Brody (actividades instrumentales de la vida diaria), escala de depresión geriátrica de Yesavage, mini examen cognoscitivo de Lobo (deterioro cognitivo), índice de comorbilidad de Charlson y escala OARS (deterioro social). Asimismo, se obtendrán datos sociodemográficos y sobre polimedicación a través de la historia clínica y de la entrevista.

Análisis estadístico. Se realizará un análisis descriptivo univariado, bivariado para comprobar la asociación entre las variables dependientes (factores de riesgo) y la variable independiente (síntomas depresivos), y un análisis multivariado para discriminar el efecto de cada uno de los factores ajustado por todos los demás y la magnitud de dicho efecto sobre los síntomas depresivos.

Resultados esperados. Se espera una prevalencia de síntomas depresivos del 25% al 30%. Asimismo, tras el análisis de regresión múltiple, se espera que la comorbilidad somática y la dependencia funcional se mantengan como factores de riesgo independientes para los síntomas depresivos.

Palabras clave: Síntomas depresivos. Factores de riesgo. Ancianos. Cribado. Atención Primaria.

ABSTRACT

Objectives. To estimate the prevalence and determine the risk factors associated with depressive symptoms in elderly residents of the community, establishing the profile of the most vulnerable to develop a depressive disorder.

Design. Observational, descriptive, cross-sectional and multicentre research project.

Sample. 325 patients 65 years and over selected by stratified random sampling in the 41 health centers of the Valladolid province.

Method. Standardised personal interview conducted by nursing professionals, applying the following tests of reliability and validity proven in Spain: the Barthel Index (activities of daily living), the Lawton and Brody Scale (instrumental activities of daily living), Yesavage Geriatric Depression Scale, Mini Cognitive Exam of Lobo (cognitive impairment), Charlson Comorbidity Index and OARS Scale (social impairment). Moreover, sociodemographic data and polymedication of the clinical history and the interview will be obtained.

Statistical analysis. A descriptive univariate, bivariate analysis will be carried out to check the association between the dependent variables (risk factors) and the independent variable (depressive symptoms), and multivariate analysis to discriminate the effect of each of the factors adjusted by all others and the magnitude of this effect on depressive symptoms.

Expected results. A prevalence of depressive symptoms is expected from 25% to 30%. Also, after multiple regression analysis, it is expected that somatic comorbidity and functional dependence remain independent risk factors for depressive symptoms.

Key words: Depressive symptoms. Risk factors. Elderly. Screening. Primary care.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	6
4. MATERIAL Y MÉTODOS	6
4.1. Búsqueda y revisión bibliográfica	6
4.2. Diseño	7
4.3. Población. Muestra. Tamaño muestral.	7
4.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	8
4.5. Procedimiento	8
4.6. Instrumentos de valoración y variables a recoger y analizar	9
4.7. Análisis estadístico	14
4.8. Consideraciones ético-legales.....	15
4.9. Cronograma	15
4.10. Recursos.....	16
4.11. Presupuesto	17
5. RESULTADOS A ESPERAR	18
6. BIBLIOGRAFÍA	21
7. ANEXOS	25

1. INTRODUCCIÓN

Según Eurostat, se prevé que la tasa demográfica de la población anciana española aumente desde el 28,6% en 2016 hasta el 46,6% en 2070¹. Este crecimiento de las personas de mayor edad va a tener un importante impacto en la salud pública y en la atención sanitaria y social de nuestro país. Se espera un considerable aumento de la carga asistencial para atender los problemas más directamente asociados con la senilidad, como son la coexistencia de diversas enfermedades crónicas en el mismo paciente (trastornos mentales incluidos), la discapacidad funcional y la necesidad de usar múltiples medicamentos²⁻⁴.

La depresión es el trastorno mental más frecuente en la población de edad avanzada^{3,5}. No obstante, los datos disponibles sobre la prevalencia de la depresión y la sintomatología depresiva en ancianos son inconsistentes, varían muy considerablemente y son difíciles de comparar debido a las diferencias metodológicas de los estudios^{3,6-8}.

En España, la prevalencia de síntomas depresivos en personas de 65 o más años que viven en la comunidad, utilizando la escala de depresión geriátrica (GDS) y una metodología similar a la de este diseño de investigación, oscila entre el 18,9% y el 34,5%^{4,6,7,9-17} (Tabla 1). Esta prevalencia es más homogénea y algo superior en las personas de edad avanzada que viven en residencias geriátricas (30,4%-42,7%)^{15,18-22} y notablemente mayor en los ancianos que se encuentran hospitalizados (40%-60,3%)^{8,23,24}.

En el resto de Europa, la prevalencia de la sintomatología depresiva en ancianos varía entre el 7,7% y el 49,4%²⁵⁻³³, y como ocurre en España, suele ser superior en pacientes hospitalizados y en personas que residen en centros geriátricos^{3,34-36}.

Estudios previos muestran que la prevalencia de síntomas depresivos en personas de edad avanzada puede ser superior en países del sur de Europa como Italia^{25,29,35}, Grecia³² y España^{4,6,7,9-17}, en comparación con otros países de Europa occidental como Francia³², Reino Unido^{27,32,36}, Irlanda³², Holanda^{28,30,32,33}, Suiza³⁴, Alemania^{31,32}, Dinamarca³² o Suecia²⁶. Estas diferencias se pueden explicar, de acuerdo con Wallace et al.³⁷ porque en

países del centro-norte de Europa, la proporción de personas mayores ingresada en centros geriátricos es bastante más elevada que en el sur de Europa, de lo que se podría deducir que las personas con sintomatología depresiva están institucionalizadas en mayor medida en los primeros países que en los del sur de Europa.

Tabla 1. Prevalencia de síntomas depresivos en ancianos españoles que residen en la comunidad detectada con la escala GDS

Autor, año, localidad y versión de la escala utilizada	N	Edad	Prevalencia
Hernández Galiot et al., 2017 ¹⁷ . Garrucha (Almería), GDS 15 ítems	79	≥ 75 años	25,0%
Benabarre et al., 2014 ¹⁶ . Huesca, GDS-5 ítems	293	≥ 65 años	22,5%
Maseda et al., 2014 ¹⁵ . A Coruña, GDS 15 ítems. Línea base	59	≥ 65 años	31,6%
Año de seguimiento	40	≥ 65 años	34,2%
Sarró Maluquer et al., 2013 ⁷ . Barcelona GDS 5 ítems	220	≥ 65 años	34,5%
Rabell Santacana et al., 2008 ¹⁴ . Granollers - Mollet GDS 15 ítems	93	≥ 75 años	28,4%
Urbina Torija et al., 2007 ¹³ . Guadalajara, GDS 15 ítems	417	≥ 65 años	19,7%
Fernández Fernández et al., 2006 ⁶ . Asturias rural, GDS 15 ítems	242	≥ 65 años	23,1%
Gutiérrez Rodríguez et al., 2001 ¹² . Concejo Gozón (Asturias) GDS 5	275	≥ 75 años	31,5%
Montorio Cerrato et al., 2001 ¹¹ . Majadahonda (Madrid) GDS 30 ítems	97	≥ 65 años	19,2%
García Serrano y Tobías Ferrer ¹⁰ , 2001. GDS 30 ítems	173	≥ 65 años	31%
Corrales Fernández et al., 2000 ⁹ . Mieres (Asturias), GDS 30 ítems	273	≥ 70 años	31%
Suárez García et al., 2000 ⁴ . Toledo, GDS 15 ítems	3.214	≥ 65 años	18,9%

La institucionalización en residencias geriátricas puede favorecer la aparición de síntomas depresivos debido a sentimientos de abandono, minusvalía, pérdida de libertad, alejamiento de la red sociofamiliar, etc⁸. Parece, que el impacto subjetivo de estos factores puede ser mayor en países del sur de Europa, donde la influencia de valores culturales tradicionales basados en la familia, hacen que las personas mayores esperen que sus hijos se ocupen de ellos, especialmente cuando lo necesitan por su soledad o mala salud, mientras que en países más secularizados, como los del centro y norte de Europa occidental, se acepta en mayor medida que el Estado tiene la responsabilidad legal de su cuidado³⁸.

La depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres en todas las edades, aunque las diferencias disminuyen en la vejez y a medida que aumenta la edad de las personas mayores^{2,13,21,38}. Está por dilucidar si las mujeres tienen una mayor prevalencia de síntomas depresivos porque están más expuestas a factores de riesgo o porque son más vulnerables a esta enfermedad. Según el estudio CLESA realizado en varios países europeos, parece que las mujeres no son más vulnerables que los hombres a factores de riesgo socio-estructurales y existen muy pocos indicios de una mayor vulnerabilidad a la mala salud y la discapacidad³⁸.

Además del género, una gran cantidad de factores de riesgo sociodemográficos, físicos, psicológicos y funcionales se han relacionado con la depresión en personas ancianas. En la tabla 2 se relacionan los factores de riesgo que más frecuente y consistentemente se han asociado a la depresión en estudios realizados en nuestro país.

Tabla 2. Factores de riesgo asociados a la depresión en personas de edad avanzada

Factor de riesgo	Odds ratio	Autores
Comorbilidad o elevado número y severidad de enfermedades somáticas asociadas	1,3 - 2,38	Urbina Torija et al., 2007 ¹³ Centurión et al., 2010 ²¹ Vives et al., 2013 ²
Polimedicación o consumo de múltiples fármacos	1,651	Centurión et al., 2010 ²¹
Dependencia funcional para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	2,20 - 5,14	Aznar Concepción et al., 2002 ³⁹ Guallar-Castillón et al., 2006 ²³ Escobar Bravo et al., 2013 ⁴⁰
Deterioro cognitivo	1,4 - 7,8	Hervás et al., 2005 ⁴¹ Conde Martel et al., 2013 ²⁴
Ser mujer	1,49 - 7,8	López Bas Valero et al., 2002 ⁴² Guallar Castillón et al., 2006 ²³ Escobar Bravo et al., 2013 ⁴⁰
Pobre nivel de estudios	1,89 - 2,05	Escobar Bravo et al., 2013 ⁴⁰ Vives et al., 2013 ²
Aislamiento o deprivación social, deficiente red de apoyo social	2,69 - 6,2	López Bas Valero et al., 2002 ⁴² Guallar Castillón et al., 2006 ²³ Urbina Torija et al., 2007 ¹³

La depresión en ancianos representa el tercer motivo de consulta en atención primaria y con frecuencia está infradiagnosticada, no tratada o inadecuadamente tratada^{3,7,16,43}.

La dificultad del diagnóstico de la depresión en personas mayores puede deberse a su habitual presentación atípica y a la visión cultural de la vejez como algo triste¹³. Con frecuencia la depresión en personas de edad avanzada se presenta de modo inespecífico con múltiples quejas de tipo somático que se superponen y enmascaran el proceso depresivo subyacente^{3,6-8,44,45}. Los problemas de comunicación por déficits auditivos o deterioro cognitivo también pueden dificultar el diagnóstico^{3,5,6}. Por otro lado, el estado de ánimo disminuido y el enlentecimiento psicomotor en los ancianos a menudo se considera erróneamente como parte del proceso de envejecimiento, lo que contribuye a una subestimación de la depresión³.

El tratamiento de la depresión es más complejo en personas mayores que en adultos jóvenes, siendo más difícil conseguir la remisión y mayor el riesgo de recaída^{5,7}.

La depresión en la vejez tiene importantes consecuencias en forma de declive funcional, discapacidad, peor calidad de vida y aumento global de la mortalidad debido a enfermedades somáticas y a un alto riesgo de suicidio^{5,6,7,24,45}. En los mayores de 70 años se produce la mayor tasa de suicidios por edad, siendo las personas ancianas las que se suicidan con menos intentos previos¹³.

Por otra parte, la depresión en edades avanzadas se asocia a elevados costes sanitarios por un mayor número de visitas al centro de salud, menor adherencia al tratamiento médico, utilización más frecuente de servicios de urgencias y mayor probabilidad de reingreso hospitalario^{5-7,24,46}.

Diversos estudios transversales han demostrado que el trastorno depresivo en los ancianos se asocia a un aumento de la discapacidad y de la dependencia, con el consiguiente aumento de la comorbilidad, deterioro cognitivo y cambios conductuales y afectivos⁴⁵. A este lento declive, caracterizado por condiciones comórbidas y un paulatino deterioro funcional y cognitivo, se le conoce por el nombre de proceso de fragilidad progresiva o anciano frágil¹⁶.

El envejecimiento de la población incrementará la necesidad de programas de seguimiento sanitario y de atención social del anciano, así como de detección de pacientes

que tengan un riesgo de fragilidad evitable o al menos demorable en el tiempo. En ancianos frágiles se ha señalado la necesidad de realizar actuaciones multidisciplinarias, entre las que se encuentran el tratamiento de la sintomatología depresiva, con el fin de mejorar su calidad de vida, reducir la mortalidad y disminuir considerablemente los gastos sanitarios^{4,41}.

Hay pruebas de que una actuación específica y especializada sobre los ancianos frágiles mejora su calidad de vida, disminuye su mortalidad y reduce los gastos sanitarios: un 50% los derivados de las estancias hospitalarias, un 23% los gastos de laboratorio y un 13% los destinados a fármacos⁴⁷.

2. JUSTIFICACIÓN

Un número importante de los ancianos que acuden a las consultas de atención primaria se encuentran deprimidos o presentan síntomas depresivos. Con frecuencia la depresión en estas personas pasa desapercibida o es inadecuadamente tratada, lo que empeora su calidad de vida, incrementa los gastos sanitarios y aumenta el riesgo de mortalidad.

Conocer la prevalencia actual de sintomatología depresiva en las personas de edad avanzada y que a su vez se encuentran en riesgo de fragilidad, es de interés para anticipar la carga asistencial que puede suponer para los centros de salud y para hacer las previsiones oportunas de cara a un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento de este trastorno mental.

Un buen tratamiento de la depresión puede contribuir a disminuir los costes directos e indirectos ocasionados por esta enfermedad y evitar el sufrimiento generado por una atención inadecuada.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. Hipótesis

- Los síntomas depresivos en personas de edad avanzada de la provincia de Valladolid estarán principalmente asociados a un mayor deterioro orgánico y a un peor estado funcional para realizar las actividades de la vida diaria.
- Las mujeres presentarán síntomas depresivos en mayor proporción que los hombres por estar más expuestas a un mayor número de factores de riesgo asociados con la depresión.

