

Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos: un centro sociosanitario y un programa de soporte domiciliario

J. Campos^a, J. Ardanaz^a y A. Navarro^b

^aHospital de Sant Gervasi. Fundació Sociosanitària de Barcelona. Barcelona.

^bLaboratori de Bioestadística i d'Epidemiologia. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

RESUMEN

Introducción: la depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el anciano y parece necesario profundizar en su estudio. Dos son los objetivos de este trabajo. Cuantificar la presencia de manifestaciones de depresión y evaluar los factores asociados a ésta en 2 ámbitos: un grupo de pacientes de edad avanzada ingresados en un centro sociosanitario y otro grupo atendido por un programa de soporte domiciliario.

Pacientes y método: estudio de carácter transversal. En cada paciente se registró la presencia de manifestaciones de depresión mediante la Geriatric Depression Scale (GDS), así como el nivel cognitivo, la función física, la comorbilidad y diversas variables sociodemográficas.

Resultados: la presencia de sintomatología de depresión, sumando la moderada y la grave, alcanzó el 60,3% entre los pacientes institucionalizados y el 77,5% en los atendidos a domicilio. Para los primeros, el deterioro cognitivo, la dependencia funcional, la comorbilidad y la escolaridad se asociaron a la presencia de manifestaciones de depresión. Entre los pacientes controlados por el programa de atención domiciliaria con equipo de soporte (PADES), el único factor asociado fue el deterioro cognitivo.

Conclusiones: los resultados observados entre los pacientes institucionalizados se ajustan a los de otros estudios similares. Debido a las peculiares características de este estudio, no hay otros estudios comparables para los pacientes atendidos a domicilio.

Palabras clave

Depresión. Trastorno depresivo. Anciano. Factores de riesgo.

Depression in the elderly. Two settings: sociosanitary setting and a home care programme

ABSTRACT

Background: depression is the most frequent affective disorder in the elderly and deeper knowledge of this disorder would seem to be required. The aims of the present study were twofold: firstly, to

quantify the presence of depressive manifestations and secondly, to evaluate the factors associated with depression in 2 settings: a hospice and a home care programme.

Patients and method: we performed a cross sectional study. Depressive manifestations were assessed using the Geriatric Depression Scale. Cognitive and physical function, co-morbidity and sociodemographic variables were also evaluated.

Results: when moderate and severe symptoms were combined, the presence of depressive manifestations affected 60.3% of institutionalised patients and 77.5% of those who received home care. In patients admitted to the hospice, cognitive failure, functional dependence, comorbidity and years of education were associated with the presence of depressive manifestations. In patients attended by the home care team, the only associated factor was cognitive failure.

Conclusions: the presence of depressive manifestations in institutionalised patients found in the present study is similar to that found in other studies. Because of the special characteristics of patients receiving home care, no comparable studies exist.

Key words

Depression. Depressive disorder. The elderly. Risk factors.

INTRODUCCIÓN

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en las personas de edad avanzada y a menudo se presenta de manera encubierta como múltiples quejas de tipo somático y, a veces, con un fuerte componente hipocondríaco que enmascara el proceso depresivo subyacente¹. Las cifras de depresión en pacientes mayores son difíciles de comparar, ya que algunos estudios cuantifican su prevalencia mediante instrumentos de diagnóstico, como la entrevista psiquiátrica, mientras otros estudian la presencia de manifestaciones con la aplicación de escalas orientativas². Según el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH)³, se calcula que un 15% de las personas mayores de 65 años ha presentado episodios de depresión en algún momento, y los síntomas tienden a hacerse crónicos con más frecuencia que en los adultos. Un 2,5% de estas depresiones sería de tipo severo y un 13% de tipo leve¹. El estudio Depression Research in European Society (DEPRES)⁴ muestra una prevalencia de depresión mayor en pacientes de 65-74 años del 5,4, y del 4,6% en los mayores de 75 años, mientras que la prevalencia de síntomas depresivos sería del 8,3% en la población de 45 a 54 años y del 9,7% en los mayores de 75 años.

Correspondencia: Dr. Jordi Campos.

Hospital de Sant Gervasi. Fundació Sociosanitària de Barcelona.

P.^º Sant Gervasi, 51-53. 08022 Barcelona. España.

Correo electrónico: 11460jcb@comb.es

Recibido el 15-05-03; aceptado el 9-02-04.

