



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de
Valladolid**

Grado en Enfermería

Curso 2017/18

**“Valoración de la calidad
de vida en pacientes
mayores de 65 años
diagnosticados de
depresión y ansiedad”**

Alumna: Dña. Ángela Sanz Guzmán

Tutora: Dra. Dña. Virtudes Niño Martín

RESUMEN

Introducción: el progresivo envejecimiento de la población está acompañado de un aumento de las enfermedades crónicas que conllevan problemas físicos y psíquicos, los cuales, en muchas ocasiones derivan en situaciones de depresión y ansiedad que disminuyen la calidad de vida del sujeto, su independencia y dificultan la adherencia terapéutica. **Objetivos:** evaluar la calidad de vida de los pacientes mayores de 65 años diagnosticados de depresión y ansiedad en el barrio de la Victoria mediante escalas. **Método:** se realiza un estudio transversal a través del cual se evalúan cuantitativamente varias variables mediante el test de Barthel, el test de Morisky-Green y el test de calidad de vida Sf-36. **Resultados:** la calidad de vida de la población estudiada comparada con la de la población española de la misma edad es menor en las esferas que representan la percepción de la salud general, la vitalidad, la salud mental y el dolor corporal. **Discusión:** se podría deducir que la calidad de vida de las personas con estas patologías es inferior que la de aquellos que no las padecen.

Palabras clave: persona mayor, depresión y ansiedad, calidad de vida, adherencia terapéutica.

ABSTRACT

Introduction: the progressive ageing of the population comes with an increase of chronic diseases that produce physical and mental problems which, in many occasions, cause situations such as depression and anxiety that diminish the life quality of the subject, their independence and hinder therapeutic adherence.

Goals: evaluate the life quality of patients over 65 years of age diagnosed with depression and anxiety in the neighborhood of Victoria through scales. **Method:**

a transversal study will be taken out through which several variables can be evaluated quantitatively thanks to the Barthel test, Morisky-Green test and Sf-36 test.

Results: the life quality of the population under test compared to the Spanish population of the same age is less in the areas that represent the perception of general health, vitality, mental health and physical pain.

Discussion: it could be deduced that the life quality of people with these pathologies is lower than those that don't.

Keywords: elderly person, depression and anxiety, quality of life, medication adherence.

ÍNDICE

1. Introducción y Justificación.....	2
2. Objetivos.....	5
3. Material y método.....	6
3.1. Diseño.....	6
3.2. Población de estudio y muestra.....	6
3.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	6
3.4. Duración de la intervención.....	7
3.5. Procedimiento.....	7
3.6. Material utilizado.....	8
3.7. Variables a recoger y analizar.....	8
3.8. Análisis estadístico.....	10
3.9. Consideraciones ético-legales.....	11
4. Resultados.....	12
5. Discusión.....	17
5.1. Fortalezas.....	18
5.2. Limitaciones.....	19
6. Conclusión.....	20
7. Bibliografía.....	21
8. Anexos.....	24

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de la población es un fenómeno que afecta fundamentalmente a los países desarrollados. En Castilla y León este proceso de envejecimiento es más acusado que en el resto del contexto español y Europeo. Según el padrón municipal de 2015, el porcentaje de personas mayores de 64 años en la Comunidad de Castilla y León se sitúa en el 24,1% del total de la población superando la media de España (19,4%) y de Europa (18,9%).¹

Como resultado de este envejecimiento se ha producido un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas que afectan a la calidad de vida de nuestros mayores y a su independencia².

- A nivel físico empiezan a aparecer dificultades en la movilidad, dolores, fragilidad y distintas patologías propias del deterioro del organismo^{3, 4}.
- A nivel psicológico es más frecuente que estas personas hayan sufrido la pérdida de un ser querido o un descenso del nivel socioeconómico debido a la jubilación^{3, 4}.

Estas circunstancias con frecuencia ocasionan aislamiento, soledad y angustia que, a su vez, incrementan el riesgo de depresión y ansiedad^{3, 4}, constituyendo unas de las enfermedades más frecuentes y discapacitantes entre las personas mayores. Se estima que aproximadamente el 25% de los pacientes con dos o más procesos crónicos presenta depresión⁴.

La depresión según la Organización mundial de la Salud (OMS) “es un trastorno que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” y que puede provocar una dificultad para afrontar la vida incluso en sus casos más graves derivar en suicidios⁵. Este trastorno es padecido entre un 8,8% y un 23,6% de la población anciana y aunque en la población general su prevalencia es mayor en mujeres,

en este sector de la población apenas existen diferencias por sexo, presentándose en ocasiones un aumento en los varones⁶.

A su vez, la ansiedad se caracteriza por un malestar interior, acompañado de pensamientos de temor, de muerte inminente, inquietud o anticipación de daños imaginados, se estima que la padecen al menos un 10% de las personas ancianas y su prevalencia es mayor en las mujeres⁶, el trastorno de ansiedad más asociado a depresión es el trastorno de ansiedad generalizada, sus síntomas son, preocupación excesiva, persistente y difícil de controlar que produce angustia y un gran deterioro, inquietud o impaciencia, fatiga, dificultad para la concentración, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño^{7,8,9,10,11}.

Con frecuencia ambas patologías se presentan de forma simultánea; hay estudios que demuestran que el 80% de los pacientes diagnosticados de depresión presentan elevados niveles de ansiedad y que el 50% de las personas diagnosticadas de ansiedad presentan síndromes depresivos⁶.

