

ORIGINALES BREVES

Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo

M.J. García Serrano y J. Tobías Ferrer

Centro de Salud Manresa 2. Unitat Docent Centre i Lleida.

Objetivo. Estimar la prevalencia de los trastornos del ánimo en atención primaria, utilizando un test de cribado –Yesavage– y la asociación de los trastornos del ánimo a otras variables, para buscar el perfil del anciano que es más probable que presente una depresión a lo largo de su vida.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. ABS urbana.

Pacientes u otros participantes. Muestra de 173 pacientes mayores de 64 años.

Mediciones y resultados. Se realizó una valoración geriátrica integral. Se utilizó la escala de Yesavage en su versión completa (30 ítems). La prevalencia de depresión establecida (puntuación superior a 15) fue de un 16%. Se asociaban de forma estadísticamente significativa las siguientes variables: sexo femenino ($p = 0.000009$), edad ≥ 75 años ($p = 0.04$), analfabetismo o estudios primarios ($p = 0.01$), dependencia para una o más de las actividades de la vida diaria (AVD) según el índice de Katz ($p = 0.0000006$), antecedentes personales de depresión ($p = 0.01$), tratamiento actual antidepresivo ($p = 0.0002$), toma diaria de 3 o más fármacos ($p = 0.0009$) y aislamiento social ($p = 0.00006$).

Según el análisis multivariante, el nivel de estudios bajo ($p = 0.006$), la dependencia para una o más de las AVD ($p = 0.008$) y el aislamiento social ($p = 0.0008$) son las variables que se asocian con una mayor prevalencia de depresión.

Conclusiones. Es posible que la asociación entre nivel de estudios bajo y depresión se deba a la dificultad de entendimiento de ciertas preguntas.

Se realizó intervención terapéutica sobre depresiones establecidas no diagnosticadas.

La escala geriátrica de Yesavage resulta útil en atención primaria para identificar casos de trastorno de ánimo no detectados.

Palabras clave: Depresión. Atención primaria. Anciano. Yesavage.

PREVALENCE OF DEPRESSION IN THE OVER-65S. PROFILE OF THE ELDERLY PERSON AT RISK

Objectives. To calculate the prevalence of emotional disorders in primary care, using a screening test –the Yesavage– and the association of emotional disorders with other variables, with the aim of identifying the profile of an elderly person most likely to be depressed at some juncture of his/her life.

Design. Cross-sectional, descriptive study.

Setting. Urban health care.

Patients and other participants. Sample of 173 patients over 64 years old.

Measurements and results. An integrated geriatric assessment was conducted. The complete version of the Yesavage scale was used (30 items). 16% prevalence of depression (score over 15) was established. The following variables were associated with depression in a statistically significant way: feminine sex ($p = 0.000009$), age ≥ 75 ($p = 0.04$), illiteracy or completion of only primary education ($p = 0.01$), dependence in one or more activities of daily life according to the Katz index ($p = 0.0000006$), personal history of depression ($p = 0.01$), current treatment for depression ($p = 0.0002$), daily consumption of three or more drugs ($p = 0.0009$) and social isolation ($p = 0.00006$). Multivariate analysis revealed that low educational level ($p = 0.006$), dependence in one or more activities of daily life ($p = 0.008$) and social isolation ($p = 0.0008$) are the variables most associated with depression.

Conclusions. The association between low educational level and depression may be due to difficulty in understanding certain questions. A therapeutic intervention into established undiagnosed depressions took place. The Yesavage geriatric scale was useful in primary care for identifying undetected cases of emotional disorder.

Key words: Depression. Primary care. Elderly. Yesavage.

(*Aten Primaria* 2001; 27: 484-488)

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

Correspondencia: M. José García Serrano.
C/ Mossèn Cinto Verdaguer, 50. 08789 La Torre de Claramunt. (Barcelona).

Manuscrito aceptado para su publicación el 10-VII-2000.

