

Estudio descriptivo de los trastornos de ánimo en la población mayor de 65 años que acude a consulta en un medio rural

E. Rodríguez Fernández^a y A. Gómez Moraga

^aCentro de Salud Albox. Almería.

^bCentro de Salud Alhama. Murcia.

OBJETIVOS. Conocer el grado de ansiedad/depresión y deterioro cognitivo en una población rural y su relación con variables sociodemográficas, hábitos tóxicos y saludables y ciclo vital familiar (CVF).

MÉTODOS. Estudio descriptivo transversal. El ámbito de estudio fue población rural, perteneciente a una consulta periférica de Zona Básica de Salud. De un total de 248 mayores de 65 años, participaron 170 pacientes, no institucionalizados, que acudían a consulta a demanda o programada. Las mediciones realizadas fueron: A) Variables sociodemográficas: edad, sexo, hijos, estado civil, nivel de instrucción y convivencia. B) Hábitos tóxicos y saludables: tabaco, alcohol, ansiolíticos, analgésicos, andar y actividades ocupacionales. C) CVF. D) Escala de ansiedad/depresión de Goldberg (EADG) y prueba de Pfeiffer. Se realizó un estudio descriptivo de cada variable y análisis bivalente mediante χ^2 de Pearson.

RESULTADOS. A) *Variables sociodemográficas:* El perfil del encuestado es mujer (106/170; 62,4%) entre 65-69 años (57/170; 33,5%), casada (108/170; 63,5%) con tres hijos (56/170; 32,9%), nivel de instrucción leer y escribir (145/170; 85,3%) y vive en casa propia con cónyuge (108/170; 63,6%). B) *Hábitos tóxicos y saludables:* 1. El 20% (34/170) y el 96,5% (164/170) consumen alcohol y no fuman, respectivamente. 2. El 33% consumen analgésicos y ansiolíticos diariamente. 3. El 57,6% (98/170) caminan 30 minutos diariamente. 4. La TV/radio es la ocupación de ocio más frecuente (58,2%). C) CVF: el 42,9% (73/170) se encuentran al final de la fase de contracción. D) *Pruebas:* 1. EADG: el 16,5% presentan posible ansiedad y el 17,6% depresión. 2. Pfeiffer: el 14,7% presentan deterioro cognitivo leve. E) *Relaciones:* 1. La ansiedad/depresión presenta una predisposición mayor en mujer ($p = 0,0090$), con duelo ($p = 0,0027$). Caminar entre 30-60 minutos/día disminuye la probabilidad de depresión ($p = 0,0385$). 2. Presentar deterioro cognitivo leve se relaciona con ser mujer ($p = 0,0156$), mayor

de 80 años ($p = 0,0097$), leer y escribir ($p = 0,0000$) y sin cónyuge ($p = 0,0004$).

CONCLUSIÓN. 1. Alta prevalencia de patología psicopatológica (ansiedad/depresión). 2. Ser mujer y la ausencia del cónyuge predisponen a ansiedad/depresión y deterioro cognitivo.

Palabras Clave: ansiedad/depresión, deterioro cognitivo, población rural, Atención Primaria.

OBJECTIVES. Know the degree of anxiety/depression and cognitive deterioration in a rural population and its relationship with socio-demographic, toxic and healthy habits, and familial life cycle (FLC) variables.

METHODS. Descriptive cross sectional study. The study scope was rural population, belonging to a Basic Health Area peripheral out-patient clinic. A total of 170 patients out of 248 over 65 years participated. They were not institutionalized and they came to the clinic on demand or programmed visit. The measurements performed were: A) Socio-demographic variables: age, gender, children, civil status, schooling level and cohabitation. B) Toxic and healthy habits: tobacco, alcohol, anxiolytics, analgesics, walking and work activities. C) FLC. D) Goldbert anxiety/depression scale (GADS) and Pfeiffer test. A descriptive study of each variable and bivariate analysis by Pearson's X^2 were performed.