Cuando se presentan individualmente, estos trastornos pueden ser muy invalidantes y de difícil recuperación, pero si aparecen de forma conjunta aumentan las posibilidades de cronicidad, la gravedad de los síntomas, el deterioro funcional y dificultan la adherencia terapéutica^{10, 11}.

Pero además estos problemas se ven agravados porque el diagnóstico de la depresión y la ansiedad en personas mayores es complejo ya que no se reconoce, ni por los profesionales porque es difícil de detectar al confundirse con otros factores propios del envejecimiento y de sus enfermedades crónicas, ni por las personas que lo sufren debido a que entienden que estar triste es lo normal y por tanto ni lo verbalizan ni demandan atención.

La demora en el diagnóstico precoz y la mala adherencia terapéutica, influyen en el peor pronóstico de la enfermedad, en la calidad de vida de los pacientes y constituye uno de los motivos más frecuente de suicidio en personas mayores^{6, 8}.

Se ha decidido investigar sobre este ámbito, debido al progresivo envejecimiento de la población y al incremento de la prevalencia de depresión y ansiedad en este colectivo. El fin es evaluar la calidad de vida, la capacidad funcional y la adherencia terapéutica en personas mayores de 65 años, debido a la existencia de estudios que indican que las personas afectadas por ambos trastornos presentan, una calidad de vida más reducida, un deterioro funcional mayor y responden peor al tratamiento que los que están afectados por uno solo^{7,9}.

2. OBJETIVOS

- Objetivo general: evaluar la calidad de vida en pacientes mayores de 65 años diagnosticados de depresión y ansiedad en el barrio de la Victoria mediante escalas.

- Objetivos específicos:
 - ~ Evaluar las diferentes áreas de la calidad de vida del paciente mayor de 65 años con depresión y ansiedad.
 - ~ Evaluar la capacidad funcional de los pacientes que padecen conjuntamente depresión y ansiedad.
 - ~ Evaluar la adherencia terapéutica de los pacientes que padecen simultáneamente depresión y ansiedad.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño

Se realiza un estudio transversal, cuantitativo, descriptivo y observacional. Los resultados obtenidos son numéricos e inmodificables por el investigador, van a ser un indicativo de la calidad de vida, de la adherencia terapéutica y de la capacidad funcional de los participantes.

3.2 Población de estudio y muestra

La población participante se obtiene de dos cupos de la zona básica de salud de la Victoria de Valladolid, estos deben ser mayores de 65 años y estar afectados conjuntamente de depresión y ansiedad.

Se obtuvo una muestra de 50 pacientes.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión:
 - ~ Población perteneciente a la zona básica de salud de la Victoria.
 - ~ Población de 65 años o más.
 - ~ Diagnosticados de depresión y ansiedad.
 - ~ Población de habla española.

- Criterios de exclusión:
 - ~ Menores de 65 años.
 - ~ Afectación en el estado de salud que imposibilita el desplazamiento al centro.
 - ~ Pacientes con deterioro cognitivo que les imposibilita responder a los test de forma adecuada.

3.4 Duración de la intervención

El estudio comienza en diciembre de 2017 y dura hasta mayo de 2018. De diciembre a enero se obtuvo la muestra y se citó a los participantes en el Centro de Salud de la Victoria para cumplimentar los cuestionarios durante el mes de febrero. En los meses de marzo, abril y mayo se obtuvieron y analizaron los resultados.

3.5 Procedimiento

Para la obtención de la muestra se escogió a personas mayores de 65 años diagnosticadas de depresión y ansiedad en el barrio de la Victoria, para su captación se les llamó por teléfono informándoles del estudio y en caso de que lo aceptaran acudieran a la consulta los lunes por la tarde para la realización de los test o aquellos que ya tuvieran cita programada se les indicó que se les realizaría en el momento de su cita.

Cuando acudieron a la consulta se les entregó el consentimiento informando para que lo firmarán, respondiendo previamente a todas las dudas que fueran necesarias y en caso de que no supieran leer ni escribir se les explicó todo el contenido, además se les garantizó en todo momento el anonimato de las respuestas y la posibilidad de finalizar la participación en el estudio en el caso de que no quisieran continuar. Este consentimiento está incluido en el *anexo 1*.

Se comprobó que tuviesen un índice de Barthel realizado en los últimos 6 meses, de no ser así se les realizó uno y se les entregaron los cuestionarios adjuntados en el *anexo 2* para que los cumplimentaran ellos mismos, en caso de incapacidad para ello se les formularon las preguntas de los distintos apartados y se anotó la respuesta seleccionada.

En las encuestas se incluyó, la edad y sexo del paciente, el número de historia clínica, si estaban o no polimedicados y se anotó cualquier proceso reciente de interés que pudiese influir en su estado de salud.

Los resultados obtenidos se introducen en una base de datos realizada en Excel, donde los datos se traducirán a forma numérica, se codifican según el manual del SF-36¹² y posteriormente se analizarán con el programa SPSS versión 23.

Además, se incluyó en la base de datos las patologías que los pacientes percibían más agravantes para su salud, tras esto se comprobó que las más mencionadas eran la depresión o ansiedad y el dolor por lo que fueron las que se tuvieron en cuenta.

Cuando se realizó el análisis de datos se dividió en tres grupos la edad de los participantes y también el índice de Barthel para reflejar de forma más adecuada la calidad de vida respecto a la edad y la dependencia de los sujetos.

3.6 Material utilizado

Para la recogida de datos se emplearon 3 cuestionarios impresos y totalmente validados.