Introducción

La prevalencia de la depresión en el anciano difiere según los diversos autores en un 6-20%¹⁻⁷. En los ancianos institucionalizados en centros geriátricos aumenta hasta un 27%⁸. Esta elevada disparidad refleja la dificultad de diagnóstico y clasificación de los diversos trastornos del ánimo desde los diferentes ámbitos sanitarios. En el año 1991 se realizó una conferencia de consenso (Consensus Development Conference of Depression in Late Life)² para ayudar a clarificar aspectos de epidemiología, patogenia, fisiopatología, prevención y tratamiento. Desde entonces se ha progresado mucho en el conocimiento de la depresión. Pero todavía continúa sin clarificarse un método diagnóstico y de clasificación muy fiable.

Esto ha provocado la búsqueda de métodos de diagnóstico que facilitaran el estudio de la incidencia y la prevalencia de la depresión, creándose así diversos tests de cribado.

Pero pese a todos los instrumentos de cribado existentes, la entrevista clínica es el método diagnóstico más efectivo. En este aspecto el personal de atención primaria es privilegiado, ya que mantiene múltiples entrevistas con el anciano y la familia que deben ser útiles para detectar problemática encubierta, como sería el caso de la patología psiquiátrica, sobre todo la depresión, que junto con la ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes⁹. El diagnóstico diferencial se deberá realizar con todas aquellas en-

fermedades físicas que pudieran producir síntomas depresivos: neurológicas, endocrinas, cardiovasculares, neoplasias, etc.⁷, pero sin olvidar que algunas de ellas predisponen a presentar un episodio depresivo por mecanismos fisiológicos directos⁶.

Con el presente estudio se intentó estimar la prevalencia de los trastornos del ánimo en la atención primaria, utilizando un test de cribado –Yesavage– y la asociación de los trastornos del ánimo a otras variables, para intentar buscar el perfil del anciano que desde atención primaria es más probable que presente una depresión a lo largo de su vida.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal, en un área básica de salud (ABS) urbana.

La muestra se obtuvo de todos los pacientes mayores de 64 años que acudieron durante el período comprendido entre septiembre de 1998 y febrero de 1999 a visita por voluntad propia de una unidad básica de salud de dicho centro.

Se excluyeron los pacientes con depresión grave actual (aquellos que tomaban tratamiento antidepresivo desde hacía menos de un mes o que no mejoraban clínicamente a pesar de realizarlo correctamente), aquellos pertenecientes a la atención domiciliaria, los que se negaron a la realización de los diversos tests y los pacientes con neoplasia terminal.

La muestra se calculó sobre una prevalencia de depresión del 12% (extraída de otros estudios realizados en el ámbito de la atención primaria, 1,4), una precisión del 5% y un error alfa del 5%, obteniéndose una muestra de 162 pacientes. Se recogieron los datos de 173 pacientes para tener en cuenta las posibles pérdidas.

Se definieron las siguientes variables: sexo, edad, nivel de estudios alcanzado (analfabetismo, estudios primarios incompletos o no, bachillerato, estudios universitarios), antecedentes familiares de depresión (solamente considerados los familiares de primer grado), antecedentes personales de depresión, último episodio depresivo en años, tratamiento actual antidepresivo, enfermedades cró-

TABLA 1. Escala de depresión geriátrica de Yesavage

	Sí	No
1. ¿Está satisfecho con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?	Sí	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	Sí	No
5. ¿Tiene usted mucha fe en el futuro?	Sí	No
6. ¿Tiene pensamientos que le molestan?	Sí	No
7. ¿Está la mayor parte del tiempo de buen humor?	Sí	No
8. ¿Teme que le pase algo malo?	Sí	No
9. ¿Se siente feliz muchas veces?	Sí	No
10. ¿Se siente a menudo impotente?	Sí	No
11. ¿Se siente a menudo intranquilo?	Sí	No
12. ¿Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir?	Sí	No
13. ¿Se preocupa usted a menudo sobre el futuro?	Sí	No
14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	Sí	No
15. ¿Cree que es maravilloso estar viviendo?	Sí	No
16. ¿Se siente a menudo triste?	Sí	No
17. ¿Se siente usted inútil?	Sí	No
18. ¿Se preocupa mucho sobre el pasado?	Sí	No
19. ¿Cree que la vida es muy interesante?	Sí	No
20. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	Sí	No
21. ¿Se siente lleno de energía?	Sí	No
22. ¿Se siente usted sin esperanza?	Sí	No
23. ¿Cree que los demás tienen más suerte que usted?	Sí	No
24. ¿Se siente usted muy nervioso por cosas pequeñas?	Sí	No
25. ¿Siente a menudo ganas de llorar?	Sí	No
26. ¿Es difícil para usted concentrarse?	Sí	No
27. ¿Está contento de levantarse por la mañana?	Sí	No
28. ¿Prefiere evitar grupos de gente?	Sí	No
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	Sí	No
30. ¿Está su mente tan clara como antes?	Sí	No

