

Antonio Lobo Escolar

Morbilidad psíquica y somática en
una población general geriátrica:
distribución, características y
estudio de asociación

Departamento
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Director/es
D. Antonio Lobo Satué
D. Pedro Saz Muñoz

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Tesis Doctoral

**MORBILIDAD PSÍQUICA Y SOMÁTICA EN UNA
POBLACIÓN GENERAL GERIÁTRICA:
DISTRIBUCIÓN, CARACTERÍSTICAS Y ESTUDIO
DE ASOCIACIÓN**

Autor

Antonio Lobo Escolar

Director/es

D. Antonio Lobo Satué
D. Pedro Saz Muñoz

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

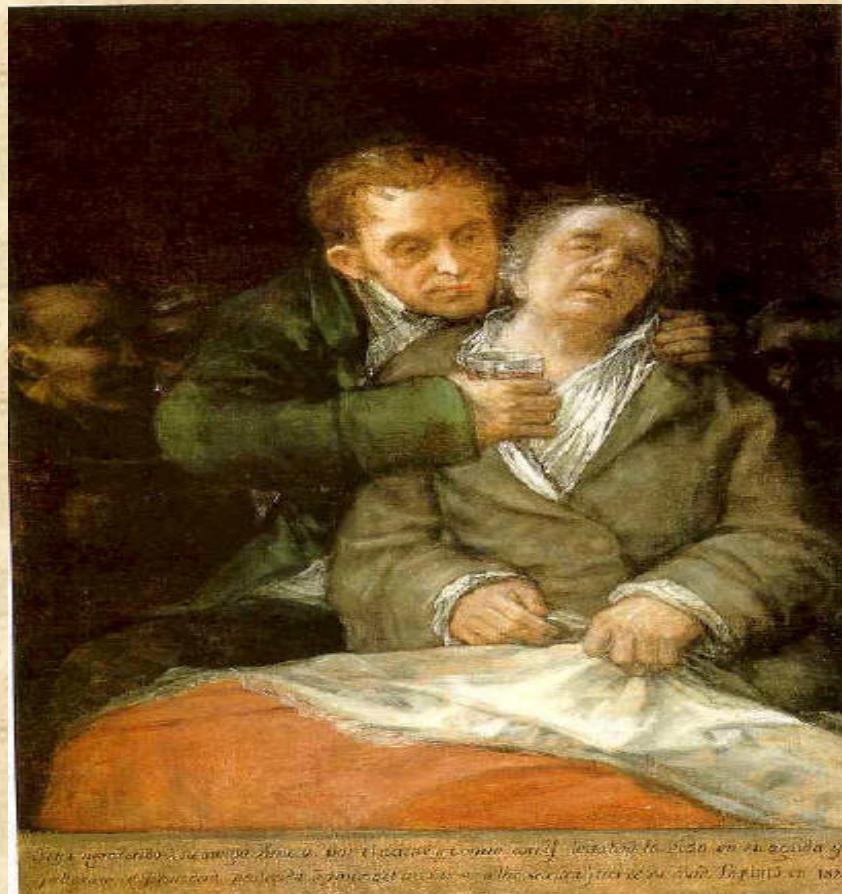
2008



TESIS DOCTORAL

Facultad de Medicina
Universidad de Zaragoza

MORBILIDAD PSÍQUICA Y SOMÁTICA EN UNA POBLACIÓN GENERAL GERIÁTRICA: DISTRIBUCIÓN, CARACTERÍSTICAS Y ESTUDIO DE ASOCIACIÓN



Antonio Lobo Escolar
2008

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE MEDICINA**

**MORBILIDAD PSÍQUICA Y SOMÁTICA EN UNA
POBLACIÓN GENERAL GERIÁTRICA: DISTRIBUCIÓN,
CARACTERÍSTICAS Y ESTUDIO DE ASOCIACIÓN**

Antonio Lobo Escolar

POR

TADA:
“*Goya atendido por el doctor Arrieta*”
Francisco de Goya y Lucientes, 1820
Minneapolis Institute of Arts
Minneapolis, EEUU.

MORBILIDAD PSÍQUICA Y SOMÁTICA EN UNA POBLACIÓN GENERAL GERIÁTRICA: DISTRIBUCIÓN, CARACTERÍSTICAS Y ESTUDIO DE ASOCIACIÓN

Tesis Doctoral presentada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza para optar al Grado de Doctor en Medicina por

Antonio Lobo Escolar

Directores:

Prof. Antonio Lobo Satué
Prof. Pedro Saz Muñoz



D. ANTONIO LOBO SATUÉ, CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA Y JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “LOZANO BLESA” Y D. PEDRO SAZ MUÑOZ, PROFESOR TITULAR DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

INFORMAN:

Que D. Antonio Lobo Escolar ha realizado su trabajo de Tesis Doctoral titulado “Morbilidad psíquica y somática en una población general geriátrica: distribución, características y estudio de asociación” bajo su dirección.

Una vez finalizado dicho estudio, ha sido revisado y se considera adecuado para su presentación como Tesis Doctoral para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía por esta Facultad de Medicina.

Para que conste, y a efectos oportunos, firmo la presente en Zaragoza a 15 de Abril de 2008.

Fdo. Prof. Antonio Lobo Satué

Fdo. Prof. Pedro Saz Muñoz

Al equipo ZARADEMP, porque gran parte de este trabajo es suyo.

A los viejos amigos, y a mi familia, porque son lo único que verdaderamente merece la pena.

Pero por encima de todos: a mi padre, Antonio; por su inquebrantable esfuerzo.

ÍNDICE

ÍNDICE

	Página
ÍNDICE	9
INTRODUCCIÓN	15
1. Sinopsis.....	17
2. Los Ancianos.....	19
2.1. El envejecimiento	19
2.2. Tendencias demográficas	21
2.3. Envejecimiento y su impacto en el sistema sanitario español.....	22
2.4. Fragilidad del anciano. "Frailty"	23
3. La comorbilidad.....	25
3.1. Definiciones.....	25
3.2. Estudio de la comorbilidad.....	25
3.2.1. Estudios pioneros. Hinkle y Wolf	25
3.2.1.1. Hipótesis de estrés y vulnerabilidad	25
3.2.1.2. Teoría del "clustering"	27
3.2.2. Primeros estudios de comorbilidad. Eastwood y Trevelyan	27
3.2.2.1. Los estudios epidemiológicos en psicosomática.....	28
3.2.2.2. La importancia de la muestra comunitaria.....	29
3.2.2.3. El papel del médico de familia.....	30
3.2.2.4. Primer estudio serio de comorbilidad	31
3.2.3. Estudios posteriores de comorbilidad.....	32
3.2.3.1. Muestras de pacientes psiquiátricos	32
3.2.3.2. Muestras de pacientes con patologías médicas.....	34
3.2.3.3. Muestras de pacientes en Atención Primaria	35
3.2.3.4. Comorbilidad en muestras comunitarias	36
3.2.4. Consecuencias negativas de la comorbilidad	37
3.2.4.1. Ensombrecimiento pronóstico	37
3.2.4.2. Discapacidad	38
3.2.4.3. Frecuentación de Servicios Médicos y absentismo laboral.....	39
4. Justificación del tema.....	41
5. Objetivos	44
6. Hipótesis	45
METODOLOGÍA	47
7. Contexto del estudio.....	47
7.1. Origen del estudio. El Proyecto ZARADEM	49
7.2. Ámbito y representatividad del estudio	49
8. Diseño del estudio	51
8.1. Estrategia y diseño del Proyecto ZARADEM	51
8.2. Características diferenciales del diseño del presente estudio.....	54
9. Trabajo de campo.....	55
9.1. Procedimiento del trabajo de campo	55
9.2. Ola I: Estudio de base.....	55
9.3. Olas II, III y IV: Estudio de seguimiento	57

ÍNDICE

10. Muestra.....	58
10.1. Técnicas de muestreo y tamaño muestral del Proyecto ZARADEMP en función de los errores tipo I y tipo II.....	58
10.2. Muestra inicial.....	59
10.3. Causas de no entrevista.....	60
10.4. Muestra definitiva del estudio	63
11. Descripción de los instrumentos	67
11.1. La entrevista ZARADEMP	67
11.2. Examen Congnoscitivo "Mini-Mental" de 35 ítems (ECMM-35).....	68
11.3. Geriatric Mental State (GMS-B)	69
11.4. History and Aetiology Schedule (HAS)	72
11.5. El sistema computerizado AGECAT de diagnóstico psiquiátrico	73
11.6. Valoración del estado funcional y de la discapacidad	76
11.6.1. Índice para las Actividades Básicas de la Vida diaria de Katz	76
11.6.2. Escala de Actividades Instrumentales de la Vida diaria (Lawton y Brody)..	77
11.7. Cuestionario EURODEM de factores de riesgo.....	78
12. Descripción de las variables del estudio.....	80
12.1. Características sociodemográficas	80
12.1.1. Edad.....	80
12.1.2. Género	80
12.1.3. Estado Civil	81
12.1.4. Máximo nivel de estudios alcanzado	81
12.2. Indicadores de salud general.....	82
12.2.1. Indicadores farmacológicos	82
12.2.1.1. Consumo total de fármacos.....	83
12.2.1.2. Tratamiento farmacológico de problemas mentales y emocionales	84
12.2.2. Estado de salud de los sujetos según el juicio de los entrevistadores.....	85
12.3. Enfermedades somáticas	85
12.3.1. Hipertensión Arterial	85
12.3.2. Angina de pecho	86
12.3.3. Infarto de miocardio	86
12.3.4. Ictus.....	86
12.3.5. Diabetes Mellitus.....	87
12.3.6. Patología Tiroidea.....	87
12.3.7. Número de enfermedades cardiovasculares	87
12.4. Exploración cognoscitiva	87
12.4.1. De la batería GMS – AGECAT	87
12.4.2. Del Exámen Cognoscitivo, "Mini-Mental" (ECMM).....	88
12.5. Estado funcional.....	88
12.5.1. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).....	88
12.5.2. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).....	89
13. Procesamiento y análisis de los datos del estudio	90
13.1. Elaboración de la base de datos y control de calidad	90
13.1.1. Procedimiento del estudio y de análisis de datos	92
13.2. Análisis estadístico.....	92
13.2.1. Definiciones operativas.....	92
13.2.2. Análisis descriptivo	93
13.2.3. Análisis bivariante	93
13.2.4. Análisis multivariante de regresión logística.....	94
14. Aspectos éticos y legales.....	95