RESULTS. A) Socio-demographic variables: the survey profile is woman (106/170; 62.4%), between 65-69 years (57/170; 33.5%), married (108/170; 63.5%), with three children (56/170; 32.9%), schooling level reading and writing (145/170; 85.3%) and living in own home with spouse (108/170; 63.6%). B) Toxic and healthy habits: 1. 20% (34/170) and 96.5% (164/170) consumed alcohol and did not smoke respectively. 2. 33% consumed analgesics and anxiolytics daily. 3. 57.6% (98/170) walked 30 minutes daily. 4. TV/radio is the most frequent leisure time occupation (58.2%) C) FLC: 42.9% (73/170) were at the end of the contract phase. D) Tests: 1- EADG: 16.5% have possible anxiety and 17.6% depression. 2. Pfeiffer: 14.7% had mild cognitive deterioration E) Relationships: 1. Anxiety/depression present a greater predisposition in women ($p = 0.0090$), with

Correspondencia: E. Rodríguez Fernández.
C/ Paraguay, 18, 1.º D.
30600 Archena. Murcia.
Correo electrónico: algomo@cajamurcia.es

Recibido el 6-3-03; aceptado para su publicación el 17-7-03.

mourning ($p = 0.0027$). Walking between 30-60 minutes/day decreases probability of depression ($p = 0.0385$). 2. Presenting mild cognitive deterioration is related with being a woman ($p = 0.0156$), older than 80 years ($p = 0.097$), reading and writing ($p = 0.0000$) and without spouse ($p = 0.0004$).

CONCLUSIONS: 1) High prevalence of psychosomatic disease (anxiety/depression). 2) Being a woman and absence of spouse predisposes to anxiety/depression and cognitive deterioration.

Key words: anxiety/depression, cognitive deterioration, rural population, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

La morbilidad psíquica en la población general es del 15% de los individuos, siendo el doble en Atención Primaria. La cuarta parte de los pacientes que llegan al médico de familia tienen malestar psíquico significativo, siendo ansiedad y depresión los problemas, con mucho, más frecuentes en este entorno (33,8% y 23%, respectivamente). Sin embargo, existe una insuficiente detección de morbilidad psíquica en Atención Primaria motivada, tal vez, por factores relacionados con el médico (falta de motivación, experiencia, técnicas, etc.), con el paciente (edad avanzada, minorías étnicas, somatización, cuadros de larga evolución, patología no demandada de forma directa, etc.) o con el sistema sanitario (presión asistencial elevada)¹⁻⁵.

Actualmente existe un crecimiento en el segmento de la población "anciana" que genera una gran preocupación social por precisar mayor atención y recursos sanitarios, unido a una disminución de su capacidad económica e inferioridad de condiciones motivada por la falta de adaptación ante las nuevas situaciones. España ha experimentado en los últimos años uno de los procesos de envejecimiento más rápidos del mundo: el número de ancianos ha crecido casi siete veces y los octogenarios se han multiplicado por trece. Esta situación plantea a los profesionales médicos y al Sistema Nacional de Salud nuevos retos que se resumen en el logro del bienestar de este colectivo cada vez más numeroso. Según el último estudio realizado por el INSALUD, la población anciana representa el 20% de todas las consultas médicas en España, el 68% del gasto total en farmacia y el 40% del gasto sanitario total^{2,6}. Por otro lado, la patología ligada al deterioro de la función mental ha crecido en términos epidemiológicos en una proporción paralela al envejecimiento de la población, quedando justificada la necesidad de investigar el campo de la función mental en las personas mayores. La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento recomendó "promover una salud mental positiva durante todo el ciclo vital"⁷.

En 1988, el profesor David Goldberg publicó una nueva escala EADG (escala de ansiedad y depresión de Goldberg) para ayudar al médico no psiquiatra a diagnosticar "un caso probable" de ansiedad/depresión⁸. La validación española se realizó para la Atención Primaria en Zaragoza⁴.

El EADG es un sencillo indicador de prevalencia de la morbilidad más frecuente, afectivo/emocional, angustia/ansiedad, depresión o estados mixtos, teniendo especial aplicabilidad en pacientes o grupos concretos^{4,5,9}.

Por ello, nos propusimos como objetivo principal, conocer la prevalencia de ansiedad/depresión en el ambiente rural y de edad elevada en el que ejercíamos nuestra labor. Como objetivo secundario, conocer la presencia de deterioro cognitivo y establecer relaciones entre una serie de variables sociodemográficas, clínicas y de actividades de ocio.