En los pacientes institucionalizados, la prevalencia de la depresión se acerca al 20%, y cuando existen otras afecciones, como enfermedades cardiovasculares, tumores, etc., los porcentajes crecen de manera significativa³. La institucionalización en residencias se asocia a factores que favorecen la aparición de cuadros o síntomas depresivos y que pueden dar lugar a un aumento de la prevalencia de este proceso⁵. Sentimientos de abandono en la residencia, aislamiento o alejamiento de la red sociofamiliar habitual, cambios significativos en el estilo de vida con adaptación a un reglamento y normas que pueden condicionar la intimidad y la autonomía y originar sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad y bajo nivel de satisfacción⁶. También se observa una disparidad de resultados en cuanto a las cifras de depresión en pacientes mayores hospitalizados. Es clásico el estudio de Koenig et al⁷, que indica una prevalencia de alteraciones depresivas mayores en el 10-21% de los pacientes hospitalizados. En el mismo estudio se observa que, utilizando el Diagnostic Interview Schedule (DIS) del National Institute of Mental Health, la prevalencia de depresión menor es del 14 o del 25%, según el criterio escogido para interpretar los resultados.

El objetivo de este trabajo es doble: primero, cuantificar la presencia de manifestaciones de depresión, así como los factores asociados a ésta, en un grupo de pacientes geriátricos con pluripatología, gran consumo de fármacos, diferentes alteraciones cognitivas e ingresados en un centro sociosanitario. Segundo, determinar la presencia de manifestaciones de depresión y los factores asociados a ésta entre los pacientes controlados en su domicilio por los equipos del programa de atención domiciliaria equipo de soporte (PADES).

PACIENTES Y MÉTODO

El Hospital de Sant Gervasi es un centro sociosanitario de Barcelona que atiende habitualmente a pacientes geriátricos en las unidades de convalecencia, larga estancia y curas paliativas. Durante los meses de invierno se atiende también a pacientes geriátricos, pero con carácter agudo/subagudo, del llamado «Pla d'Hivern», pacientes derivados en su mayoría del servicio de urgencias del Hospital Vall d'Hebrón. Los pacientes de este programa presentan unas características específicas, que son: una mayor complejidad terapéutica y enfermedades agudas/subagudas que se añaden a los síndromes geriátricos habituales. El circuito asistencial se completa con los PADES integrados en esta zona de asistencia y que son tres: Nou Barris, Sant Andreu y Horta-Guinardó. Los PADES son equipos de profesionales (médicos, diplomados de enfermería, trabajadores sociales y, ocasionalmente, otros profesionales) que refuerzan la asistencia domiciliaria de enfermos crónicos, geriátricos y oncológicos, y que cubren todo el territorio de Cataluña.

El presente estudio es observacional y de carácter transversal, y el período de recogida de datos incluyó los

meses de febrero y marzo de 2002. En el registro de información se incluyó a todos los pacientes del circuito asistencial del Hospital de Sant Gervasi que durante el período estudiado estaban en condiciones de comunicarse verbalmente y de responder por sí mismos a la Geriatric Depression Scale (GDS) de Sheikh y Yesavage⁸, de 15 preguntas, versión abreviada de la original desarrollada por Yesavage y Brink en 1982^{9,10}. Dicha escala, traducida y validada en distintas lenguas y usada en varios niveles de atención sanitaria o en la comunidad, es útil para evaluar la presencia de manifestaciones de depresión en pacientes de edad avanzada^{6,11}, y es de fácil aplicación. La GDS es un cuestionario de respuestas dicotómicas 0/1 en las cuales el 1 señala síntomas indicativos de trastorno afectivo. El sentido de las preguntas está invertido aleatoriamente para evitar la respuesta sistemática en una sola dirección. Por tanto, toma puntuaciones entre 0 y 15 que con posterioridad se pueden categorizar: normal (0-5), síntomas moderados (6-10) y síntomas graves (11-15). Utilizando, como es el caso, el corte de 6 o más puntos como indicador de sintomatología disfórica, las propiedades psicométricas de la escala, en su versión española, son las siguientes¹²: sensibilidad del 68,1%, especificidad del 83,3%, valor predictivo positivo del 69,7% y valor predictivo negativo del 82,3%.

Aunque la GDS puede ser autoaplicada por el paciente, en este caso se prefirió que lo hicieran diplomados de enfermería, ante la evidencia de que algunos pacientes no sabían leer ni escribir, o bien presentaban problemas visuales, y les era imposible cumplimentar de manera adecuada el cuestionario. Para mantener la fiabilidad y preservar la objetividad, se informó a los entrevistadores de forma explícita de que su tarea consistía exclusivamente en leer cada una de las preguntas, sin realizar interpretación alguna de los ítems, incluso en el caso de que fueran preguntados por los pacientes.