El índice de Barthel permitiendo valorar la capacidad funcional de los sujetos para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), el test de Morisky-Green pudiendo conocer si realizan el tratamiento de forma adecuada y el cuestionario sf-36 analizando así diferentes áreas del individuo con el fin de evaluar de forma completa y adecuada su calidad de vida¹³.

Los datos obtenidos se introducen en una base de datos realizada en Excel, se codifican mediante el manual del SF-36¹² y se analizan a través del programa SPSS versión 23.

3.7 Variables a recoger y a analizar

Se recogieron variables demográficas, cualitativas y cuantitativas.

- Demográficas: sexo y edad de los participantes.
- Cualitativas: solo se recogieron en algunos casos, son patologías o sucesos que en ese momento afectasen significativamente la salud del sujeto.

– Cuantitativas: son las estudiadas para obtener los resultados del estudio.

~ **Índice de Barthel**

~ **Test de Morisky-Green**

~ **Sf – 36**, permite conocer la calidad de vida del sujeto a través de 8 áreas, que a su vez se resumen en un área física y otra mental, y la percepción que tiene este sobre su salud.

Cuanto mayor es la puntuación en las diferentes áreas mejor es la calidad de vida del participante.

- **Función física:** evalúa el grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.
- **Rol físico:** evalúa el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades
- **Dolor corporal:** evalúa la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
- **Salud general percibida:** valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
- **Vitalidad:** evalúa el sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

- **Función social:** evalúa el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
- **Rol emocional:** evalúa el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
- **Salud mental:** incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.
- **Precepción de salud:** valora la salud actual comparada con la de un año atrás.

3.8 Análisis estadístico

Los datos obtenidos de las encuestas, se introducen de forma numérica en una base de datos creada en Excel para este estudio.

Y a partir de esta base de datos se realiza un análisis estadístico en que las variables numéricas son resumidas con medias y desviaciones típicas y las variables cualitativas con porcentajes. Se calculan intervalos de confianza (IC) al 95% para los correspondientes valores poblacionales. Las variables numéricas se representarán con diagramas de cajas y las cualitativas con diagramas de barras.

Se relacionan las variables dependientes con las variables sociodemográficas y con las variables que recogen la situación clínica de los participantes utilizando la t de Student, el análisis de la varianza, el coeficiente de correlación de Pearson, el test chi-cuadrado o el test exacto de Fisher, según la naturaleza de las variables a relacionar. En todos los casos se chequearon las condiciones de aplicación de estos métodos.

Se consideraron como estadísticamente significativos p-valores inferiores a 0,05. Los datos se han analizado con el programa SPSS versión 23.

3.9 Consideraciones ético-legales

Para cumplir la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal¹⁴ y poder acceder a las historias clínicas de los pacientes y seleccionar así la población del estudio se realizó una petición por escrito al Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid y a la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este, que fueron aprobados (*anexo 3*).

Para cumplir la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹⁵ se realizó un consentimiento informado con el que se informó a los pacientes de todo el estudio y se les resolvieron todas las dudas que pudieran tener previo a su firma y a la realización de las encuestas.

4. Resultados

Al evaluar la calidad de vida de la población a estudio en las 8 esferas del sf-36 se comprobó que las esferas con puntuaciones más bajas eran aquellas que hacían referencia a la salud general percibida, el dolor corporal, la salud mental y la vitalidad. *Figura 1.*

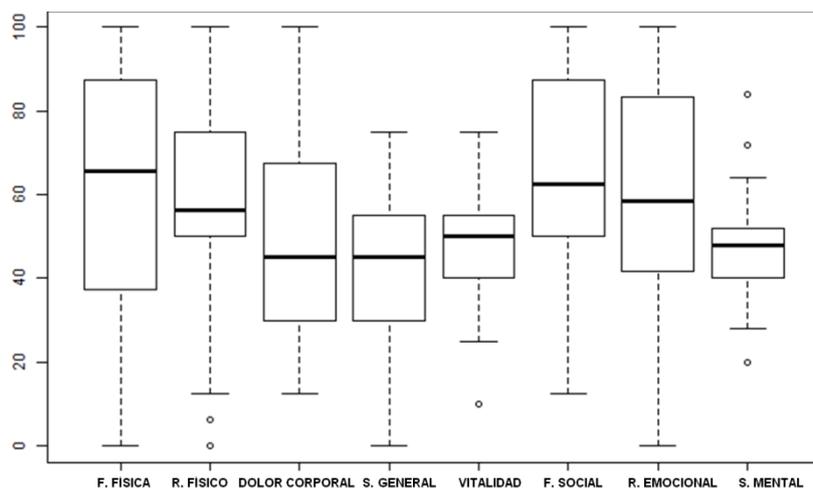


FIGURA 1. CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

Se compararon las puntuaciones de las 8 dimensiones del sf-36, tras eliminar en cada individuo el efecto de su edad y sexo, entre los participantes del estudio y la población general¹⁶, esta comparación se representa en la *Figura 2*, en la línea roja se sitúa el nivel promedio (0) que correspondería a la población general.