3.2. Objetivo general

- Estimar la prevalencia de los síntomas depresivos en personas de 65 o más años que viven en la comunidad de la provincia de Valladolid.

3.3. Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo asociados a los síntomas depresivos, determinando la magnitud del efecto de cada factor de riesgo.
- Valorar si la exposición a los factores de riesgo varía en función de la edad y el género.
- Establecer el perfil de los ancianos más vulnerables en los que es más probable que tengan un trastorno depresivo a lo largo de su vida.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Búsqueda y revisión bibliográfica

Se ha realizado una búsqueda sistemática en la base de datos Medline / Pubmed utilizando los siguientes criterios de búsqueda: depression / elderly / Spain / Europe / prevalence. En esta revisión se han identificado 183 publicaciones, de las cuales se han revisado los resúmenes de 45 para comprobar que se ajustaban a los objetivos de la investigación. De ellas, se han seleccionado 27 para la realización de la revisión bibliográfica. De forma complementaria, se ha realizado una búsqueda sistemática en el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS), utilizando las palabras clave: prevalencia /

depresión / ancianos. En esta segunda revisión se han identificado 63 publicaciones distintas, se han revisado los resúmenes de 38 y se han seleccionado para la revisión bibliográfica 21. En conjunto, en las dos bases de datos, se han identificado 246 publicaciones, de las cuales se han revisado los resúmenes de 83 y se han seleccionado para la revisión bibliográfica 48. Adicionalmente, con el fin de fundamentar el presente diseño de investigación, se han consultado informes sobre la proyección de la población anciana en Europa, estudios de validación de instrumentos de evaluación geriátrica en población española, guías y otros documentos técnicos de valoración de personas de edad avanzada.

4.2. Diseño

Se realizará un estudio observacional, descriptivo, transversal y de carácter multicéntrico.

4.3. Población. Muestra. Tamaño muestral

La población objeto de estudio será la formada por las personas de 65 o más años, de ambos sexos, de la provincia de Valladolid: 115.119 personas, de las cuales 50.396 (43,78%) son hombres y 64.723 (56,22%) son mujeres.

Se realizará un muestreo aleatorio estratificado por edad en los 41 centros de salud de la provincia de Valladolid, con una asignación proporcional de participantes según el número de personas de 65 o más años adscritas a cada zona básica de salud. La fuente será la base de datos de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI).

El tamaño de la muestra, considerando una prevalencia estimada de sintomatología depresiva del 26% según estudios recientes realizados en el ámbito de atención primaria en España con el GDS, un intervalo de confianza (IC) del 95% y una precisión del 5%, se estima en 295 sujetos. Con objeto de compensar renunciadas y pérdidas y de realizar un análisis de subgrupos, la muestra se incrementará en un 10%, quedando un tamaño muestral final de 325 individuos.

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1. Criterios de inclusión

Personas de 65 o más años de edad, de ambos sexos, residentes en la comunidad de la provincia de Valladolid.

4.4.2. Criterios de exclusión

- Presentar un deterioro cognitivo moderado o grave, con una puntuación en el MEC igual o inferior a 18 puntos.
- Padecer afecciones (sordera extrema, disfasia, disartria, etc.) que impidan una comunicación verbal adecuada.
- Residir en instituciones geriátricas o estar hospitalizadas en el momento de realizar el trabajo de campo.

4.5. Procedimiento

4.5.1. Pilotaje

Las distintas preguntas y escalas utilizadas para la recogida de información serán previamente pilotadas en 20 personas de las mismas características del estudio para detectar problemas de comprensión, interpretación y fiabilidad de los datos.

4.5.2. Recogida de datos

En un primer momento se contactará por correo con las personas seleccionadas para participar en el estudio. Posteriormente, se solicitará su colaboración mediante una llamada telefónica, citando a las que den su conformidad a una entrevista individual en el centro de salud o, en caso de no ser posible, en su propio domicilio.

Las entrevistas personales se llevarán a cabo por enfermeras/os colaboradores de los centros de salud. Las preguntas de las distintas pruebas serán leídas a los participantes en

el estudio para homogeneizar su aplicación y las respuestas, evitando problemas habituales en la población de mayor edad (dificultades visuales, problemas articulatorios en las manos para escribir, bajo nivel cultural, falta de costumbre en responder a este tipo de escalas).

Los participantes serán informados de las características del estudio y será solicitado su consentimiento informado por escrito. Se estima una duración de 30-45 minutos por entrevista.

Antes de iniciar las entrevistas personales se realizará una jornada informativa con las enfermeras/os colaboradores de los centros de salud. En esta jornada se explicará el manejo de las distintas pruebas a utilizar, la recogida de información de la historia clínica, la interpretación de los resultados, los puntos de corte y la forma de cumplimentar las hojas de registro de datos. Durante la jornada se proporcionarán instrucciones, se aclararán dudas y se unificarán criterios para homogeneizar la recogida de información durante las entrevistas. De forma complementaria, los entrevistadores colaboradores recibirán una guía de procedimientos con instrucciones detalladas de los aspectos antes mencionados y serán informados de que los investigadores estarán a su disposición para aclarar cualquier duda o problema que pueda surgir durante el procedimiento.

4.6. Instrumentos de valoración y variables a recoger y analizar

4.6.1. Índice de Barthel

Permite valorar la autonomía del anciano para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Las actividades incluidas en el índice son diez: comer, trasladarse entre la cama y el sillón, aseo personal, uso del retrete, ducharse, deambulación, subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. La escala está recomendada por la British Geriatrics Society para evaluar las ABVD en pacientes ancianos y en España es la prueba de valoración funcional más ampliamente utilizada en los servicios de geriatría⁴⁸.

La puntuación varía en un rango de 0 a 100, agrupándose en 5 categorías: autónomo (100), dependiente leve (60-95), dependiente moderado (40-55), dependiente grave (20-35) y dependiente total (0-15). El punto de corte para determinar dependencia se establecerá en una puntuación igual o inferior a 60.

Es una prueba de una buena reproductibilidad y con unos elevados coeficientes de correlación (0,98 intraobservador y 0,88 interobservador). También ha mostrado tener una alta validez, siendo un buen predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, estancia e ingresos hospitalarios, mejoría funcional, utilización de servicios sociosanitarios y riesgo de caídas⁴⁸.

4.6.2. Índice de Lawton y Brody

Se utiliza para valorar la capacidad funcional para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) mediante 8 ítems: utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de la economía personal.

La puntuación de la escala oscila de 0 a 8 puntos, distinguiendo cinco categorías funcionales: dependencia total (0-1), dependencia severa (2-3), dependencia moderada (4-5), dependencia ligera (6-7) y autonomía (8). El punto de corte para determinar dependencia se establecerá en una puntuación igual o inferior a 7.

Es uno de los instrumentos de medición de las AIVD más utilizado internacionalmente y en las unidades de geriatría de España. Tiene unos coeficientes de reproductividad inter e intraobservador altos (0.94)⁴⁸ y una buena validez concurrente con otras escalas de las AVD.

