

# Detección de factores relacionados con el desarrollo de trastornos mentales en la población geriátrica (PSICOTARD)

Francisco Javier Olivera Pueyo<sup>a</sup>, Mariano Rodríguez Torrente<sup>b</sup>, Teófilo Lorente Aznar<sup>b,c</sup>, Sergio Benabarre Ciria<sup>b</sup>, M. Ángeles Pardo Gracia<sup>d</sup>, Amelia Ceresuela Lopez<sup>e</sup> y colaboradores del estudio PSICOTARD\*

**Objetivos.** Detectar factores físicos, psíquicos, sociodemográficos y funcionales asociados con el desarrollo de trastornos mentales en los ancianos, determinar su magnitud, estimar el riesgo individual y preparar el terreno para un posterior estudio longitudinal que nos permita en el futuro definir el anciano con fragilidad psíquica en la comunidad y el diseño de modelos predictivos de deterioro mental en el anciano.

**Diseño.** Estudio descriptivo mediante entrevistas personales realizadas por profesionales estandarizados.

**Emplazamiento.** En total, 28 centros de salud de la provincia de Huesca (índice de envejecimiento > 24,6%).

**Participantes.** Participarán 326 personas mayores de 64 años residentes en la provincia de Huesca (España).

**Intervención.** Entrevista personal por profesionales estandarizados (30 médicos de familia y un becario psicólogo). Se valorará la presencia de deterioro cognitivo (Mini-Examen Cognoscitivo), depresión (Escala de depresión geriátrica de Yesavage), ansiedad (Subescala de ansiedad del test de Goldberg) y alucinaciones, ideas delirantes, obsesiones e ideas hipocondríacas (Geriatric Mental State-GMS).

**Mediciones principales.** Se estimará la prevalencia de factores de riesgo: variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, convivencia), situación funcional (índice de Barthel), gravedad física (índice acumulativo de enfermedad), antecedentes patológicos (somáticos y psíquicos) y acontecimientos vitales estresantes en el último año. Se ajustará un modelo de regresión logística para determinar la magnitud del efecto de cada factor ajustado para todos los demás. Se estimará el riesgo individual para el desarrollo de cada enfermedad (depresión, ansiedad, deterioro cognitivo/demencia, síntomas psicóticos, ideas obsesivas).

**Discusión.** La fiabilidad del cuestionario se garantiza con el empleo de tests diagnósticos de comprobada validez y fiabilidad, la estandarización de los investigadores y la realización de un pilotaje del cuaderno de recogida de datos.

**Palabras clave:** Anciano. Trastorno mental. Anciano frágil. Atención primaria. Cribado.

## SCREENING FOR FACTORS RELATING TO THE DEVELOPMENT OF MENTAL DISORDERS IN THE GERIATRIC POPULATION (PSICOTARD)

**Objectives.** To detect the physical, psychological, social-demographic, and functional factors that may involve risk of developing mental disorder in the elderly, to determine the magnitude of each factor and to do the groundwork for a future longitudinal study that will enable us to define the elderly with psychological fragility in the autonomous region and to design predictive models for mental deterioration in the elderly.

**Design.** Descriptive study based on personal interviews by professionals using a standardised method.

**Setting.** Twenty-eight primary care health centres in the province of Huesca, Spain, with an ageing rate over 24.6%.

**Participants.** Three-hundred and twenty-six patients over 64 years and resident in the province of Huesca, Spain.

**Intervention.** Personal interview conducted by health professionals (30 family doctors and a trainee psychologist). The following will be appraised: the presence of cognitive impairment (Mini-Mental State Examination), depression (Yesavage Geriatric Depression Scale), anxiety (Goldberg Scale of Anxiety), and presence of delusions, hallucinations, obsessions and hypochondria (Geriatric Mental State-GMS).

**Main measurements.** The prevalence of the risk factors will be calculated: social and demographic variables (age, sex, marital status, education, living alone), functional status (Barthel index), the severity of physical disability (Cumulative Illness Rating Scale), pathological records (somatic and psychological), and stressful life events in the preceding year. A logistical regression model will be calculated to determine the weight of the effect of each factor adjusted for all the rest.

