



ORIGINAL

Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria



Eduardo Kronfly Rubiano^{a,*}, Daniel Rivilla Frias^a, Isabel Ortega Abarca^a, Montserrat Villanueva Villanueva^a, Eva Beltrán Martínez^a, Montserrat Comellas Villalba^a, Jesús Almeda Ortega^{b,c}, Jordi Casals Fransi^a, Yolanda Rico García^a, Sonia Martínez Carmona^a, Rosa Carrasco Coria^a, Montserrat Bonfill Gavaldà^a, Belén Calderón Loren^a, Mercedes Fernández Fernández^a y Laura Barranco Oliver^a

^a Equipo de Atención Primaria Pubilla Casas L'H-9, Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent, Institut Català de la Salut (ICS), L'Hospitalet de Llobregat, España

^b Unitat de Suport a la Recerca IDIAP Jordi Gol, Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent (ICS), Cornellà de Llobregat, España

^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España

Recibido el 25 de febrero de 2014; aceptado el 1 de septiembre de 2014

Disponible en Internet el 7 de febrero de 2015

PALABRAS CLAVE

Depresión;
Envejecimiento;
Detección;
Valoración geriátrica
integral

Resumen

Objetivos: Conocer la prevalencia de riesgo de depresión, características principales y factores de vulnerabilidad geriátrica asociados.

Diseño: Subestudio derivado de un estudio sobre valoración geriátrica integral.

Emplazamiento: Centro de Atención Primaria.

Participantes: Para una prevalencia estimada del 14% se precisaba muestra de 288 pacientes. De 3854 se seleccionaron 290 personas ≥ 75 años. Excluidos: terminales, quimioterapia, cirugía reciente, desplazados, retraso mental/enfermedad psiquiátrica grave y régimen de atención domiciliaria.

Mediciones: Variable de resultado: riesgo de depresión (≥ 2 puntos en subescala de depresión de Goldberg). Variables dependientes: sociodemográficas y cinco áreas de estudio de la valoración geriátrica integral: médica –comorbilidad, polifarmacia, caídas e ingresos–, funcional –Test Up&Go, índices de Lawton-Brody y Barthel–, nutricional –Mini Nutritional Assessment (MNA)–, mental-afectiva –cuestionario Pfeiffer y escalas Goldberg– y social. Análisis descriptivo y regresión logística.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 24654ekr@comb.cat (E. Kronfly Rubiano).

Resultados: Realizadas 290 entrevistas, con 102 (35,1%) hombres y edad media de 79,41 años (DE: 3,2). Prevalencia del riesgo de depresión: 37,2%, siendo 26,5% en hombres y 43,1% en mujeres ($p=0,005$).

Observamos asociación de riesgo de depresión con: hipertensión arterial (OR: 3,87 IC 95%: 1,61-9,34), cáncer (OR: 4,12 IC 95%: 1,58-10,76), falta de actividad de ocio (OR: 2,75 IC 95%: 1,33-5,67), subir en la escala de ansiedad (OR: 1,87 IC 95%: 1,57-2,22) y bajar en MNA (OR: 0,78 IC 95%: 0,68-0,9).

Conclusiones: La prevalencia del riesgo de depresión es mayor a lo esperado, pero se requiere confirmación con test diagnóstico. Apreciamos nuevas asociaciones del riesgo de depresión con variables de comorbilidad (hipertensión arterial y cáncer); corroboramos otras conocidas (viudedad y falta de apoyo social). Los factores asociados con el riesgo de depresión, deberían incluirse en futuros estudios sobre depresión geriátrica.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Depression;
Ageing;
Screening;
Comprehensive
geriatric assessment

Risk of depression in 75 years or older persons, comprehensive geriatric assessment and associated factors in primary care: cross sectional study

Abstract

Objectives: To determine the prevalence of the risk of depression, major defining characteristics and factors associated with.

Design: Sub-study of comprehensive geriatric assessment cross-study.

Setting: Primary health center.

Participants: For an estimated 14% prevalence we need a sample of 288 people. From 3854, 290 people ≥ 75 years were selected. Excluding terminals, chemotherapy, recent surgery, temporary residence, mental retardation, serious psychiatric illness, or under home care.

Measurement: Outcome: risk of depression (≥ 2 points on the Goldberg depression subscale. Dependent variables: Sociodemographic and five study areas of the Comprehensive Geriatric Assessment: medical –comorbidity, polypharmacy, falls and hospital admissions–, functional –Up&Go Test, Lawton-Brody and Barthel Index–, nutritional –Mini Nutritional Assessment (MNA)–, mental-affective –Pfeiffer Questionnaire and Goldberg scale–, and social. Descriptive analysis and logistic regression.

Results: We obtained 290 interviews, with 102 (35.1%) male and mean age of 79.4 years (SD: 3.2). The prevalence of the risk of depression was 37.2%, 26.5% in men and 43.1% in women ($p=0.005$).

Association of risk of depression is observed with arterial hypertension (OR : 3.87 95% CI : 1.61-9.34), cancer (OR : 4.12 95%, CI : 1.58-10.76), lack of leisure activity (OR : 2.75 95%, CI : 1.33-5.67), increase of anxiety scale (OR : 1.87 95%, CI : 1.57-2.22) and decrease in MNA (OR : 0.78 95%, CI : 0.68-0.9).