4.6.3. Escala de depresión geriátrica de Sheikh y Yesavage (versión de 15 ítems)

La versión abreviada de la escala de depresión geriátrica consta de 15 preguntas, con dos opciones de respuesta (sí/no), para determinar la presencia de sintomatología depresiva.

Esta versión requiere de 5 a 7 minutos para su realización. En la versión de 15 ítems se ha encontrado una correlación superior al 0,80 y una sensibilidad y especificidad equiparable a la escala original de 30 ítems^{45,46}.

Una puntuación de 0-5 se interpreta como ausencia de síntomas depresivos, de 6-10 como moderados síntomas depresivos o probable depresión y de 11-15 como severos síntomas depresivos o depresión establecida^{3,8}. Numerosos autores han coincidido en utilizar una puntuación superior a 5 como indicador de sintomatología depresiva^{3,4,6,8,17,21,24}. El punto de corte para determinar sintomatología depresiva se establecerá en una puntuación igual o superior a 6.

La escala GDS pierde fiabilidad cuando se utiliza en ancianos con un elevado deterioro cognitivo⁸. En estos casos se debe utilizar la escala de Cornell para la depresión en demencia (CSDD)⁴⁵. Se ha elegido la escala GDS para evaluar los síntomas depresivos por su fácil aplicación, por estar validada para su utilización en el ámbito de atención primaria, por estar recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y por sus óptimas características de sensibilidad (72,6%) y especificidad (85,5%) con ancianos para una puntuación de corte de 6 puntos⁴⁶.

4.6.4. Mini examen cognoscitivo (MEC 35 puntos) de Lobo

Es la versión española del Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein et al. Esta escala se ha utilizado en múltiples estudios de investigación para el cribado de deterioro cognoscitivo del anciano y figura en numerosas guías como test de referencia⁴¹.

La prueba valora una serie de capacidades del área cognitiva: i) orientación temporal y espacial, ii) fijación, iii) concentración y cálculo, iv) memoria y v) lenguaje. El rango de puntuaciones de la escala oscila entre 0 y 35 puntos: deterioro grave (0-14), deterioro moderado (15-18), deterioro leve (19-23) y sin deterioro (≥ 24). El punto de corte para determinar deterioro cognitivo se establecerá en una puntuación igual o inferior a 23.

Esta escala ha demostrado una alta sensibilidad (89,8%) y especificidad (75,1%) para una puntuación de corte de 23/24 puntos⁴⁹, siendo fiable su utilización en la práctica clínica

tanto en los pacientes ancianos que residan en su domicilio como los que estén institucionalizados⁴¹.

4.6.5. Índice de comorbilidad de Charlson

Este índice valora las enfermedades asociadas y permite predecir el riesgo de mortalidad en un año. A cada enfermedad incluida en el índice se le asigna un valor de 1, 2, 3 o 6 en función del riesgo relativo de muerte asociado a ella. La puntuación varía entre 0 (valor mínimo) y 37 (valor máximo). En general, se considera ausencia de comorbilidad entre 0 y 1 puntos, comorbilidad baja cuando el índice es 2 y alta comorbilidad cuando es igual o superior a 3 puntos⁵⁰.

La información se obtendrá a través de la historia clínica del paciente y se considerará la existencia de comorbilidad con una puntuación ≥ 2 ⁷.

4.6.6. Polimedicación

La utilización actual de fármacos se obtendrá de la historia clínica. Se considerará polimedicación al consumo de 6 o más fármacos, usados diariamente en los últimos 6 meses^{3,47}.

4.6.7. Área social de la escala Older Americans Resources and Services (OARS)

Para valorar el riesgo social del anciano se utilizará el área social de la adaptación a la población española realizada por Grau, Eiroa y Cayuela en 1996 de la escala OARS (Older Americans Resources and Services). La versión española ha mostrado una validez y fiabilidad equivalentes a la escala estadounidense original⁵¹.

El área social de esta escala consta de 10 ítems que proporcionan información sobre el riesgo social y los recursos sociales de las personas mayores, valorando con qué frecuencia el anciano mantiene contacto o realiza diversas actividades con la familia, amigos o personas de confianza, así como el apoyo familiar que recibiría en caso de que enfermara o quedara incapacitado.

Las respuestas se evalúan en una escala de 6 puntos, que van desde excelentes recursos sociales (1 punto), cuando las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias y al menos una persona cuidaría al entrevistado indefinidamente en caso necesario; hasta recursos sociales totalmente deteriorados (6 puntos), cuando las relaciones sociales son insatisfactorias o de baja calidad y no se obtendría ningún tipo de ayuda en caso necesario^{50,52}.

De acuerdo con Pérez Martín et al.⁵³, se considerará que el anciano se encuentra en riesgo social cuando en la escala de valoración sus recursos sociales estén moderada (4 puntos), bastante (5 puntos) o totalmente deteriorados (6 puntos).

Todos estos instrumentos tienen una amplia difusión y utilización en Atención Primaria a nivel nacional e internacional y han sido validados y utilizados en España⁵⁴.

Tabla 3. Variables a recoger y analizar

Variables a estudiar	Criterio o punto de corte	Instrumento de medida
Variables sociodemográficas: i) género, ii) edad, iii) estado civil [soltero/a, casado/a, viudo/a, divorciado/a-separado/a], iv) nivel de estudios [sin estudios (analfabeto o sólo saber leer y escribir), estudios primarios, estudios secundarios, estudios superiores]		Entrevista Historia clínica
Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria	≤ 60	Índice de Barthel.
Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria	≤ 7	Índice de Lawton y Brody.
Sintomatología depresiva	≥ 6	GDS – 15
Deterioro cognitivo	≤ 23	MEC 35 puntos
Comorbilidad	≥ 2	Índice de comorbilidad de Charlson / Historia clínica
Polimedicación	≥ 6 fármacos a diario últimos 6 meses	Historia clínica
Riesgo social	≥ 4	Área social de la escala OARS

4.7. Análisis estadístico

4.7.1. Análisis univariable

Se realizará un análisis descriptivo univariable. En las variables cualitativas se calcularán la distribución de frecuencias, los porcentajes con indicación de los intervalos de confianza al 95%. En el caso de las variables cuantitativas se calcularán los estadísticos de tendencia central (media), con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, y de dispersión (desviación estándar).

4.7.2. Análisis bivariante

En el análisis bivariado se comprobará la existencia de asociación entre dos variables y se medirá su intensidad. Para la comparación de proporciones se utilizará la χ^2 y la prueba exacta de Fisher cuando no se den las condiciones para utilizar la prueba anterior. Para determinar la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas, se utilizará la t de Student u otras pruebas no paramétricas si no se cumplen las condiciones de normalidad. Se considerará que existe asociación entre variables cuando la significación estadística sea $p < 0,05$.

4.7.3. Análisis multivariable

El efecto de cada uno de los posibles factores de riesgo que hayan mostrado asociación significativa en el análisis bivariado sobre la variable dependiente (sintomatología depresiva) se analizará por medio de un modelo de regresión logística, lo que permitirá discriminar el efecto de cada uno de los factores ajustado por todos los demás, así como cuantificar la magnitud de dicho efecto sobre los síntomas depresivos mediante *odds ratio* y sus correspondientes intervalos de confianza al 95%.