RESULTADOS.....	97
15. Muestra y factores sociodemográficos	99
16. Morbilidad somática.....	103
17. Morbilidad psíquica.....	109
18. Comorbilidad psíquica-somática.....	114
 DISCUSIÓN	 123
20. Discusión de resultados sobre la muestra.....	125
20.1. Muestra	125
20.2. Tasa de respuesta	126
20.3. Sesgo de información	127
21. Discusión sobre resultados sociodemográficos	129
21.1. Edad.....	129
21.2. Sexo	129
21.3. Estado civil	130
21.4. Nivel educativo	130
22. Discusión de resultados sobre morbilidad somática.....	132
23. Discusión de resultados sobre morbilidad psíquica.....	136
24. Discusión de resultados sobre comorbilidad	139
25. Limitaciones del estudio	144
 CONCLUSIONES	 147
 BIBLIOGRAFÍA	 153
 ANEXOS	 167

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

1. SINOPSIS

A consecuencia del rápido incremento de la proporción de ancianos en la población mundial existe gran preocupación médica y social, al esperar también que aumente de modo paralelo el número de personas que adquieran problemas físicos y psiquiátricos asociados con la edad (Brookmeyer 1998). En este sentido, además, recientes investigaciones tienden a confirmar que la morbilidad psiquiátrica es relativamente frecuente entre los pacientes vistos en entornos médicos como el hospital general o entornos ambulatorios.

De forma similar, trabajos de investigación en los últimos tiempos refuerzan previos hallazgos de altas tasas de morbilidad somática entre pacientes psiquiátricos. Estos hallazgos apoyan la existencia de una asociación entre patología psíquica y somática, que también viene sugerida por estudios que han establecido que se presentan juntas. Así, en Atención Primaria, mientras la enfermedad psiquiátrica a menudo se presenta en su forma somatomorfa, una proporción sustancial de casos psiquiátricos tienen además asociada una enfermedad somática coexistente.

Sin embargo, la asociación de morbilidad psíquica y somática en la población general tiene un interés especial en términos de salud pública. Estudios pioneros realizados por Hinkle y Wolff en los años 50 (Hinkle y cols. 1952 y 1957), mostraron que, a lo largo de un periodo de tiempo prolongado, las enfermedades psíquicas y las somáticas tendían a agruparse en determinados individuos. De forma parecida, esta asociación fue también documentada en una muestra representativa de individuos entre 40 y 64 años de edad por Eastwood y Trevelyan en Gran Bretaña (1972 a y b); trabajo respondido por otro grupo estadounidense durante los Epidemiologic Catchment Area Studies (Kessler y cols. 1987).

Algunos autores han sugerido que la edad tiene un peso específico en la asociación entre morbilidad psíquica y somática en la población general, pero Eastwood (1989) concluyó que las evidencias en apoyo de esta teoría eran

débiles. Algunos autores han estudiado la asociación de comorbilidad con discapacidad y con una supuesta “fragilidad” de ciertos individuos en muestras de pacientes médicos en edad geriátrica, proporcionando una ayuda al manejo de estos enfermos complejos. Sin embargo, resulta llamativo que el problema no haya sido adecuadamente estudiado en población general geriátrica, pues podría tener un especial interés en lo que a salud pública se refiere.

Aunque la asociación en este grupo etario de morbilidad somática con patologías psiquiátricas específicas, como depresión, ha sido documentada en estudios comunitarios (Copeland y cols. 1999), autores como Wells y cols. (1988) sugirieron que puede haber patrones de asociación diferentes en dependencia del tipo de enfermedad psíquica y/o somática; y hasta la fecha no se ha realizado ningún estudio tomando la patología psíquica y la somática en conjunto. La co-morbilidad somática y psíquica, además, tiende a empeorar el pronóstico de las enfermedades independientes, a complicar el diagnóstico y tratamiento y a producir un mayor consumo de servicios médicos y mayores costes en general. (Beekman y cols. 1997).

El presente trabajo forma parte del proyecto ZARADEMP, un estudio epidemiológico longitudinal, con cuatro fases a lo largo de diez años de seguimiento, para eventualmente documentar en la población general geriátrica la prevalencia, incidencia y factores de riesgo de demencia, depresión y morbilidad psiquiátrica, así como su asociación con patología médica (Lobo y cols. 2005). El objetivo general ahora, desde una perspectiva de la medicina general, es el de intentar confirmar en esta población la tendencia a la asociación, en ciertos individuos, de las morbilidades psiquiátrica y somática (específicamente los trastornos considerados como factores de riesgo para el desarrollo de demencia, como diabetes e hipertensión arterial).

La hipótesis de trabajo fundamental es que la morbilidad psíquica y la morbilidad somática, lejos de distribuirse aleatoriamente en la población general geriátrica, se concentran en un sector de la población, asociándose de forma positiva y estadísticamente significativa.

2. LOS ANCIANOS

2.1. El Envejecimiento.

El envejecimiento es “la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos” (Torres y Chaparro 1994). Supone la pérdida progresiva, a lo largo del tiempo, de las capacidades de adaptación y de reserva del organismo ante los cambios, una dificultad para el mantenimiento de la homeostasis en situaciones de sobrecarga fisiológica, y un aumento de la vulnerabilidad ante cualquier tipo de agresión.

Los cambios determinados por el envejecimiento pueden expresarse de diferentes formas (Ribera 1995):

- Pérdida total de determinadas funciones. Por ejemplo, pérdida de capacidad reproductora, de capacidad acústica para determinadas frecuencias...
- Cambios funcionales secundarios a otros estructurales (pérdidas anatómicas o histológicas). Son las más comunes y afectan en menor o mayor grado a todos los sistemas. Por ejemplo, pérdida progresiva de funcionamiento renal secundaria a la disminución de la población nefronal, afectación del sistema osteoarticular por disminución de la masa ósea y de la masa muscular esquelética...
- Limitaciones funcionales sin alteraciones estructurales demostrables.
- Cambios secundarios a fallos de los mecanismos de control.
- Respuestas en exceso con un aumento de la función, como el aumento de secreción de la hormona antidiurética ante las modificaciones de osmolaridad.

El envejecer es un proceso natural, no es sinónimo de enfermedad aunque sí puede ser condicionante de la aparición de enfermedades. Estas pueden deberse a las siguientes causas (Cobo 2000a):

- Alteraciones específicas del anciano: síndromes geriátricos.
- Vulnerabilidad ante las agresiones del entorno: deterioro del sistema inmunitario, menor capacidad de respuesta en el funcionamiento social...
- Enfermedades prevalentes: cardiovasculares, osteoarticulares...
- Enfermedades casi exclusivas en edades avanzadas.
- Afectación multidimensional de las enfermedades.

Aunque se debe evitar el tópico del anciano como individuo enfermo por el mero hecho del paso de los años, sí que es cierto que el envejecimiento provoca un declive biológico en el organismo que se manifiesta en mayor o menor medida en todos los sistemas y funciones. Se resumen algunos de los cambios físicos asociados al envejecimiento (Cobo 2000b):

- Órganos sensoriales: pérdida de eficiencia en vista, oído, tacto, gusto y olfato. Destacando el deterioro de la audición y de la vista.
- Aparato respiratorio: disminuye la eficacia respiratoria
- Aparato digestivo: alteración del apetito, dificultades en la masticación y en la correcta digestión, mala absorción de nutrientes, estreñimiento...
- Sistema endocrino y metabólico: descenso del metabolismo basal, atrofias glandulares, alteración del metabolismo de los hidratos de carbono...
- Aparato cardiovascular: debilitamiento cardiaco, arteriosclerosis...
- Sistema renal: disminución de la función renal, excesiva excreción proteica y electrolítica por orina, vejiga urinaria hipotónica...
- Aparato locomotor: pérdida de volumen fibrilar muscular, pérdida de densidad ósea, problemas articulares...
- Sistema nervioso central: destrucción y pérdida neuronal.
- Sistema inmunológico: disminuye de forma generalizada la capacidad del organismo para defenderse de las agresiones externas.
- Piel: alteraciones del colágeno y elastina, pérdida de agua en dermis y epidermis.

2.2. Tendencias demográficas y envejecimiento de la población.

El envejecimiento poblacional consiste en el aumento de personas de edad avanzada con respecto al total de la población (Guillén 1994). Se suele aceptar la edad de 65 años como umbral estadístico para hablar de “personas mayores” (Abellán 2002a). El aumento relativo de la población anciana se puede deber a tres factores (Abellán, 2002a):

- Caída de la natalidad.
- Aumento de la esperanza de vida.
- Movimientos migratorios (con menor efecto que los dos anteriores en los grupos de mayor edad).

Es una evidencia afirmar que nos hallamos ante el denominado fenómeno demográfico del envejecimiento poblacional, más marcado en los países desarrollados. A modo de ejemplo, la ONU considera que en el año 2050 el número de personas mayores de 60 años será de aproximadamente unos dos mil millones (ONU 2002).

La población española ha experimentado un envejecimiento considerable en las últimas décadas. El número de personas mayores de 65 años se ha duplicado en los últimos treinta años, pasando de 3,3 millones de personas en 1970 a más de 6,6 millones en 2000, lo que ha supuesto pasar del 9,7% al 16,6% de la población total. Estos porcentajes son similares a los del conjunto de la Unión Europea (16,2% en 2000) (Abellán 2002a). Además, el fenómeno del envejecimiento en España va a continuar en los próximos años. Según las proyecciones del INE, en el año 2011 España tendrá 8 millones de personas mayores, es decir un 17,6% del total de la población. En el año 2026 la población mayor de 65 años será de 10,8 millones, constituyendo el 21,6% de la población.