MATERIAL Y MÉTODO

Para llevar a cabo nuestros objetivos se desarrolló un estudio descriptivo-transversal durante el primer cuatrimestre de 2002, consistente en una encuesta dirigida a la población rural perteneciente a una consulta periférica de la Zona Básica de Salud de Albox (Almería).

De un total de 248 personas mayores de 65 años, participaron 170 pacientes, no institucionalizados y que acudían a consulta a demanda o programada de Medicina de Familia en el consultorio. En algunas ocasiones se realizó en visitas a domicilio.

Los criterios de pérdida o exclusión fueron la imposibilidad de realizar la encuesta por motivos de deterioro cognitivo establecido y/o mental graves, encontrarse en fase terminal o la negativa a realizar la encuesta.

Un sesgo a tener en cuenta es que sólo disponemos de información puntual de esta población y no del resto de la Zona Básica de Salud.

Se realizó una encuesta que incluía los siguientes apartados:

A) Variables sociodemográficas: sexo, edad (65-69, 70-74, 75-79 y ≥ 80 años), número de hijos, situación civil (soltero, casado, viudo y divorciado/separado), nivel de instrucción (analfabeto, leer y escribir, estudios primarios, secundarios, universitarios) y convivencia (en casa/fuera de casa, cónyuge/sin cónyuge, familiar/sin familiar).

B) Variables clínicas: antecedentes familiares de ansiedad/depresión, antecedentes personales de ansiedad/depresión, manifestaciones psicopáticas (pacientes con diagnóstico previo de patología psiquiátrica), síntomas somáticos inespecíficos (mareos, cefaleas, parestesias y dolor torácico), enfermedades crónicas (artrosis, hipertensión arterial [HTA], enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], dislipidemias, diabetes, insuficiencia cardíaca, neoplasia, enfermedad neurológica, demencia y pluripatología), paciente pluriconsultante (si acudía más de 6 veces/año a consulta) y factores de riesgo (duelo, ruptura matrimonial, cuidado enfermo terminal).

C) Hábitos tóxicos y saludables: consumo de alcohol (gramos/día), tabaco (sí/no), ansiolíticos (sí/no) y analgésicos (sí/no); tiempo que dedican a caminar (no camina, hasta 30 minutos, entre 30-60, y más de 60 minutos) actividades de ocio (televisión/radio, jardín/huerta, costura, casino/bar, lectura, caza, casa, pintura, bricolaje).

D) Ciclo Vital Familiar (según la OMS)¹⁰.

E) Escala de ansiedad/depresión de Goldberg (Goldberg et al 1988. Versión española GZEMPP, 1993): es heteroadministrada (entrevistador o el profesional sanitario). No se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Cada ítem valorado se marca con una cruz en el recuadro correspondiente (sí, no). Las cuatro primeras preguntas de cada subescala son obligatorias. El resto se hacen si en la subescala de ansiedad hay ≥ 2 respuestas positivas y en la subescala de depresión si hay ≥ 1 respuestas positivas. La puntuación es independiente para cada escala. Cada ítem positivo es un punto, independientemente de su orden. Los puntos de corte en la versión española: "probable ansiedad" si puntúa ≥ 4 en la primera subescala y "probable depresión" si es ≥ 2 en la segunda subescala^{4,9}.

F) Prueba de Pfeiffer: valora el estado cognitivo. Se clasifica según el número de errores: 0-2 normal, 3-4 deterioro leve, 5-7 deterioro moderado (patológico) y 8-10 deterioro importante. En los individuos con nivel de estudios primarios se permite un error más. En los individuos con nivel de estudios superior, un error menos².

El tratamiento estadístico ha consistido en el estudio descriptivo de cada variable y análisis bivariante mediante la χ^2 de Pearson.

RESULTADOS

Variables sociodemográficas

1) *Sexo*: el 62,4% (106/170) de los encuestados eran mujeres (tabla 1).

2) *Edad*: el 33,5% (57/170) se encontraban entre los 65-69 años de edad. El segundo grupo más numeroso fue ≥ 80 años (26,5%; 45/170) (tabla 1).

3) *Número de hijos*: el 32,9% (56/170) de los encuestados tenían 3 hijos (tabla 1).

4) *Situación civil*: el 63,5% (108/170) se encuentran en la situación de casados (tabla 1).

5) *Nivel de instrucción*: de los 170 encuestados el 85,3% (145/170) sólo saben leer y escribir y el 12,9% (22/170) son analfabetos (tabla 1).