4.8. Consideraciones ético-legales

Para la realización del proyecto, se enviará por correo una carta en la que se explicarán previamente las condiciones del estudio y la confidencialidad de la información recogida, utilizándose únicamente con fines de investigación. Se cumplirá la legislación española, respetando la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter personal* y la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Con el fin de cumplir la normativa vigente, se solicitará por escrito el consentimiento informado del anciano por el que podrá decidir voluntariamente si desea participar o no en el proyecto.

4.9. Cronograma

Actividades	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4	Trimestre 5	Trimestre 6
Selección y contacto con los entrevistadores colaboradores	■					
Pilotaje del procedimiento de recogida de información		■				
Elaboración de la guía de procedimientos		■				
Jornada informativa con los entrevistadores colaboradores		■				
Selección, contacto y solicitud de colaboración de los participantes		■				
Entrevistas, recogida de datos y baremación de los resultados		■	■	■		
Grabación de los resultados en la base de datos			■	■		
Análisis estadístico e informe de resultados				■	■	
Elaboración del informe de investigación					■	■
Difusión de la investigación y de sus resultados						■

4.10. Recursos

4.10.1. Recursos humanos

- Dos profesionales sanitarios de atención primaria encargados de la dirección, coordinación, supervisión y redacción del informe final, uno de los cuales será el investigador principal.
- Un estadístico para la explotación e interpretación estadística de los datos.
- 41 enfermeras/os colaboradores, uno por centro de salud para realizar las entrevistas y aplicar las pruebas a los participantes en el estudio.
- Un administrativo para las comunicaciones por correo, los contactos telefónicos y la grabación de la información obtenida en la base de datos.

4.10.2. Recursos inventariables

- Sala con capacidad para 60 personas equipada con ordenador portátil, pantalla y cañón proyector para realizar la jornada informativa.
- Una consulta equipada con mobiliario en cada centro de salud para realizar las entrevistas y aplicar los instrumentos de medida.
- Un ordenador, una impresora y un teléfono.
- Un paquete estadístico SPSS y una licencia para su utilización.

4.10.3. Material fungible

- Copias del índice de Barthel, índice de Lawton y Brody, escala de depresión geriátrica de 15 ítems, mini examen cognoscitivo de 35 puntos, índice de comorbilidad de Charlson y área social de la escala OARS.
- Papel y bolígrafos.
- Material de oficina y cartuchos de impresora.

4.11. Presupuesto

Gastos de personal

Descripción	Coste imputado	Criterios de imputación
2 investigadores 41 enfermeras/os colaboradoras 1 estadístico 1 administrativo		No se imputan costes al proyecto por estar previsto que sea personal de plantilla del Sacyl o de la Consejería de Sanidad.

Gastos de viajes

Descripción	Coste imputado	Criterios de imputación
Desplazamiento de las 41 enfermeras/os colaboradoras a la jornada informativa en Valladolid.	319,20 €	80 km de promedio por 21 desplazamientos de ida y vuelta a razón de 0,19 € el km.
Desplazamiento de las enfermeras/os colaboradoras a los domicilios de los pacientes que no puedan acudir a los centros de salud a realizar las entrevistas.		No se imputan costes por incluirse en las visitas domiciliarias que de modo ordinario realizan los profesionales de enfermería a sus pacientes.

Gastos de recursos inventariables

Descripción	Coste imputado	Criterios de imputación
Sala con capacidad para 60 personas equipada con ordenador portátil, pantalla y cañón proyector para realizar la jornada informativa.		No se imputan costes por estar previsto utilizar una sala equipada de la Consejería de Sanidad.
41 consultas equipadas en sus respectivos centros de salud.		No se imputan costes por tratarse de recursos disponibles en las consultas de los centros de salud.
Software estadístico y licencia para su utilización		No se imputan costes por ser recursos disponibles en la Unidad de Estadística de la Consejería de Sanidad.

Gastos de material fungible y similares

Descripción	Coste imputado	Criterios de imputación
Impresión y encuadernación de 50 guías de procedimientos	125,00 €	A razón de 2,5 € por guía de aproximadamente 30 páginas.
Adquisición de papel y bolígrafos	59,00 €	Se imputan los costes de 3 paquetes de 500 folios y 100 bolígrafos, a razón de 3 € el paquete de folios y 50 céntimos el bolígrafo.
Reproducción de escalas de valoración para cubrir la totalidad de la muestra y posibles pérdidas o deterioros.	131,25 €	Se imputan los costes de 375 juegos de escalas a razón de 7 folios por juego y 5 céntimos la fotocopia ($375 \times 7 \times 0,05 = 131,25$).
Adquisición de cartuchos de impresora	750,00 €	Se prevé la adquisición de 50 cartuchos de impresora de color negro, a razón de 15 euros el cartucho.
Reproducción del informe final de investigación	1.200,00 €	Se imputa la reproducción y encuadernación de 100 informes de la investigación de aproximadamente 100 páginas, a razón de 12 euros por informe.

Resumen del presupuesto

Tipo de coste	Concepto	Coste imputado
Costes directos	Gastos de personal	0,00 €
	Gastos de viajes	319,20 €
	Gastos de recursos inventariables	0,00 €
	Gastos de material fungible y similares	2.265,25 €
TOTAL		2.584,45 €

5. RESULTADOS A ESPERAR

Teniendo en cuenta los datos obtenidos en otras investigaciones, se espera que la prevalencia de la sintomatología depresiva en los ancianos que residen en la comunidad se sitúe entre el 25% y el 30%.

Asimismo, se espera encontrar una asociación significativa entre los síntomas depresivos con los siguientes factores de riesgo: i) dependencia funcional para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sobre todo cuando el grado de dependencia sea mayor;

ii) comorbilidad con enfermedades somáticas, con una asociación más fuerte a mayor número y severidad de estas enfermedades; iii) ser mujer; iv) tener una edad más avanzada; v) encontrarse en riesgo social; vi) presentar deterioro cognitivo; vii) consumir un mayor número de medicamentos y viii) tener un pobre nivel de estudios. Aspectos todos ellos que se han asociado frecuentemente con la condición de anciano frágil.

Una vez realizado el análisis de regresión múltiple y controlado el efecto de otros factores de riesgo, se espera que la comorbilidad somática y la dependencia funcional se mantengan como factores de riesgo independientes para los síntomas depresivos en ancianos que no presenten un deterioro cognitivo moderado o grave y que vivan en la comunidad.

El diseño de investigación tiene algunas limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio de ámbito provincial, y aunque la muestra es representativa, los resultados pueden no ser extrapolables a otras provincias de la comunidad autónoma o a otras regiones de España. El ámbito territorial, determina a su vez que el tamaño muestral pueda ser insuficiente, fundamentalmente para el análisis multivariado, lo que puede dificultar una estimación con suficiente fuerza estadística en las categorías con una frecuencia baja, quedando un número de sujetos muy reducido para algunas variables. Asimismo, al tratarse de un estudio transversal, no es posible establecer una relación de causalidad entre variables, por lo que se desconoce la secuencia temporal sobre si algunos factores de riesgo, como por ejemplo la vulnerabilidad social, han llevado al sujeto a presentar síntomas depresivos, o por el contrario, su estado de ánimo le ha llevado a vivir en una situación de aislamiento.