Conclusions: The prevalence of risk of depression is higher than expected, although overestimated until being confirmed with a diagnostic test. We appreciate new associations of comorbidity variables with risk of depression and corroborate other known. The studied factors that were associated with the risk of depression should be included in future studies of geriatric depression.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La aparición progresiva de procesos crónicos y degenerativos asociados al envejecimiento de la población, tiene como consecuencia el incremento de la morbilidad en relación a la aparición de alteraciones funcionales, nutricionales, afectivas, cognitivas y sociales. Estos problemas pueden determinar la instauración en el tiempo de una situación de fragilidad, discapacidad o dependencia en estas personas. Este hecho hace necesaria la detección de la población vulnerable para desarrollar una atención oportuna y una

prevención integral, adaptando los modelos de valoración clínica para la población de más edad¹.

Desde hace tiempo se sabe que uno de los retos que han de asumir los profesionales de Atención Primaria hacia la depresión en personas mayores es la dificultad en la detección y diagnóstico de la enfermedad, debido a la comorbilidad con otros procesos médicos crónicos, y a la presencia de problemas funcionales, nutricionales o sociales que pueden hacer pasar desapercibidos los síntomas afectivos, o bien atribuirlos al proceso natural del envejecimiento. Por lo tanto, la población anciana presenta unos

rasgos diferenciales, en relación a los adultos no geriátricos, que hemos de tener presente para discernir aquello de lo que es un envejecimiento natural de otras situaciones que son patológicas².

Tanto la Psiquiatría como la Geriatria han explicitado que los problemas de salud mental en la población anciana hacen necesaria una capacitación específica, definida en los respectivos marcos competenciales, y unas pautas de actuación propias para este período vital^{3,4}.

Con este objetivo el EAP de Pubilla Casas de L'Hospitalet del Llobregat (L'H) en Barcelona, puso en marcha un estudio descriptivo entre los años 2009 y 2010 con el fin de determinar el estado de salud de las personas de 75 años y más. Mediante una valoración geriátrica integral (VGI), se estudiaron cinco áreas: médica, funcional, nutricional, cognitivo-afectiva y social. En este estudio se detectó una importante población de personas con problemas de depresión, algunas de ellas ya diagnosticadas y tratadas.

La detección de trastornos afectivos en los ancianos realizada en dicho estudio, mediante la aplicación del test de Golberg, mostró la relación entre la depresión y otras áreas de fragilidad estudiadas. Por este motivo, y dentro del marco de nuestra investigación, se ha realizado un estudio para conocer la prevalencia del riesgo de depresión, sus características principales y los factores de vulnerabilidad asociados al riesgo de depresión. Todo lo anterior puede ayudar a los profesionales de la salud a planificar intervenciones preventivas y terapéuticas efectivas.

Personas, material y métodos

Para conseguir los objetivos del estudio, se diseñó un estudio descriptivo transversal sobre la población de personas de 75 años o mayores atendidas en el EAP de Pubilla Casas de L'H. Este centro de salud urbano atiende a una población de 32.000 habitantes y tiene 18 equipos de Atención Primaria (cada uno formado por un médico y un profesional de enfermería) y un profesional de trabajo social.

Según la bibliografía revisada, la prevalencia de depresión varía en función tanto del ámbito de aplicación de los estudios como de las escalas de detección o de diagnóstico aplicadas, oscilando en la comunidad entre 12,3⁵ y 16%⁶, mientras que en pacientes institucionalizados varía de 20 a 34%².

La población de estudio, que correspondía a todos los pacientes con alguna visita presencial en el periodo de estudio, fue de 3854 personas. El cálculo de la muestra poblacional para una proporción comparada con la de referencia, que asumimos del 14% como valor intermedio de las publicadas^{5,6}, con un riesgo α del 0,005 y un riesgo β de <0,02 en una distribución bilateral, requería unas 288 personas para detectar una diferencia de 0,06 unidades. Calculado mediante programa GRANMO v7.12 (Program of research in inflammatory and cardiovascular disorders. Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona, España).

Los criterios de inclusión fueron todas las personas de 75 años o más que residían de manera habitual en L'H (más de seis meses en el último año).

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria (ATDOM).
- Pacientes terminales (con perspectiva de vida menor de seis meses).
- En tratamiento con quimioterapia en el momento actual.
- Intervención quirúrgica reciente (entre 3 a 6 meses).
- Residencia temporal en L'H (menos de 6 meses en el último año).
- Presentar retraso mental, enfermedad psiquiátrica grave u otro impedimento que dificulte dar respuesta a pruebas y cuestionarios utilizados.
- Las personas que no aceptaron participar.

Los pacientes se reclutaron sistemáticamente de la población visitada cada día durante el periodo comprendido entre los meses de junio de 2009 y julio de 2010. Se ofreció participar a todos los pacientes que cumplían los criterios, realizando un consentimiento informado verbal del cual se dejó constancia en su historial. Los participantes incluidos se citaban en las dos primeras visitas del día del equipo médico o dentro de las visitas diarias programadas para enfermería.

La variable de resultado en este estudio fue la valoración de la subescala de depresión de Goldberg, que era una de las incluidas en la VGI. El riesgo de depresión se consideró como probable con dos o más respuestas afirmativas de esta subescala.

Como variables independientes, los factores de vulnerabilidad se agruparon en cinco áreas de estudio: médica, funcional, nutricional, cognitivo-afectiva y social. Se diseñó un cuestionario de VGI «ad hoc» para recoger información sobre estas áreas de estudio.