6) *Convivencia*: el 99,04% (169/170) viven en casa de su propiedad. En la distribución de las formas de convivencia, predomina con el cónyuge (63,4%; 108/170) (tabla 1).

Variables clínicas

1) *Antecedentes familiares de ansiedad/depresión*: sólo el 1,8% (3/170) presentaban antecedentes, el resto o no presentaban o no recordaban (tabla 2).

2) *Antecedentes personales de ansiedad/depresión*: el 28,8% (49/170) tenían antecedentes (tabla 2).

3) *Manifestaciones psicopáticas*: el 96,5% no presentaban este tipo de manifestaciones (tabla 2).

4) *Síntomas somáticos inespecíficos*: el 14,7% (25/170) presentaban algún tipo de síntoma somático: mareos (9,4%; 16/170), cefaleas (4,7%; 8/170) y dolor torácico (0,6%; 1/170) (tabla 2).

5) *Enfermedades crónicas*: destacan la osteoartritis (66,5%; 113/170) y la hipertensión arterial (64,1%; 109/170) (tabla 2).

6) *Paciente pluriconsultante*: el 31,2% (53/170) habían acudido a consulta más de 6 veces en el último año (tabla 2).

7) *Factores de riesgo*: el 26,3% (45/170) presentaban alguno de ellos, destacando el duelo (17%; 29/170) (tabla 2).

Hábitos tóxicos y saludables

1) *Consumo de alcohol*: el 20% (34/170) de encuestados consumía alcohol (8 hasta 20 g/d, 12 entre 21-40 g/d, 9 entre 41-60 g/d y 5 > 61 g/d) (tabla 3).

2) *Consumo de tabaco*: el 96,5% (164/170) no fumaba (tabla 3).

3) *Consumo de ansiolíticos*: el 33,5% (57/170) consumían ansiolíticos (tabla 3).

4) *Consumo de analgésicos*: el 32,9% (56/170) de los encuestados manifestaron consumir analgésicos de forma continuada y diaria (tabla 3).

5) *Tiempo que dedican a caminar*: la proporción más elevada caminaba menos de 30 minutos diariamente (57,6%; 98/170). El 22,9% (39/170) no tenía hábito de caminar (tabla 4).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los pacientes encuestados

Variables	n.º	%
Sexo		
Hombre	64	37,6
Mujer	106	62,4
Edad (años)		
65-69	57	33,5
70-74	38	22,4
75-79	30	17,6
≥ 80	45	26,5
Número de hijos		
0	21	12,4
1	9	5,3
2	46	27,1
3	56	32,9
4	22	12,9
5	7	4,1
6	8	4,7
7	1	0,6
Situación civil		
Soltero/a	10	5,9
Casado/a	108	63,5
Viudo/a	50	29,4
Divorciado/separado	2	1,2
Nivel de instrucción		
Analfabeto/a	22	12,9
Leer y escribir	145	85,3
Estudios primarios	1	0,6
Estudios secundarios	1	0,6
Estudios universitarios	1	0,6
Convivencia		
En casa		
Con cónyuge	72	42,3
Con cónyuge e hijo	36	21,1
Solos	33	19,4
Con familiar	28	16,4
Fuera de casa	1	0,6

Tabla 2. Variables clínicas de los encuestados

Variables	n.º	%
Antecedentes familiares (ansiedad/depresión)		
Sí	3	1,8
No	99	58,2
No recuerda	68	40
Antecedentes personales (ansiedad/depresión)		
Sí	49	28,8
No	121	71,2
Manifestaciones psicopáticas		
Sí	6	3,5
No	164	96,5
Síntomas somáticos inespecíficos		
Sí	25	14,7
No	145	85,3
Enfermedades crónicas		
Osteoartritis	113	66,5
HTA	109	64,1
EPOC	30	17,6
Dislipidemias	28	16,5
Diabetes	21	12,4
Insuficiencia cardíaca	11	6,5
Neoplasia	11	6,5
Enfermedad neurológica	2	1,2
Demencia	1	0,6
Pluripatología	1	0,6
Paciente pluriconsultante		
Sí	53	31,2
No	117	68,8
Factores de riesgo (ansiedad/depresión)		
No	125	73,53
Sí		
Duelo	29	17,06
Enfermedad terminal	12	7,06
Ruptura matrimonial	4	2,35
Ciclo-vital		
Soltero	10	5,8
Fase I	7	4,1
Fase II	0	0
Fase III	2	1,1
Fase IV	29	17
Fase V	73	42,9
Fase VI	49	28,8

HTA: hipertensión arterial; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

6) *Actividades de ocio*: como actividad destacada se encontraba ver televisión y/o escuchar radio (58,2%; 99/170) (tabla 4).