Individual risk will be calculated for the development of each mental disorder (depression, anxiety, cognitive deterioration/dementia, psychotic symptoms, obsessions).

**Discussion.** The reliability of the questionnaire is ensured by use of diagnostic tests of proven validity and reliability, prior training of researchers and use of a data-gathering pilot study.

**Key words.** Elderly. Mental Disorder. Frail Elderly. Primary care. Screening.

<sup>a</sup>Unidad de Salud Mental Pirineos. Huesca. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS). Huesca. España.

<sup>b</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Huesca. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS). Huesca. España.

<sup>c</sup>Centro de Salud de Sabiñánigo. Huesca. España.

<sup>d</sup>Centro de Salud Perpetuo Socorro. Huesca. España.

<sup>e</sup>Centro de Salud de Graus. Huesca. España.

Correspondencia:  
Dr. S. Benabarre Ciria.  
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Felipe Coscolla, 9. Edificio Gerencia de Sector. 1.ª planta.  
22004 Huesca. España.  
Correo electrónico:  
sbenabarre@salud.aragon.es

Manuscrito recibido el 9-1-2006.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 19-4-2006.

Este estudio ha sido financiado por FIS PI042546 Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Sanidad y Consumo).

\*Al final del artículo se expone el listado completo de investigadores participantes en el estudio PSICOTARD.

## Introducción

La prevalencia de trastornos mentales en las personas mayores que residen en la comunidad se estima entre el 25-30% (la demencia aparece en el 5-10%<sup>1</sup>, la depresión en el 10-15%<sup>2</sup>, los síntomas psicóticos, delirantes y alucinatorios en el 5-10%<sup>3</sup>, etc.).

La depresión geriátrica es infradiagnosticada en atención primaria. Algunos estudios sugieren que más del 50% de los pacientes ancianos deprimidos pueden pasar desapercibidos en las consultas<sup>4</sup>. Otro tanto ocurre con el diagnóstico de la demencia<sup>5</sup>.

Por otra parte, la demencia y las enfermedades psiquiátricas suponen la principal causa de discapacidad en los mayores de 60 años<sup>6</sup>. Además, la morbimortalidad asociada con las demencias, la dependencia funcional y, especialmente, los síntomas psicológicos y comportamentales asociados (SCPD) generan lo que se ha denominado «síndrome de sobrecarga del cuidador», con un intenso sufrimiento para quién desempeña esta labor<sup>7</sup>.

Se han desarrollado estudios en el ámbito de la atención primaria de nuestro país en los cuales se ha demostrado que la depresión en ancianos se asocia con variables de distintas áreas<sup>8</sup>. Son múltiples también los factores que se han asociado con el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, si bien no todos ellos con demasiada consistencia. En los estudios consultados sobre población mayor comunitaria también se intuye una serie de posibles factores asociados con la sintomatología psicótica de los pacientes ancianos, entre los cuales se encuentran el deterioro cognoscitivo, el aislamiento social, el bajo nivel educativo, las enfermedades físicas, los síntomas depresivos<sup>9</sup>, la dependencia funcional o las alteraciones sensoriales<sup>10</sup>.

La fragilidad aparece actualmente como un determinante específico fundamental que caracteriza al grupo de pacientes diana de la medicina geriátrica. La población anciana presenta un elevado riesgo de desarrollar psicopatología que, además, genera gravísimas consecuencias para los propios pacientes, sus familiares/cuidadores y para los sistemas sanitarios. Esta fragilidad debiera ser considerada no sólo en la esfera física, sino también en la esfera psíquica. Además, si bien son numerosos los instrumentos, tests y escalas de valoración psíquica validados en castellano<sup>11</sup>, no hay instrumentos de evaluación global en ancianos lo suficientemente breves y sencillos como para ser aplicados de forma sistemática en la consulta de atención primaria.

La propuesta de nuestro estudio va encaminada a unir en el futuro las vertientes de valoración y atención de la fragilidad psíquica en los mayores que residen en la comunidad. Si consiguiéramos detectar a los ancianos que se encuentran en riesgo de presentar psicopatología

(ancianos de alto riesgo psíquico) y si pudiésemos hacerlo de una forma rápida y aplicable desde la atención primaria, podríamos plantear actividades preventivas encaminadas al diagnóstico y tratamiento tempranos y al apoyo sociofamiliar de estos pacientes, así como favorecer una planificación adecuada de los servicios sanitarios.