Las variables que se registraron para valorar su posible asociación con la GDS fueron:

1. Sociodemográficas:

- Sexo.
- Edad.
- Escolaridad: fue clasificada en 2 grupos: a) sin estudios, en el que se incluía a las personas que no sabían leer ni escribir, y b) estudios elementales, en el que se incluía a los pacientes que sabían leer, escribir y cálculo elemental. Los pacientes que tenían un nivel de estudios superior, debido a su bajo número (9%) fueron incluidos en esta última categoría.

2. De valoración médica:

- Mini Examen Cognoscitivo (MEC)¹³: valora el nivel cognitivo del paciente. El rango de esta escala oscila entre 0 y 35, y con posterioridad se agrupa en 4 categorías: deterioro grave (0-14), deterioro moderado

(15-18), deterioro leve (19-24) y sin demencia (25 o más). En el momento de realizar el análisis bivariable se agruparon las categorías «leve» y «moderado».

- Índice de Barthel¹⁴: mide la función física del paciente. Dicho índice puntúa de 0 a 100 y se agrupa en 5 categorías: autónomo (100), dependiente leve (60-95), dependiente moderado (40-55), dependiente grave (20-35) y dependiente total (0-15). A efectos prácticos, dichas categorías se agruparon finalmente en «autónomo/leve/moderado» y «grave/total».
- Índice de comorbilidad de Charlson¹⁵: valora las enfermedades asociadas y su puntuación va de 0, como valor mínimo, a 37 como máximo. En este estudio se establecieron tres categorías, según los terciles.

3. Estructurales:

- Unidad asistencial: unidad de agudos/subagudos, convalecientes, larga estancia y equipos PADES. El análisis previo de los datos mostró que la presencia de manifestaciones de depresión entre los pacientes de las primeras tres unidades de atención no se diferenciaba significativamente ($p = 0,592$), al igual que el deterioro cognitivo ($p = 0,738$) y funcional ($p = 0,270$), y la comorbilidad ($p = 0,474$). Por este hecho se procedió a la agrupación en una única categoría, con la etiqueta de «institucionalizados», lo que posibilitaba la mejora en la precisión de los resultados que se obtuvieran al considerar a más pacientes en un único grupo.

En cuanto a la metodología estadística, se realizó el análisis univariable de todas las variables registradas en el estudio. Para los índices o escalas (GDS, MEC, Barthel y Charlson), ante la falta de normalidad de sus distribuciones, se presentan los cuartiles. Para la edad, los resultados se presentan como la media y su correspondiente intervalo de confianza (IC). En el caso de las variables categóricas se exponen sus correspondientes distribuciones de frecuencias. Para observar la posible asociación de la depresión con las demás variables, se utilizaron las pruebas no paramétricas de la U de Mann-Whitney (variables con dos categorías) y H de Kruskal-Wallis (variables con más de 2 categorías). Todas estas pruebas se realizaron por separado para los pacientes que estaban institucionalizados y para los controlados por los equipos PADES. Debido al bajo número de pacientes disponible, se decidió utilizar como criterio de significación estadística un valor de $p < 0,1$, ya que, como se sabe, la significación estadística mediante la obtención del valor de p depende de la cantidad de individuos analizados. Todos estos análisis se realizaron mediante el paquete SPSS, versión 10.0.6¹⁶.

RESULTADOS

En total se revisó a 103 pacientes, con un 63,1% de mujeres y una media de edad de 79,2 años (IC del 95%,

77,5-80,9). El 17,6% no tenía estudios y el 72,5% los tenía elementales. El 38,8% era atendido a domicilio por equipos PADES y el 61,2% estaba ingresado en el centro.