En nuestro ámbito profesional, esta tendencia es especialmente marcada, concretamente en Aragón, donde alrededor de un 20% de personas tiene 65 ó más años, frente a la cifra aproximada de un 16% en España (Gobierno de

Aragón 2004). Esta situación demográfica tiene, lógicamente, su repercusión en el perfil de los usuarios de los servicios sanitarios, donde una considerable proporción, por encima del 50% en todas las series consultadas, de los pacientes de Atención Primaria son mayores de 65 años (Saz 2003). Lo mismo ocurre en los hospitales generales, donde el mayor porcentaje de altas hospitalarias clasificadas según grupos de edad está representado, en el caso concreto del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, por el 31,68% perteneciente a los pacientes de edades comprendidas entre los 66 y los 80 años (Hospital Clínico Universitario 2004).

Este hecho no es una realidad aislada, sino que tiene una serie de connotaciones importantes. A la hora de hablar del impacto del envejecimiento en la práctica clínica en cuanto al gasto sanitario, a la frecuentación de servicios, o a la mala utilización de los recursos sanitarios, son muchas las voces que se han alzado en defensa de las personas mayores. La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología ha elaborado un decálogo de las Personas Mayores donde se desmitifican muchos prejuicios en torno a esta cuestión. Hay que destacar que dentro del grupo de personas mayores, el colectivo de personas mayores de 80 años experimentará un crecimiento muy superior al resto. El colectivo de personas de 80 y más años se ha duplicado en 20 años pasando de medio millón en 1970 a más de 1,1 millones en el año 1990. Se prevé que para el año 2016 su número rondará los 2,9 millones, constituyendo el 6,1% del total de la población (IMSERSO 2005).

2.3. El envejecimiento y su impacto en el sistema sanitario español.

En los primeros años del siglo XXI España está experimentando una ligera modificación en el envejecimiento poblacional, dado que están incorporándose a la población mayor de 65 años las generaciones nacidas, con menos efectivos, durante el período de la Guerra Civil.

Esto supone un alivio temporal de la presión sobre los sistemas de protección social (pensiones y gasto sanitario). Sin embargo, a partir de 2011 el

crecimiento global de la población mayor volverá a intensificarse, aumentando de intensidad hacia el año 2020, en el que empezarán a incorporarse a las edades de jubilación las generaciones del "baby-boom" español, esto es, los nacidos entre 1957 y 1977. Será el momento de máxima presión sobre los sistemas de provisión de cuidados (Abellán, 2002a, 2002b).

2.4. Fragilidad del anciano. "Frailty".

El envejecimiento es, por tanto, parte de nuestra realidad asistencial, y el aspecto relevante asociado a ello y que merece ser destacado en la introducción a este trabajo es el concepto de "vulnerabilidad", que adquiere un significado especial en el contexto de la población geriátrica.

El término denominado originalmente como "*frailty*" y traducido al castellano como "fragilidad", puede concebirse como un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica. Esto supone un aumento de la discapacidad del individuo, una pérdida de resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos y situaciones de estrés, y conlleva un aumento de la morbilidad y la mortalidad. (Baune 2007).

En los últimos tiempos, en el campo de la Medicina Geriátrica se ha desarrollado este concepto hacia el conocido, como se tiende a denominar, "Síndrome de Fragilidad" del anciano, verdadero síndrome clínico en evolución constante en el individuo geriátrico, que incluiría diversos criterios:

a. Criterios médicos: presencia de enfermedades crónicas, alteración de la marcha, déficit sensorial, mala auto percepción de salud, caídas de repetición, polimedicación y hospitalizaciones frecuentes.

b. Criterios funcionales: dependencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

- c. Criterios socioeconómicos: vivir solo, viudez reciente, edad mayor de 80 años, bajos ingresos económicos.
- d. Criterios cognoscitivos/afectivos: depresión, deterioro cognitivo.
- e. Criterio de necesitar institucionalización en residencias de larga estancia.

Sin embargo, aunque parezca razonable emplear la edad biológica como indicador de los riesgos para la salud en las personas ancianas, no se trata de un indicador sensible o específico (Rockwood 2005). El proceso de envejecer es diferente entre los individuos, debido a factores genéticos o ambientales; por tanto, la edad cronológica se convierte en un mal indicador de la edad biológica. Por ello, su valor para establecer pronósticos médicos, o tomar decisiones sobre tratamientos en este sector de la población, es limitado; y el concepto de “fragilidad” adquiere mayor interés.

De alguna manera, la “fragilidad” es una representación de la gravedad del proceso de envejecer en un individuo, y se asocia, sin ser igual, a las enfermedades crónicas, comorbilidades, y a la incapacidad. Así que, a pesar de que la población geriátrica constituya un grupo importante de la población a la que atendemos en las instituciones sanitarias, nos encontramos con un grupo de pacientes, que podemos considerar “frágiles” con independencia de la edad, y sobre los que es preciso centrar la atención, puesto que hacen más difícil el cuidado asistencial. En relación a ello, Plsek y cols. aseguran que en todas las disciplinas, a todos los niveles y a lo largo y ancho del mundo, el cuidado asistencial es cada vez más complejo (Plsek y Greenhalgh 2001).

3. LA COMORBILIDAD

3.1. Definiciones.

En la década de los 70 se introdujo el término comorbilidad en el ámbito médico y sobre todo en la epidemiología, planteándose la posibilidad de que otras entidades clínicas se superpongan o se desarrollen en el curso del padecimiento de una enfermedad. En términos generales, se considera que la comorbilidad es la presencia de dos o más entidades nosológicas, de etiopatogenia y fisiopatología distintas, en un mismo sujeto y coincidentes en un tiempo. En el ámbito de la Psiquiatría, la comorbilidad psiquiátrica es "la presencia de un antecedente o síndrome psiquiátrico concurrente que se suma al diagnóstico principal (Campos y cols. 2002). No obstante, para considerar que los trastornos son comórbidos, ambos deben estar presentes como episodios con expresión completa.

En el caso de esta Tesis Doctoral, la comorbilidad puede también referirse a la coexistencia en un mismo individuo de al menos un trastorno psíquico y una enfermedad somática en el mismo período de tiempo. La comorbilidad somática y psíquica, como veremos, tiende a empeorar el pronóstico de las enfermedades independientes, a complicar el diagnóstico y tratamiento y a producir un mayor consumo de servicios médicos y mayores costes en general (Beekman y cols. 1997, Baune y cols. 2007).

3.2. Estudio de la Comorbilidad.

3.2.1. Estudios Pioneros. Hinkle y Wolff.

3.2.1.1. Hipótesis de "estrés" y "vulnerabilidad".

Lawrence Hinkle, en sus trabajos de los años 50 comenzó a cuestionar la "causa específica de enfermedad" en la medicina moderna y argumentó que las

enfermedades, en especial las psíquicas, eran originadas por una variedad de factores que interaccionan en un determinado individuo, pudiendo ser considerados cada uno de ellos como causal (Hinkle y Wolff 1952 y 1957). Muchas de las enfermedades que conocemos son el resultado de las reacciones adaptativas del huésped hacia los agentes patógenos, y, en la esfera psicológica, de un individuo a la adaptación e interacción de éste con los demás en la sociedad (Hinkle 1977). Es así como aparece en la medicina en general, y en concreto en la medicina psicosomática en particular el concepto de "estrés".

El "estrés", vocablo acuñado por el médico y fisiólogo vienes Hans Selye, se conoce también como "Síndrome general de adaptación", y comprende un conjunto de síntomas psicofisiológicos de reacción y adaptación a un estímulo externo agresor, que finalmente desembocan en un agotamiento de nuestro organismo causante de diversos trastornos psíquicos o somáticos. Este concepto de "estrés" ha contribuido a un cambio en la forma de ver la etiología de los trastornos psiquiátricos. Así se considera que la vivencia de algunas personas en un estado de estrés como reacción a su entorno puede ser el origen, en combinación con otros factores, de la enfermedad psiquiátrica.

Además, se comienza a observar que esta situación de estrés afecta a unos individuos de forma diferente y más intensa que en otros, por lo que siguiendo un relato coherente de los hechos, podría afirmarse que existen individuos más predisuestos que otros a padecer los efectos de esta agresión, y desarrollar una enfermedad. Se habla así de que determinados individuos tienen una "vulnerabilidad" mayor que los demás a padecer determinados tipos de enfermedades psicosomáticas.

En concreto, y de gran importancia para el desarrollo de esta Tesis Doctoral, esta hipotética vulnerabilidad de ciertos organismos a padecer los efectos de agresiones externas, se correspondería con lo que hemos conocido como fragilidad, propia de determinados individuos en edad geriátrica y que bajo los efectos de cualquier estrés puede conducir al "Síndrome de fragilidad".

3.2.1.2. Teoría del "Clustering".

Siguiendo la estela de Hinkle y Wolff, algunos autores anglosajones, comenzaron a observar que los pacientes con patología psiquiátrica presentaban más quejas somáticas, eran mayores frequentadores de los servicios de salud, también eran pacientes más complejos en el manejo de sus síntomas y presentaban como consecuencia una mayor discapacidad para desenvolverse en la vida diaria. En estudios posteriores se demostraba que, a lo largo de un periodo de tiempo prolongado, las enfermedades psíquicas y las somáticas, tendían a agruparse en determinados individuos, y, en concreto, en aquellos que presentaban mayor “vulnerabilidad” (Eastwood y Trevelyan 1972).

Así es como aparece una nueva hipótesis de trabajo en la investigación médica psicosomática: el “clustering” o agrupamiento de enfermedades. Este razonamiento vendría a proponer que las enfermedades psíquicas y somáticas, lejos de presentarse aleatoriamente en la población general, lo hacen con mayor frecuencia en individuos que supuestamente presentarían mayor “vulnerabilidad”, mientras que otro sector de la población permanecería mayormente sano.

Esta situación de agrupamiento de las enfermedades sería especialmente susceptible de producirse en los individuos más frágiles, y, como hemos comentado antes, las personas en edad geriátrica padecen con más frecuencia el “síndrome de fragilidad”, con lo que serían mucho más vulnerables a la comorbilidad psicosomática.

3.2.2. Primeros estudios de comorbilidad. Eastwood y Trevelyan.

Robin Eastwood es el investigador que consideramos fundamental en el estudio moderno de la comorbilidad somática y psíquica. Sus estudios de los años 70 constituyeron un hito en la investigación en este campo, pues fue pionero en adaptar los trabajos clásicos sobre morbilidad psiquiátrica y

somática, a la en aquellos momentos, incipiente investigación de corte epidemiológico fuera del campo de la infectología.