## Objetivos

Como objetivos principales pretendemos: *a)* estimar la prevalencia de psicopatología en personas mayores de 65 años que residen en la comunidad referida a trastornos afectivos (depresión y ansiedad), deterioro cognoscitivo/demencia, trastornos psicóticos (ideación paranoide, alucinaciones y otros trastornos delirantes), así como detectar factores de riesgo físicos, psíquicos, sociales, demográficos y funcionales asociados con esta psicopatología de aparición tardía, y *b)* determinar la magnitud del efecto de cada factor de riesgo para el desarrollo de trastornos psíquicos en los ancianos y preparar el terreno para un posterior estudio longitudinal que nos permita en el futuro definir el anciano de riesgo psíquico (anciano con fragilidad psíquica) y el diseño de modelos predictivos de deterioro mental en el anciano.

Los objetivos secundarios son diseñar un instrumento de cribado breve y aplicable en el ámbito de la atención primaria que permita detectar de forma temprana a los ancianos con riesgo de desarrollar psicopatología y, finalmente, plantear programas complementarios de actividades preventivas sobre ellos.

## Metodología

### *Diseño*

Estudio descriptivo y multicéntrico.

### *Emplazamiento*

El estudio se llevará a cabo en 28 centros de salud de la provincia de Huesca (índice de envejecimiento > 24,6%).

### *Participantes*

Serán seleccionados entre los individuos de 65 o más años de edad, de ambos sexos, residentes habituales en la provincia de Huesca.

La selección de la muestra se realizará mediante muestreo aleatorio, estratificado por centros de salud al que están adscritos los participantes, respetando la proporción basada en el tamaño de la población de cada zona de salud. La fuente es la base de datos de la tarjeta sanitaria individual (TSI). El tamaño muestral se calculó según una confianza del 95%, una precisión del 5% y una prevalencia teórica del 25%, obteniéndose una cifra de 289 participantes, suficiente para el ajuste de un modelo de regresión logística (10 individuos por cada variable relacionada que se espera utilizar). Con objeto de prevenir pérdidas y contemplar aná-

**TABLA 1**  
**Instrumentos utilizados para valorar el funcionamiento cognitivo**

Nombre	Referencia bibliográfica	Descripción	Puntos de Corte
Test del Informador (versión breve) (TIN) <sup>12</sup>	Morales et al, 1995	Evalúa el declinar cognitivo-funcional en los últimos 10 años a través de una entrevista estructurada a un familiar o cuidador. Es independiente de la inteligencia previa, el nivel de escolaridad y de la edad del paciente	Probabilidad deterioro cognitivo puntuación > 57
Test de fluencia verbal (TFV) <sup>13</sup>	Isaac B y Akhtar AJ, 1972	La fluencia verbal semántica, a pesar de su sencillez y brevedad, es una tarea cognitiva compleja muy sensible al daño cerebral, en especial, al deterioro cognitivo. Se utiliza la categoría «animales» del set-test de Isaac	En función de la escolaridad: Baja: < 10 Media: < 12 Alta: < 13
Test del reloj (TR) <sup>14</sup>	Cacho et al, 1996; Manubens et al; 1997; Schulman KL et al, 1986	Prueba de cribado sencilla, rápida y de fácil aplicación. Evalúa fundamentalmente funciones visoperceptivas, visomotoras y visonoconstructivas, planificación y ejecución motrices	De 7 a 9 puntos: normal De 0 a 6 puntos: deterioro cognitivo
Mini-examen Cognoscitivo (MEC) <sup>15</sup>	Lobo et al 1979, Folstein et al 1975	Prueba breve de detección de demencia a través de la evaluación del rendimiento cognitivo del paciente. Esta prueba (en su versión de 35 puntos) es una adaptación modificada al español del Mini-Mental State Examination (MMSE)	En personas mayores de 65 años el punto de corte se sitúa ≤ 24

lisis de subgrupos, se planteará un tamaño muestral final de 326 individuos.