Ciclo vital familiar

El 42,9% (73/170) se encontraban en la fase V del ciclo vital familiar, desde que el último hijo ha abandonado el hogar familiar hasta la muerte de uno de los cónyuges (tabla 2).

Escala ansiedad/depresión de Goldberg

Los "posibles casos" detectados con ansiedad y/o depresión fueron el 16,5% (28/170) y el 17,6% (30/170), respectivamente (tabla 5).

Prueba de Pfeiffer

Sólo el 14,7% (25/170) presentaban deterioro cognitivo leve. No hubo ningún encuestado con deterioro grave o muy grave (tabla 5).

Tabla 3. Hábitos tóxicos de los encuestados

Variables	n.º	%
Consumo de alcohol		
Sí	34	20
No	136	80
Consumo de tabaco		
Sí	6	3,5
No	164	96,5
Consumo de ansiolíticos		
Sí	57	33,5
No	113	66,5
Consumo de analgésicos		
Sí	56	32,9
No	114	67,1

Tabla 4. Actividades de ocio de los encuestados

Variables	n.º	%
Televisión/radio	99	58,2
Jardín/huerta	43	25,3
Costura	35	20,6
Casino/bar	30	17,6
Lectura	13	7,6
Caza	10	5,9
Casa	4	2,4
Pintura	3	1,8
Bricolaje	3	1,8
Caminar		
No camina	39	22,9
Hasta 30 minutos	98	57,6
Entre 30-60 minutos	28	16,4
Más de 60 minutos	5	2,9

Tabla 5. Pruebas de ansiedad/depresión de Goldberg y Pfeiffer

Pruebas	Normal n.º (%)	Alterado n.º (%)
Ansiedad (punto de corte ≥ 4)	142 (83,5)	28 (16,5)
Depresión (punto de corte ≥ 2)	140 (82,4)	30 (17,6)
Pfeiffer (deterioro leve: 3-4 errores)	145 (85,3)	25 (14,7)

Relación entre variables y escala ansiedad-depresión de Goldberg/prueba de Pfeiffer

Presentar ansiedad se relacionaba con ser pluriconsultante ($p = 0,0013$) y hacer ganchillo como actividad de ocio ($p = 0,0303$).

Presentar depresión se relacionó con ser mujer ($p = 0,0090$), presentar manifestaciones psicopáticas ($p = 0,0013$), consumir ansiolíticos ($p = 0,0007$), encontrarse en fase de duelo ($p = 0,0027$). Caminar entre 30-60 minutos diarios se asoció con no presentar depresión.

El deterioro cognitivo leve presentó relación positiva con el hecho de ser mujer ($p = 0,0156$), tener ≥ 80 años ($p = 0,0097$), encontrarse en la situación civil de viudo/a ($p = 0,0004$), ser analfabeto/a ($p = 0,0000$), vivir en casa sin cónyuge ($p = 0,0001$), no presentar antecedentes fa-

miliares de ansiedad/depresión ($p = 0,0064$) y encontrarse en la etapa VI (disolución) del ciclo vital familiar ($p = 0,00028$).

DISCUSIÓN

La alta prevalencia de la patología psicosomática, en nuestro medio, hace necesario disponer de herramientas que nos permitan realizar una detección de esta patología, si es posible precozmente. Por otro lado, el escaso tiempo disponible en Atención Primaria, motivado por la elevada demanda asistencial, determina que las herramientas a utilizar sean rápidas y sencillas. Tal es el caso del cuestionario EADG, que permite incorporarlo dentro de la entrevista clínica y ser utilizado como guía para detectar la prevalencia de la morbilidad psicosomática, ansiedad y depresión, como mayores exponentes^{3,4,8,11}.

