

Evaluación psicosocial de los ancianos de una zona básica de salud

Francisco Manuel López González^a, Montserrat Cuenca Montero^a, David Viciano Garófano^a, María Isabel Rodríguez Martínez^b, Eloi Miguel Martín López^a, Margarita Acosta Ferrer^a y Gertrudis Odriozola Aranzábal^c

Médico de Familia^a. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. ^bCentro de Salud Plaza de Toros. Almería. ^cTécnico de Salud. UD MFyC de Almería.

OBJETIVO: Conocer el perfil de la población anciana de nuestra zona básica de salud, valorar su estado afectivo, cognitivo y apoyo social, detectando, si existen, diferencias entre los que acuden a consulta y los que son atendidos en el domicilio.

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal. Componen la muestra toda la población mayor de 65 años con asistencia a domicilio (92 pacientes) y una muestra representativa de los ancianos que acudían a consulta (128); total, 220, pertenecientes a una zona básica de salud urbana de Almería.

Se les pasaron tres cuestionarios: MOS de apoyo social, escala geriátrica de Yesavage y cuestionario del estado mental de Pfeiffer.

RESULTADOS PRINCIPALES:

– Edad media: 76,88 años; mujeres: 60%; sin estudios: 60%; casados: 54,5%; ingresos entre 50.000-69.000 ptas./mes: 49,5%.

– MOS: a) red social: el 63,2% no tiene ningún amigo; el 69,1% posee entre uno y 5 familiares cercanos, y no tiene ningún familiar el 5%, y b) dimensiones: presentan déficit de apoyo emocional, instrumental y afectivo el 39,5, el 20,5 y el 30%, respectivamente. Obtiene una puntuación global deficitaria un 34,1%.

– Pfeiffer: déficit leve, el 16,4%; déficit moderado: el 5,9%, y déficit grave, el 0,9%.

– Yesavage: depresión moderada, el 30,5%, y grave, el 16,4%.

– Encontramos significación estadística entre: mayor edad y déficit en el apoyo emocional, afectivo y de interacción social del MOS ($p = 0,0253$, $0,0083$ y $0,002$, respectivamente); mayor estado depresivo ($p = 0,05$) y más deterioro cognitivo ($p = 0,0000$). Para el sexo masculino son favorables la interacción social del MOS, un menor grado de depresión y un mejor estado intelectual ($p = 0,03$, $0,0000$ y $0,002$, respectivamente). Todos los resultados fueron desfavorables para los ancianos del programa de atención domiciliaria.

CONCLUSIONES: El perfil de nuestros ancianos corresponde a mujer de 77 años, sin estudios, casada, que vive acompañada, con ingresos entre 50.000 y 69.000 ptas./mes, sin amigos y con 5 familiares cercanos.

A mayor edad, existe un mayor déficit en las esferas afectivas y emocional, en su apoyo social y en el estado cognitivo. Los ancianos que viven acompañados y los de sexo masculino disfrutaban de un mejor perfil en el ámbito afectivo y de interacción social.

Palabras clave:

Evaluación psicosocial. Anciano. Apoyo social.

PSYCHO-SOCIAL EVALUATION OF THE ELDER PEOPLE IN A BASIC HEALTH AREA

OBJECTIVE: To determine the typical profile of the elderly patients of our health district, to evaluate their affective and cognitive status, and social support, and to identify possible differences between subjects seen in the clinic and those seen at home.

METHODS: Cross-sectional descriptive study. The sample included the patients over 65 years of age who were receiving at-home care (92 patients) and a representative sample of elderly persons seen at a clinic (128 patients). The entire group of 220 patients came from an urban health district of Almería, Spain.

We assessed patients using three questionnaires: the social support MOS, Yesavage geriatric scale, and Pfeiffer mental state questionnaire.

MAIN RESULTS: Mean age: 76.88 years; women: 60%; low educational level: 60%; married: 54.5%; income 50000-69000 pesetas/month: 49.5%.

MOS: a) social network: 63.2% did not have any friends; 69.1% had one to five first-degree relatives, 5% had no relatives, and b) dimensions: 39.5%, 20.5%, and 30%, respectively, had deficits in their emotional and instrumental state, and affective support. Thirty-four percent (34.1%) had a deficient overall score.