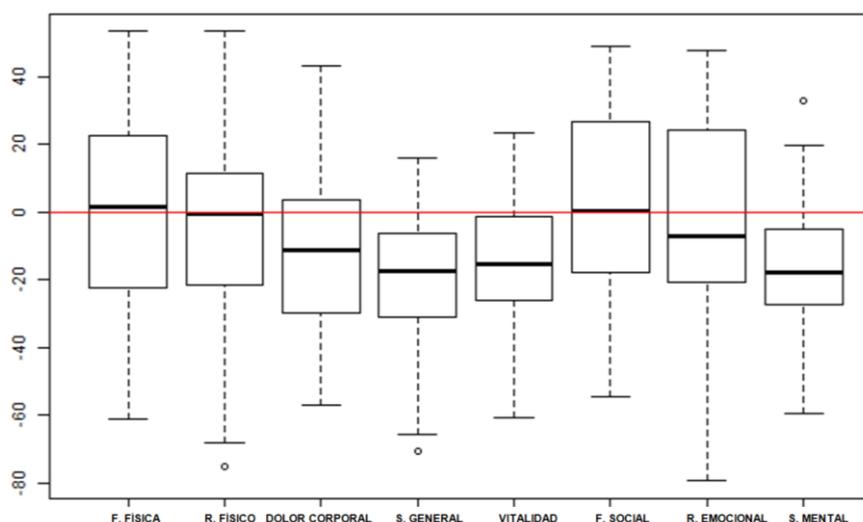


FIGURA 2. CALIDAD DE VIDA DE LA MUESTRA RESPECTO A LA POBLACIÓN GENERAL
Muestra que especialmente en la esfera mental, la vitalidad y la salud percibida la calidad de vida es bastante inferior que la de la población general.

Se evaluó la relación existente entre las diferentes variables estudiadas, interpretando como relación cierta aquella cuyo p-valor fuese inferior a 0,05.

Las variables relacionadas se muestran en la *Tabla 1* en color rojo.

TABLA 1 – RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES ESTUDIADAS.

	Barthel	Resumen puntuación física	Resumen puntuación mental	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general percibida	Salud mental	Rol emocional	Función social	Vitalidad
Sexo	0.655	0.653	0.256	0.626	0.819	0.482	0.417	0.255	0.563	0.514	0.171
Dolor	0.252	0.403	0.182	0.21	0.896	0.876	0.871	0.32	0.137	0.087	0.398
Adherencia	0.356	0.852	0.316	0.917	0.809	0.696	0.712	0.294	0.849	0.922	0.144
Polimedicación	0.068	0.017	0.712	0.052	0.183	0.305	p<0.001	0.843	0.596	0.959	0.167
Edad	p<0.001	0.001	0.334	0.014	0.021	0.031	p<0.001	0.157	0.054	0.368	0.003
Barthel	p<0.001	0.013	0.337	0.062	0.006	0.184	0.008	0.037	0.239	0.703	0.005

Respecto a la edad de los participantes aparece una relación inversamente proporcional entre ésta y la puntuación en las diferentes esferas físicas del sf-36 y el índice de Barthel detallado en la *Figura 3* y *Figura 4* respectivamente.

Al analizar los datos se dividieron los participantes en 3 grupos de edad, grupo 1 ≤ 70 años, grupo 2 entre 71 y 80 años y grupo 3 $>$ de 80 años.

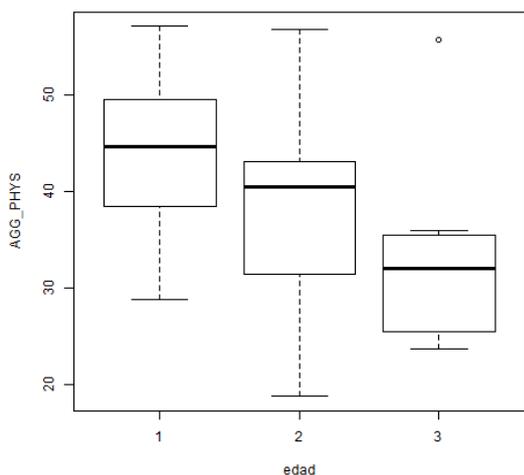


FIGURA 3. RESUMEN ESTADO FÍSICO/ EDAD

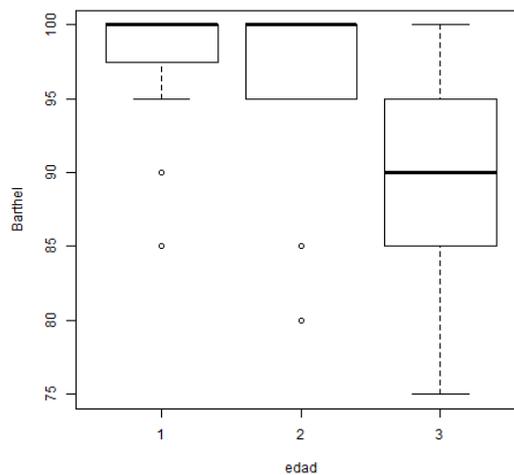


FIGURA 4. BARTHEL/ EDAD.

En cuanto al Índice de Barthel, los resultados de la tabla 1 indican una relación proporcional de este con el resumen de puntuación física, detallado en la *Figura 5*, el rol físico, la salud general percibida, la salud mental y la vitalidad.

Se dividió el resultado del Índice de Barthel de los diferentes participantes en tres grupos; grupo 1 Barthel ≤ 84 , grupo 2 con Barthel entre 85 y 94 y grupo 3 Barthel ≥ 95 .