Resultados para los pacientes institucionalizados

Entre los pacientes institucionalizados, el mayor porcentaje correspondió a los ingresados en la unidad de agudos/subagudos (31,1%), seguido de los ingresados en convalecencia (16,5%) y larga estancia (13,6%). El 68,3% de los pacientes eran mujeres y la edad media se situó en 79,5 años (IC del 95%, 77,3-81,6). En cuanto a la escolaridad, el 17,5% no tenía estudios y aproximadamente 3 de cada 4 presentaban estudios elementales. Más del 40% de los pacientes institucionalizados (tabla 1) tenía como diagnóstico principal uno de los siguientes: accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia cardíaca (ICC) o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Apenas en un 1,6% de los casos, el diagnóstico principal era una neoplasia. Cuantitativamente, la escala de depresión geriátrica obtuvo una puntuación media de $7,1 \pm 3,4$ y mediana de 7 (Q1 = percentil 25 = 5; Q3 = percentil 75 = 10). La mediana del índice que valora el nivel cognitivo (MEC) se situó en 17 (Q1 = 10; Q3 = 24), el índice de Barthel en 30 (Q1 = 15; Q3 = 55) y el de comorbilidad de Charlson en 3 (Q1 = 2; Q3 = 4).

En la tabla 2 se muestra la distribución de los índices o escalas categorizadas. Puede observarse que la presencia de manifestaciones de depresión entre los pacientes institucionalizados alcanzó el 60,3% (39,7% moderada y 20,6% grave). Por tanto, de cada 3 pacientes con sintomatología, uno la presentaba de forma grave. En cuanto al nivel cognitivo, solamente el 23,8% de los pacientes no presentaba deterioro alguno, mientras que casi uno de cada 2 estaba afectado de forma grave. Tan sólo el 3,2% de los pacientes era completamente autónomo en cuanto a su función física, mientras que poco más de la mitad era dependiente de forma severa o total. En cuanto a las enfermedades asociadas, se observó que el 46% de los pacientes se situó en la categoría de menor comorbilidad.

Las posibles asociaciones entre las variables estudiadas y la depresión se muestran en la tabla 3. En el caso de los pacientes ingresados en el centro, puede observarse que todas las variables resultan asociadas a la depresión, excepto el sexo. Pacientes sin escolaridad, con mayor deterioro cognitivo, mayor dependencia en la función física y pertenecientes a los 2 grupos con más enfermedades asociadas presentan mayores puntuaciones en la escala de depresión respecto a los pacientes con características más favorables.

En la tabla 4 se muestra, de forma puramente descriptiva, la intensidad de dichas asociaciones. Se observa que del total de pacientes institucionalizados con estudios elementales, el 44,2% no presenta síntomas de de-

TABLA 1. Distribución de los diagnósticos principales según la unidad asistencial

<i>Diagnóstico principal</i>	<i>Institucionalizados</i>		<i>PADES</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Accidente cerebrovascular	15	23,8	2	5,0	17	16,5
Insuficiencia cardíaca	6	9,5	4	10,0	10	9,7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7	11,1	0	0,0	7	6,8
Demencia vascular	2	3,2	3	7,5	5	4,9
Demencia	3	4,8	1	2,5	4	3,9
Hemorragia digestiva alta	3	4,8	1	2,5	4	3,9
Enfermedad de Parkinson	2	3,2	2	5,0	4	3,9
Hidrocefalia normotensiva	3	4,8	0	0,0	3	2,9
Neoplasia gástrica	0	0,0	3	7,5	3	2,9
Neoplasia pulmonar	0	0,0	3	7,5	3	2,9
Cardiopatía isquémica	0	0,0	2	5,0	2	1,9
Cirrosis hepática	2	3,2	0	0,0	2	1,9
Esquizofrenia	2	3,2	0	0,0	2	1,9
Fractura fémur	2	3,2	0	0,0	2	1,9
Neoplasia colon	0	0,0	2	5,0	2	1,9
Neoplasia mama	0	0,0	2	5,0	2	1,9
Neoplasia próstata	1	1,6	1	2,5	2	1,9
Neoplasia vejiga	0	0,0	2	5,0	2	1,9
Otros ^a	15	23,8	12	30,0	27	26,2

PADES: programa de atención domiciliaria equipo de soporte.

^a Diagnósticos con frecuencia, en total, igual a 1.