Pfeiffer: mild deficit, 16.4%; moderate deficit: 5.9%, severe deficit: 0.9%.

Yesavage: moderate depression, 30.5%, severe depression: 16.4%.

A statistically significant relation was found between older age and deficits in emotional support, affective state, and social interaction on the MOS ($p = 0.0253$, 0.0083 , and 0.002 , respectively), major depression ($p = 0.05$), and cognitive dete-

Correspondencia: Dr. FM. López González.
Unidad Docente de MFyC de Almería.
Ctra. Ronda, 226. 04008 Almería.

rioration ($p = 0.0000$). Men had a higher MOS social interaction score, lower degree of depression, and better intellectual state ($p = 0.03, 0.0000, \text{ and } 0.002$, respectively). All results were unfavorable for elderly patients receiving at-home care.

CONCLUSIONS: Our typical elderly patient was a 77-year-old woman of low educational level, married, who lived with other people, had an income of 50000 to 69000 pesetas/month, no friends, and 5 first-degree relatives.

Older patients had greater deficits in the affective and emotional areas, social support, and cognitive state. Elderly persons who lived with other people and elderly men had a better affective and social interaction profile.

Key words:

Psycho-social evaluation. Elder people. Social support.

INTRODUCCIÓN

La población de la gran mayoría de los países occidentales está experimentando un proceso de envejecimiento progresivo, debido principalmente a la disminución de la tasa de natalidad y al aumento de la longevidad¹.

Una asistencia médica correcta al paciente anciano es compleja porque existen muchos factores asociados que han de tomarse en consideración. El médico se convierte en el receptor de los problemas sociales, económicos y sanitarios del anciano, de ahí la importancia de una adecuada y completa evaluación multidimensional del anciano². Uno de los problemas más frecuentes derivados del aumento de la edad es la alteración de la esfera cognitiva y los problemas depresivos.

La problemática que suponen estos trastornos en la tercera edad se explica por su elevada prevalencia en la población anciana, superior a lo que habitualmente se detecta en las consultas de medicina general³.

La sociedad española se ha transformado espectacularmente en el siglo XX, con cambios importantes en la estructura familiar y apoyo social. Existen numerosos estudios que demuestran que un bajo nivel de apoyo social influye negativamente en el estado de salud, y que puede dar lugar a la aparición de síntomas orgánicos, psíquicos y, sobre todo, psicosociales. Investigaciones recientes han logrado confirmar la hipótesis de que el apoyo social se relaciona con la mortalidad de los ancianos, de forma que, si es insuficiente, el riesgo de muerte será mayor⁴. Por todo ello, nos pareció interesante llevar a cabo un estudio que ayudara a establecer la verdadera magnitud del problema en los ancianos de nuestra zona básica de salud. Dado que la atención primaria es el ámbito más accesible a la realización de estos estudios poblacionales, nos proponemos estudiar el estado cognitivo, estado afectivo y apoyo social de estos ancianos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, realizado en el período comprendido entre febrero y junio de 1997.

Se eligió a toda la población mayor de 65 años que recibía asistencia a domicilio (92 pacientes) tras haberse excluido previamente a aquellos que no residían de forma habitual en nuestra zona, y una muestra representativa (con un error alfa de un 5%, nivel de confianza del 95% y precisión del 6%), seleccionada al azar, de los ancianos que acudían a consulta (128 personas); en total, 220 per-

sonas que pertenecían a una zona básica de salud urbana de Almería. La población anciana –mayor de 65 años– de nuestra zona básica de salud es de 1.529 personas (578 varones y 951 mujeres).

A las personas escogidas se les comunicó la intención del estudio y se solicitó su participación en él. Todas ellas accedieron, y a continuación los investigadores que realizaron el estudio les pasaron, en la consulta o en su domicilio, los siguientes cuestionarios:

– Datos de filiación y socioeconómicos del anciano (edad, sexo, nivel de instrucción, si vivían solos o acompañados y cuáles eran sus ingresos mensuales medios), variables escogidas sistemáticamente en la bibliografía consultada.