La detección de problemas de salud del área médica se hizo mediante la historia clínica informatizada en el sistema de datos informático (e-CAP), recogiendo los términos codificados en el apartado de problemas de salud activos, y el resto de información se completó mediante entrevista dirigida por el equipo investigador. Los problemas de salud seleccionados fueron: hipertensión arterial; obesidad; accidente vascular cerebral; enfermedad cardiovascular: cardiopatía isquémica, valvulopatías, arritmias, insuficiencia cardíaca y miocardiopatía hipertrófica/dilatada; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; diabetes mellitus tipo 2; insuficiencia renal crónica; patología hepática (insuficiencia hepática; hepatopatía crónica vírica-tóxica); cáncer; enfermedades neurológicas degenerativas: Parkinson, Alzheimer y otras demencias; enfermedades tiroideas: hipertiroidismo, hipotiroidismo y bocio nodular/multinodular; dolor osteoarticular crónico: artrosis, fibromialgia, artritis y neuralgia; inmovilización prolongada; y déficit sensorial visual y auditivo de cualquier grado de afectación según diagnóstico clínico. También se incluyeron la polifarmacia (≥ 5 fármacos/día); caídas en el último mes; ingresos hospitalarios o repetidos en el último año; demanda de visita urgente domiciliaria en el último mes.

Para la valoración del área funcional se aplicaron el cuestionario «Time Up and Go», considerando normal <10 segundos y alterado ≥ 10 segundos; el índice de Lawton-Brody, que valora las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), considerando alguna dependencia ≤ 4 puntos para varones y ≤ 7 puntos para mujeres;

y el índice de Barthel, que mide las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), aceptando alguna dependencia con ≤ 99 puntos. La valoración del área nutricional se hizo mediante la administración del cuestionario «Mini Nutritional Assessment» (MNA), considerando mal estado nutricional < 17 puntos, riesgo de malnutrición entre 17 y 23,5 puntos y estado satisfactorio ≥ 24 puntos. El área cognitiva se valoró mediante el cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer, considerando deterioro ≥ 3 errores; el área afectiva se evaluó con la subescala de ansiedad de Goldberg, considerando ansiedad probable ≥ 4 respuestas afirmativas. Finalmente, la medición del área social se hizo mediante la elección de unos indicadores de riesgo social con mejor predicción de vulnerabilidad geriátrica, basándonos en la bibliografía consultada⁷: tener 80 años o más, vivir solo, convivir con una persona discapacitada, analfabetismo, falta de actividad física (menos de 30 minutos/día), falta de red social de soporte y falta de actividades de ocio. Además se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo y estado civil).

Los resultados del análisis de datos para las variables categóricas se muestran con frecuencias (n) y porcentajes (%), mientras que para las variables continuas se presentan usando la media (X) y desviación estándar (DE) para aquellas con distribución normal, y mediana y rango intercuartílico para aquellas que no siguen una distribución normal. Para asegurar la representatividad de la muestra poblacional se realizó un análisis comparativo según edad, sexo y frecuentación de los participantes y no participantes dentro de nuestra población de estudio.

En un análisis bivalente de los diferentes factores estudiados respecto al riesgo de depresión y para la detección de diferencias entre grupos se aplicaron pruebas de chi cuadrado (χ^2) o exacta de Fisher para comparar variables categóricas, según condiciones de aplicación. Dependiendo de la distribución normal de la variable, se aplicaron pruebas t de Student o pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) para comparar variables continuas. Además del contraste de hipótesis según riesgo de depresión se estudiaron diferencias según sexo, y participantes o no (edad, sexo y frecuentación). El nivel de significación escogido para todos los contrastes fue un 5%.

En el análisis multivariante (regresión logística) se tuvieron en cuenta las variables independientes del análisis bivalente que presentaban un valor $p \leq 0,1$. No se incluyeron las variables categóricas significativas cuando las correspondientes variables numéricas también lo eran, pese a mostrarse en las tablas de resultado del análisis bivalente. Los diferentes modelos se ajustaron utilizando la estrategia «stepwise». Los resultados se expresan mediante odds ratio con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Para la recogida de información se utilizaron tablas confeccionadas con el programa Access y para el análisis estadístico se utilizó el programa PASW statistics 18.0 (SPSS Inc., an IBM Co. Chicago, Illinois. EE. UU).

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité Ético del Investigación Clínica del «Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol» y la participación fue voluntaria.

Después de haber sido informados verbalmente del objetivo de la investigación, se dejó constancia de su acuerdo en su historial clínico. No fue necesario el consentimiento informado escrito y firmado porque la dinámica de estudio estaba inmersa dentro de las actividades habituales del centro y no incluía pruebas invasivas. Se garantizó la protección de los datos y la confidencialidad, mediante la separación de indicadores personales en los cuestionarios de recogida de datos, así como en el almacenaje de los mismos.

Resultados

De las 3.854 visitas potenciales, se realizaron 290 entrevistas reales (7,55% IC 95% 6,73-8,43), de las cuales 102 fueron hombres (35,05%) y 188 (64,94%) mujeres. La media de edad total fue de 79,84 años (DE: 3,56). La media de edad por sexos fue de 79,41 (DE: 3,2) para los hombres y de 80,07 (DE: 3,72) para las mujeres.