Eastwood había seguido de cerca los trabajos en Atención Primaria de Shepherd, considerándolos capitales ya que según sus palabras “abrieron un camino que los demás seguimos” (Shepherd 1959, Shepherd y Cooper 1964). Estos estudios habían versado sobre la prevalencia de la patología psiquiátrica en la comunidad, las dificultades en su diagnóstico y tratamiento y las posibles asociaciones con enfermedades somáticas y factores sociales. Ya en su capítulo *“Epidemiological studies in psychosomatic medicine”*, planteaba que “aunque las enfermedades físicas y mentales parecen estar ligadas, las razones para una vulnerabilidad a la enfermedad y un posible agrupamiento o “clustering” de patologías en determinados individuos permanecen irresueltas. La resolución de estas preguntas es el principal reto de la epidemiología en la medicina psicosomática”.

Fue así como comenzó a desarrollar lo que podría ser la primera línea seria de investigación sobre comorbilidad psíquica y somática. Para ello podríamos decir que revolucionó los conceptos hasta entonces presentes en la medicina psicosomática, resaltando la importancia de la epidemiología y los estudios ecológicos, la importancia de los estudios comunitarios frente a las muestras clínicas, y también la importancia de los profesionales que atienden a la comunidad en primera instancia, los Médicos de Familia (Eastwood 1989).

3.2.2.1. *Los estudios epidemiológicos en psicosomática.*

La epidemiología es un acercamiento al estudio de la enfermedad basado en el examen de las características generales de los grupos, en contraste con la medicina clínica, que estudia a los individuos. Aunque los estudios epidemiológicos fueron desarrollados inicialmente para estudiar las enfermedades infecciosas, sus técnicas han sido aplicadas desde entonces con éxito a las enfermedades crónicas “no declarables”. Así ha sido posible estudiar la distribución, etiología, curso clínico y pronóstico de estas enfermedades, que incluyen patologías comunes como cáncer, cardiopatía

isquémica o trastornos mentales. La triada compuesta por: huésped, agente patogénico y entorno, usada clásicamente en las patologías infecciosas, puede servir como modelo para otras enfermedades, como las psicosomáticas, aunque están involucradas muchas más variables en este caso que en las enfermedades infecciosas (Eastwood, 1989; Eastwood y Trevelyan, 1972).

La asociación de enfermedades psiquiátricas y médicas ha sido estudiada en multitud de muestras, y los hallazgos encontrados sugieren que hay una relación positiva entre ambas. A pesar de considerables dificultades metodológicas y de muestreo en la investigación epidemiológica de la patología psicosomática, se han hecho muchos esfuerzos para superar estos problemas. Los resultados de los “estudios ecológicos”, parecen ser más consistentes que aquellos que tratan sobre enfermedades psicosomáticas “específicas”, y sugieren que el ser humano tiene una propensión psico-física general a la enfermedad (Eastwood, 1977).

3.2.2.2. La importancia de la muestra comunitaria.

La necesidad de una muestra comunitaria aleatorizada es obvia y fundamental. Existen aquellos que están enfermos y no consultan al médico, y estos que hacen de la demanda de atención médica un hábito, cualquiera que sea su estado de salud. Por lo tanto, hay que salir del entorno de nuestra consulta médica, para buscar la genuina prevalencia de la enfermedad. Este punto ya fue destacado por Goldberg y Huxley en 1980. Aquí Goldberg puntualizó la importancia de la presentación en pacientes psiquiátricos, de síntomas físicos inespecíficos, conocida clásicamente como somatización en la práctica general y en términos del DSM-III. También destacó que, aunque el médico de atención primaria es muy bueno diagnosticando un trastorno puramente psiquiátrico, tiende a infradiagnosticar o no reconocer la somatización de este trastorno, convirtiéndose pues ésta en un auténtico “factor de confusión” y en un factor determinante para una posterior habituación del paciente al abuso de atención médica.

Shepherd y sus colaboradores confirmaron estos hallazgos y afirmaron que la morbilidad psiquiátrica crónica está positivamente asociada a otras formas de enfermedad física crónica (Shepherd 1987). Dado que hasta entonces la patología psiquiátrica sólo había sido estudiada en estudios clínicos, supuso un hito en la medicina Psicosomática el hecho de conocer la auténtica prevalencia de la patología psiquiátrica en la población comunitaria, las dificultades del diagnóstico de esta patología, la cronicidad y la importante asociación entre morbilidades psíquica y somática.

3.2.2.3. El papel del Médico de Familia.

La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en Atención Primaria es muy considerable, y en muchas ocasiones pasa desapercibida, con lo que podríamos hablar de un infradiagnóstico. Los trastornos psíquicos en la muestra comunitaria han demostrado estar asociados a una alta demanda de atención médica. Estos pacientes, además, presentan una mayor tasa de morbilidad somática que el resto de la población general. También constituyen un grupo con mayor absentismo laboral e incapacidades permanentes (Buist-Bouwman y cols. 2005, Baune y cols. 2007). Como resultado de sus síntomas médicos son sometidos a pruebas diagnósticas varias, en ocasiones invasivas, y a tratamientos repetidos. En caso de ser etiquetados como enfermos psiquiátricos, la paciencia de sus médicos de familia se ve a menudo sobrepasada, y los problemas físicos de los pacientes subestimados (Eastwood 1989).

Así que, el agrupamiento o “clustering” de las enfermedades físicas y psíquicas en los pacientes de Atención Primaria debe hacernos estar en guardia, pues tiende a empeorar el pronóstico de las enfermedades independientes, a complicar el diagnóstico y tratamiento y a producir un mayor consumo de servicios médicos (Scott y cols. 2007). Por lo tanto, el papel del Médico de Familia es fundamental en este contexto.

3.2.2.4. Primer estudio serio de comorbilidad.

Eastwood, en 1975, diseñó el "St Paul's Cray study screening protocol" para comprobar una hipotética relación entre morbilidades psíquica y somática con una muestra comunitaria aleatorizada de pacientes entre 40 y 64 años. Como conclusiones destacaron, en primer lugar, una prevalencia de los trastornos psiquiátricos en Atención Primaria muy considerable con una tasa de infradiagnóstico de trastornos psiquiátricos menores del 19% en varones y 27 % en mujeres. Y sobre todo, en segundo lugar, una concomitancia de trastornos médicos en pacientes con morbilidad psíquica cuando se excluían sesgos de muestreo, método y diagnóstico, y cuya gravedad también se incrementaba con la gravedad del trastorno psiquiátrico.

Estos hallazgos confirmaron, pues, la existencia de una asociación positiva entre patologías psíquica y somática, y una tendencia al agrupamiento de ambas en algunos individuos. Sin embargo, a pesar de que ya en esos años muchos autores sugerían que la edad podía ser un factor modulador entre asociación de morbilidades psíquica y somática, Eastwood y Corbin ponían en duda esta asociación con los datos empíricos de que disponían entonces. En primer lugar argumentaban que las enfermedades físicas aumentaban con la edad, y que sin embargo la depresión no lo hacía; y en segundo lugar decían que las asociaciones entre edad y comorbilidad eran hasta ese momento heterogéneas, y aparentemente afectadas por factores de confusión, por lo que proponían un análisis multivariado para esclarecer la cuestión: etiología múltiple de la enfermedad crónica, tanto física como psíquica, y múltiples respuestas de individuos a agentes amenazadores de su salud a través de muy variables situaciones.

Trabajos sucesivos en Australia y EEUU mostraron concordancia con esos hallazgos y que los pacientes psiquiátricos que presentaban quejas somáticas, eran grandes frequentadores de servicios médicos (Kessler y cols. 1987). Así que, los pacientes psiquiátricos, además de mostrar síntomas

somáticos debidos a su enfermedad, tendrían también un riesgo mayor de contraer una enfermedad somática.

En todo caso, Eastwood ya destacó en primer lugar, que la relación entre enfermedad física y mental era descriptiva y correlacional, y no causal. La causalidad, aunque sospechada, era de momento especulativa. Y además, en segundo lugar, que esta asociación no había sido probada en población general geriátrica, pues su muestra comprendió hasta los individuos de 64 años. Por lo tanto sugería que debería ser estudiada en estudios longitudinales una relación de trastornos psiquiátricos con enfermedad física, y muerte prematura (natural o secundaria a malos hábitos), y también que debía profundizarse en la existencia de la asociación en poblaciones geriátricas. Estas ideas lanzadas por Eastwood, que han permanecido irresueltas hasta la fecha, constituyen la razón por la cual se realiza esta Tesis Doctoral.

3.2.3. Estudios posteriores de comorbilidad.

3.2.3.1. Muestras de pacientes psiquiátricos.

Estos últimos años, estudios prospectivos importantes, basados en registros poblacionales, han demostrado mayor mortalidad en pacientes con trastornos depresivos que en la población general. En contra de lo que se había tomado como cierto en el mundo científico clásico, no sólo las causas no naturales de muerte, como el suicidio, son las causantes del incremento en las tasas de mortalidad en los pacientes con trastornos depresivos; sino que ya ha sido demostrado un aumento en todas las causas de mortalidad natural, en este tipo de pacientes desde el inicio mismo de la enfermedad psiquiátrica (Osby y cols. 2001).

Es más, no solamente se ha objetivado un aumento de la mortalidad natural en el trastorno depresivo mayor, ajustando por diversas variables incluyendo morbilidad somática; sino también en la depresión menor, los trastornos bipolares y en la esquizofrenia, siendo el aumento significativo para

ambos sexos (Schoevers y cols. 2000, Osby y cols. 2000). Incluso se ha profundizado en un posible efecto negativo de la depresión sobre la inmunidad propia del individuo. Parece existir una disminución de la actividad inmunitaria, en concreto de los Linfocitos T-CD8 y los Natural Killer en pacientes afectos de trastorno depresivo mayor, circunstancia que Evans ha postulado como causante de una mayor tasa de mortalidad de mujeres con VIH con síntomas depresivos crónicos (Evans y cols. 2002).