#### Recogida de datos

Entrevistas personales de unos 30 min de duración llevadas a cabo por 30 médicos de familia, investigadores colaboradores, con actividad clínica en centros de salud de la provincia de Huesca y por un becario entrevistador debidamente entrenado. Si fuera el caso, por problemas de comunicación con los participantes, las entrevistas se realizarían con familiares o cuidadores fiables. Los participantes en el estudio serán informados de las características de éste y se solicitará su consentimiento escrito.

El cuestionario que contiene las distintas preguntas y tests diagnósticos habrá sido pilotado previamente para detectar problemas de fiabilidad o interpretación.

Está prevista la realización de, al menos, 3 talleres/sesiones de formación de los investigadores colaboradores: uno sobre el empleo de los test psicométricos en ancianos, otro sobre la adecuada cumplimentación del cuaderno de recogida de datos del estudio, con instrucciones acerca del pilotaje del instrumento, y otro tras el pilotaje, con el fin de corregir errores, unificar criterios y aclarar dudas e instrucciones. Adicionalmente se editará una Guía de Procedimientos con instrucciones detalladas de cada uno de los tests utilizados, aclaraciones sobre aplicación, puntos de corte e interpretación de resultados que será entregada a cada uno de los investigadores colaboradores juntamente con los cuadernos de recogida de datos. Posteriormente está prevista, además, la convocatoria de reuniones periódicas con los médicos participantes y entrevistadores con objeto de hacer un seguimiento de la aplicación de las normas y procedimientos.

#### Mediciones

Incluyen variables que podrían comportarse como factores de riesgo de psicopatología de aparición tardía: edad, sexo, estado civil,

población de residencia, gravedad física (índice acumulativo de enfermedad), centro de salud de pertenencia, nivel de escolarización, etnia, grado de dependencia funcional para actividades de la vida diaria (resultado del índice de Barthel), existencia de ingresos hospitalarios en el último año, viudedad reciente, alteraciones sensoriales, presencia ó no de aislamiento social (convivientes), mala salud autopercebida, insomnio y cambio reciente de domicilio. Se registrarán, además, como variables desenlace:

1. Deterioro cognoscitivo, explorado con el Mini-examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), la versión española del Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE). Adicionalmente se administrarán el Test del Reloj, el de Fluencia Verbal y el Test del Informador.
2. Presencia o no de depresión, definida según el resultado de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) de 15 ítems.
3. Ansiedad: se considerará su presencia en la Subescala de Ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG).
4. Ideación paranoide, presencia de alucinaciones u otros delirios, en función de las respuestas a los ítems relacionados con la entrevista semiestructurada Geriatric Mental State (GMS). Los instrumentos empleados para la valoración del funcionamiento cognitivo (tabla 1)<sup>12-15</sup> y del grado de psicopatología y de dependencia (tabla 2)<sup>16-19</sup> tienen una amplia difusión y utilización en el ámbito de atención primaria a nivel nacional e internacional. Todos ellos han sido validados en nuestro idioma y utilizados en nuestro medio.

#### Análisis estadístico

Se realizará en 3 fases:

1. Análisis descriptivo univariable en el que se estudiará la distribución de frecuencias de las distintas variables registradas y se calcularán los estadísticos de tendencia central y dispersión en el

**TABLA 2** Instrumentos utilizados para valorar el estado psicopatológico y funcional

Nombre	Referencia	Descripción	Puntos de corte
Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria <sup>16</sup>	Mahoney FI y Barthel DW, 1965; Cid et al, 1997	Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria	Dependientes: Totales: < 20 puntos Graves: 20-30 puntos Moderados: 36-55 puntos Leves: 66-99 puntos Independientes: 100 puntos
Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) <sup>17</sup>	Sheik J & Yesavage J, 1986; Onis MC et al, 1998	Es uno de los instrumentos de elección para valorar la depresión en pacientes ancianos, cuya ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo	Normal: 0 a 5 puntos Depresión leve: 6 a 9 puntos Depresión grave: ≥ 10 puntos
Escala de Ansiedad de Goldberg (EADG) <sup>18</sup>	Goldberg DP y Huxley P, 1992; Montón C et al, 1993	Es un instrumento sencillo, breve y de fácil utilización, apropiado para ser administrado por el médico de atención primaria	Puntos de corte se sitúa en 4 o más
Geriatric Mental State (GMS) <sup>19</sup>	Copeland et al, 1976; Saz et al, 1996	Entrevista semiestructurada de 154 ítems agrupados en 30 secciones a modo de guión a partir del cual extraer conclusiones sobre psicopatología general en el anciano. De ella se han extraído los que hacen referencia a los trastornos del pensamiento	Entrevista semiestructurada, no tiene puntos de corte