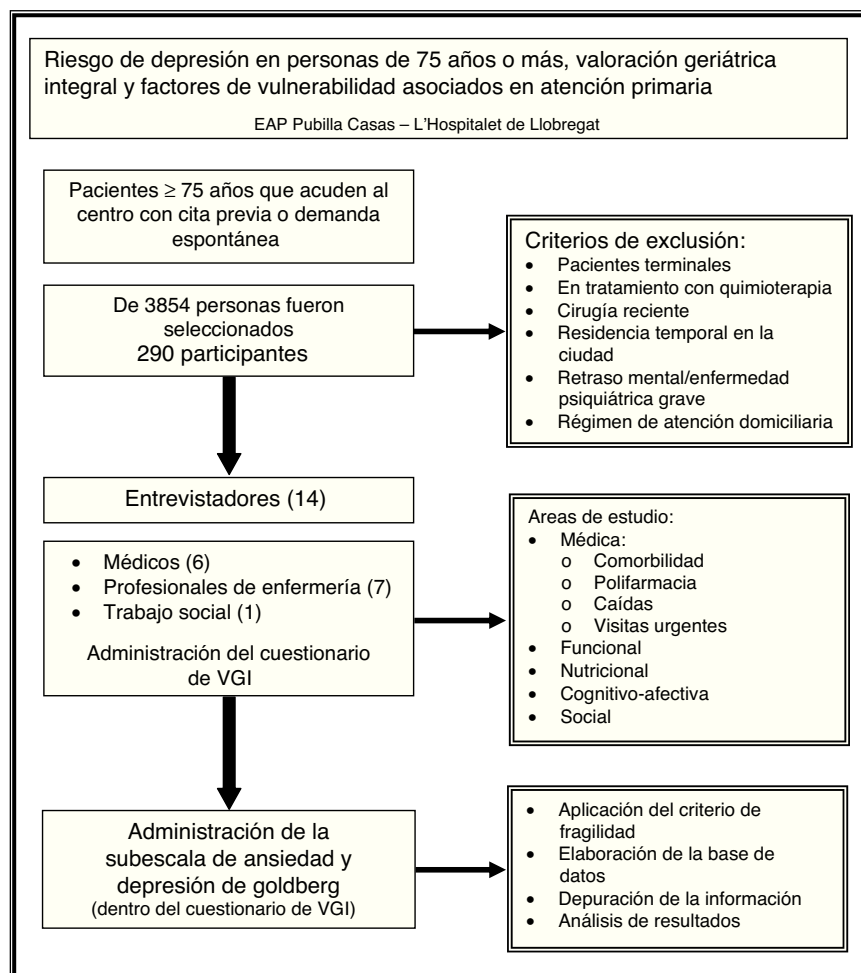
La prevalencia del riesgo de depresión detectada según la subescala de Goldberg fue de 37,2%, siendo del 26,5% hombres y del 43,1% en mujeres ($p=0,005$).

El análisis comparativo por edad, sexo y número de visitas entre los participantes y no participantes de la población de estudio mostró una proporción de 64,8% de mujeres entre los participantes y un 57,9% entre los no participantes ($p=0,012$). La edad media entre los participantes fue de 79,84 años (DE: 3,56) y en los no participantes 77,70 años (DE: 5,58) ($p<0,001$), y la media del número de visitas en los dos años del estudio fue de 34,1 (DE=18,9) entre los participantes y 25,8 (DE=17,9) entre los no participantes ($p<0,001$).

El análisis bivalente realizado entre el riesgo de depresión detectada y el resto de variables cualitativas y cuantitativas estudiadas, mostró que las asociaciones más significativas, dentro de las variables demográficas, correspondían a viudedad ($p=0,023$) y al sexo femenino ($p=0,005$).

En la [tabla 1](#) se muestra el análisis bivalente realizado por áreas de estudio. Dentro del área médica, se observó una asociación entre depresión y haber tenido un diagnóstico de cáncer ($p=0,009$), presentar déficit visual ($p=0,029$) y la polifarmacia ($p=0,029$). Dentro del área funcional la asociación fue con el cuestionario de «Time Up and Go» con alteración moderada-severa ($p=0,004$) y el índice de Barthel con todos los niveles de afectación agregados ($p=0,018$). Con respecto al área nutricional, se encontró una asociación entre tener riesgo de malnutrición en el cuestionario MNA y depresión ($p<0,001$). Las asociaciones en el área cognitivo-afectiva se establecieron entre deterioro del cuestionario de Pfeiffer ($p=0,003$) y detección de ansiedad en la subescala de Golberg ($p<0,001$). Finalmente, en el área social las asociaciones más significativas se encontraron con tener 80 años o más ($p=0,036$), falta de actividad física ($p=0,002$), falta de red social de soporte ($p=0,001$) y falta de actividades de ocio ($p=0,001$).

En la [tabla 2](#) se aprecian los resultados del análisis bivalente de las variables cuantitativas. Allí podemos destacar la relación entre riesgo de depresión con la polifarmacia ($p=0,047$), con el Time Up and Go alterado ($p=0,004$) y con una mayor afectación tanto en el índice de Barthel ($p=0,021$) como en el MNA ($p<0,001$). Finalmente, también



Esquema del estudio: *VGI: valoración geriátrica integral.

se aprecia relación entre riesgo de depresión y una mayor puntuación en el cuestionario de Pfeiffer ($p=0,004$) y en la subescala de ansiedad de Goldberg ($p < 0,001$).