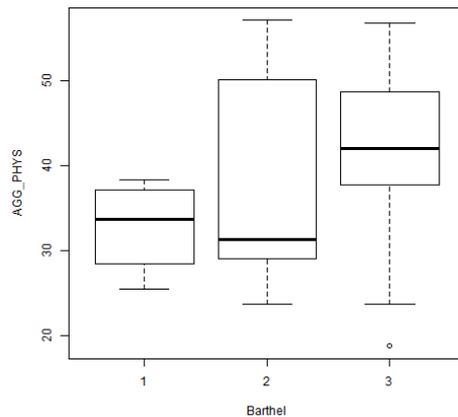


FIGURA 5. RESUMEN PUNTUACIÓN FÍSICA/ BARTHEL

Los resultados obtenidos a través del índice de Barthel y comparándolos con lo estipulado como grado de dependencia¹⁷ indican que el 56% de nuestra población es independiente para las ABVD, que el 20% tienen una dependencia leve y el 24% una dependencia moderada tal como se muestra en la *Tabla 2*.

TABLA 2 – GRADOS DE DEPENDENCIA Y PORCENTAJE DE PARTICIPANTES

	Índice de Barthel	Nº Participantes	Porcentaje
Dependencia moderada	≤ 90	12	24%
Dependencia leve	> 90	10	20%
Independiente	100	28	56%

Se valoró la adherencia al tratamiento en todos los pacientes, en función de si eran o no polimedicados.

De la muestra estudiada el 78% eran pacientes polimedicados, de estos, el 69,2% eran adherentes al tratamiento y de los 11 pacientes no polimedicados solo el 36.4% eran adherentes. Evidenciándose una mayor adherencia en los sometidos a polimedicación. Se representa la proporción en la *Figura 6*.

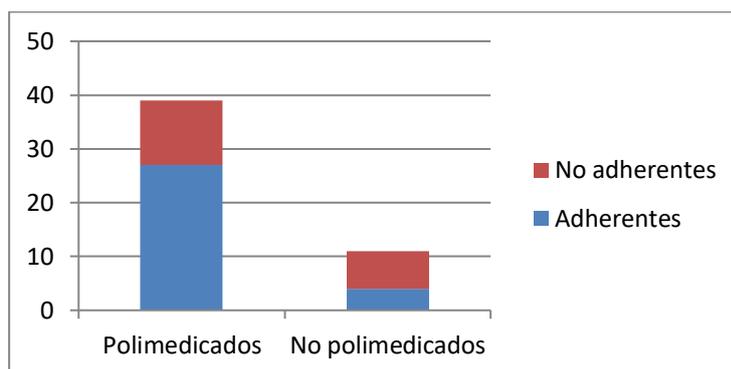


FIGURA 6. ADHERENTES AL TRATAMIENTO Y POLIMEDICADOS.

Para representar en que rangos se encontrarían el 95% de los participantes en una población cuanto adherencia terapéutica se realizaron intervalos de confianza al 95%, detallados en la *Tabla 3*.

TABLA 3 – ADHERENCIA TERAPÉUTICA CON IC95%

	IC 95%	IC 95%
Adherencia	47,44	75,01

Los resultados respecto a la calidad de vida en los pacientes polimedicados indican que hay una relación inversamente proporcional entre estos y la puntuación en todas las esferas del sf-36 especialmente en la esfera resumen de la puntuación física y de la salud general percibida, se muestra detalladamente en la *Figura 6* y *Figura 7* respectivamente.

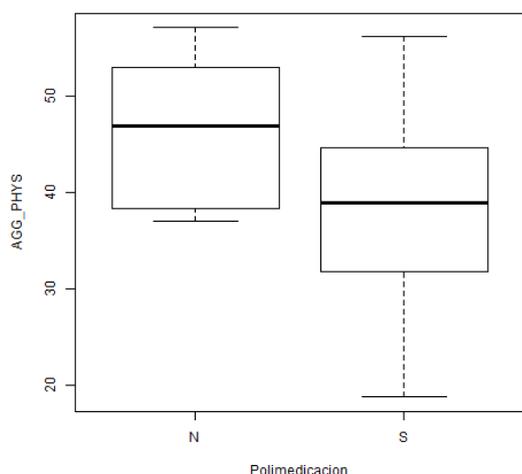


FIGURA 6. RESUMEN PUNTUACIÓN FÍSICA/POLIMEDICADOS

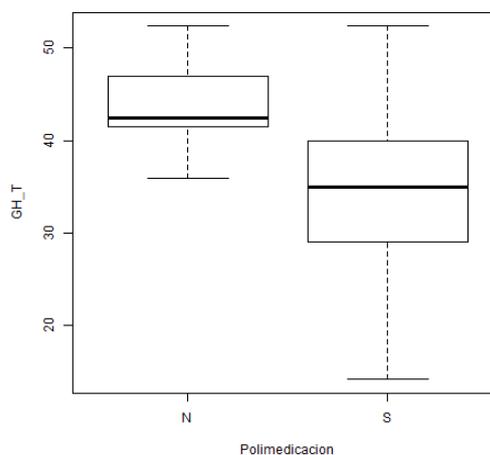


FIGURA 7. SALUD GENERAL PERCIBIDA/POLIMEDICADOS

Al preguntar a los entrevistados por las patologías padecidas que consideraban más importantes, se obtuvo que el 48% no contestó a la pregunta y del 52% que contestaron, el 54% considero tanto el dolor como la depresión o la ansiedad como unas de las afecciones más importantes y el 23% indico la presencia de ambas patologías, se muestra en la *Tabla 4*.

TABLA 4. PATOLOGÍAS MÁS IMPORTANTES DEL 52% DE LA MUESTRA.