– Para valorar el estado cognitivo, el Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ), que consta de 10 preguntas que exploran la orientación, memoria reciente y remota, cálculo e información propia y del exterior, y que ha sido utilizado en varios estudios españoles⁵. La puntuación obtenida varía de 0 a 10 según los errores detectados. Esta puntuación se corrige en función del nivel de estudios del entrevistado, restando un punto en caso de tener un nivel de escolarización inferior al de estudios primarios y añadiendo un punto más si había cursado estudios superiores (anexo 1).

– La escala gerátrica de Yesavage para la detección del estado depresivo en el anciano, en su versión más breve, compuesta de 15 preguntas y cuyo límite es de 5 puntos para la depresión moderada y de 10 para la depresión grave. Además de sus posibilidades en la detección, es útil para valorar la evolución de los síntomas con el tratamiento. (anexo 2). Se considera de referencia en nuestro medio para la población senil^{7,8}.

– Para conocer el apoyo social se usó el MOS (grupo para el estudio y análisis de los estilos de vida en la práctica de la atención primaria), un cuestionario breve, multidimensional, autoadministrado, que permite investigar cuatro dimensiones de apoyo: emocional, instrumental, afectivo y de interacción social positiva, además de ofrecer un índice global de apoyo social⁴. Consta de 20 ítems que se miden según la escala de Likers puntuando de 1 a 5 (anexo 3).

Durante el estudio se perdieron 4 casos, por no encontrarse en su domicilio en las 3 ocasiones en que acudimos a él y ser imposible su localización, sin que pudieran reemplazarse por otros pacientes, ya que habían sido elegidos todos los ancianos del programa de atención domiciliaria de nuestra zona.

El resultado de estos tres cuestionarios se ha relacionado con pertenecer o no al programa de atención domiciliaria y con variables sociodemográficas del anciano, mediante el análisis de los datos con estadística descriptiva para cada variable, distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión. Se realizó un análisis univariante mediante las pruebas de la *t* de Student y de la χ^2 .

RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados del estudio en porcentaje (intervalo de confianza del 95%).

Un 51,8% (45-57%) de los pacientes estudiados tenían una edad superior a 75 años; el 60% (55-66%) eran mujeres; no poseían estudios o tenían estudios primarios el 98,6% (96,8-99,4%); con respecto al estado civil, el 54,5% (49,8-59,2%) estaban casados y un 35,5% (29-41%) eran viudos; vivían solos un 18,6% (13,6-23,6%) y percibían unos ingresos inferiores a 70.000 ptas. mensuales el 65% (59-71%).

Tabla 1. Datos significativos respecto al sexo

	Varones (%)	Mujeres (%)	Significación
MOS*			
Interacción social			
Normal	60,2	45,5	p = 0,03
Déficitar	39,8	54,5	
Pfeiffer			
Normal	87,5	69,7	p = 0,002
Déficitar	12,5	30,3	
Yesavage			
Normal	70,5	41,7	p = 0,0000
Déficitar	29,5	58,3	

p > 0,05: no significativa. *Cuestionario MOS: grupo británico para el estudio y análisis de los estilos de vida en la práctica de la atención primaria.

Tabla 2. Resultados de los cuestionarios respecto al estado civil

	Casado (%)	Soltero-viudo (%)	Significación
MOS*			
1. Emocional			
Normal	67,5	51,5	p = 0,001
Déficitar	32,5	48,5	
2. Afectiva			
Normal	78,3	59,6	p = 0,001
Déficitar	21,7	40,4	
3. Instrumental			
Normal	83,3	74,7	NS
Déficitar	16,7	25,3	
4. Interacción social			
Normal	61,7	38,4	p = 0,0004
Déficitar	38,3	61,6	
5. MOS global			
Normal	75,0	54,5	p = 0,001
Déficitar	25,0	45,5	
Pfeiffer			
Normal	85,0	66,7	p = 0,001
Déficitar	15,0%	33,3	
Yesavage			
Normal	65,0	39,4	p = 0,0001
Déficitar	35,0%	60,6	

NS: no significativo (p > 0,05). *Cuestionario MOS: grupo británico para el estudio y análisis de los estilos de vida en la práctica de la atención primaria.