El modelo resultante del análisis multivariante mostró que los pacientes depresivos tienen casi 4 veces más probabilidades de sufrir hipertensión arterial (OR: 3,87, IC 95% 1,61-9,34), o cáncer (OR: 4,12, IC 95% 1,58-10,76), y casi 3 veces más de no realizar actividades de ocio (OR: 2,75, IC 95% 1,33-5,67); asimismo tienen casi 2 veces más probabilidades de que la escala de ansiedad suba un punto (OR: 1,87 IC 95% 1,57-2,22) y, a la inversa, hay un 22% más probabilidades de que baje un punto el MNA (OR: 0,78, IC 95% 0,68-0,9). Finalmente, hay un 10% menos de probabilidades de no sufrir insuficiencia cardíaca (OR: 0,11 IC 95% 0,01-1,09), aunque no es una asociación significativa ($p=0,06$).

Discusión

Este estudio descriptivo sobre depresión en el anciano, se diseñó en base a una VGI, siguiendo las recomendaciones y los consensos de expertos que están aún vigentes en nuestro entorno más inmediato, y se hallan recogidos en diferentes documentos⁸⁻¹⁰.

La prevalencia del riesgo de depresión detectada del 37,2%, basada en la escala de detección de Goldberg, puede sobrestimar el número de casos hasta que no se confirme con un cuestionario diagnóstico. Más aún si tenemos en cuenta las diferencias observadas entre los participantes en el estudio con los no participantes, donde los primeros están más necesitados del uso del sistema sanitario por su vulnerabilidad.

Las cifras de prevalencia de depresión en el anciano publicadas son muy heterogéneas, este hecho se explica por los diferentes cuestionarios utilizados y por la variedad de ámbitos de estudio realizados. Cuanto se utilizan cuestionarios de detección como la Geriatric Depression Scale, la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale o la Escala de Koenig, la prevalencia suele dar resultados más altos que si se administran cuestionarios diagnósticos estructurados por los propios especialistas. Así mismo el ámbito en el que se realiza el estudio (ancianos residentes en la comunidad –en centros de salud con patología orgánica– ingresados en hospital por patología orgánica) va a dar resultados diferentes¹¹.

Un amplio estudio comunitario europeo sobre depresión geriátrica (EURODEP-2005) mostró una prevalencia global del 12,3%, siendo 14,1% para las mujeres y 8,6% para los

Tabla 1 Resultados del análisis comparativo de factores cualitativos de vulnerabilidad estudiados según riesgo de depresión (Goldberg depresión >2). Se muestra número analizado, frecuencia, porcentaje y significación estadística

Factor	Valor	No depresión (182)		Sí depresión (108)		p
		n	%	n	%	
Factores sociodemográficos						
<i>Estado civil</i>	Casado/a	110	67,5	53	32,5	0,023
	Soltero/a	6	100	0	0	
	Viudo/a	65	54,2	55	45,8	
	Separado/a	1	100	0	0	
<i>Sexo</i>	Hombre	75	73,5	27	26,5	0,005
	Mujer	107	56,9	81	43,1	
Área médica						
<i>Hipertensión arterial</i>	Sí	134	59,8	90	40,2	0,078
	No	48	72,7	18	27,3	
<i>Obesidad</i>	Sí	71	60,2	47	39,8	0,450
	No	111	64,5	61	35,5	
<i>Accidente vascular cerebral</i>	Sí	18	51,4	17	48,6	0,139
	No	164	64,3	91	35,7	
<i>Enfermedad cardiovascular</i>	Sí	50	60,2	33	39,8	0,574
	No	132	63,8	75	36,3	
<i>Cardiopatía isquémica*</i>	Sí	16	55,2	13	44,8	0,489
	No	34	63,0	20	37,0	
<i>Valvulopatías*</i>	Sí	8	47,1	9	52,9	0,213
	No	42	63,4	24	36,4	
<i>Arritmias*</i>	Sí	27	67,5	13	32,5	0,192
	No	23	53,5	30	46,5	
<i>Insuficiencia cardíaca*</i>	Sí	9	90,0	1	10,0	0,040
	No	41	56,2	32	43,8	
<i>Miocardiopatía hipertrófica*</i>	Sí	6	50,0	6	50,0	0,433
	No	44	62,0	27	38,0	
<i>EPOC**</i>	Sí	21	58,3	15	41,7	0,557
	No	161	63,4	93	36,6	
<i>Diabetes mellitus tipo 2</i>	Sí	53	63,1	31	36,9	0,940
	No	129	62,6	77	37,4	
<i>Insuficiencia renal crónica</i>	Sí	20	60,6	13	39,4	0,786
	No	162	63,0	95	37,0	
<i>Patología hepática</i>	Sí	5	55,6	4	44,4	0,917
	No	177	63,0	104	37,0	
<i>Cáncer</i>	Sí	15	42,9	20	57,1	0,009
	No	167	65,5	88	34,5	
<i>Enfermedad deg. neurológica</i>	Sí	12	63,2	7	36,8	0,970
	No	170	62,7	101	37,3	
<i>Enfermedad tiroidea***</i>	Sí	7	41,2	10	58,8	0,054
	No	174	64,4	96	35,6	
<i>Dolor osteoarticular crónico</i>	Sí	97	60,6	63	39,4	0,477
	No	85	65,4	45	34,6	
<i>Inmovilización prolongada</i>	Sí	3	60,0	2	40,0	1,000
	No	179	62,8	106	37,2	
<i>Déficit auditivo</i>	Sí	59	61,5	37	38,5	0,747
	No	123	63,4	71	36,6	
<i>Déficit visual</i>	Sí	50	53,8	43	46,2	0,029
	No	132	67,0	65	33,0	
Otras variables médicas						
<i>Caidas último mes</i>	≥1	13	54,2	11	45,8	0,363
	0	169	63,5	97	36,5	
<i>Ingresos hospitalarios último año</i>	≥1	14	53,8	12	46,2	0,325