	Dolor	Depresión o Ansiedad	Ambas patologías	Otras patologías
Porcentaje	54%	54%	23%	15,40%

5. Discusión

Tras comparar la calidad de vida de la población estudiada con la población general se apreció a través de los resultados obtenidos que las puntuaciones correspondientes a la esfera física y la social eran similar en ambas poblaciones, pero las correspondientes al dolor corporal, la esfera mental, la vitalidad y la salud general se mostraban claramente disminuidas, indicando que la calidad de vida general es menor en la población que sufre estas afecciones, tal y como lo refleja Michael Van Ameringe en su estudio <<Comorbid anxiety and depression in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis>>¹¹ y María Dolores Franco Fernández en <<Trastornos de ansiedad en el anciano>>⁸.

Además, cuando se pregunto a los entrevistados sobre sus afecciones más importantes solo contestó el 46%, y de estos el 54% respondieron que dolor, haciendo visible la prevalencia de este síntoma en estas patologías y pudiendo interpretarlo como un factor que empeora la calidad de vida.

Al igual que los resultados hallados en <<Gerontología y geriatría valoración e intervención>> de José Carlos Millán Callenti⁶, se comprobó, a través del estudio, que la calidad de vida especialmente en las esferas físicas y la vitalidad se ve afectada con el aumento de la edad, debido al deterioro propio del organismo.

También, los resultados reflejaron que el aumento de edad disminuía de forma representativa la capacidad para la realización de las ABVD y que existía relación entre la limitación de estas y las esferas del sf-36 relacionadas con el rol físico, la salud general percibida, la salud mental y la vitalidad, disminuyendo la calidad de vida con el aumento de las limitaciones físicas.

Los datos obtenidos a través del Índice de Barthel mostraron que, a diferencia de lo planteado al inicio del trabajo, donde se consideraba que estas patologías generaban una afectación importante de las ABVD^{7, 9}, la dependencia de la población estudiada era mínima, ya que, el 56% eran independientes, el 20%

tenían una dependencia leve y el 24% una dependencia moderada pero con un índice de Barthel no inferior a 85.

Por lo que, estas afecciones no provocan una limitación en la vida del sujeto, aunque otras esferas se puedan ver alteradas.

En contra de lo observado en <<Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación>>¹⁸, los datos analizados respecto a la adherencia terapéutica indican que solo el 61'2% de la población es adherente y que ésta es mayor en aquellos pacientes sometidos a polimedicación, esto puede ser ocasionado a que existe un control más estricto por parte de los profesionales sanitarios en los pacientes polimedcados, realizando controles y actividades protocolizadas¹⁹ para mejor la adherencia terapéutica en este tipo de pacientes.

En los intervalos de confianza del 95% que se realizaron en cuanto a adherencia terapéutica se obtuvo que en el peor de los casos el 47,44% de los pacientes serían adherentes y en el mejor el 75,01%. Este intervalo tan amplio puede indicar que con los cuidados y la implicación adecuada del personal de enfermería podría aumentar la adherencia al tratamiento mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes^{20, 21}.

A su vez, se puede comprobar que la mayoría de la población estudiada (80%) está polimedcada y que su percepción de la calidad de vida especialmente de la capacidad física y la salud es inferior que aquellos que no tienen un consumo tan elevado. Los estudios realizados sobre la calidad de vida en pacientes polimedcados de la Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica²² y de la Gerencia de Atención Primaria de León²³ defienden los resultados obtenidos.

5.1 Fortalezas

Como fortaleza del estudio se pueden numerar, la disposición de todos los participantes, la existencia de estudios previos con los que comparar la información obtenida y la validación de los cuestionarios utilizados.

5.2 Limitaciones

Como limitaciones del estudio podría considerarse que no era una muestra de población muy extensa, la aparición de sesgos por parte del entrevistador cuando los cuestionarios debían ser leídos o los ítems explicados ya que las respuestas pudieron estar ligeramente influenciadas, que el estado anímico de algunos participantes debido a sucesos vitales ocurridos en ese momento provocasen que su percepción de la calidad de vida estuviese disminuida, que en muchas ocasiones a los participantes las preguntas del sf-36 les resultaban largas, complejas y eran incapaces de contestar a ellas.

6. Conclusiones

El objetivo principal del estudio era evaluar la calidad de vida en pacientes mayores de 65 años diagnosticados de depresión y ansiedad en el barrio de la Victoria mediante escalas. Tras comparar las diferentes esferas del sf-36 de la población a estudio con las de la población general de la misma edad, se observó, que en la mayoría de esferas, especialmente en la mental, en la percepción de la salud y en la vitalidad, la puntuación era menor, por lo que se deduce, que la calidad de vida de las personas con estas patologías es inferior que la del resto de la población.

A través del índice de Barthel se evaluó la capacidad funcional de los pacientes que padecen conjuntamente depresión y ansiedad y los datos obtenidos indicaron que un 56% de los participantes son totalmente independientes para las ABVD, que el 20% tienen una dependencia leve y el 24% restante una dependencia moderada, con esto se podría concluir, que estas patologías no afectan de forma significativa la capacidad funcional de las personas, aunque si les limiten en otras áreas.

Uno de los objetivos que se quería evaluar era la adherencia terapéutica de los pacientes que padecen simultáneamente depresión y ansiedad; los resultados indicaron que el 61,2% de la población estudiada era adherente al tratamiento y tras la realización de IC al 95% se estimó que en una población mayor con las mismas características mediante la implicación y los cuidados adecuados del personal sanitario esta adherencia podría aumentar hasta el 75%.