Estos trabajos citados y otros que encontramos en la literatura médica internacional, han provocado que, en el último lustro, haya ido asentándose en el mundo científico la opinión de que los pacientes con determinadas patologías psiquiátricas específicas, asocian en un alto porcentaje de ocasiones enfermedades somáticas comórbidas. Esto vendría a suponer una situación diferente pero alternativa a los clásicos trastornos somatomorfos, caracterizados por su presentación como síntomas somáticos, pero realmente explicados por un trastorno psiquiátrico subyacente.

Por ejemplo, y abordando muestras de pacientes con patologías psiquiátricas específicas; el trastorno de ansiedad ha sido relacionado con diversas patologías físicas como la artritis, migraña, alergia y patologías respiratorias, gastrointestinales o tiroideas (Sareen y cols. 2006). Los pacientes con demencia senil, tanto vascular como tipo Alzheimer y con déficits cognoscitivos moderados, han demostrado, además de tomar un mayor número de medicaciones, una mayor prevalencia de enfermedades somáticas asociadas, y que además aumentan en número y severidad cuanto más grave es el trastorno cognoscitivo (61% de los pacientes con demencia tipo Alzheimer padecen además tres o más patologías médicas) (Lyketsos y cols. 2005). Hasta tal punto es así, que los últimos trabajos se cuestionan en qué medida la enfermedad médica puede ser el desencadenante de un deterioro cognoscitivo que, a la postre, desemboque en una demencia. En esta vía van también los últimos artículos internacionales sobre delirium y morbilidad de los síndromes demenciales (Fick y cols. 2002, Sanderson y cols. 2002, Doraiswamy y cols. 2002).

Por último, además de la clásica asociación del trastorno depresivo al accidente cerebrovascular (depresión post.ACV), que lleva documentados aumentos de mortalidad en estos pacientes con comorbilidad (Williams y cols. 2004); también las patologías cardiovasculares como el ángor péctoris y el infarto de miocardio llevan, en muchos casos, un trastorno psíquico (sobre todo afectivo) asociado. Además, como hemos comentado, estas asociaciones de enfermedad física y psíquica conllevan en muchos casos un ensombrecimiento del pronóstico funcional, social y en muchas ocasiones vital, de este tipo de pacientes complejos (Sareen y cols. 2006, Beekman y cols. 1997).

3.2.3.2. Muestras de pacientes con patologías médicas.

Otros estudios sugieren que los pacientes con patología somática tienen una tasa más alta de trastornos mentales, sobre todo ansiedad y depresión (Moldin y cols. 1994); y que esta comorbilidad no es un fenómeno casual. Incluso algunos autores, defienden que el mejor predictor de trastorno psiquiátrico es la enfermedad médica (Vázquez Barquero y cols. 1992). En uno de estos estudios llevado a cabo por Kisely y Goldberg, parte de un programa de la *World Health Organization*, los pacientes con enfermedades somáticas moderadas o graves presentaron mayor riesgo de desarrollar una enfermedad mental. Más aún, en casos de patología médica, la sintomatología psiquiátrica fue más grave y los costes de la atención médica, mayores (Kisely y cols. 1997).

¿Presentan algunos pacientes realmente una vulnerabilidad a enfermar, tanto psíquica como somáticamente?, ¿Realmente incrementan las enfermedades mentales el riesgo de desarrollar una enfermedad médica? Esto es lo que sugieren las últimas investigaciones sobre muestras de pacientes médicos, tanto en pacientes ambulatorios como en los ingresados en el hospital por motivos médico-quirúrgicos.

Desglosando el tema por muestras de pacientes con patologías médicas específicas, encontramos en la literatura muchos ejemplos de asociación de morbilidad somática y psiquiátrica. Por ejemplo, Weyerer demostró, que los

pacientes diabéticos presentaban una prevalencia de patología psiquiátrica, y en concreto de depresión menor, ajustada por sexo y edad, significativamente mayor que en pacientes sanos. (Weyerer y cols. 1989). Las enfermedades pulmonares, la artritis reumatoide, la artrosis y la hipoacusia han sido relacionadas con la depresión menor, pero sin embargo no con la depresión mayor (Beekman y cols. 1997).

Investigaciones de la Universidad de California demostraron que pacientes con artritis reumatoide, enfermedad coronaria o hipertensión arterial, tenían una prevalencia significativamente mayor de trastornos de ansiedad cuando se ajustaba por sexo y edad, y que pacientes con patología respiratoria crónica presentaban una mayor prevalencia de trastornos afectivos (Wells y cols. 1989). Se ha determinado también, que los pacientes afectos de patología cardiovascular y metabólica presentan mayor riesgo de padecer una demencia, pero no sólo vascular, sino también de tipo Alzheimer (Martins y cols. 2006, Ropacki, 2005); y, como hemos comentado previamente, algunos investigadores sugieren incluso que la morbilidad somática puede conducir, además de a una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos, a un declive cognoscitivo precoz en pacientes con un deterioro previo, pero todavía no demenciados (Backman y cols. 2003).

Sin embargo, el inconveniente es que la mayoría de estos estudios han sido realizados en muestras clínicas, en pacientes recibiendo tratamiento por diversas patologías o en muestras ambulatorias y no en muestras poblacionales.

3.2.3.3. Muestras de pacientes en Atención Primaria

Los trastornos psíquicos, también, se han revelado como muy prevalentes en los pacientes que son atendidos por causas médicas en Atención Primaria, y a menudo pasan desapercibidos o son infradiagnosticados (Eastwood, 1989).

En pacientes médicos de Atención Primaria se ha objetivado que la presencia de 5 ó más síntomas físicos y la propia percepción del paciente de

estar enfermo, se relacionan con una mayor probabilidad de padecer un trastorno psiquiátrico subyacente (Jackson y cols. 2001). Otros investigadores como Tangen, demuestran una fuerte asociación lineal (independiente de edad y sexo, y significativa) de síntomas somáticos “inexplicados” con trastornos de ansiedad y con depresión, asociación que tiende a ser más fuerte cuando se asocian ansiedad y depresión en un mismo paciente (Tangen y cols. 2004).

Sin embargo, estos estudios realizados sobre poblaciones clínicas adolecen de presentar muestras muy diversas, desde pacientes con cáncer hasta pacientes con patologías cardiovasculares, gastrointestinales o infecciosas. Además están realizados sobre muestras de pacientes que acuden al médico por algún problema, y muy pocos analizan la presencia de comorbilidad en muestras de población general no enferma, como parte de un estudio epidemiológico en muestra comunitaria.

3.2.3.4. Comorbilidad en muestras Comunitarias.

Ya ha sido establecido en la literatura científica internacional que existe una relación entre la patología somática y la psíquica, lo que ha sido llamado comorbilidad o co-ocurrencia de ambos estados patológicos (Wells y cols. 1989, Buist Bowmann y cols. 2005). Esta asociación tienen un considerable impacto en la salud pública, dados los importantes costes de tratamiento, la alta y prematura mortalidad y la discapacidad que originan (Scott y cols. 2007). Pero uno de los fundamentales problemas ha sido y sigue siendo, que los estudios realizados al respecto lo han sido en muestras clínicas y no poblacionales y en patologías tanto médicas como quirúrgicas concretas, sin la existencia de estudios globales.

Algunos autores han realizado estudios poblacionales interesantes con el propósito de demostrar una asociación de morbilidades física y psíquica, pero no han logrado demostrarlo significativamente. Roca-Bennasar, en un estudio realizado en nuestro medio, en concreto en una muestra comunitaria de las Islas Baleares, documentó que existe un mayor malestar psíquico entre los pacientes que presentan además comorbilidad somática, pero no pudo

encontrar asociación estadísticamente significativa cuando elevaba a la categoría de trastorno la patología psiquiátrica. Ésto posiblemente pueda ser achacado al relativamente pequeño tamaño muestral ($N=242$), pero va en línea con la teoría del "clustering" de morbilidades somática y psíquica (Roca-Bennassar y cols. 2001).

Por último, en fechas no muy lejanas, Scott realizó uno de los más importantes estudios de comorbilidad en población general, aunque sin incluir la de edad geriátrica. Como parte del ambicioso proyecto *World Mental Health Survey* diseñó un estudio multicéntrico (17 países) en población general para estudiar la relación de ansiedad y depresión con morbilidad física. Así, demostró que todas las patologías somáticas estudiadas estaban asociadas de forma significativa con trastornos de ansiedad o depresión, habiendo diferencias en la fuerza de asociación (Odds Ratios entre 1,2 y 4,5). De esta forma, los trastornos depresivos y los de ansiedad por separado, estaban asociados con igual intensidad a enfermedades físicas; pero cuando ambos coincidían en un individuo (ansiedad + depresión), entonces la fuerza de la asociación con patología somática era mucho mayor (Scott y cols. 2007).

Sin embargo, este importante trabajo de investigación, de corte similar al estudio "prínceps" sobre comorbilidad psicosomática realizado por Robin Eastwood en los años 70, fue realizado en población general, pero como hemos comentado no geriátrica. Así pues, la afirmación del propio Eastwood de que esta asociación de morbilidades no había sido adecuadamente probada en población geriátrica, sigue vigente hasta la fecha de hoy, y es lo que motiva la presente Tesis Doctoral.

3.2.4. Consecuencias negativas de Comorbilidad.

3.2.4.1. Ensombrecimiento pronóstico.

Como hemos venido comentando, parece claro, que la presencia de comorbilidad psíquica y somática, empeora el pronóstico de las enfermedades,

haciéndolas más devastadoras que si se presentaran de manera independiente. No sólo los estudios prospectivos de los últimos tiempos sobre el aumento de las tasas de mortalidad natural en pacientes con morbilidad psíquica vienen a confirmar esta afirmación (Osby y cols. 2001, Schoever y cols. 2000, Osby y cols. 2000). También la refuerzan los importantes y significativos descensos de supervivencia en pacientes con enfermedades somáticas, como el ictus o la enfermedad coronaria (Williams y cols. 2004), cuando existe comorbilidad depresiva, o la asociación de mayor severidad de los síndromes demenciales al padecimiento de enfermedades físicas concomitantes (Lyketsos y cols. 2005, Sareen y cols. 2006).