En cuanto a las fortalezas del trabajo, se puede destacar que se evalúan una amplia variedad de factores de riesgo que frecuentemente se han asociado con los síntomas depresivos. Asimismo, se utilizan pruebas con propiedades psicométricas bien establecidas y ampliamente utilizadas en el territorio español. De igual forma, la realización de una jornada informativa facilitará la estandarización del método a seguir en las entrevistas, evitando la heterogeneidad en el procedimiento de recogida de información.

La realización de este proyecto abrirá la posibilidad de nuevas líneas de investigación con implicaciones para la práctica clínica, siendo necesaria la aplicación de programas que determinen los marcadores de fragilidad en el anciano, puesto que éstos están íntimamente relacionados con la aparición de síntomas depresivos.

Sería útil que en las consultas de los centros de salud se implantara de forma generalizada la aplicación de test de cribado de sintomatología depresiva, al menos en los ancianos más vulnerables y con riesgo de fragilidad.

Desde los centros de salud se puede realizar una detección precoz y un seguimiento de los ancianos frágiles que contribuya a una atención sociosanitaria integral de sus demandas y necesidades. Este seguimiento debería incluir desde cuidados de enfermería para evitar el encamamiento, las úlceras por presión y las caídas, hasta actuaciones médicas para prevenir la polimedicación, evitar ingresos hospitalarios frecuentes y tratar los síntomas depresivos. Por otra parte, los servicios sociales, dentro de esta atención sociosanitaria integral, deberían proporcionar atención social para evitar o retrasar una posible institucionalización y reducir las situaciones de conflicto e intolerancia familiar.

Sería conveniente, además, la realización de estudios longitudinales que permitan establecer relaciones de causa-efecto, así como, investigar en qué medida la depresión es adecuadamente diagnosticada y tratada en los sistemas públicos de salud en personas de edad avanzada, determinando los beneficios socio-sanitarios y económicos de un adecuado abordaje farmacológico y psicoterapéutico. De forma específica en esta última línea de investigación resultaría de interés estudiar los riesgos de los tratamientos farmacológicos que actualmente se utilizan para tratar la depresión en ancianos, así como evaluar en qué medida se utilizan otras estrategias de ayuda no farmacológicas.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. European Commission. The 2018 Ageing Report. Underlying Assumptions & Projection Methodologies [Internet]. Luxembourg: European Commission. Directorate-General for Economic and Financial Affairs; 2017 [citado 12 Ene 2018]. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065_en.pdf
2. Vives M, García Toro M, Armengol S, Pérez MC, Fernández JR, Gili M. Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en pacientes de atención primaria mayores de 75 años. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;41(4):218-26.
3. Spandel L, Joško-Ochojska J, Batko-Szwaczka A. Polypharmacy as a risk factor for depressive symptoms in geriatric patients: an observational, cross-sectional study. *Ars Pharm*. 2016;57(3):127-35.
4. Suárez García F, Oterino de la Fuente D, Peiró Moreno S, García García F, Librero J, Pérez Martín A, et al. Estado de salud de las personas ancianas y hospitalización en servicios geriátricos, médicos y quirúrgicos. Estudio poblacional en Toledo. *Rev Esp Salud Pública* 2000;74:149-61.
5. Soria V. ¿Antidepresivos jóvenes en pacientes ancianos? *Informaciones Psiquiátricas* 2017;228:25-32.
6. Fernández Fernández C, Caballer García J, Saiz Martínez PA, García-Portilla González MP, Martínez Barrondo S, Bobes García J. Depression in the elderly living in a rural area and other related factors. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34(6):355-61.
7. Sarró Maluquer M, Ferrer Feliu A, Rando Matos Y, Formiga F, Rojas Farreras S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen* 2013;39(7):354-60.
8. Campos J, Ardanaz J, Navarro A. Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos: un centro sociosanitario y un programa de soporte domiciliario. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004;39(4):232-9.
9. Corrales Fernández E, Tardón García A, Cueto Espinar A. Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicothema* 2000;12(2):171-5.
10. García Serrano MJ, Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención Primaria*;27(7):484-8.
11. Montorio Cerrato I, Nuevo Benítez R, Losada Baltar A, Márquez González M. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina* 2001;12(1):19-26.
12. Gutiérrez Rodríguez J, Pérez Linares T, Fernández Fernández M, Alonso Álvarez M, Iglesias Cueto M, Solano Jaurrieta J. Incapacidad funcional en una población de ancianos en el medio comunitario. *Mapfre Medicina* 2001;12(4):46-53.
13. Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, Torres Buisán L, Torrubias Fernández RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit*. 2007;21(1):37-42.
14. Rabell Santacana V, Pastor Ramon E, Pujol Ribó J, Solà Genovés J, Díaz Egea M, Layola Brias M, et al. Uso de medicación inhalada en pacientes de edad avanzada y sus limitaciones según la evaluación geriátrica. *Arch Bronconeumol*. 2008;44(10):519-24.

15. Maseda A, Balo A, Lorenzo López L, Lodeiro Fernández L, Rodríguez Villamil JL, Millán Calenti JC. Cognitive and affective assessment in day care versus institutionalized elderly patients: a 1-year longitudinal study. *Clinical Interventions in Aging* 2014;9:887-94.
16. Benabarre S, Olivera J, Lorente T, Rodríguez M, Barros-Loscertales A, Pelegrín C, et al. Psychiatric symptoms are not an independent mortality risk factor in community-living elderly people. *International Psychogeriatrics* 2014;26(6):911-20.
17. Hernández Galiot A, Goñi I. Adherence to the Mediterranean diet pattern, cognitive status and depressive symptoms in an elderly non-institutionalized population. *Nutr Hosp.* 2017; 34(2):338-44.
18. Gago Herrera C, Rodríguez Testal JF. Afrontamiento del estrés institucional en la vejez. *Geriátrika* 2002;18(6):179-96.
19. Damián J, Valderrama Gama E, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. *Gac Sanit* 2004;18(4):268-74.
20. Gutiérrez Rodríguez J, Jiménez Muela F, Alonso Collada A, Saenz de Santa María Benedet L. Prevalencia y manejo terapéutico de la demencia en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(1):31-3.
21. Centurión L, Aparicio Vizuete A, Ortega Anta RM, Rodríguez Rodríguez E, López Plaza B, López Sobaler AM. Asociación entre riesgo de desnutrición y capacidad afectiva en personas de edad avanzada institucionalizadas de la Comunidad de Madrid. *Nutr. Clín. Diet. Hosp.* 2010;30(2):33-41.
22. Remacha Monedero A, Muro C. Prevalencia de depresión y factores asociados en usuarios de centros sociosanitarios. *Revista Rol de Enfermería* 2014;37(7-8):506-13.
23. Guallar Castillón P, Magariños Losada MM, Montoto Otero C, Tabuenca AI, Rodríguez Pascual C, Olcoz Chiva M, et al. Prevalencia de depresión, y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59(8):770-8.
24. Conde Martel A, Hemmersbach Miller M, Anía Lafuente BJ, Sujanani Afonso M, Serrano Fuentes M. Implicaciones de los síntomas depresivos en los ancianos hospitalizados por afección médica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(5):224-7.
25. Minicuci N, Maggi S, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: the Veneto Study. *J Gerontol Med Sci* 2002;57(3):M155-M161.
26. Haynie DA, Berg S, Johansson B, Gatz M, Zarit SH. Symptoms of depression in the oldest old: a longitudinal study. *J Gerontol Psychol Sci* 2001;56(2):111-8.
27. Osborn DP, Fletcher AE, Smeeth L, Stirling S, Bulpitt CJ, Breeze E, et al. Factors associated with depression in a representative sample of 14.217 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003;18(7):623-30.
28. Stek ML, Gussekloo J, Beekman ATF, 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.