Por lo que respecta a la red social recogida en el cuestionario MOS, un 63,2% (57,2-69,2%) de estos ancianos decía no tener amigos, tenían entre 1 y 5 familiares cercanos el 69,1% (63,1-75,1%), y hasta el 5% (3-7%) carecía de familiar cercano alguno. Presentaban déficit de apoyo emocional el 39,6% (33,6-45,6%), déficit instrumental el 20,4% (16,4-24,4%) y déficit de interacción social el 48,6% (42,6-54,6%) y afectivo el 30% (24-36%); respecto a la puntuación global del MOS era deficitaria en un 34,1% (27,8-40,4%).

Los resultados obtenidos en el cuestionario Pfeiffer, referente al estado mental de los ancianos, fueron en su puntuación global deficitaria, en grado leve en un 16,4%

Tabla 3. Datos significativos respecto a la red social de los ancianos

	Sin amigos (%)	Con amigos (%)	Significación
MOS*			
1. Emocional			
Normal	46,2	67,9	p = 0,0000
Déficitar	53,8	32,1	
2. Instrumental			
Normal	76,9	84,0	p = 0,0000
Déficitar	23,1	16,0	
3. Interacción social			
Normal	46,2	63,0	p = 0,0005
Déficitar	53,8	37,0	
4. Afectiva			
Normal	61,8	75,3	p = 0,0002
Déficitar	38,2	24,7	
5. MOS global			
Normal	46,2	71,6	p = 0,0000
Déficitar	53,8	28,4	

p > 0,05: no significativa. *Cuestionario MOS: grupo británico para el estudio y análisis de los estilos de vida en la práctica de la atención primaria.

Tabla 4. Resultados de los cuestionarios según el tipo de asistencia médica

	En consulta (%)	A domicilio (%)	Significación
MOS*			
1. Emocional			
Normal	65,6	60,5	p = 0,05
Déficitar	34,4	39,5	
2. Instrumental			
Normal	78,1	79,5	NS
Déficitar	21,9	20,5	
3. Interacción social			
Normal	60,2	51,4	p = 0,0016
Déficitar	39,8	48,6	
4. Afectivo			
Normal	77,3	70,0	p = 0,0036
Déficitar	22,7	30,0	
5. MOS global			
Normal	71,1	65,9	p = 0,04
Déficitar	28,9	34,1	
Pfeiffer			
Normal	89,8	76,8	p = 0,0000
Déficitar	10,2	23,2	
Yesavage			
Normal	64,1	53,2	p = 0,0000
Déficitar	35,9	46,8	

NS: no significativo (p > 0,05). *Cuestionario MOS: grupo británico para el estudio y análisis de los estilos de vida en la práctica de la atención primaria.

(11,5-21,3%) y moderada o grave en un 6,8% (3,8-9,8%); el 76,8% (71-82,5%) era normal.

En la escala geriátrica de depresión de Yesavage el 46,9% de los pacientes (40,2-53,6%) presentaban depresión moderada o grave.

Relacionando los resultados de los cuestionarios con las variables sociodemográficas, encontramos que los pacientes de mayor edad poseían déficit en las subescalas del MOS emocional ($p = 0,0253$), afectiva ($p = 0,0083$) y de interacción social ($p = 0,002$); el estado de depresión era mayor ($p = 0,05$), así como el deterioro cognitivo ($p = 0,0000$). En cuanto al género, la interacción social era favorable a los varones, que así mismo presentaron un mejor estado intelectual y menor grado de depresión, todo ello con significación estadística (tabla 1).