Así pues, la asociación de enfermedad física y psíquica, conlleva en muchos casos un ensombrecimiento del pronóstico funcional, social y en muchas ocasiones vital, convirtiendo a los pacientes que la padecen en complejos y propensos a una mala evolución clínica (Beekman y cols. 1997).

3.2.4.2. Discapacidad.

Todos los estándares de calidad de vida y capacidad funcional han resultado significativamente disminuidos cuando se estudian en pacientes con comorbilidad. Es lógico, dado el documentado empeoramiento pronóstico y funcional de los pacientes afectos de comorbilidad psíquica y somática, que la realización de las actividades de la vida diaria, la percepción de la propia calidad de la salud y la capacidad para llevar unas adecuadas funciones vitales y sociales se vean, pues, mermadas en este tipo de pacientes (Kessler y cols. 2003).

Diversos estudios analizando las puntuaciones del SF-36, de escalas de Actividad de la Vida Diaria de Katz y Lawton, y escalas de salud física, en individuos en los que se asocia sobre todo depresión, pero también morbilidad psíquica en general, han documentado una importante aparición de discapacidad en estos individuos (Baune y cols. 2007, Sareen y cols. 2006). Además, hay que resaltar que la discapacidad se ve severamente aumentada, cuando dentro de la comorbilidad somática - psíquica existe una asociación de

más de una patología psiquiátrica, como ansiedad y depresión (Scott y cols. 2007).

Y finalmente, para confirmar ésto, se ha determinado que los pacientes con comorbilidad somática y depresiva presentan mejorías significativas aparte de la esperable en el aspecto emocional, en su discapacidad y funcionamiento social, cuando se administra tratamiento para esta depresión coincidente con la patología somática. Por consiguiente, la depresión, y en general los trastornos psíquicos, son un potente determinante de discapacidad en pacientes con comorbilidad somática, y no deben ser considerados necesariamente como una reacción esperable a la propia enfermedad, sino también como una condición independiente que requiere tratamiento activo (Simon y cols. 2005).

3.2.4.3. Frecuentación de Servicios Médicos y absentismo laboral.

Los pacientes médicos, no ya con una patología somática diagnosticada, sino tan solo con una fuerte “identidad de enfermo” (la propia percepción del paciente de estar enfermo) y que refieren mayor número de quejas somáticas han demostrado, además de una mayor prevalencia de morbilidad psíquica, un mayor consumo de los recursos sanitarios y frecuentación de los servicios médicos (Frostholm y cols. 2005).

Además, también está comprobado que existe una asociación positiva y estadísticamente significativa de ingreso hospitalario y trastorno mental (ansiedad, depresión, trastornos somatoformes). O sea, que los pacientes con trastornos psíquicos son mayores frequentadores de servicios médicos y de ingresos hospitalarios que los que no los padecen (Hansen y cols. 2002). Los mayores demandantes de servicios médicos, que resulta ser tan sólo el 10% de los pacientes que visitan los Servicios de Salud, resultan ser los pacientes en los que existe mayor prevalencia de trastornos psíquicos y sociales según la escala SF 36 (Vedsted y cols. 2004).

Otro tema relacionado con éste es la discapacidad que provoca la presencia de comorbilidad somática y psíquica en un mismo paciente, no sólo

INTRODUCCIÓN

en el aspecto funcional, sino también, y lógicamente en el laboral. Buist-Bouwman destacó que todas las patologías somáticas estaban significativamente relacionadas con ansiedad y trastornos de humor y que la co-morbilidad psíquica-somática se asociaba a un mayor absentismo laboral, estando este absentismo prácticamente confinado a pacientes con comorbilidad (Buist-Bouwman y cols. 2005).

Así pues, dada la importante frecuentación de Servicios y la elevada tasa de absentismo laboral de los pacientes con comorbilidad psíquica-somática, se puede hablar de que esta asociación puede ser uno de los mayores condicionantes del gasto sanitario global.

4. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

En base a la revisión bibliográfica anterior y a la experiencia clínica, en definitiva, esta Tesis Doctoral se basa en los siguientes criterios:

1. Estudios pioneros, inicialmente publicados por Hinkle y Wolf (1952 y 1957), y después por autores como Eastwood y Trevelyan (1972), documentaron que las enfermedades psíquicas y las somáticas tienden a agruparse en un determinado sector de la población general.
2. Eastwood especuló acerca de una posible vulnerabilidad de determinados individuos a la enfermedad, y consideró que la investigación en este terreno era "el principal reto de la epidemiología" en el campo de la medicina psicosomática y de la relación entre morbilidad somática y morbilidad psíquica.
3. Desde entonces, un considerable número de estudios han demostrado la asociación de morbilidad somática y psiquiátrica:
 - a) En muestras de pacientes psiquiátricos a partir de los registros de ingreso hospitalario (Sareen y cols. 2006, Evans y cols. 2002).
 - b) En muestras de pacientes médicos extraídas de diferentes servicios de salud (hospitalarios, ambulatorios o del ámbito de la Atención Primaria) (Koenig y cols. 2006, Lobo y cols. 2007).
4. De forma repetida, las consecuencias negativas de la comorbilidad psíquica y somática han sido documentadas en muchos estudios posteriores (Kessler y cols. 2003, Kathol y cols. 2006).
5. Mientras algunos autores admiten que la asociación entre morbilidad somática y psíquica ha sido adecuadamente establecida, aún así subrayan el hecho de que las evidencias hasta la fecha se basan en estudios sobre muestras clínicas y con un rango restringido de patologías somáticas y

psiquiátricas (Scott y cols. 2007). En los últimos años, importantes estudios poblacionales de comorbilidad han sido realizados por Ormel y cols., y Baune y cols. (2006), pero focalizados, aquel en patologías cardiovasculares y éste en depresión.

6. La relevancia del estudio de la comorbilidad en población general ha sido resaltada recientemente por Scott y cols., en un estudio multicéntrico, integrado en el *World Mental Health Survey* (Scott y cols. 2007). Éste demostró que todas las patologías somáticas estudiadas estaban asociadas de forma significativa con trastornos de ansiedad o depresión; pero cuando ambos coincidían en un individuo (ansiedad + depresión), la fuerza de la asociación con patología somática era mucho mayor. Sin embargo, este importante trabajo de investigación, de corte similar a los de Eastwood and Trevelyan (1972), fue realizado en pacientes no geriátricos. Así que sigue vigente la afirmación de Eastwood sugiriendo que no ha sido adecuadamente estudiada en la población general geriátrica la asociación entre morbilidades somática y psiquiátrica.

7. Dada la relación entre comorbilidad y fragilidad, en la población geriátrica, así como sus conocidas consecuencias negativas sobre los individuos que las padecen, los estudios en población general geriátrica deben ser una prioridad en la investigación actual sobre la comorbilidad.

8. Los “subcasos” de patología psiquiátrica, que a menudo son infradiagnosticados, deben ser incluídos en las nuevas investigaciones, ya que diversos estudios han sugerido que tienen un pronóstico negativo (De la Cámara 1999, Saz 1999, Beekman y cols. 1997). También debe estudiarse la influencia de grupos de edad específicos sobre esta asociación.

9. En investigaciones sobre comorbilidad general, la importancia de determinadas patologías somáticas debería ser estudiada, dados los diferentes patrones de asociación entre morbilidades psíquica y física documentados en la bibliografía (Baune y cols. 2007).

10. Finalmente, dado que la mayoría de los estudios previos sobre el tema han sido realizados en ambientes anglosajones, la investigación de la comorbilidad en otros países puede aportar datos interesantes acerca de la influencia de factores socio-culturales (Bramesfeld, 2003). Roca-Bennasar y cols.(2001) no pudieron confirmar en una comunidad balear que la frecuencia de comorbilidad general médica en individuos diagnosticados de trastorno psiquiátrico con criterios ICD-10, fuera significativamente más alta que en los individuos entrevistados sin patología psiquiátrica. Más aún, Braam y cols. (2005), en un estudio transnacional europeo, encontró una asociación consistente de enfermedad somática con depresión, pero con diferencias entre diferentes países del ámbito continental. Además, entre los factores a tener en cuenta y que pueden producir diferencias transculturales están los relacionados con la provisión de servicios (Bramesfeld, 2003).

11. El presente trabajo forma parte del Proyecto ZARADEMP, un estudio epidemiológico que pretende, en una población geriátrica comunitaria, documentar la prevalencia, incidencia y los factores de riesgo de Demencia, Depresión y Morbilidad Psiquiátrica; así como su asociación con la Morbilidad Somática (Lobo y cols. 2005).

El principal objetivo de esta Tesis Doctoral es tratar de encontrar apoyo, por vez primera en una población geriátrica comunitaria, y además en el sur de Europa, para la hipótesis sobre la tendencia de la morbilidad psiquiátrica y de la morbilidad somática a agruparse en determinados individuos, de tal modo que se documente la asociación positiva con cifras estadísticamente significativas. Si esto se confirma, otros objetivos complementarios serán: documentar la influencia de las características sociodemográficas en la asociación y determinar cuáles de las patologías somáticas específicas tienen mayor peso en la asociación.

5. OBJETIVOS

Los objetivos de la presente Tesis Doctoral, elaborada sobre una muestra representativa de ancianos que viven en la población general, dentro del proyecto ZARADEMP, son los siguientes:

1) El objetivo fundamental, y base de este trabajo, es el de intentar confirmar en esta población la tendencia a la asociación, en ciertos individuos, de la morbilidad psiquiátrica general y la morbilidad somática general (específicamente los trastornos considerados como factores de riesgo para el desarrollo de demencia, como diabetes e hipertensión arterial); y que existe una asociación estadística positiva entre ambos tipos de morbilidad.

En el contexto de la hipótesis del “clustering” o agrupamiento de la morbilidad somática y la morbilidad psíquica, y de la teoría general de la vulnerabilidad a la enfermedad, se pretende además, como objetivos secundarios en la misma población:

- 2) Determinar la frecuencia y distribución de morbilidad somática general.
- 3) Determinar la frecuencia y distribución de algunas enfermedades médicas específicas importantes en el anciano. En concreto, de la hipertensión arterial, ángor pectoris, infarto de miocardio, ictus, epilepsia, traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Parkinson, diabetes mellitus y patología tiroidea.
- 4) Determinar la frecuencia y distribución de la morbilidad psíquica general.
- 5) Determinar la frecuencia y distribución de las enfermedades psiquiátricas específicas, que afectan más frecuentemente a la población general geriátrica. Concretamente de la demencia, la depresión y los trastornos de ansiedad.
- 6) Estudiar la asociación entre categorías o trastornos somáticos específicos y morbilidad psiquiátrica general.