TABLA 2. Distribución de los índices y escalas categorizadas según la unidad asistencial

<i>Índice o escala</i>	<i>Institucionalizados</i>			<i>PADES</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>% acumulado</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>% acumulado</i>
Escala de depresión geriátrica (GDS)						
Normal	25	39,7	39,7	9	22,5	22,5
Síntomas moderados	25	39,7	79,4	18	45,0	67,5
Síntomas graves	13	20,6	100,0	13	32,5	100,0
Mini Examen Cognoscitivo (MEC)						
Sin demencia	15	23,8	23,8	20	50,0	50,0
Deterioro leve	10	15,9	39,7	9	22,5	72,5
Deterioro moderado	9	14,3	54,0	2	5,0	77,5
Deterioro grave	29	46,0	100,0	9	22,5	100,0
Índice de Barthel						
Autónomo	2	3,2	3,2	3	7,5	7,5
Dependiente leve	13	20,6	23,8	17	42,5	50,0
Dependiente moderado	9	14,3	38,1	10	25,0	75,0
Dependiente severo	22	34,9	73,0	4	10,0	85,0
Dependiente total	17	27,0	100,0	6	15,0	100,0
Índice de comorbilidad de Charlson						
0-2	29	46,0	46,0	8,0	20,0	20,0
3-4	24	38,1	84,1	10,0	25,0	45,0
5 o más	10	15,9	100,0	22,0	55,0	100,0

PADES: programa de atención domiciliaria equipo de soporte.

presión en grado alguno, porcentaje que disminuye sensiblemente entre los pacientes sin estudios (apenas el 18,2%). Se aprecia el incremento de la presencia de manifestaciones de depresión al empeorar el nivel cognitivo,

en especial en la situación más acusada, donde se duplica (27,6 frente al 13,3%) en los pacientes con mayor deterioro respecto a los pacientes sin demencia. Otra diferencia sustancial (26,6%) en la presencia de sintomato-

TABLA 3. Puntuación de la GDS en función de las variables explicativas, según la unidad asistencial

Variables	Institucionalizados					PADES				
	Media ± DE	Q1	Mediana	Q3	p ^a	Media ± DE	Q1	Mediana	Q3	p ^a
Sexo										
Mujer	7,4 ± 3,3	5,0	7,3	10,5	0,365	8,2 ± 4,9	3,3	8,8	14,3	0,661
Varón	6,5 ± 3,5	3,9	6,7	10,3		9,4 ± 3,3	7,1	8,8	12,9	
Escolaridad										
Estudios elementales	6,7 ± 3,5	4,0	6,8	9,8	0,058	8,8 ± 4,4	6,3	9,0	13,3	0,825
Sin estudios	8,7 ± 2,7	6,5	9,0	12,5		8,4 ± 4,0	6,0	9,0	–	
Mini Examen Cognoscitivo (MEC)										
Sin demencia	5,3 ± 3,8	2,3	5,0	10,3		7,2 ± 3,0	5,8	7,8	9,0	
Deterioro leve/moderado	7,2 ± 3,0	5,0	6,7	10,3	0,060	9,3 ± 5,2	5,3	11,0	14,8	0,010
Deterioro grave	7,9 ± 3,2	5,0	8,0	11,3		11,7 ± 4,0	9,0	13,0	15,0	
Índice de Barthel										
Autónomo/dependiente leve/moderado	5,9 ± 2,9	4,0	6,5	8,0	0,038	8,3 ± 4,4	4,5	9,0	12,0	0,314
Dependiente severo/total	7,8 ± 3,6	5,0	8,0	11,0		10,1 ± 3,7	7,8	9,0	13,5	
Índice de comorbilidad de Charlson										
0-2	6,0 ± 3,2	4,0	6,0	8,0		7,1 ± 4,8	2,5	7,5	9,8	
3-4	7,9 ± 3,5	5,0	8,0	10,8	0,096	10,2 ± 4,5	8,0	9,0	15,0	0,269
5 o más	8,0 ± 3,0	5,0	7,0	11,3		8,7 ± 3,9	5,5	8,5	12,3	

DE: desviación estándar; Q1: percentil 25; Q3: percentil 75; GDS: escala de depresión geriátrica; PADES: programa de atención domiciliaria equipo de soporte.

^aObtenido mediante las pruebas de la U de Mann-Whitney (variables con 2 categorías) y de la H de Kruskal-Wallis (variables con más de 2 categorías).

logía grave se cuantifica entre pacientes con deterioro de la función física grave o total respecto a los más favorecidos. En cuanto a las enfermedades asociadas, se observan diferencias entre el grupo menos afectado y los otros 2: así, entre los pacientes con menos comorbilidad, la presencia de manifestaciones de depresión es inferior, entre un 15 y un 18%, respecto a los otros 2 grupos. Además, entre los casos con sintomatología, la gravedad es superior en los pacientes con más enfermedades asociadas.