caso de los datos cuantitativos. Se estimará la prevalencia de los distintos factores de riesgo de psicopatología de aparición tardía con el empleo de los intervalos de confianza del 95%.

2. Análisis bivariable, en el que se analizará la existencia de relación entre cada uno de los posibles factores de riesgo y cada una de las variables consideradas desenlace. Se emplearán técnicas de comparación de proporciones con test de la  $\chi^2$  y la prueba exacta de Fisher en el caso de las variables cualitativas. Cuando las variables explicativas se midan en la escala cuantitativa, las pruebas serán la de la t de Student, la U de Mann-Whitney y el test de ANOVA. Finalmente, se utilizarán técnicas de regresión lineal cuando ambas sean cuantitativas. Se considerará la existencia de asociación entre ellas cuando la significación estadística sea > 5% ( $p < 0,05$ ). La fuerza de la asociación se cuantificará con razones de prevalencia.

3. Análisis multivariable. El posible efecto de cada uno de los factores sobre cada variable desenlace se estudiará de forma conjunta por medio de un modelo de regresión logística con fines explicativos. Permitirá discriminar el efecto de cada uno de los factores ajustado por todos los demás, así como cuantificar la magnitud de dicho efecto en forma de razón de prevalencia y su correspondiente intervalo de confianza del 95%.

Por otra parte se diseñará un modelo de regresión logística de tal forma que pueda calcularse la probabilidad individual de presentar psicopatología de aparición tardía en función de los valores presentados en las distintas variables relacionadas.

Los datos serán tratados con el paquete estadístico SPSS®. Están previstas estrategias para detectar y depurar errores en la base de datos previos al análisis de éstos.

## Discusión

La estandarización de los entrevistadores y la definición de una estrategia de control de calidad de los datos disminu-

ye la variabilidad interobservador. Ahora bien, los talleres formativos muestran un efecto doble: incrementan la fiabilidad interobservador e intraobservador, pero también enriquecen la formación psicogeriatrica de los médicos de atención primaria. De esta forma, a través de la estandarización contribuimos a un sesgo de formación en este grupo de profesionales. La generalización del instrumento o la extrapolación del estudio a cualquier otro ámbito de la atención primaria implicarán la necesidad de una formación teórica sobre la aplicación de los test psicométricos en el anciano, el cuaderno de recogida de datos y la guía de procedimientos.

Sin embargo, el estudio PSICOTARD (psicopatología de aparición tardía) no requiere ningún tipo de aplicación tecnológica ni de intervención especializada y es absolutamente enmarcable en el ámbito de la atención primaria. El pilotaje del instrumento en una pequeña muestra inicial contribuirá igualmente a mejorar la calidad en la recogida de los datos y su fiabilidad.

Este estudio es coherente, además, con las recomendaciones del programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) en la atención a los ancianos como grupo de riesgo especial en materia de salud mental<sup>20</sup>. De la medida del riesgo psíquico surgirán, sin duda, nuevas vías de investigación encaminadas a la creación de modelos predictivos de riesgo, a la detección de la fragilidad psíquica en el anciano, y al estudio de los posibles efectos de la aplicación de actividades preventivas sobre este grupo de pacientes.

En este sentido, el estudio PSICOTARD muestra las enormes posibilidades reales de la investigación en el te-

rreno clínico que posee la atención primaria en su faceta comunitaria.