6. HIPÓTESIS DE TRABAJO

En base a nuestra experiencia clínica y a la revisión sobre el tema de la comorbilidad psíquica y somática en la literatura internacional, se formula la Hipótesis Principal de esta Tesis Doctoral:

1) Podrá documentarse una asociación positiva y estadísticamente significativa entre la morbilidad somática y la psíquica en la población general geriátrica. Esta hipótesis tiene relación con la teoría del “clustering”, que defiende que la morbilidad psíquica y la somática se concentran en un sector de la población, mientras, en el otro extremo, otro sector de la misma población está sano y no sufre morbilidad psíquica ni somática.

Además, y de forma complementaria, se puede conjeturar en base a lo ya comentado que:

2) La morbilidad somática general previsiblemente aumentará con la edad y los patrones específicos variarán en su distribución por sexo.

3) La morbilidad psíquica general será más frecuente en el sexo femenino.

4) La comorbilidad psíquica - somática aumentará con la edad.

5) Podrá documentarse, como ha sugerido la bibliografía, que las siguientes enfermedades somáticas se asocian especialmente con morbilidad psíquica: hipertensión arterial, ictus, enfermedad de Parkinson, diabetes mellitus y patología tiroidea.

INTRODUCCIÓN

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

7. CONTEXTO DEL ESTUDIO

7.1. Origen del estudio: El proyecto ZARADEMP.

El marco de referencia en el cual está incluido el presente trabajo es el Proyecto ZARADEMP (Lobo y cols. 2005a y 2005b), estudio en la población pre-geriátrica y geriátrica de Zaragoza, incluido en un proyecto europeo de salud. Este estudio nació como natural evolución de su predecesor, el Estudio Zaragoza (Lobo y cols. 1997), realizando mejoras sustanciales con respecto a éste y a estudios similares llevados a cabo por el mismo grupo y por otros grupos de investigación de relevancia internacional. Partiendo de la experiencia previa adquirida en el Estudio Zaragoza, el Proyecto ZARADEMP fue planificado con los siguientes objetivos generales de incremento de la cantidad y calidad de los datos a recoger:

- Aumento significativo de individuos en la muestra.
- Aumento y mejora de los datos recogidos en las entrevistas utilizadas.
- Mejora significativa en materia de métodos y procedimientos.

Dado el importante impacto que el Proyecto ZARADEMP ha ocasionado, el Estudio Zaragoza ha sido renombrado recientemente como Estudio ZARADEMP “0”. El Proyecto ZARADEMP fue concebido con el objetivo principal de unificar criterios y medidas de detección, de prevalencia y de factores de riesgo de la demencia y la depresión que permitan identificar “factores de prevención” que ayuden a fomentar estilos de vida saludables en la población anciana. En este sentido, es importante mencionar que, aunque demencia y depresión fueron las dos principales enfermedades mentales objeto de estudio, también la morbilidad médica y la comorbilidad fueron valoradas en el diseño del proyecto ZARADEMP. La demencia acaparó el principal protagonismo, quedando las demás patologías en un segundo lugar. Este hecho es patente en el diseño del proyecto y ha sido tenido en cuenta en el transcurso tanto de la proyección, planificación, análisis, y elaboración del presente trabajo de Tesis Doctoral.

7.2. Ámbito y representatividad del estudio.

El sitio elegido para el estudio fue la ciudad de Zaragoza, quinta ciudad de España y capital del antiguo e histórico Reino de Aragón, actual Comunidad Autónoma. El ámbito geográfico del estudio incluye el área metropolitana de la ciudad y los barrios periféricos que en el momento del muestreo dependían de ella: Casetas, Garrapinillos, Juslibol, La Cartuja, Miralbueno, Montañana, Monzalbarba, Movera, Peñaflor, San Gregorio, San Juan de Mozarrifar, Santa Isabel, Villamayor y Villarrapa. La muestra a estudio fue extraída del Censo Municipal de la Ciudad de Zaragoza de 1991. En aquellos momentos la Comunidad Autónoma de Aragón contaba con 1.188.817 habitantes de los cuales 594.394 estaban censados como residentes de la ciudad de Zaragoza (siendo por tanto el 50 % del total de Aragón (IAEST 2002, INE 2001).

Esta ciudad y sus alrededores han sido tradicionalmente un área agrícola, aunque la industrialización moderna durante los últimos 30 años ha producido importantes movimientos migratorios; uno de los más importantes es el dato anteriormente mencionado de la concentración en la ciudad de Zaragoza de la mitad de la población de Aragón. Uno de los datos demográficos más relevantes para este estudio es que la población de 55 ó más años en la ciudad en 1991 era de 153.851 habitantes, que representan el 25,9 % de la población total de la ciudad de Zaragoza, y nos indica a su vez que el 42,1 % de la población total de Aragón mayor de 54 años residía en 1991 en la capital.

El ámbito del presente estudio es poblacional y general, incluida población institucionalizada. Los resultados obtenidos a partir de los datos extraídos en este proyecto (procedentes de los bancos de datos de ZARADEMP I, II, y III) pueden ser generalizados a toda la población anciana de la ciudad de Zaragoza y, dada las características de la zona geográfica, sus resultados pueden, así mismo, ser comparados y parcialmente generalizados a poblaciones de características similares, al menos en nuestro ámbito nacional y así mismo en países europeos u occidentales, teniendo en cuenta las salvedades que estas poblaciones pudieran presentar.

8. DISEÑO DEL ESTUDIO

8.1. Estrategia y diseño del Proyecto ZARADEMP.

Se elaboró una estrategia cuidadosamente planificada desde el inicio del planteamiento del Proyecto. Este fue concebido como un estudio epidemiológico con tres “olas”. Se trata de un estudio prospectivo de cohortes, por lo tanto de tipo observacional y longitudinal con proyección analítica y parcialmente causal (ver figura 1. Diseño general del Proyecto ZARADEMP).

El Estudio Zaragoza previo (al que ahora llamamos ZARADEMP “0”) fue la investigación de base y ha influenciado las decisiones sobre el muestreo, los instrumentos y los métodos. A continuación se especificarán las características detalladas de las distintas olas y sus respectivas fases.

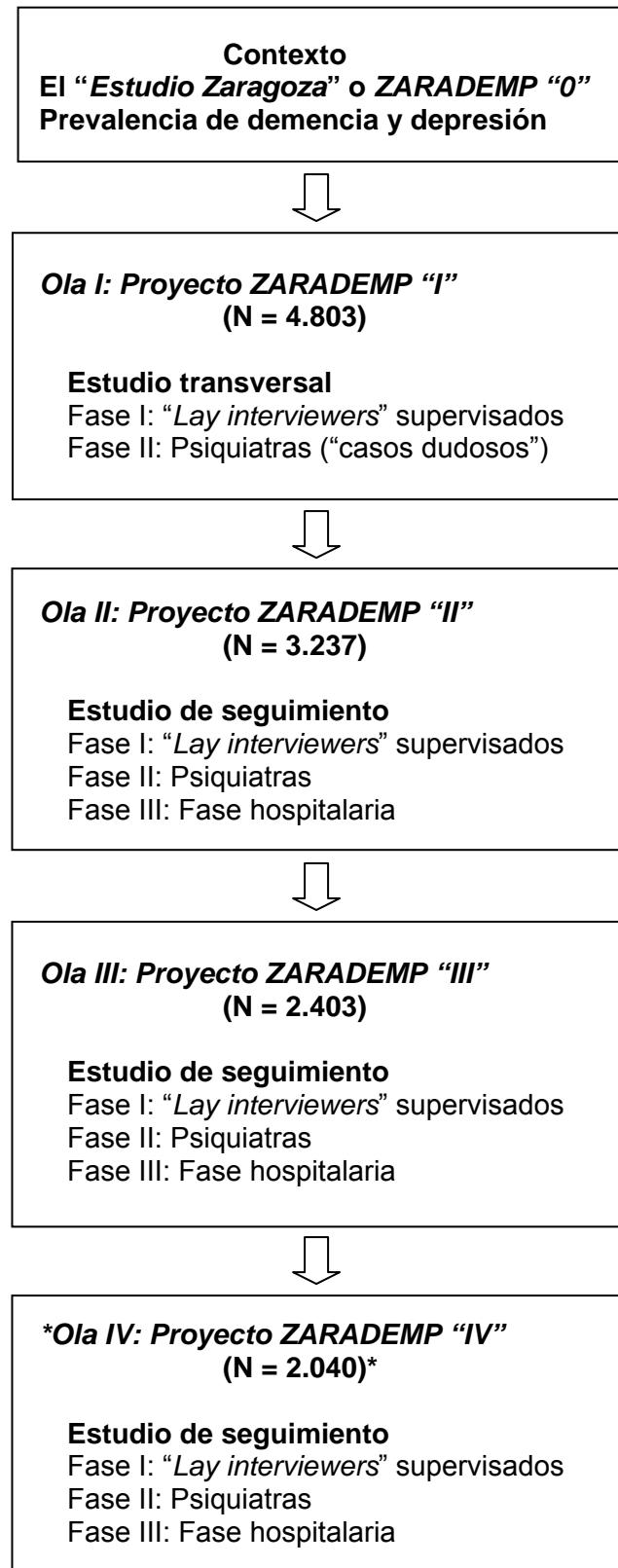


Figura 1. Diseño general del Proyecto ZARADEMP

*Ola en proceso: Actualmente en fase de inicio del estudio de campo, el N indicado hace referencia al total de sujetos entrevistados en ZARADEMP III una vez descontados los sujetos con un diagnóstico psiquiátrico de demencia, se estima que el N final, tras la pérdida experimental estimada será de aproximadamente 1.200 sujetos.