Tabla 1 (continuación)

Factor	Valor	No depresión (182)		Sí depresión (108)		p
		n	%	n	%	
	0	168	63,6	96	36,4	
<i>Visita urgente domiciliaria</i>	≥1	2	28,6	5	71,4	0,134
<i>último mes</i>	0	180	63,6	103	36,4	
<i>Consumo de fármacos</i>	≥5	112	58,3	80	41,7	0,029
	<5	70	71,4	28	28,6	
Área funcional						
<i>Test de «Time Up and Go»</i>						
	Normal	65	77,4	19	22,6	0,001
	Alterado	117	56,8	89	43,2	
<i>Índice de «Lawton-Brody» (AIVD)</i>						
	Autónomo/a	129	65,8	67	34,2	0,120
	Alguna dependencia	53	56,4	41	43,6	
<i>Índice de «Barthel» (ABVD)</i>						
	Autónomo/a	119	68,0	56	32,0	0,023
	Alguna dependencia	63	54,8	52	45,2	
Área nutricional						
<i>Mini Nutritional Assessment - MNA</i>						
	Estado nutricional satisfactorio	134	68,7	61	31,3	<0,001
	Riesgo de malnutrición	48	53,3	42	46,7	
	Mal estado nutricional	0	0	5	100,0	
Área cognitivo - afectiva						
<i>Estado mental de Pfeiffer</i>						
	Normal	160	66,7	80	33,3	0,003
	Deterioro mental	22	44,0	28	56,0	
<i>Escala de Ansiedad de Goldberg</i>						
	Ansiedad descartada	169	77,5	49	22,5	<0,001
	Ansiedad probable	13	18,1	59	81,9	
Área social						
<i>Tener 80 años o más</i>						
	Sí	78	56,5	60	43,5	0,036
	No	104	68,4	48	31,6	
<i>Vivir solo</i>						
	Sí	42	54,5	35	45,5	0,082
	No	140	65,7	73	34,3	
<i>Convivir con una persona con algún tipo de incapacidad</i>						
	Sí	27	73,0	10	27,0	0,233
	No	155	61,3	98	38,7	
<i>Analfabetismo</i>						
	Sí	51	60,0	34	40,0	0,532
	No	131	63,9	74	36,1	
<i>Hace menos de 30' de actividad física</i>						
	Sí	47	50,0	47	50,0	0,002
	No	135	68,9	61	31,1	
<i>Falta de red social de soporte</i>						
	Sí	11	35,5	20	64,5	0,001
	No	171	66	88	34	
<i>Falta de actividades de ocio</i>						
	Sí	39	48,1	42	51,9	0,001
	No	143	68,4	66	31,6	

* Solo entre casos con enfermedad cardiovascular (n = 83).

** EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

*** (N = 287).

Tabla 2 Resultados del análisis comparativo de factores cuantitativos de fragilidad estudiados según riesgo de depresión (Goldberg depresión >2). Se muestra número analizado, mediana, rango intercuartílico y significación estadística

Variables cuantitativas	N	No depresión (182)		Sí depresión (108)		p
		Mediana	Rango IQ	Mediana	Rango IQ	
<i>Factores sociodemográficos</i>						
Edad	290	79	77-82	80	77-82	0,131
<i>Área médica</i>						
Enfermedad CV	290	0	0-1	0	0-1	0,258
Consumo de fármacos*	290	5,86	3,25	6,63	3,08	0,047
Años de diagnóstico de cáncer	290	5	1-11	5	3-9,5	0,907
Caídas en el último mes	290	0	0-0	0	0-0	0,320
Ingresos hospitalarios en el último año	290	0	0-0	0	0-0	0,315
Demanda de visita domiciliar urgente	290	0	0-0	0	0-0	0,058
<i>Área funcional</i>						
Test «Time Up and Go»	290	11	9-16,5	14	10-19	0,004
AIVD-«Índice de Lawton-Brody» (♀)**	188	8	7-8	8	6-8	0,169
AIVD-«Índice de Lawton-Brody» (♂)***	102	5	4-5	5	4-5	0,146
ABVD-«Índice de Barthel»	290	100	95-100	100	90-100	0,021
<i>Área nutricional</i>						
MNA	290	24,5	23,5-26	24	22-25,4	<0,001
<i>Área mental - afectiva</i>						
«Estado Mental de Pfeiffer»	290	0	0-1	1	0-3	0,004
«Sub-escala de ansiedad de Goldberg»	290	0	0-1	4	1-6	<0,001
«Sub-escala de depresión de Goldberg»	290	0	0-0	4,5	3-6	<0,001

* Resultados expresados en media y desviación estándar.

** No depresión (n = 107) Sí depresión (n = 81).

*** No depresión (n = 75) Sí depresión (n = 27).

hombres y una tendencia a disminuir con la edad en ambos sexos⁵.

En nuestro medio la prevalencia de depresión varía según el nivel asistencial: atención primaria: 20-24%; hospital general: 24-46%; residencia geriátrica: 34%². También se ha constatado una prevalencia del 16% en un estudio en un EAP urbano (Manresa 2001), en mayores de 64 años aplicando una VGI y administrando la escala Yesavage para el diagnóstico de depresión⁶.