Resultados para los pacientes atendidos a domicilio

El 55% de los pacientes atendidos por los equipos PADES era mujer. La edad media de estos pacientes fue de 78,7 años (IC del 95%, 75,8-81,7) y el 17,9% no tenía estudios elementales. La distribución del diagnóstico principal (tabla 1) muestra una variabilidad considerable, aunque al agrupar todas las neoplasias observamos que éstas se convierten en el grupo diagnóstico mayoritario (40%). Para los pacientes atendidos por los PADES, la mediana de las puntuaciones de la GDS se situó en 9 (Q1 = 6,25; Q3 = 12,75), con una media de 8,7 ± 4,2. En el índice MEC se obtuvo una puntuación mediana de 24,5 (Q1 = 15; Q3 = 31), en el de Barthel de 57,5 (Q1 = 36,25; Q3 = 85) y en el de comorbilidad de Charlson igual a 5 (Q1 = 3; Q3 = 6).

En la tabla 2 observamos que el 77,5% de los pacientes atendidos a domicilio presentaba manifestaciones de depresión (un 45% de forma moderada y un 32,5% de

forma grave). La mitad de los pacientes no tenía deterioro cognitivo en grado alguno, y el mismo porcentaje era autónomo o dependiente leve en cuanto a su función física. El 55% de estos pacientes presentaba una alto grado de comorbilidad.

En la tabla 3 se muestra que el único factor asociado a la presencia de manifestaciones de depresión en estos pacientes fue el deterioro cognitivo: en los grupos con mayor deterioro, la distribución de las puntuaciones de la GDS también era mayor.

La estimación de la presencia de manifestaciones de depresión en cada una de las categorías del factor asociado se muestra en la tabla 4. Pueden observarse enormes diferencias, entre las que destaca en especial que de cada 3 individuos con deterioro cognitivo extremo que son atendidos a domicilio, 2 presentan sintomatología grave, mientras que en los pacientes sin deterioro, esto se observa en tan sólo uno de cada 10.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio consistía en la cuantificación de la presencia de manifestaciones de depresión y la evaluación de los posibles factores asociados a ésta, en 2 poblaciones muy distintas. Por una parte, tenemos un sector de población que corresponde a pacientes con enfermedades graves y deterioro cognitivo y funcional que está ingresado por alguna enfermedad crónica, cró-

TABLA 4. Distribución de la presencia de manifestaciones de depresión en las variables asociadas, según la unidad asistencial

Variables asociadas	Manifestaciones de depresión (GDS)		
	Normal n (%)	Síntomas moderados n (%)	Síntomas graves n (%)
<i>Pacientes institucionalizados</i>			
Escolaridad			
Estudios elementales	23 (44,2)	19 (36,5)	10 (19,2)
Sin estudios	2 (18,2)	6 (54,5)	3 (27,3)
Mini Examen Cognoscitivo (MEC)			
Sin demencia	9 (60,0)	4 (26,7)	2 (13,3)
Deterioro leve/moderado	7 (36,8)	9 (47,4)	3 (15,8)
Deterioro grave	9 (31,0)	12 (41,4)	8 (27,6)
Índice de Barthel			
Autónomo/dependiente leve/moderado	11 (45,8)	12 (50,0)	1 (4,2)
Dependiente severo/total	14 (35,9)	13 (33,3)	12 (30,8)
Índice de comorbilidad de Charlson			
0-2	14 (48,3)	11 (37,9)	4 (13,8)
3-4	8 (33,3)	10 (41,7)	6 (25,0)
5 o más	3 (30,0)	4 (40,0)	3 (30,0)
<i>Pacientes atendidos por PADES</i>			
Mini Examen Cognoscitivo (MEC)			
Sin demencia	5 (25,0)	13 (65,0)	2 (10,0)
Deterioro leve/moderado	3 (27,3)	3 (27,3)	5 (45,5)
Deterioro grave	1 (11,1)	2 (22,2)	6 (66,7)

PADES: programa de atención domiciliaria equipo de soporte.

nica agudizada e importantes dependencias. Por otro lado se encuentran los pacientes que residen en sus domicilios, con una importante comorbilidad, deterioro cognitivo y que precisan soporte asistencial.