29. Marzari C, Maggi S, Manzato E, Destro C, Noale M, Bianchi D, et al. Depressive symptoms and development of coronary heart disease events: The Italian longitudinal study on aging. *J Gerontol Med Sci* 2005;60A(1):85-92.
30. Licht-Strunk E, van der Kooij KG, van Schaik DJ, van Marwijk HW, van Hoult HP, de Haan M, et al. Prevalence of depression in older patients consulting their general practitioner in The Netherlands. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20(11):1013-9.
31. Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Kohler L, Jessen F, Maier W, Fuchs A, et al. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord*. 2008;111(2-3):153-63.
32. Barua A, Ghosh MK, Kar N, Basilio MA. Distribution of depressive disorders in the elderly. *J Neurosci Rural Pract*. 2010;1(2):67-73.
33. Huisman M, Poppelaars J, van der Horst M, Beekman ATF, Brug J, van Tilburg TG et al. Cohort profile: the longitudinal aging study Amsterdam. *Int J Epidemiol*. 2011;40:868-76
34. Pouget R, Yersin B, Wietlisbach V, Bumand B, Bula CJ. Depressed mood in a cohort of elderly medical inpatients: prevalence, clinical correlates and recognition rate. *Aging (Milano)*. 2000;12:301-7.
35. Antonelli Incalzi R, Corsonello A, Pedone C, Corica F, Carbonin P. Depression and drug utilization in an elderly population. *Ther Clin Risk Manag*. 2005;1:55-60.
36. Cullum S, Tucker S, Todd C, Brayne C. Screening for depression in older medical inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:469-76.
37. Wallace J, O'Hara MW. Increases in depressive symptomatology in the rural elderly. Results from a cross-sectional and longitudinal study. *J Abnorm Psychol*. 1992; 101:398-404.
38. Zunzunegui MV, Minicuci N, Blumstein T, Noale M, Deeg D, Jylha M, Pedersen NL. Gender differences in depressive symptoms among older adults: a cross-national comparison. The CLESA project. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:198-207.
39. Tomás Aznar C, Moreno Aznar LA, Germán Bes C, Alcalá Nalváiz T, Andrés Esteban E. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76:215-26.
40. Escobar Bravo MA, Botigué Satorra T, Jürschik Giménez P, Nuin Orrio C, Blanco Blanco J. Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. et al., 2013. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(2):59-64
41. Hervás A, García de Jalón E. Situación cognitiva como condicionante de fragilidad en el anciano. Perspectiva desde un centro de salud. *An Sist Sanit Navar*. 2005;28(1):35-47.
42. López Bas Valero R, Losa López A, Hortonedá Giménez M, Moreno Sánchez MT, Gosalbes Soler V, Balaguer Martínez JV. Prevalencia de depresión no diagnosticada en pacientes mayores de 65 años que consultan en el Servicio de Urgencias de un hospital. *Geriátrika* 2002;18(9):287-93.
43. Alonso Formento E, Saz Muñoz P, Lobo Satué A, Ventura Faci T, De la Cámara Izquierdo C, Marcos Aragües G. Relación entre el consumo de ansiolíticos y antidepresivos y la sintomatología psiquiátrica en ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45(1):10-14.

44. López-Torres Hidalgo JD, Galdón Blesa MP, Fernández Olano C, Escobar Rabadán F, Montoya Fernández J, Boix Gras C, et al. Diseño y validación de un cuestionario para la detección de depresión mayor en pacientes ancianos. *Gac Sanit.* 2005;19(2):103-12.
45. Gutiérrez Duque O. Análisis de la validez de la escala de depresión geriátrica de 5 ítems en ancianos hospitalizados con demencia. *Informaciones Psiquiátricas* 2012;208(2):177-94.
46. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Mediafam.* 2002;12(10):620-30.
47. Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, Rodríguez Estremera E, Torres Buisán L, Torrubias Fernández RM. El anciano de riesgo en la provincia de Guadalajara. *Aten Primaria* 2004;34(6):293-9.
48. Trigás Ferrín M, Ferreira González L, Mejida Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin* 2011; 72 (1): 11-16.
49. Lobo A, Marcos G, Día JL, De La Cámara C, Ventura T, Morales Asin F et al. Validación y estandarización del mini-examen cognoscitivo (primera edición española del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 767-774.
50. Miralles Basseda R, Sanjuan AE. Anexo 1. Instrumentos y escalas de valoración. En: *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG); 2006.p. 771-89.
51. Grau Fibla G, Eiroa Patiño P, Cayuela Domínguez A. Versión española del OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Aten Primaria* 1996; 17(8):486-95.
52. Casado Verdejo I, Postiga Mota S, Muñoz Bermejo L, Vallejo Villalobos JR, Arrabal León N, Pinto Montealegre JE. Escalas de valoración geriátrica integral. *Rev ROL Enferm* ; 39(1):54-602016.
53. Pérez Martín A, García García FJ, Martín Correa E, Romero Rizos L, Rodríguez Barquero MJ, Echevarría Santamaría, García Colmenero C. Factores de riesgo de ingreso hospitalario en mayores de 64 años. *Gac Sanit* 2000; 14(5):363-370.
54. Olivera Pueyo FJ, Rodríguez Torrente M, Lorente Aznar T, Benabarre Ciria S, Pardo Gracia MA, Ceresuela López A. Detección de factores relacionados con el desarrollo de trastornos mentales en la población geriátrica (PSICOTARD). *Aten Primaria.* 2006;38(6): 353-7.

7. ANEXOS

- Anexo 1 – Índice de Barthel

<u>Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (versión original)</u>	
Alimentación	Retrete
10 Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.	10 Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cuña. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.
5 Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.	5 Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.
0 Dependiente: necesita ser alimentado.	0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.
Lavado (baño)	Traslado sillón-cama
5 Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.	15 Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.
0 Dependiente: necesita alguna ayuda.	10 Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (p. ej., la ofrecida por el cónyuge).
Vestido	5 Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.
10 Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.	0 Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
5 Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.	Deambulación
0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.	15 Independiente: puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o equivalente sin ayuda o supervisión.
Aseo	10 Necesita ayuda: supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.
5 Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.	5 Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.
0 Dependiente: necesita alguna ayuda.	0 Dependiente: requiere ayuda mayor.
Deposición	Escalones
10 Continente, ningún accidente: si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.	10 Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.
5 Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.	5 Necesita ayuda: supervisión física o verbal.
0 Incontinente.	0 Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.
Micción	
10 Continente, ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.	
5 Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.	
0 Incontinente.	