Para futuras investigaciones se podría tener en cuenta realizar un estudio de casos-control con un una muestra de población mayor, con el fin de obtener una valoración más precisa de la situación de los pacientes, permitiendo una intervención más individualizada y adecuada a cada persona.

7. Bibliografía

1. Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA PARA LAS PERSONAS MAYORES Y DE PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN CASTILLA Y LEÓN 2017-2021. Junta de Castilla y León; 2017 p. 13.
2. Consejería de Sanidad. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Edición resumida. Junta de Castilla y León, 2013 p. 4-5.
3. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
4. La depresión es una de las patologías más discapacitantes entre la población mayor - Geriatricarea.com [Internet]. Geriatricarea.com. 2017 [citado 10 Febrero 2018]. Disponible en: <http://geriatricarea.com/la-depresion-es-una-de-las-patologias-mas-discapacitantes-entre-la-poblacion-mayor/>
5. Depression [Internet]. World Health Organization. 2017 [citado 10 Febrero 2018]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/
6. Millán Calenti J. Gerontología y geriatría valoración e intervención. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2011
7. Regalado Doña P. Impacto Clínico de la Ansiedad en el anciano. Presentación presentada en; 2011; Alcázar de San Juan.
8. Franco Fernández M, Antequera Jurado R. Trastornos de ansiedad en el anciano. Psicogeriatría [Internet]. 2009 [citado 10 Febrero 2018]; 38-40. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0101/0101_37_47.pdf
9. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2014.
10. Baldwin D, FRCPsych D. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis [Internet]. Uptodate.com. 2018 [citado 14 Abril 2018]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=Trastorno%20de%20ansiedad%20generalizada%20en%20adultos:](https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=Trastorno%20de%20ansiedad%20generalizada%20en%20adultos)

[%20epidemiolog%C3%ADa,%20patog%C3%A9nesis,%20manifestaciones%20cl%C3%ADnicas,%20curso,%20evaluaci%C3%B3n%20y%20diagn%C3%B3stico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](#)

11. Van Ameringen M. Comorbid anxiety and depression in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis [Internet]. Uptodate.com. 2017 [citado 10 Febrero 2018]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/comorbid-anxiety-and-depression-in-adults-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=La%20ansiedad%20y%20la%20depresi%C3%B3n%20com%C3%B3rbidas%20en%20adultos:%20epidemiolog%C3%ADa,%20manifestaciones%20cl%C3%ADnicas%20y%20diagn%C3%B3stico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
12. Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2) [Internet]. Barcelona: Instituto municipal de investigación médica; 2003 [citado 20 Febrero 2018]. Disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf
13. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer Miralda G, Quintana J et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria. 2005 ; 19(2): p. 135-150
14. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. 1999.
15. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 2002.
16. Arostegui Madariaga I, Núñez-Antón V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36) (*). Estadística Española. 2008;(Vol. 50):147-192.
17. VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: EL INDICE DE BARTHEL. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 1997 [citado 3 Marzo 2018] ;(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004
18. Gómez Aguirre N, Caudevilla Martínez A, Bellostas Muñoz L, Crespo Avellana M, Velilla Marco J, Díez Manglano J. Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación. Revista Clínica Española [Internet]. 2017 [citado 3 Marzo 2018]; 289-295. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256517300267>
19. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Mejora de la adherencia terapéutica en el anciano polimedcado. Valladolid; 2008.

20. Galvis Palacios L, Díaz Fernández J, Velásquez Gutiérrez V. Adherencia terapéutica: una experiencia de cuidado cultural a personas mayores con enfermedades crónicas [Internet]. Bogotá; [citado 3 Marzo 2018]. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:pM6rSLkPgZ4J:www.umarian.a.edu.co/ojs_editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/1007/925+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=es
21. Gallego Sola I. Adherencia al tratamiento y complicaciones en pacientes con enfermedades psiquiátricas [2014-2015]. Universidad de la Rioja; 2018.
22. Mendoza, L, Reyna, N, Bermúdez, V, Núñez, J, Linares, S, Nucette, L, González, Z, Wilches Durán, S, Graterol-Rivas, M, Garicano, C, Contreras -Velásquez, J, Cerda, M. Impacto de la polimedición en la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados en un centro geriátrico del estado Zulia. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2016; 35 (2):47-52. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55949906003>
23. Naveiro Rilo J, Díez Juárez D, Flores-Zurutuza M, Javierre Pérez P, Alberte Pérez C, Molina Mazo R. La calidad de vida en ancianos polimeditados con multimorbilidad. Revista Española de Geriátrica y Gerontología [Internet]. 2014 [citado 3 Marzo 2018]; 158-164. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-calidad-vida-ancianos-polimeditados-S0211139X13001984>

8. Anexos

ANEXO 1. Consentimiento informado

Consentimiento Informado.

Este documento de consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres mayores de 65 años del Centro de Salud de la Victoria diagnosticados de depresión y ansiedad a los que se les invita a participar en un proyecto de final de grado sobre la afectación de la calidad de vida en pacientes mayores de 65 años diagnosticados de dichas patologías.

Soy Ángela Sanz Guzmán, estudiante de 4º curso de enfermería, en la Universidad de Valladolid y les invito a participar de forma voluntaria en este proyecto, para ello se les realizarán unas preguntas que permitan recopilar información sobre su calidad de vida y se les pasarán 3 test para valorar la adherencia terapéutica, el estado anímico y la capacidad motora.

Yo con DNI he leído la información proporcionada.