Tanto en el estudio EURODEP como en estudios afines al nuestro, el sexo femenino tiene una asociación fuerte con presentar depresión en el anciano; lo mismo ocurre con la comorbilidad y el déficit funcional^{5,6}. Nuestro estudio, además de corroborar la anterior asociación con el sexo femenino, aunque solo en análisis bivalente, muestra específicamente una asociación entre depresión y presentar cáncer, déficit visual y polifarmacia (área médica); asociación con alteración de la movilidad y de las ABVD (área funcional); también hay relación con la alteración nutricional en el MNA (área nutricional), alteración cognitiva y la ansiedad (área mental afectiva). Finalmente encontramos relacionados el riesgo de depresión con los indicadores de riesgo social: tener ≥ 80 años, falta de ejercicio físico, de red social de soporte y de actividades de ocio.

A diferencia de la evidencia consultada, nosotros no encontramos una relación clara entre depresión y enfermedades cardiovasculares, hecho que podría explicarse por el tamaño de la muestra y por el número de casos

diagnosticados dentro de este apartado. Incluso la insuficiencia cardíaca muestra una relación contraria a la esperada, como la evidencia indica¹², estando más presente en la población no deprimida. Tal vez habría que precisar más en los grados funcionales avanzados de insuficiencia cardíaca para aclarar mejor su relación con la depresión¹³.

Por el contrario, se detecta en nuestro estudio una asociación entre depresión y déficit cognitivo, confirmando la evidencia de muchos estudios donde la depresión se considera un factor de riesgo de deterioro cognitivo sobre población anciana en general¹⁴⁻¹⁶ y sobre el sexo femenino en particular¹⁷.

En lo social, nuestro trabajo de investigación coincide con la evidencia consultada, encontrando una asociación entre depresión y población octogenaria, la falta de actividad física, de ocio y falta de red social de soporte. De forma similar a los estudios de Pankhala (1991), donde se establecieron modelos de presentación de depresión a partir de unas variables sociales que se presentaban combinadas entre sí (poca actividad de ocio, alta incidencia de factores de estrés social, estado civil viudo o divorciado y escasa red social)¹⁸, nosotros encontramos unos acontecimientos coincidentes con esos estudios, el conjunto de los cuales fueron considerados factores predictores de depresión: la separación o pérdida de alguien importante, disminución de la red social y de actividades de ocio¹⁹.

Como limitaciones de este estudio, los resultados del mismo solo son comparables con poblaciones de

características similares en cuanto a ámbito urbano y nivel socioeconómico, por estar circunscrito a una pequeña área geográfica. Además se observa una mayor proporción de mujeres, mayor edad y mayor frecuentación entre los participantes, lo cual era esperable por el sistema de reclutamiento entre las visitas del día, hecho que suele suceder habitualmente por ser las personas más vulnerables. No obstante creemos que sigue siendo válida la representatividad de la muestra poblacional de participantes resultante.

Lo conocido sobre el tema

Es conocida la dificultad en la detección y diagnóstico de la depresión en personas en edad geriátrica por la comorbilidad de procesos crónicos, la presencia de problemas funcionales, nutricionales o sociales que pueden distorsionar los síntomas afectivos, o pasarlos por alto al atribuirlos al proceso natural del envejecimiento. Sabemos que este es uno de los retos que los profesionales de Atención Primaria tenemos que afrontar en cuanto al diagnóstico y manejo de la depresión en personas mayores. Por todas estas razones, la población anciana presenta unos rasgos diferenciales, en relación a los adultos no geriátricos, que hemos de tener presente para discernir entre lo que es un envejecimiento natural de otras situaciones que son patológicas¹.

Tanto la Psiquiatría como la Geriátrica han explicitado que los problemas de salud mental en la población anciana hacen necesaria una capacitación específica, definida en los respectivos marcos competenciales, y unas pautas de actuación propias para este período vital^{2,3}.

Qué aporta el estudio

En el presente estudio aportamos nuevas asociaciones del riesgo de depresión con las variables médicas tales como haber presentado un cáncer o padecer hipertensión arterial; con el riesgo de déficit nutricional, presentar ansiedad y falta de actividades de ocio.

También hemos corroborado la asociación con otras variables, ya conocidas, como son la viudedad, disminución de la red social y el sexo femenino.

Finalmente, hemos encontrado nuevas asociaciones, aunque con menor fuerza, entre el riesgo de presentar depresión con variables médicas como padecer déficit visual y la polifarmacia, así como con la alteración de la movilidad y limitación de las actividades básicas de la vida diaria del área funcional.

Creemos que todos los factores estudiados que han mostrado asociación con el riesgo de depresión en nuestro estudio, deberían incluirse en cualquier futuro estudio de la depresión en el anciano.

Asimismo, creemos factible y de utilidad incluir el cuestionario de Goldberg en la VGI para detectar el riesgo de depresión en los ancianos como paso previo a la confirmación diagnóstica.