En los resultados publicados en otros estudios realizados en pacientes ingresados en residencias⁵ u hospitalizados⁷ se observan grandes diferencias. La comparación de resultados, sin embargo, debe tener en cuenta la aplicación de métodos distintos. Así, se deben diferenciar con claridad los estudios que se refieren al diagnóstico y los que tienen en cuenta la sintomatología. Aun así, estas diferencias se podrían explicar, en parte, por diversas razones: la primera sería la heterogeneidad de las muestras o poblaciones en cuanto a edad, nivel cultural, enfermedades asociadas y, sobre todo, el lugar de ingreso, ya que las características de los ancianos ingresados en una residencia de pacientes válidos (pacientes mayores pero sin enfermedades graves y relativamente autónomos para las actividades básicas de la vida diaria [ABVD]) son diferentes de las de los ingresados en una residencia asistida con pacientes dependientes para las ABVD y en un centro sociosanitario con pacientes con mayor discapacidad y dependencia. Por otro lado, en muchos trabajos no se ha valorado el nivel cognitivo de los pacientes, ya que el nivel de deterioro cognitivo puede modificar tanto los síntomas depresivos como la percepción de depresión. En nuestro estudio se ha encontrado una significación estadística asociada al deterioro

cognitivo: en los grupos de pacientes con un mayor deterioro se observan niveles más elevados de sintomatología disfórica. Sin embargo, la bibliografía especializada muestra la pérdida de fiabilidad de la GDS en grupos con elevados niveles de deterioro cognitivo¹⁷, con lo que dicha asociación debe interpretarse con cautela. La presencia de manifestaciones de depresión en pacientes institucionalizados obtenida en nuestro estudio (60%) es similar a la observada en otros estudios que aplicaron la misma escala de valoración^{18,19}.

Entre los pacientes institucionalizados se hallaron asociaciones estadísticamente significativas con todas las variables estudiadas, excepto el sexo. De esta forma, se observa que los pacientes ingresados con mayor deterioro cognitivo, mayor dependencia física, con menor nivel de estudios y que además presentaban más enfermedades mostraban más manifestaciones de depresión. La asociación con el deterioro cognitivo en las personas mayores es perceptible en la práctica asistencial, y a veces es difícil diferenciar entre síntomas depresivos y una demencia incipiente²⁰. Dicha asociación, sin embargo, debe interpretarse con extrema prudencia debido a la posible baja fiabilidad de las puntuaciones de la GDS en pacientes con demencia. En esta etapa se producen cambios en la vida de estos pacientes, con la cesación de la actividad laboral, enviudamiento, soledad y sentimientos de pérdida que producen una sintomatología en

la que es difícil distinguir entre depresión y demencia²¹. En referencia a la asociación entre depresión y dependencia física, ésta parece clara teniendo en cuenta que la incapacidad y la dependencia implican sentimientos de frustración que generan depresión. La asociación con el nivel de estudios ya se observa en personas jóvenes, en las que un mayor nivel de estudios genera una mayor autoestima y realización, lo que genera menos frustración, menos sentimientos negativos, menor agresividad y menor depresión. Para los ancianos, esta asociación se ha demostrado en otros estudios²².

En referencia a los pacientes atendidos en su domicilio por los equipos PADES, llama la atención la elevada presencia de manifestaciones de depresión. Observamos que las cifras obtenidas, entorno al 75% (moderada y grave), son muy elevadas. Otros estudios realizados en la comunidad sitúan la prevalencia, aunque no la presencia de manifestaciones, entre el 10 y el 20%²³. Dichas diferencias pueden atribuirse a las distintas características de los pacientes atendidos por los PADES respecto a la población anciana de la comunidad en general. Sin embargo, no se puede descartar que el elevado deterioro cognitivo observado en muchos de estos pacientes implique un sesgo de los resultados que produzca una sobrestimación del fenómeno. Además de las consideraciones realizadas para los pacientes institucionalizados, cabe destacar, en estos pacientes, un alto grado de comorbilidad, así como la importante presencia de procesos neoplásicos, lo que podría representar una situación diferenciada de la depresión entre las personas con enfermedades oncológicas.

Destaca que en el grupo de PADES sólo se ha podido establecer una asociación con los factores estudiados, concretamente con el deterioro cognitivo. La sintomatología de depresión, sobre todo en su grado más acusado, aumenta de forma espectacular en los pacientes con mayor deterioro cognitivo. Dicha asociación puede explicarse por los mismos motivos comentados para los pacientes institucionalizados, aunque con idénticas precauciones. Contrariamente a lo que cabría esperar, no se observa una asociación significativa con las graves enfermedades que presentan, lo que es posible que se explique por el bajo número de pacientes registrados. En este sentido, creemos que sería interesante profundizar en el estudio de las relaciones entre la atención domiciliaria, la comorbilidad en general, y oncológica en particular, y el grado de deterioro cognitivo.