He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en este proyecto como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de él en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

Firma del Participante _____ Fecha _____

ANEXO 2. Cuestionarios

2.1 Índice de Barthel

VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD...

Tabla 1
Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel

Comer 0 = incapaz 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)
Trasladarse entre la silla y la cama 0 = incapaz, no se mantiene sentado 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = independiente
Aseo personal 0 = necesita ayuda con el aseo personal 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
Uso del retrete 0 = dependiente 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
Bañarse/Ducharse 0 = dependiente 5 = independiente para bañarse o ducharse
Desplazarse 0 = inmóvil 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador
Subir y bajar escaleras 0 = incapaz 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 10 = independiente para subir y bajar
Vestirse y desvestirse 0 = dependiente 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc
Control de heces: 0 = incontinente (o necesita que le suministren enema) 5 = accidente excepcional (máximo uno/semana) 10 = continente
Control de orina 0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas). 10 = continente, durante al menos 7 días
Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

(*) Para una descripción más detallada consultar referencias 10 y 34.

2.2 Test de Morisky-Green

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: TEST DE MORISKY

Paciente:
Varón Mujer.....
Edad:

• ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	
• ¿Toma los fármacos a la hora indicada?	
• Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?	
• Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?	

MEDICACIÓN XXXXXXXXXX

2.3 Test de Calidad de Vida Sf-36

CALIDAD DE VIDA

ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF-36

Paciente _____

Centro _____

Edad _____

Sexo _____

INSTRUCCIONES: Esta encuesta le pide sus opiniones acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué bien puede hacer usted sus actividades normales.

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general, ¿diría que su salud es: [Marque con una "x" la casilla que mejor corresponda a su respuesta.]

Excelente	Muy buena	Buena	Pasable	Mala
▼ <input type="checkbox"/> ₁	▼ <input type="checkbox"/> ₂	▼ <input type="checkbox"/> ₃	▼ <input type="checkbox"/> ₄	▼ <input type="checkbox"/> ₅

2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual ahora que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
▼ <input type="checkbox"/> ₁	▼ <input type="checkbox"/> ₂	▼ <input type="checkbox"/> ₃	▼ <input type="checkbox"/> ₄	▼ <input type="checkbox"/> ₅

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto? [Marque con una "x" una casilla para cada pregunta.]

	Sí, me limita mucho ▼	Sí, me limita un poco ▼	No, no me limita en absoluto ▼
a Actividades vigorosas , tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b Actividades moderadas , tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf, o trabajar en el jardín	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c Levantar o cargar las compras del mercado	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e Subir un piso por la escalera	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
f Doblarse, arrodillarse o agacharse	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
g Caminar más de un kilómetro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
h Bañarse o vestirse	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

	Siempre ▼	Casi Siempre ▼	Algunas veces ▼	Casi Nunca ▼	Nunca ▼
a Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

	Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
a Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

Nada en absoluto	Ligeramente	Medianamente	Bastante	Extremadamente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas 4 semanas?

Ningún dolor	Muy poco	Poco	Moderado	Severo	Muy severo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada en absoluto	Un poco	Medianamente	Bastante	Extremadamente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

	Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a se ha sentido lleno de vida?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b se ha sentido muy nervioso?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentarlos?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d se ha sentido tranquilo y sosegado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e ha tenido mucha energía?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f se ha sentido desanimado y triste?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g se ha sentido agotado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h se ha sentido feliz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i se ha sentido cansado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

11. ¿Qué tan **CIERTA** o **FALSA** es cada una de las siguientes frases para usted?

	Claramente cierta	Mayormen te cierta	No sé	Mayormen e falsa	Claramen e falsa
	▼	▼	▼	▼	▼
a Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

- b Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- c Creo que mi salud va a empeorar ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- d Mi salud es excelente ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

Indique los 3 problemas de salud más importantes

GRACIAS POR TERMINAR ESTAS PREGUNTAS

ANEXO3. Permiso de la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este.



C/ Cardenal Torquemada, 54
47010 Valladolid



D.ª Virtudes Niño Martín

CS La Victoria

Fecha: Valladolid, 31 de enero de 2018

Remitente: GERENCIA DE ATENCIÓN
PRIMARIA VALLADOLID ESTE.-

N/Ref: JPPM/TME

Asunto: Autorización Proyecto de Investigación

REGISTRO GENERAL DE
SALIDA - SACYL
GAP VALLADOLID ESTE
06/02/2018 - 10:32
Nº Registro: 649

En respuesta al escrito remitido por Ángela Sarr Guzmán, en el que solicita a esta Gerencia de Atención Primaria autorización para la realización en el Centro de Salud La Victoria, como trabajo de fin de grado de enfermería y bajo la tutela de D.ª Virtudes Martín Niño, del proyecto de investigación "*La afectación de la calidad de vida en pacientes mayores de 65 años diagnosticados de depresión y ansiedad*", cuyo objetivo es evaluar la calidad de vida de los pacientes mayores de 65 años diagnosticados de depresión y ansiedad; le comunico nuestra decisión de autorizar la realización del citado proyecto, recordándole que los datos obtenidos mediante los cuestionarios que se utilizarán en el desarrollo del proyecto, sólo podrán ser utilizados para el objetivo contemplado en el estudio de investigación y que en todo momento deberá respetar la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (*Ley 15/1999, de protección de datos de carácter personal; Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Decreto 38/2012, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica* y resto de normativa vigente que pudiera ser de aplicación).

Atentamente.

EL GERENTE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE VALLADOLID ESTE

Fdo. José María PINO MORALES