Cada respuesta contestada en negrita vale un punto.

Puntuación: 0-10, normal; 11-15, depresión leve, y > 15, depresión establecida.

nicas consideradas potencialmente depresógenas⁶ y su número (se consideró pluripatología crónica presentar 3 o más enfermedades crónicas), número de fármacos tomados diariamente (se valoró como plurimedición la toma de 3 o más fármacos diariamente) y si existía aislamiento social (considerado éste como el hecho de vivir solo/a y no tener relaciones o éstas ser escasas, con familiares o amigos).

Fue valorado el estado del ánimo depresivo con el test de cribado de Yesavage (tabla 1) en su versión completa de 30 ítems^{7,10,11}. Es la única validada en atención primaria. Se trata de la escala más utilizada en población anciana y es la única diseñada exclusivamente para este grupo de edad, presentando una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95%¹⁰.

Se relacionó el estado anímico (test de Yesavage) con el estado cognitivo (test de Pfeiffer) y con la valoración de las actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz).

La valoración cognitiva se realizó con el test de Pfeiffer o Short Portable Mental Status Questionnaire¹⁰⁻¹². Consta de 10 preguntas sobre orientación, cálculo y memoria, y presenta una sensibilidad del 82% y una especificidad del 92%.

La valoración funcional de las actividades básicas de la vida diaria (AVD) se realizó mediante el índice de Katz^{10,11,13,14}. Esta escala sencilla evalúa de forma dicotómica (dependiente/independiente) 6 funciones básicas.

Los 3 tests y el resto de variables estudiadas se recogieron en una única entrevista consultando algunos datos en la historia clínica. El test de Yesavage

TABLA 2. Distribución de las diferentes variables estudiadas respecto al test de Yesavage

	Yesavage (n = 173)		
	≤ 10 (n = 119)	≥ 11 (n = 54)	
Sexo			
Femenino	54 (55%)	44 (45%)	p = 0,000009*
Masculino	65 (87%)	10 (13%)	
Edad			
≥ 75	40 (60%)	27 (40%)	p = 0,0403*
< 75	79 (74%)	27 (25%)	
Estudios			
Primarios o INF	93 (65%)	51 (35%)	p = 0,0147*
Bachillerato o universitarios	26 (90%)	3 (10%)	
Test de Pfeiffer			
Alterado	7 (54%)	6 (46%)	p = 0,2267
Normal	112 (70%)	48 (30%)	
Índice de Katz			
Dependiente	17 (39%)	27 (61%)	p = 0,0000006*
Independiente	102 (79%)	27 (21%)	
Antecedentes familiares			
Sí	24 (65%)	13 (35%)	p = 0,56
No	95 (70%)	41 (30%)	
Antecedentes personales			
Sí	20 (53%)	18 (47%)	p = 0,0149*
No	99 (73%)	36 (27%)	
Tratamiento actual antidepresivo			
Sí	6 (32%)	13 (68%)	p = 0,0002*
No	113 (73%)	41 (27%)	
Enfermedades crónicas			
Sí	109 (68%)	52 (32%)	p = 0,3544
No	10 (83%)	2 (17%)	
Número de enfermedades crónicas			
≥ 3	47 (63%)	28 (37%)	p = 0,1286
< 3	72 (73%)	26 (27%)	
Número de fármacos			
≥ 3	47 (57%)	36 (43%)	p = 0,0009
< 3	72 (80%)	18 (20%)	
Aislamiento social			
Sí	6 (30%)	14 (70%)	p = 0,00006
No	113 (74%)	40 (26%)	

era el único autoadministrado con la excepción de los pacientes analfabetos o con problemas oculares, a los cuales se les realizaba el test oralmente.