En cuanto al estado civil, la valoración de los resultados de los tres cuestionarios, es decir, el MOS en sus subescalas emocional, afectiva y de interacción social, y en su resultado global, el estado intelectual (Pfeiffer) y la valoración del Yesavage, fue favorable a los casados, siendo desfavorable para este grupo la subescala instrumental (tabla 2). Así mismo, los resultados del apoyo social, según el cuestionario MOS, eran favorables a los ancianos que convivían con familiares y tenían amigos (tabla 3); sin embargo, todos los resultados fueron desfavorables para los ancianos incluidos en el programa a domicilio, respecto a los que acudían a la consulta, excepto en la subescala instrumental del MOS (tabla 4).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio es de diseño descriptivo transversal, por ser el que más se adaptaba a nuestros objetivos. La tasa de respuesta alcanzada en el estudio es elevada, pues sólo perdimos un 2% de la muestra, debido fundamentalmente a que estos ancianos no se hallaban en su domicilio, y no creemos que estas pérdidas alteren los datos. No pudimos escoger una muestra mayor porque se seleccionó a todos los ancianos incluidos en el programa de atención domiciliaria. Se trata de un estudio asistencial, por lo que si fuera de base poblacional podrían modificarse en cierta medida los resultados.

Existen diferentes tests de déficit cognitivos que, aunque son muy útiles para el cribado, no deben sustituir nunca al diagnóstico realizado a través de una adecuada evaluación global^{9,10}. El test cognitivo de cribado más usado en nuestro país es el Mini Mental¹¹, que presenta una sensibilidad del 100% y una especificidad del 78%, pero ha sido criticado por su alto porcentaje de falsos positivos, sobre todo en grados de deterioro leve, así como por la dificultad para la cumplimentación correcta de alguno de sus ítems, para sujetos ancianos analfabetos o de ámbito rural, o con déficit motores o sensoriales.

El SPMSQ de Pfeiffer, validado recientemente en nuestro país, ofrece una sensibilidad y una especificidad del 91%, y tiene la ventaja de ser menos sensible al nivel de escolarización de las personas^{12,13}. Por este motivo, y por su brevedad de aplicación, es considerado en nuestro medio como el más adecuado, y se ha utilizado en varios es-

tudios, entre ellos el proyecto ANCO, realizado en Córdoba^{5,8}. Lo mismo le ocurre a la escala de depresión geriátrica de Yesavage, de la que existe una versión abreviada, validada en España⁶, y que es la recomendada en nuestro entorno para atención primaria^{7,8}.

Respecto a otros estudios que han utilizado el mismo instrumento de medida, cabe observar que nuestros resultados en cuanto a alteración cognitiva moderada o grave son algo superiores⁵, y difieren notablemente de los resultados hallados en trabajos que emplearon el Mini Mental¹⁴⁻¹⁷. Coincidiendo con lo publicado anteriormente, podemos observar que en los ancianos mayores de 84 años la alteración cognitiva es mayor¹⁴⁻¹⁷. En lo referente al género, mientras que algunos autores han encontrado una mayor tasa de déficit cognitivo en mujeres^{14,8-21}, como ocurre en nuestro estudio, otros no detectan diferencias entre ambos sexos^{15-17,22,23}.

No pudimos constatar en nuestro trabajo diferencias en cuanto al nivel de estudios de los pacientes, debido a que la mayoría no poseían estudios o sólo contaban con estudios primarios, aunque la mayor parte de los trabajos recientes relacionan un menor nivel de escolaridad con alteración cognitiva.

Así mismo pudimos observar en nuestro estudio una menor presencia de trastorno intelectual en ancianos que contaban con familiares y mayor número de amigos, variables que no se recogen en otro tipo de estudios.

La puntuación en la escala de apoyo social del MOS, cuya utilización como instrumento de la valoración del apoyo social en la atención familiar recomiendan De la Revilla et al⁴, era deficitaria en un 34,1% de los ancianos. Existe una serie de hipótesis avaladas en la bibliografía que postulan que las personas de mayor edad tienen menor apoyo social^{24,25}, como así ocurre en nuestro estudio. Una segunda hipótesis confirmada en nuestro trabajo es que los viudos y solteros presentarían un menor grado de apoyo social que los casados^{25,26}. El hecho de vivir solo se ha relacionado asiduamente en la bibliografía con menor apoyo social, como se observa también en nuestros resultados²⁷⁻²⁹.

Tanto en la población adulta como en la anciana⁴, se ha constatado que el menor apoyo social guarda una relación estrecha con el menor nivel de salud mental. Se puede pensar que en la relación de estas dos variables existe una bidireccionalidad, ya que los pacientes con trastornos de salud mental (depresión, como ocurre en nuestro estudio) pueden tender al aislamiento y/o sufrir un rechazo por las personas de su entorno.