Anexo 2 – Índice de Lawton y Brody

Índice de Lawton & Brody (actividades instrumentales de la vida diaria)		
	Hombres	Mujeres
Teléfono		
Utilizar el teléfono por propia iniciativa, buscar y marcar los números	1	1
Sabe marcar números conocidos	1	1
Contesta al teléfono, pero no sabe marcar	1	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0	0
Compras		
Realiza todas las compras necesarias de manera independiente	1	1
Sólo sabe hacer pequeñas compras	0	0
Ha de ir acompañado para cualquier compra	0	0
Completamente incapaz de hacer la compra	0	0
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/a	—	1
Prepara la comida sólo si se le proporcionan los ingredientes	—	0
Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada	—	0
Necesita que le preparen y le sirvan la comida	—	0
Tareas domésticas		
Realiza las tareas de la casa por sí sola, sólo ayuda ocasional	—	1
Realiza tareas ligeras (fregar platos, camas...)	—	1
Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado	—	1
Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas	—	1
No participa ni hace ninguna tarea	—	0
Lavar la ropa		
Lava sola toda la ropa	—	1
Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.)	—	1
La ropa la tiene que lavar otra persona	—	0
Transporte		
Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche	1	1
Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público	1	1
Sólo viaja en transporte público si va acompañado	1	1
Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado)	0	0
No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a la medicación		
Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, solo/a	1	1
Toma la medicación sólo si se la preparan previamente	0	0
No es capaz de tomar la medicación solo/a	0	0
Capacidad de utilizar el dinero		
Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a	1	1
Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco	1	1
Incapaz de utilizar el dinero	0	0

Anexo 3 – Escala de depresión geriátrica de 15 ítems

**Escala de depresión geriátrica.
Geriatric Depression Scale
de Yesavage (versión abreviada de 15
preguntas)**

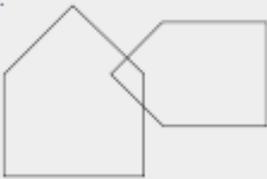
Instrucciones:
Interrogar al paciente acerca de las siguientes cuestiones y escoger la respuesta más adecuada sobre cómo se ha sentido en las últimas 2 semanas.
Marcar con un círculo la respuesta escogida y al final sumar la puntuación.
Si el Mini-Mental de Folstein es ≤ 14 puntos, la aplicación de la escala puede no ser valorable (J Am Geriatr Soc 1994; 42: 490).

	Sí	No
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se aburre a menudo?	1	0
5. ¿Está usted animado casi todo el tiempo?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le vaya a pasar algo malo?	1	0
7. ¿Está usted contento durante el día?	0	1
8. ¿Se siente desamparado o abandonado?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa o en la habitación en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que es estupendo estar vivo?	0	1
12. ¿Se siente usted inútil tal como está ahora?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0

Puntuación total =

Puntuación: ≥ 5 indica probable depresión.
El diagnóstico se debe confirmar evaluando los criterios DSM-IV de los diferentes trastornos depresivos.

Anexo 4 – Mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC-35)

Mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC-35)		
Orientación temporal		
Día	0	1
Fecha	0	1
Mes	0	1
Estación	0	1
Año	0	1
Orientación espacial		
Hospital o lugar	0	1
Planta	0	1
Ciudad	0	1
Provincia	0	1
Nación	0	1
Fijación		
Repita 3 palabras (repetir hasta que aprenda):		
Peseta	0	1
Caballo	0	1
Manzana	0	1
Concentración y cálculo		
Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?	0	1 2 3 4 5
Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda)		
Ahora hacia atrás	0	1 2 3
Memoria		
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0	1 2 3
Lenguaje		
Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?	0	1
Repetirlo con el reloj	0	1
Repita esta frase: «En un trigal había 5 perros»	0	1
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?		
¿Qué son el rojo y el verde?	0	1
¿Qué son un perro y un gato?	0	1
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa	0	1 2 3
Lea esto y haga lo que dice:	0	1
CIERRE LOS OJOS		
Escriba una frase	0	1
Copie este dibujo	0	1
		
Total = Años escolarización = Deterioro cognitivo: < 23 puntos en población geriátrica con escolaridad normal. < 20 puntos en población geriátrica con baja escolaridad o analfabetismo.		

Anexo 5 - Índice de comorbilidad de Charlson

<u>Índice de comorbilidad de Charlson (versión original)</u>	
Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	1
Insuficiencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	1
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de <i>by-pass</i> arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejía: evidencia de hemiplejía o paraplejía como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	2
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	2
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	2
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	6
Índice de comorbilidad (suma puntuación total) =	

Anexo 6- Escala de Recursos Sociales (OARS)

ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS) DUKE UNIVERSITY CENTER (1978)

Apellidos _____	Nombre _____
Entrevistador/a _____	Fecha _____
Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos:	
¿Cuál es su estado civil?	
1. Soltero	<input type="checkbox"/>
2. Casado	<input type="checkbox"/>
3. Viudo	<input type="checkbox"/>
4. Separado	<input type="checkbox"/>
No responde	<input type="checkbox"/>
¿Vive su cónyuge en la residencia?	
1. Sí	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>
No responde	<input type="checkbox"/>
Durante el último año, ¿con qué frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?	
1. Una vez a la semana o más	<input type="checkbox"/>
2. Una a tres veces al mes	<input type="checkbox"/>
3. Menos de una vez al mes o sólo en vacaciones	<input type="checkbox"/>
0. Nunca	<input type="checkbox"/>
No responde	<input type="checkbox"/>
¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?	
3. Cinco o más	<input type="checkbox"/>
2. Tres o cuatro	<input type="checkbox"/>
1. Una o dos	<input type="checkbox"/>
0. Ninguna	<input type="checkbox"/>
No responde	<input type="checkbox"/>
¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida.)	
3. Una vez al día o más	<input type="checkbox"/>
2. Dos veces	<input type="checkbox"/>
1. Una vez	<input type="checkbox"/>
0. Ninguna	<input type="checkbox"/>
No responde	<input type="checkbox"/>

¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?

- 3. Una vez al día o más
- 2. De dos a seis veces
- 1. Una vez
- 0. Ninguna
- No responde

¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?

- 2. Sí
- 0. No
- NS/NC

¿Con qué frecuencia se siente solo?

- 0. Bastante a menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Casi nunca
- 3. NS/NC

¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verle?

- 1. Tan a menudo como deseo
- 2. Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen
- No responde

¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedara incapacitado (por ejemplo, marido/mujer, otro familiar, amigo)? (Ancianos en residencias: la persona debe ser ajena al centro)

- 1. Sí
- 0. Nadie dispuesto y capaz de ayudarme
- No responde

Si es «Sí», preguntar a y b.

a) *¿Hay alguien (ancianos en residencias: ajeno a la residencia) que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesitase o sólo por un corto espacio de tiempo u ocasionalmente (por ejemplo, acompañarle al médico)?*

- 1. Alguien que cuidaría de mí indefinidamente.
- 2. Alguien que me cuidaría durante un breve espacio de tiempo.
- 3. Alguien que me ayudaría de vez en cuando.

No responde.

b) *¿Quién es esa persona?*

Nombre _____

Relación _____