Puntos clave

- La dificultad en la detección o diagnóstico de la depresión en personas mayores se puede explicar por la comorbilidad de procesos crónicos, el deterioro funcional, los problemas nutricionales o sociales que pueden hacer pasar desapercibidos los síntomas afectivos, o bien atribuirlos al proceso natural del envejecimiento.
- La complejidad de los problemas de salud y la vulnerabilidad progresiva de los ancianos, requiere disponer de un modelo de atención específico con instrumentos propios de detección (VGI) y actuación con equipos multidisciplinares.
- La inclusión del cuestionario de Goldberg en la VGI es útil y factible para detectar el riesgo de depresión en los ancianos, como paso previo a la confirmación diagnóstica.
- Nuestro estudio aporta nuevas asociaciones entre el riesgo de depresión con variables médicas como haber presentado un cáncer o padecer hipertensión arterial; con el riesgo de déficit nutricional (MNA), presentar ansiedad y falta de actividades de ocio.
- También hemos corroborado la asociación con otras variables, ya conocidas, como son la viudedad, disminución de la red social y el sexo femenino.
- Finalmente, hemos encontrado nuevas asociaciones, aunque con menor fuerza de asociación entre el riesgo de padecer depresión con variables médicas como padecer déficit visual y la polifarmacia, así como con la alteración de la movilidad y limitación de las ABVD del área funcional.
- Creemos que todos los factores estudiados que han mostrado asociación con el riesgo de depresión en nuestro estudio, deberían incluirse en cualquier futuro estudio de la depresión en el anciano.

Conclusiones

En la población estudiada encontramos una proporción o prevalencia de riesgo de depresión algo mayor a lo esperado en comparación con la población de estudios similares.

Nuestro estudio aporta nuevas asociaciones entre el riesgo de depresión con variables médicas como haber presentado un cáncer o padecer hipertensión arterial; con el riesgo de déficit nutricional (MNA), presentar ansiedad y falta de actividades de ocio.

También hemos corroborado la asociación con otras variables, ya conocidas, como son la viudedad, disminución de la red social y el sexo femenino.

Finalmente, hemos encontrado nuevas asociaciones, aunque con menor fuerza de asociación entre el riesgo de presentar depresión con variables médicas como padecer déficit visual y la polifarmacia, así como con la alteración de la movilidad y limitación de las ABVD del área funcional.

Creemos que todos los factores estudiados que han mostrado asociación con el riesgo de depresión en nuestro

estudio, deberían incluirse en cualquier futuro estudio de la depresión en el anciano.

Financiación

No se ha contado con financiación externa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Regato Pajares P, Baztán Cortés JJ, Formiga Pérez F, Abizanda Soler P, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Documento de trabajo. 1.ª Conferencia de Prevención y Promoción de Salud en la práctica clínica en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2007 [consultado 18 Oct 2013]. Disponible en: <https://www.semfy.com/componentes/ficheros/descarga.php?OTMzMw%3D%3D>
- Saz Muñoz P, Lobo Satué A. Trastornos mentales habituales en ancianos. En: José Lius Vázquez-Barquero, editor. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica; 2007. p. 589-605.
- Comisión Nacional de la Especialidad-Psiquiatría. Guía de formación de especialistas. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Consumo-Ministerio de Educación y Cultura. Madrid. 1996 [consultado 18 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Psiquiatría.pdf>
- Comisión Nacional de la Especialidad-Geriátrica. Guía de formación de especialistas. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Consumo-Ministerio de Educación y Cultura. Madrid. 1996 [consultado 18 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/geriatria.pdf>
- Braam AW, Prince MJ, Beekman ATF, Delespaul P, Dewey ME, Geerlings SW, et al. Physical health and depressive symptoms in older Europeans: Results from EURODEP. *BJP*. 2005;187:35-42.
- García Serrano MJ, Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Aten Primaria*. 2001;27:484-8.
- Woo J, Goggins W, Sham A, Ho SC. Social determinants of frailty. *Gerontology*. 2005;51:402-8.
- Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria*. 2010;42:388-93.
- Baena Díez JM, Gorroñoigoitia Iturbe A, Martín Lesende I, de Hoyos Alonso MC, Luque Santiago A, Litago Gil C, et al. Grupo de actividades preventivas en los mayores del PAPPs. Actividades preventivas en los mayores. *Aten Primaria*. 2007;39 Supl 3:109-22.
- Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A. Efectividad de la valoración geriátrica integral en atención primaria. Madrid. IMSERSO-CSIC 2009. Portal Mayores. Informes Portal Mayores, n.º 92 [consultado 18 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martin-efectividad-01.pdf>
- García-Solano F. Midiendo la prevalencia de la «depresión». *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:127-30.
- Lupón J, González B, Santa Eugenia S, Altimir S, Urrutia A, Mas D, et al. Implicación pronóstica de la fragilidad y los síntomas depresivos en una población ambulatoria con insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:835-42.
- Guallar Castellón 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;59:770-8.
- Ravaglia G, Forti P, Lucicesare A, Rietti E, Pisacane N, Mariani E, et al. Prevalent depressive symptoms as a risk factor for conversion to mild cognitive impairment in an elderly Italian cohort. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16:834-43.
- Panza F, Frisardi V, Capurso C, D'Introno A, Colacicco AM, Imbimbo BP, et al. Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia: possible continuum? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18:98-116.
- 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(Nº 1).
- Rosenberg PB, Mielke MM, Qian-Li Xue, Carlson MC. Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitive healthy older women. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18:204-11.
- Pahkala K, Kivelä SL, Laippala P. Social and environmental factors and major depression in old age. *Z Gerontol*. 1991;24:17-23.
- Kivelä SL, Köngäs-Saviaro P, Laippala P, Pahkala K, Kesti E. Social and psychosocial factors predicting depression in old age: a longitudinal study. *Int Psychogeriatr*. 1996;8:635-44.