Los resultados fueron procesados por el programa DBASE III-Plus sobre el que se elaboró la base de datos y fueron analizados por los paquetes estadísticos Epiinfo y SPSS. Se utilizó el test de ji-cuadrado y el test exacto de Fisher para el análisis de las variables cualitativas.

Se utilizó un nivel de confianza del 95% (IC del 95%).

Con finalidad descriptiva se analizó la asociación entre la presencia de un test de Yesavage alterado (puntuación ≥ 11) como variable dependiente y el resto de variables recogidas, empleando para ello un análisis multivariante de regresión logística, utilizando el método de entrada forzada de todo el conjunto de variables independientes.

Resultados

Se analizaron los datos de 173 pacientes de edad superior a 64 años. De ellos, 75 (43,4%) eran varones y 98 (56,6%), mujeres. La edad media fue de 73 años (IC del 95%, 72,08-73,91). El nivel de estudios se distribuyó de la siguiente manera: analfabetos, 9 sujetos (5,2%); estudios primarios incompletos o no, 135 (78%); bachillerato, 26 (15%), y estudios universitarios, 3 (1,7%).

En los diferentes tests utilizados, se obtuvieron los siguientes resultados:

– Test de Yesavage, con una puntuación media de 9,55 (IC del 95%, 8,68-10,41). La prevalencia de depresión establecida (puntuación > 15) fue de un 16% (IC del 95%, 13,7-18,3). Si ponemos el punto de corte en 10, la prevalencia de trastorno del ánimo aumenta hasta el 31% (IC del 95%, 26,5-35,5). Se observó asociación (p = 0,000009) entre sexo femenino y presentar patología de trastorno del ánimo (Yesavage ≥ 11).

– Test de Pfeiffer, con una puntuación media de 1,09 (IC del 95%, 0,93-1,25).

No se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa (p = 0,83) entre puntuaciones alteradas (déficit cognitivos leves, moderados o severos) y sexo. Tampoco se observó ninguna asociación (p = 0,079) entre presentar un test alterado (13 sujetos), 7,5% (IC del 95%, 6,5-8,5), y los grupos de edad, 5 sujetos < 75 años (38%) y 8 sujetos ≥ 75 años (62%).

Sí observamos que la presencia de deterioro cognitivo es más frecuente entre aquellos pacientes con estudios primarios o analfabetos (61%) que en los que tenían estudios superiores (39%), con diferencias estadísticamente significativas (p = 0,02).

– Respecto al índice de Katz, un 25,4% (IC del 95%, 21,7-29,1) de los pacientes presentaba algún grado de dependencia para las

TABLA 3. Análisis de regresión logística. Asociación de las variables independientes con la presencia de un test de Yesavage alterado (puntuación > 10)

Variable (categoría de exposición)	B	SE	p	Exp (B) RP estimada	IC del 95%
Sexo (femenino)	0,9180	0,4803	0,0559	2,5044	(0,97-6,41)
Grupo de edad (≥ 75 años)	0,4588	0,4350	0,2915	1,5822	(0,67-3,71)
Nivel de estudios (primarios)	2,3078	0,8478	0,0065	10,052	(5,27-52,96)
Test de Pfeiffer alterado (> 2)	1,4341	0,7931	0,0706	4,1960	(0,88-19,85)
Antecedentes familiares de depresión	0,0104	0,5039	0,9835	1,0105	(0,37-2,71)
Antecedentes personales de depresión	-0,3459	0,6254	0,5803	0,7076	(0,20-2,41)
Consumo de antidepresivos	1,5180	0,8716	0,0816	4,5631	(0,83-25,18)
Presencia de enfermedad crónica	-0,1507	0,8988	0,8669	0,8601	(0,15-5,01)
Consumo de 3 o más fármacos/día	0,7201	0,4710	0,1263	2,0545	(0,91-4,65)
Presencia de aislamiento social	2,1685	0,6449	0,0008	8,7454	(2,47-30,95)
Independencia según Y de Katz	1,3125	0,4977	0,0084	3,7154	(1,40-9,85)

B: coeficiente de regresión; SE: error estándar del coeficiente de regresión; p: valor de significación estadística; RP estimada: razón de prevalencia estimada de forma indirecta a partir del antilogaritmo de B, e IC del 95%: intervalo de confianza del 95%.