### Investigadores del estudio PSICOTARD

F.J. Olivera Pueyo (Unidad de Salud Mental Pirineos), M. Rodríguez Torrente (Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Huesca), T. Lorente Aznar (Centro de Salud de Sabiñánigo), C. Pelegrín Valero (Hospital San Jorge. Sección Psiquiatría), S. Benabarre Ciria (Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Huesca), S. Acín García (CS de Barbastro), C. Alcober Perez (CS de Biescas), C. Aldea Dorado (CS de Broto), S. Arnal Urroz (CS de Monzón Rural), E. Bandrés Franco (CS de Sabiñánigo), J.I. Bernues Gimenez (CS de Pirineos), G. Bernues Sanz (CS de Lafortunada), J.M. Calvo Sanz (CS de Ayerbe), M.R. Casado Ortiz (CS de Hecho), A. Castellón Fantova (CS de Pirineos), A. Ceresuela Lopez (CS de Graus), M.L. Clemente Jimenez (CS de Santo Grial), S. Fanlo Abella (CS de Jaca), A.C. Jiménez Baratech (CS de Berdún), R.M. Gracia Arnillas (CS de Barbastro), D. Idáñez Rodríguez (CS de Santo Grial), S. Lausín Marín (CS de Tamarite), J.M. Leris Oliva (CS de Tamarite), V. Lopez Cortés (CS de Perpetuo Socorro), R. Martínez Sánchez (CS de Grañen), M.A. Pardo Gracia (CS de Perpetuo Socorro), V. Pelegrina Gómez (CS de Pirineos), E. Puyol Rami (CS de Binefar), C. Quintana Velasco (CS de Graus), B. Soláns Aisa (CS de Jaca), E. Torres Clemente (CS de Binefar), A. Vázquez Torguet (CS de Benabarre).

### Bibliografía

- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a Southern European population: The Zaragoza study. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:497-506.
- Beckman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*. 1999;174:307-11.
- Henderson AS, Korten AE, Levings C, Jorm AF, Christensen H, Jacomb PA, et al. Psychotic symptoms in the elderly: a prospective study in a population sample. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998;13:484-92.
- Simon G, Ormel J, VonKorff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry*. 1995;152:352-7.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de demencias de la semFYC. Recomendaciones en Demencias. Barcelona: SemFYC; 1999.
- De Simons LA, McCallum J, Friedlander Y, Simons J. Healthy ageing is associated with reduced and delayed disability. *Age Ageing*. 2000;29:143-8.
- Martín Carrasco M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996;6:338-46.
- García Serrano MJ, Tobías J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Aten Primaria*. 2001;27:484-8.
- Henderson AS, Korten AE, Levings C, Jorm AF, Christensen H, Jacomb PA, et al. Psychotic symptoms in the elderly: a prospective study in a population sample. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998;13:484-92.
- Ostling S, Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a non-demented population-based sample of the very old. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:53-9.
- Franco MA, Monforte JA, García-Mellado JA. Instrumentos de evaluación y exploración complementaria. En: Agüera L, Martín M, Cervilla J, editores. *Psiquiatría geriátrica*. Barcelona: Masson S.A.; 2002. p. 63-97.
- Morales JM, González-Montalvo JI, Bermejo F, Del Ser T. The screening of mild dementia with sortéense Spanish version of the «Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly». *Alz Dis Ass Disord*. 1995;9:105-11.
- Isaac B, Akhtar AJ. The set test: a rapid test of mental function in old people. *Age Ageing*. 1972;1:222-6.
- Cacho J, García R, Arcaya J, Gay J, Guerrero AL, Gómez JC, et al. El test del reloj en ancianos sanos. *Rev Neurol*. 1996;24:1525-8.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T. Revalidation and estandarization of the mini-examen (firsts Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population. *Med Clin (Barcelona)*. 1999;112:767-74.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
- Sheik J, Yesavage J. Geriatric Depression Scale, recent findings and development of a short versión. En: Brink T, editors. *Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention*. New York: Howarth Press; 1986.
- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 1988;297:897-9.
- Saz P, Día JL, De la Cámara C, Carreras S, Marcos G, Lobo A. Reliability and Validity of the Spanish Versión of the GMS-AGECAT Package for the Assessment of Dementia and Cognitive Disturbances. *Int J Geriatric Psychiatry*. 1996;11:721-8.
- Tizón JL, Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Fernández C, García-Campayo J, et al. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria (grupo de expertos del PAPPs). *Aten Primaria*. 2003;32 Suppl 2:77-101.