El trabajo se ha realizado en un medio rural y en mayores de 64 años, teniendo que superar momentos iniciales de reticencia que fueron posteriormente asumidos con buen talante por la población a estudiar e incluso solicitando, los pacientes, la realización del cuestionario.

Un sesgo a tener en cuenta es que el estudio se ha realizado en una consulta periférica de la zona de salud.

La utilización del cuestionario EADG en población mayor de 64 años ha sido, por su fácil manejo y brevedad, integrada dentro de la historia clínica. A ello se ha unido una prueba cognitiva y una serie de variables, entre las que destacan las relacionadas con sus actividades de ocio y aficiones, con su estilo de vida.

Sigue siendo la mujer, como en otros estudios, la que más frecuente la consulta médica (62,4%), generalmente entre 65-69 años y con una media de tres hijos^{12,13}.

Como en muchas personas de esta generación (nacidos antes de 1936) el nivel de instrucción es escaso (sólo leer y escribir el 85,36% y analfabeto el 12,9%), hecho tenido en cuenta a la hora de puntuar el cuestionario de Pfeiffer.

El 77% de los encuestados referían caminar 30 minutos o más al día, cifra que supera la encontrada en la Encuesta Nacional de Salud Española^{6,14}. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre caminar más de 30 minutos y el hecho de no padecer un proceso depresivo. Los estudios epidemiológicos sugieren que el aumento de la actividad física está asociado como medida preventiva no sólo en la cardiopatía sino en muchas otras áreas de la medicina geriátrica^{6,14-16}. Hay información convergente de que el ejercicio físico reduce las crisis de angustia y presenta un efecto antidepresivo^{6,10,17,18}. Por ello, debemos potenciar entre la población general y, en mayores de 64 años en particular, los paseos diarios de más de 30 minutos. En este sentido la recomendación del PAPPS es realizar un ejercicio físico aeróbico durante más de 30 minutos, más de 3 días en la semana⁶ y con una intensidad capaz de mantener las pulsaciones entre el 60% y el 85% de la frecuencia cardíaca máxima teórica (220-edad), o las pulsaciones según la edad⁶.

Obtenemos cifras de depresión del 17,6%, semejante a otros autores¹⁹. Incluso utilizando prueba de cribado dis-

tinto al utilizado por nosotros y en poblaciones urbanas, mantienen aproximadamente el mismo porcentaje de trastornos depresivos¹² (hay que tener en cuenta que en Atención Primaria está más implantada la prueba de Yesavage para el estudio de la depresión de personas mayores). Es decir, las personas mayores de 65 años presentan una incidencia de cuadros ansioso/depresivos igual a la población general y, por ello, debemos alejarnos de los tópicos que indican que en la vejez no queda espacio para la depresión o que ésta es consecuencia del propio devenir del tiempo.

Hemos medido también el posible deterioro cognitivo. Aunque con dudas, el deterioro cognitivo leve que crece proporcionalmente al aumento del envejecimiento de la población, se relaciona con la demencia precoz; de hecho, el 12% de estos pacientes evolucionan cada año a enfermedad de Alzheimer²⁰. La posibilidad de conocer la presencia de deterioro cognitivo leve debe poner en marcha una intervención precoz para enlentecer el proceso de deterioro cognitivo al disponer de medidas farmacológicas y no farmacológicas para mejorar dichos procesos en ancianos²¹. Alexopoulos et al encontraron (1992) que en ancianos deprimidos con deterioro cognitivo tenían, al cabo de tres años de seguimiento, un riesgo cinco veces superior para desarrollar demencia que otro grupo de ancianos deprimidos pero sin deterioro cognitivo²².

Por ello, creemos que deberían realizarse tareas de promoción y prevención del cuadro ansioso/depresivo en el grupo específico mayor de 65 años con las características de ser mujer, haber presentado con anterioridad patología psíquica, consumir ansiolíticos y presentar un deterioro cognitivo leve.

Al analizar la fase del ciclo vital familiar en que se encontraban los usuarios encuestados, así como los factores de riesgo a los que se encontraban sometidos, deducimos la necesidad de potenciar las ayudas en las fases de duelo, ya que se incrementa la posibilidad de cuadro ansioso/depresivo durante estos momentos.

Dentro de los hábitos tóxicos, llama la atención la persistencia de un consumo moderado de alcohol en el 20% de los encuestados y, sin embargo, la supresión casi total (96%) del hábito tabáquico²³.