AVD básicas, siendo más frecuente este hallazgo entre las mujeres (40% frente a 7%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,00004$). También se observó asociación ($p = 0,01$) entre un índice de Katz dependiente para cualquiera de las AVD y presentar mayor edad; 20 sujetos (19%) menores de 75 años presentaban algún tipo de dependencia, respecto a 24 sujetos (36%) mayores de 75 años.

No se relacionó el hecho de tener antecedentes familiares de depresión con antecedentes personales de depresión. Diecinueve sujetos (11%) realizaban tratamiento actual antidepresivo.

Presentaban algún tipo de enfermedad crónica potencialmente depresógena 161 sujetos (93,1%) y solamente 12 (6,9%) no lo hacían. La media de enfermedades crónicas fue de 2,47 (IC del 95%, 2,25-2,69).

La media del número de fármacos tomados habitualmente fue de 2,83 (IC del 95%, 2,46-3,2).

Existían características de aislamiento social o problemática social en 20 sujetos (11,6%).

Para estudiar el perfil del paciente anciano que a lo largo de su vida es más probable que presente un trastorno del ánimo, se relacionaron todas las variables con el test de Yesavage alterado o no.

Los resultados se muestran en la tabla 2. En la tabla 3 se presentan los resultados del análisis multivariante. Las variables que mantienen una asociación estadísticamente significativa con la obtención de un test de Yesavage alterado son el antecedente de un nivel de estudios bajo, el aislamiento social y la presencia de cualquier grado de dependencia en el índice de Katz. A partir del valor de la odds ratio ajustada podemos estimar de forma indirecta la razón de prevalencia ajustada entre las categorías de las variables independientes estudiadas.

Discusión

La prevalencia de depresión, considerándola según el test de Yesavage con una puntuación > 15 , fue de un 16%. Es una prevalencia similar a la observada en otros estudios¹⁻³. Pero debemos tener en cuenta que por encima de 10 la prevalencia de depresión aumenta hasta un 31%. Más que de depresión, debería hablarse de trastorno del ánimo, ya que aquí se incluirían otras patologías como: duelo, distimia, ciclotimias, manía... que el test no discrimina y que simplemente orienta hacia una patología del ánimo.

Respecto al número de pacientes que fueron excluidos del estudio

por presentar una depresión grave actual (no cuantificados), debe tenerse en cuenta que aumentan la prevalencia de depresión, ya que son casos conocidos.

También podría haber aumentando la prevalencia de depresión si los pacientes que no participaron en el estudio, por voluntad propia –negación a la realización de los diversos tests–, por ser pacientes pertenecientes a la atención domiciliaria o por presentar una neoplasia terminal (no cuantificados), hubieran participado en éste.

A pesar de que la escala es la única creada exclusivamente pensando en el paciente anciano, hay que hacer algunas matizaciones sobre problemas observados al realizar oralmente el test a pacientes con patología oftálmica o analfabetos. En los ancianos en que el test era autoadministrado, en ocasiones marcaban alguna de esas preguntas para preguntar el significado o para dar una explicación sobre la respuesta.

Las preguntas que crearon más confusión fueron las siguientes: ¿tiene usted mucha fe en el futuro?, ¿se siente a menudo impotente?, ¿le cuesta iniciar nuevos proyectos? y ¿es difícil para usted concentrarse?

Por todo ello, es fácil pensar que a ciertas preguntas no se haya con-

testado correctamente, pero no porque exista patología sino porque no se entendiera el significado. De todos los sujetos estudiados, un 83,2% era analfabeto o tenía estudios primarios incompletos o no, existiendo una relación estadísticamente significativa entre los estudios y presentar un test de Yesavage alterado (> 10). El análisis de regresión logística mostró que la prevalencia de depresión es diez veces más frecuente entre los pacientes con un nivel de estudios bajo respecto a aquellos con estudios de bachillerato o superiores. Es posible que esta asociación no sea real y que más bien se deba a la dificultad de entendimiento de ciertas preguntas.