Los aspectos limitativos de este trabajo son, fundamentalmente, 2: primero, el bajo número de pacientes que se pudo analizar, lo que impidió realizar un análisis multivariable que permitiera explorar las interacciones entre los factores estudiados. Segundo, la ya comentada pérdida de fiabilidad de los resultados obtenidos por la GDS en pacientes con importantes grados de deterioro cognitivo. En este sentido, un estudio reciente²⁴ muestra que cambiar el punto de corte a 3/4 produce

una notable mejoría en la sensibilidad y mantiene razonablemente la especificidad del instrumento. Otra opción, quizás más interesante, sería la combinación de distintos instrumentos: la GDS para pacientes sin deterioro cognitivo y otros métodos validados para pacientes con demencia²⁵.

Por último, y como ya se ha comentado, aunque las 2 poblaciones estudiadas forman parte del circuito asistencial del Hospital de Sant Gervasi, la enorme heterogeneidad que hay entre ellas focaliza el interés de este trabajo en la descripción del problema en ambas poblaciones por separado, no en la comparación del problema entre ellas. En este sentido, y aunque el objetivo del estudio no fuera ése, las diferencias descriptivas que se insinúan entre pacientes institucionalizados y pacientes atendidos a domicilio sugieren el interés de corroborarlas en nuevas investigaciones destinadas a comparar el comportamiento de la depresión en los 2 ámbitos.

AGRADECIMIENTOS

Al personal médico y de enfermería del Hospital de Sant Gervasi y a los PADES de Nou Barris, Sant Andreu y Horta-Guinardó. Sin su inestimable ayuda no hubiera sido posible registrar la información en la que se basa este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salgado Alba A. Manual de geriatría. 3.ª ed. Barcelona: Salvat, 2002.
2. Lázaro M. Indicadores sanitarios. En: Geriatría XXI: análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Editores Médicos 2000; p. 97-8.
3. Diagnosis and treatment of depression in late life. NIH Consensus Development Conference. November 4-6, 1991. Consensus Statement 1991;9:1-27.
4. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). Int Clin Psychopharmacol 1997;12:19-29.
5. Monforte Porto JA, Fernández Rojo C, Díez Boizas J, Toranzo Martín I, Alonso Jiménez MM, Franco Martín MA. Prevalencia de la depresión del anciano que vive en residencias. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998;33:13-20.
6. López Trigo JA. La depresión en el paciente anciano. Revista electrónica de Geriatría y Gerontología [revista electrónica] 2001;3(2) [consultado 07/11/2002]. Disponible en: <http://www.geriatrianet.com/>
7. Koenig HG, George LK, Peterson BL, Pieper CF. Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. Am J Psychiatry 1997;154:1376-83.
8. Sheikh JL, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. En: Brink TL, editor. Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention. New York: Haworth Press, 1986.
9. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1982-83;17:37-49.
10. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose TL. Screening tests for geriatric depression. Clin Gerontol 1982;1:37-43.
11. Montorio I. La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica. Madrid: Instituto Nacional de Asuntos Sociales, 1994.
12. Aguado C, Martínez J, Onís MC, Dueñas RM, Albert C, Espejo J. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage. Aten Prim 2000;26(Supl 1):328.

13. Lobo A, Ezquerro J, Gémez Burgada F, Sala JM, Seva Déaz A. El Mini Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1979;7:189-202.
14. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
15. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373-83.
16. SPSS para Windows. Chicago: SPSS Inc., 1999.
17. Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *Int Psychogeriatr* 1996;8:103-12.
18. Pérez Almeida E, González MA, Moraleda P, et al. Incidencia de depresión en una residencia geriátrica y variables relacionadas con ella. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1989;24:27-33.
19. Rojas E, De las Heras FJ, Reig MJ, et al. Depresión y factores sociofamiliares en ancianos de una residencia geriátrica. *Psicopatología* 1991;11:20-4.
20. Yesavage J. Differential diagnosis between depression and dementia. *Am J Med* 1993;94:S23-8.
21. Reding M, Haycox J, Blass J. Depression in patients referred to a dementia clinic. A three-year prospective study. *Arch Neurol* 1985;42:894-6.
22. García Serrano MJ, Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano a riesgo. *Aten Prim* 2001;27:78-86.
23. Katona CLE. Depression in old age. Chichester: John Wiley & Sons, 1995.
24. De Craen AJ, Heeren TJ, Gussekloo J. Accuracy of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:63-6.
25. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988;23:271-84.