En definitiva, por los datos recogidos en nuestro trabajo parece que existen unas relaciones triangulares y bidireccionales en cuanto al apoyo social, estado de depresión y estado intelectual, aunque deberían realizarse otros estudios para esclarecer estas hipótesis.

Podemos concluir afirmando que los resultados de los tres cuestionarios empleados eran desfavorables en personas de mayor edad, viudas o que vivían solas, con escaso número de amigos y que estaban incluidas en el programa de atención domiciliaria. Así mismo los resultados son desfavorables para el género femenino, dato que confir-

man algunos estudios, si bien otros no encuentran diferencias. No pudimos contrastar en nuestro estudio la variable nivel de instrucción, por ser la mayoría de los sujetos seleccionados del mismo nivel educativo.

Una vez establecido el diagnóstico, creemos que debería intervenir sobre estas personas y sus entornos, lo que constituye un objetivo importante para los profesionales del centro de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Davies AM. Epidemiology and the challenge of ageing. *Int Epidemiol* 1985; 14: 9-19.
- González JL, Salgado A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. *Lineas guía. Atención Primaria* 1992; 9: 219-226.
- Vinyoles E. Diagnóstico y tratamiento de las demencias. *FMC* 1994; 1: 269-281.
- De la Revilla L, Bailón E. Recursos familiares. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Ed. Doyma, 1994.
- Martínez de la Iglesia J, Rubio Cuadrado MV, Espejo Espejo J, Aranda Lara JM, Enceso Berge Y, Perula de Torres LA. Factores asociados a la alteración cognitiva en una población urbana. Proyecto ANCO. *Atención Primaria* 1997; 20: 345-353.
- Ramos Brieva J. Instrumentos de medida de la depresión. En: *Depresión. Vision actual*. Madrid: Grupo Aula Médica S.A., 1997.
- Carbonell Masiá C. Diagnóstico y escalas de evaluación en la depresión del anciano. En: Carbonell Masiá C, editor. *Depresión en patologías orgánicas: depresión en el anciano* (1.ª ed.). Madrid: EDI Complet, 1999; 6: 26-29.
- Muñoz Cobos F, Portillos Stempel J. Atención al mayor en Medicina Familiar. Cuadernos SAMFYC. Granada: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 1997.
- Bermejo F, Del Ser T. Demencias: conceptos actuales. Madrid: Díaz de Santos, 1993; 42-64.
- Kallman H, May HJ. Valoración del estado mental en los ancianos. En: *Asistencia al paciente geriátrico*. Temas actuales de medicina general 1989; 2: 337-356.
- Folstein NF, Folstein SE. "Mini Mental State". A practical method for grading the cognitive of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975; 12: 189-198.
- Fillebaun GG. Comparison of two brief test of organic brain impairment, the MSQ and Short Portable Msq. *J Am Geriatr Soc* 1980; 28: 381-384.
- López C, Camos P, Bayo J. Escalas de valoración cognitiva y funcional en atención primaria. *Jano* 1995; XLIX: 1107-1109.
- Mateos R, Rodríguez A. Epidemiología de las demencias: perspectivas metodológicas y datos de prevalencia. *Jano* 1989; 3: 269-275.
- Tomás MT, Pujadas F, Lafont J, Adalid C, Franch LI, Cerdón F. Prevalencia del deterioro cognitivo en una población urbana en edad geriátrica. *Atención Primaria* 1991; 8: 379-385.
- Martín M, Ayerdi MC, Leache T, Irigoyen C, Corrales J, Valencia MS et al. Síntomas depresivos y deterioro cognitivo global entre la población anciana atendida en un centro de AP. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28: 135-141.
- González Moneo MJ, Escrivá Ferrairo R, Vinyoles Bargallo E, Espel Masferrer C, Davins Miralles J, Borrel Muñoz M. Estimaciones de la frecuencia de déficit cognitivo según el test empleado. *Atención Primaria* 1997; 20: 173-179.
- Coria F, Gómez de Caso JA, Mínguez L, Rodríguez Artalejo F, Clavería LE. Prevalence of age-associated memory impairment and dementia in a rural community. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56: 973-976.
- Eiroa P. Valoración multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo. [Tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Facultad de Medicina, 1994.
- Pi J, Olivé JM, Esteban M. Mini Mental State Examination: asociación de la puntuación obtenida con la edad y el grado de alfabetización en una población anciana. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 641-644.
- Bayo J, Fernández Aramburu MC, Orfila F, Dalfo A, Casajuana J, Vila MA et al. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. *Atención Primaria* 1996; 17: 273-279.
- Guijarro JL, Redondo A. Invalidez y estados demenciales: estudio inicial de 1.000 ancianos en residencia y en domicilio. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1986; 21: 317-322.
- Pérez JM, Tiberio G. Deterioro cognitivo y demencias en una población geriátrica urbana. *Atención Primaria* 1992; 8: 365-369.
- Bellón JA, Delgado A, De Dios J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-Unc-11. *Atención Primaria* 1996; 18: 153-163.
- Olsen O, Iversen L, Sabroe S. Age and the operationalization of social support. *Soc Sci Med* 1991; 32: 767-771.
- Stansfeld S, Marmoi M. Deriving a survey measure of social support: the reliability and validity of the close persons questionnaire. *Soc Sci Med* 1992; 35: 1027-1035.
- Oxman TE, Berkman LF, Kasl S, Freeman DH, Barrett J. Social support an depressive symptoms in the elderly. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 356-368.
- Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Soc Sci Med* 1992; 34: 907-917.
- Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-Unc functional social support questionnaire measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; 26: 709-723.