Realizaban tratamiento actual antidepresivo 19 sujetos (11%), lo cual nos demostraría que, al igual que en otros estudios³, los trastornos del ánimo están infradiagnosticados e infratratados, sea cual fuere el método diagnóstico utilizado.

El anciano al cual desde atención primaria debemos prestar mayor atención, para descartar en su evolución un trastorno del ánimo, sería el que, según el estudio, cumpliría el siguiente perfil: sexo femenino, edad ≥ 75 años, estudios primarios o inferiores, dependencia para alguna de las actividades básicas de la vida diaria, antecedentes personales previos de depresión, tratamiento actual con antidepresivos, toma de fármacos diariamente ≥ 3 y aislamiento social.

De todos ellos, debemos hacer mayor hincapié en los ancianos con un nivel de estudios bajo, con alguna dependencia para las AVD diarias y con aislamiento social, que mantienen una relación estadísticamente significativa con el hecho de presentar un test de Yesavage alterado en el análisis de regresión logística, ya que éste discrimina las posibles variables de confusión.

Posteriormente, se realizó intervención a dos niveles: sobre depresiones establecidas no diagnosticadas hasta el momento y sobre dependencia de AVD básicas tampoco conocidas, esencialmente en mujeres con índice de Katz B correspondiente a incontinencia urinaria no diagnosticada previamente.

Bibliografía

1. De la Gándara. Manejo de la depresión y ansiedad en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20: 389-394.
2. Lebowitz B, Pearson J, Schneider L, Reynolds C, Alexopoulos G, Livingston M et al. Actualización y tratamiento de la depresión en los ancianos. JAMA (ed. esp.) 1998; 7: 162-167.
3. Rispa A, Soler M, García Y, Caramés E, Espín A, García C. Factores de riesgo asociados al consumo de antidepresivos. Aten Primaria 1998; 22: 440-443.
4. Penninx B, Guralnik J, Ferrucci L, Simonsick E, Deeg D, Wallace R. Síntomas depresivos y deterioro físico en ancianos residentes en la comunidad. JAMA (ed. esp.) 1999; 8: 6-13.
5. Covinsky K, Fortinsky R, Palmer R, Kresevic D, Landefeld S. Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older persons. Ann Intern Med 1997; 126: 417-425.
6. Del Moral E, Puigdemont D, Serrano D, Pérez J. Depresión en el anciano. Epidemiología, clínica y diagnóstico. Jano 1995; 49: 871-876.
7. Giralt JM, Busquets E, Pérez FA, López A, Díaz N, Osorio Y. Educación médica continuada en atención primaria 7. Tema monográfico. Depresión. Jano 1999; 56: 695-738.
8. Van der Pol C, Setter S, Hunter K, Pamintuan H. La depresión en los ancianos que viven en centros geriátricos. Postgraduate Medicine 1999; 1: 45-51.
9. Montón C. El malestar psíquico en atención primaria. HUMANA 1998; 1: 28-35.
10. Beamud D, Bosch JM, Castro L, Hoyos MC, Miguel I, Morera R et al. Plan de formación a distancia SCMFIC-SMMFYC. Personas mayores: fisiología del envejecimiento. Unidad didácticas 1. Evaluación del paciente mayor. Barcelona: Doyma, 1998.
11. García J, Muñoz C, Ribera J. Valoración geriátrica en atención primaria. Jano 1997; 52: 2217-2226.
12. Tomás M, Pujadas F, Lafont J, Adalid C, Franch Ll, Cordón F. Prevalencia de deterioro cognitivo en una población urbana en edad geriátrica. Aten Primaria 1991; 8: 379-385.
13. Benítez M, Hernández P, Barreto J. Evaluación geriátrica exhaustiva en atención primaria: valoración de su utilidad. Aten Primaria 1994; 13: 8-14.
14. Álvarez M, De Alaiz A, Brun E, Cabaneros J, Calzón M, Cosío I et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años según el índice de Katz. Fiabilidad del método. Aten Primaria 1992; 10: 812-816.