Por otro lado, resulta inquietante la relación positiva entre presentar ansiedad y ser pluriconsultante, en cuanto que nos obliga a preguntarnos hasta qué punto somos responsables del mantenimiento de este cuadro¹³.

La valoración geriátrica integral debe apoyarse en distintos instrumentos de valoración (como escalas EADG). Aunque no deben sustituir al proceso de valoración, sí han de ser incorporados como complemento a la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serrano P, Celdrán D, García JC, García MR, López LS, Llorente M, et al. Depresión. Recomendaciones semFYC. Barcelona: Edide, 2001.
2. Méndez-Cabeza JC, Herrera J, Castellán A, Martín R, Albert V, Maestro E, et al. Atención al Anciano Modulo de Formación Continuada en Atención al Individuo. Barcelona: semFYC y SEMERGEN, 2000.

3. Ciurana R, Buitrago F, Chocrón L, García J, Fernández MC, Montón C, et al. Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: semFYC, 2001.
4. Lobo A, Montón C, Campos R, García Campayo J, Pérez MJ y Grupo de Trabajo de Zaragoza para el estudio de la morbilidad psíquica y psicósomática. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento EADG. Zaragoza: Luzán, 1993.
5. Duch Campodarbe FR, Ruiz de Porras Roselló L, Gimeno Ruiz de porras D, Allué Torra B, Palou Vall I. Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria. *Semergen* 1999; 25(3):209-25.
6. Gorroñoigoitia A, Álvarez M y Grupo de Trabajo de la SEMFYC. Atención al Anciano. Madrid: Ediciones Eurobook SL, 1997.
7. Función mental y envejecimiento. *Noticias Médicas*, 2002;3823: 70-2.
8. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical setting. *Br Med J* 1988;97: 897-9.
9. Montón C, Pérez MJ, Campos R, García J, Lobo A, y GMPZ. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12(6):345-9.
10. Byrne A, Byrne GD. The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states: a review. *J. Psychosom Res* 1993;37(6):565-74.
11. Sebastián Gallego R, Solá Gonfians M, Barreto Ramón P, Corral Mata ME, Muñoz López J, Boncompagni Vilanova MP. Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. *Aten Primaria*, 1998;22(8):491-6.
12. García Serrano MJ, Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Aten Primaria* 2001;27(7):484-8.
13. Poveda Monje F, Royo Garrido A, Aldemunde Pérez C, Fuentes Cuenca R, Montesinos de Astorza C, Juan Ten C, et al. Ansiedad ante la muerte en Atención Primaria: relación con la frecuentación y la psicomorbilidad de los consultantes. *Aten Primaria* 2000; 26(07):446-52.
14. González JL, Jaramillo E, Antón M. Medicina preventiva en las personas mayores. *JANO*, 98(1435):37-40.
15. Gorroñoigoitia A, Ibáñez F, Olascoaga A. Autopercepción de salud en el anciano. *Aten Primaria*, 1992;10(5):771-6.
16. Maestro Castelblanque E, Martínez Pérez JA, Santos Altozano C, Monje Jodra V, Albert Cuñat V. Actividades de ocio-tiempo libre y paseo fuera del hogar en ancianos de la provincia de Guadalajara. *Aten Primaria*, 2000;26(10):685-9.
17. Pérez Lozano JA. Función de ejercicio físico del anciano en su adaptación al entorno psicosocial. *JANO* 1998;9(1246):41-5.
18. Willis JD, Campbell LF. Exercise psychology. Champaign: Human Kinetics, 1992.
19. Borrás P, Fiblanolla M, Villó C. Prevalencia de morbilidad psíquica en una consulta de Atención Primaria. *Salud Rural* 1997;3: 80-6.
20. García A. Deterioro cognitivo leve. *Noticias Médicas*, 2002;3816: 11-2.
21. Zunzunegui MV, Belano F, Gornemann I, Del Ser T. La depresión como factor predictor del deterioro cognitivo en las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34(3):125-34.
22. Sánchez Ayala I. Depresión, deterioro cognitivo y demencia: unas relaciones polémicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1999;34(3): 123-4.
23. Díaz V, Díaz I, Acuña C, Donoso A, Nowogrodsky D. Evaluación de un programa de actividad física en adultos mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2002;37(2):87-92.