Anexo 1. Short Portable Mental Status (SPMS) de Pfeiffer

- ¿A qué fecha estamos?
(Día, mes, año)
- ¿A qué día de la semana estamos?
- ¿En qué sitio nos encontramos?
- ¿Cuál es su número de teléfono?
¿Cuál es su dirección? (Si no tiene teléfono)
- ¿Qué edad tiene?
- ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
- ¿Cómo se llama el rey de España?
- ¿Quién mandaba en España antes del rey actual?
- ¿Cómo se llama su madre?
- ¿Si a 20 le quitamos 3 quedan...
... y si le quitamos 3 quedan...
... y si le quitamos 3 quedan...

Valoración:

0-2 errores: funcionamiento intelectual *normal*.
3-7 errores: funcionamiento intelectual *deficitario*.
8-10 errores: déficit intelectual *grave*.

Anexo 2. Escala de depresión geriátrica de Yesavage

¿Está básicamente satisfecho con su vida?	Sí	No
¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	Sí	No
¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
¿Se siente a menudo aburrido?	Sí	No
¿Está Ud. de buen talante la mayor parte del tiempo?	Sí	No
¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	Sí	No
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
¿Se siente a menudo sin esperanza?	Sí	No
¿Prefiere quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Sí	No
¿Piensa que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	Sí	No
¿Cree que es maravilloso estar vivo?	Sí	No
¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	Sí	No
¿Piensa que su situación es desesperada?	Sí	No
¿Se siente lleno de energía?	Sí	No
¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que Ud.?	Sí	No

Valoración:

Respuesta en **negrita**: 1 punto.
Depresión *moderada*: 5 puntos.
Depresión *grave*: 10 puntos.

Anexo 3. Cuestionario MOS de apoyo social

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone

1. Aproximadamente ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.?

N.º de amigos íntimos:

N.º de familiares cercanos:

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila.)

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y sentirse querido	1	2	3	4	5

Valoración cuestionarios MOS:

La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social. El apoyo emocional lo miden los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. El apoyo instrumental lo valoran las preguntas 2, 5, 12 y 15. La interacción social positiva corresponde a las preguntas 7, 11, 14 y 18. El apoyo afectivo lo miden los ítems 6, 10 y 20. El índice global de apoyo social se obtiene sumando los puntos de los 19 ítems del cuestionario.

Se considera que el apoyo global es escaso cuando el índice es inferior a 57 puntos. Se podrá catalogar como falta de apoyo emocional/informacional, estructural, de interacción social y afectivo cuando las puntuaciones estén por debajo de 24, 12, 9 y 9, respectivamente.