La **Ola I** (ZARADEMP I) es un estudio de base, que intentaba identificar una cohorte de individuos sin demencia, así como la prevalencia y la distribución de los hipotetizados factores de riesgo de demencia. También intentaba documentar la prevalencia y distribución de demencia, depresión y morbilidad psíquica y física, a efectos comparativos. El trabajo de campo de este estudio de base se completó por medio de entrevistadores no profesionales (*lay interviewers*) estandarizados y supervisados por psiquiatras investigadores. El trabajo de campo de la Ola I se subdivide a su vez en dos fases, una fase de cribado o *screening* y una fase de corrección de entrevistas y validación cruzada de los datos obtenidos. A continuación describimos estas dos fases:

- **Fase de cribado o screening:** Los entrevistadores estandarizados o *lay interviewers* evalúan a cada individuo de la muestra seleccionada mediante un instrumento diseñado y estandarizado para este fin, la entrevista ZARADEMP. El 74,5 % de las entrevistas fueron realizadas en los domicilios particulares de los entrevistados.
- **Fase de corrección y validación:** En la segunda fase se procede a la corrección de las entrevistas obteniendo los “probables casos” de demencia y/o deterioro cognoscitivo y los “no casos” o sujetos sanos.

Las **Olas II, III y IV** (o ZARADEMP II, III y IV) se diseñaron para hacer un seguimiento de la cohorte de individuos sin demencia, de modo que al final del estudio pudiese ser identificado un número suficiente de casos incidentes de demencia para someter a verificación las hipótesis principales. Además, se ha introducido en el diseño el estudio de nuevos aspectos y, específicamente en Z-IV, el estudio de fracturas, especialmente las osteoporóticas, que afectan a la población general geriátrica. De este modo, factores identificados en Z-I, incluyendo la comorbilidad que se documenta en la presente Tesis Doctoral, se estudiarán como factores de riesgo de fracturas más de 10 años después.

8.2. Características diferenciales del diseño del presente estudio.

El estudio realizado para la presente Tesis Doctoral está plenamente enmarcado en el diseño general del Proyecto ZARADEMP, por lo tanto su diseño es básicamente muy similar al descrito anteriormente. De todas formas, determinadas características específicas del mismo hacen que presente diferencias que deben ser mencionadas y cuidadosamente tenidas en cuenta.

En primer lugar, el diseño y planificación del Proyecto ZARADEMP estuvo principalmente centrado en las demencias, y en segundo lugar en la depresión; pero también en otros aspectos, incluyendo el estudio de co-morbilidad que ahora planteamos. Los posibles sesgos deben ser tenidos en cuenta a la hora de analizar datos e interpretar resultados.

9. TRABAJO DE CAMPO

9.1. Procedimiento del trabajo de campo.

Una vez finalizado el muestreo y preparado el banco de datos inicial ($N = 9.739$) sujetos, se procedió a la recogida de datos a través de los entrevistadores no profesionales o “*lay interviewers*”. El proceso del trabajo de campo descrito a continuación se llevó a cabo de la misma forma a lo largo de las tres “olas” del Proyecto ZARADEMP finalizadas hasta el momento.

En primer lugar se informó *a priori* a los ancianos sobre el estudio mediante una carta personal firmada por los responsables del Proyecto ZARADEMP. A continuación se concretó una cita mediante llamada telefónica cuando fue posible y, en caso contrario, se visitó su domicilio. Se realizaron hasta tres llamadas telefónicas alternando el horario de llamada con el fin de conseguir una cita con el sujeto a entrevistar. En el caso de no conseguir esa cita se realizaron tres visitas domiciliarias antes de considerarse que existía un problema de dirección o que el individuo no había sido encontrado. En un pequeño número de ancianos que objetaron a ser entrevistados, los investigadores “*senior*” contactaron personalmente con los individuos con el fin de conseguir la cita para la entrevista. Si el anciano había sido institucionalizado, era entrevistado en la institución. Se obtuvo un consentimiento informado de cada uno de los individuos participantes (o de un pariente cuando él o ella no podía comprender los términos del acuerdo) siguiendo la legislación española vigente. Se registró el teléfono familiar y la dirección, así como datos médicos y psiquiátricos relevantes proporcionados por la familia y que pudieran ser utilizados en casos de rechazos o pérdida en las consiguientes “olas” de seguimiento.

9.2. Ola I: Estudio de Base.

En esta “ola” se utilizó un diseño epidemiológico de screening. Los “*lay*

"interviewers" administraron la *Entrevista ZARADEMP* con todos sus instrumentos incorporados. También se recogieron datos acerca de la presión arterial, la altura y el peso de cada individuo, de rutina en esta fase del estudio. Se utilizaron en algunos casos, para ayudarse en el proceso diagnóstico, los informes médicos, que a menudo guardan en el domicilio los pacientes españoles y que pueden incluir datos de laboratorio.

Las entrevistas tuvieron una duración entre 25 y 90 minutos. Los individuos fueron nominados como "casos probables" en base a los puntos de corte globales del *GMS* y/o a los puntos de corte estándar en el *ECMM*, que previamente hemos comunicado y que tienen unos buenos coeficientes de validez (Lobo y cols. 1988 b; Lobo y cols. 1980; respectivamente). Los puntos de corte aquí utilizados se decidieron en base a un adecuado valor predictivo negativo. Sin embargo, los psiquiatras investigadores revisaron concienzudamente los datos de cada anciano supervisando individualmente a los "*lay interviewers*". En el estadío final de la *Ola I*, los psiquiatras recogieron el diagnóstico de "demencia", "depresión" u "otros" en los casos nominados.

Para el diagnóstico de demencia, fue preciso documentar un deterioro en actividades cotidianas debido precisamente al deterioro cognoscitivo; en los casos dudosos, los psiquiatras investigadores repitieron el examen en el domicilio del anciano. Los "subcasos" de demencia también fueron nominados en base a las puntuaciones "*borderline*" en los mismos instrumentos. Algunos de estos "subcasos" podrían ser casos incipientes de demencia, y por tanto podrían contaminar tanto el estudio de incidencia como el de factores de riesgo en casos incidentes. Consecuentemente, fueron eliminados para las *Olas II* y *III*. Sin embargo, serán incluidos en un sub-estudio diferente, un seguimiento para documentar la historia natural o el curso de los trastornos cognoscitivos leves y el trastorno cognoscitivo en los individuos no demenciados.

9.3. Olas II, III y IV: Estudio de seguimiento.

Los ancianos que no fueron considerados "casos", ni "subcasos" de

demencia o de deterioro cognoscitivo en la “ola” previa forman la cohorte para los estudios de “seguimiento”, *Ola II, III y IV* o *ZARADEMP II, III y IV*, que debían ser completados con intervalos de al menos dos años para documentar la incidencia de demencia y de otras patologías, incluyendo fracturas en Z-IV. Se utilizaron procedimientos similares para documentar la incidencia de depresión. Se diseñó además un estudio de cribado epidemiológico en dos fases (*Fases I y II*), en ambas “olas” de seguimiento.

En la Fase I, los “*lay interviewers*” administran la Entrevista *ZARADEMP* y nominan los “casos probables” con el mismo procedimiento descrito en la *Ola I*. Sin embargo, los entrevistadores fueron instruidos para ser “sensibles”, puesto que los falsos positivos podían corregirse en la segunda fase.

Todos los “probables casos” de demencia, y en la última ola de depresión, fueron o son examinados en la Fase II, dos meses más tarde y de modo ciego a los resultados de la Fase I, por psiquiatras investigadores estandarizados en los métodos.

10. Muestra

10.1. Técnicas de muestreo y tamaño muestral del Proyecto ZARADEMP en función de los errores tipo I y tipo II.

De una población universo constituida por 153.851 individuos, de los cuales 66.456 eran hombres (43,2 %) y 87.395 mujeres (56,8 %), se obtuvo una muestra aleatoria de la lista del censo de la ciudad de Zaragoza del año 1991 tanto de hombres como de mujeres de 55 ó más años de edad. El único criterio para pertenecer a la muestra fue superar esta edad. Esta muestra fue estratificada por género y edad en categorías de 5 años. Las siguientes consideraciones guiaron el diseño:

- a) Las tasas de incidencia comunicadas en la bibliografía internacional con anterioridad al diseño del proyecto ZARADEMP I eran más bien provisionales y las cifras considerablemente variables; sin embargo, en vista de los datos de ZARADEMP 0 (Lobo y cols. 1997), se esperó encontrar una tasa global de incidencia de un caso por 100 personas/año.
- b) Los estudios caso-control comunicados hasta el momento del diseño utilizaban casos hospitalarios o casos prevalentes y las “*odds ratios*” diferían en relación con los distintos factores analizados.
- c) La distribución de los potenciales factores de riesgo seleccionados también variaba considerablemente en los controles en distintos estudios.

Puesto que el objetivo principal de este Proyecto era obtener medidas fiables de la asociación causa-efecto, se calculó el tamaño muestral para el estudio caso-control de manera que permitiese la detección de un riesgo relativo ($RR = 3$, con un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80% ó más. En vista de la bibliografía examinada, se consideró una frecuencia media de exposición a los factores de riesgo de un 5%, tomando el ejemplo del traumatismo craneoencefálico. Se han comunicado frecuencias más altas para

factores como acontecimientos vitales significativos o antecedentes familiares de demencia, pero también frecuencias más bajas para factores como el síndrome de Down o la enfermedad de Parkinson.

Se consideró que el número adecuado de casos incidentes de demencia para tener una buena potencia estadística en los cálculos de riesgo sería de 179 casos (Schlesselman y cols. 1982). Para obtener este número de casos, y teniendo en consideración la tasa global de demencia esperada y aspectos logísticos, incluyendo los recursos del grupo investigador y el momento del estudio, para coincidir con otros proyectos incorporados en los Estudios EURODEM, se consideró adecuado un seguimiento durante 5 años de aproximadamente 3.580 individuos sin demencia.

Para calcular el tamaño muestral inicial, este Proyecto también se apoyó en los siguientes datos de ZARADEMP “0” (Lobo y cols. 1997).

- a) Una prevalencia global de demencia esperada de un 5,5%.
- b) El alto valor predictivo negativo de los instrumentos de cribado (crucial en la Ola I), cuando teníamos que seleccionar individuos no demenciados para el estudio de seguimiento), tales como las versiones españolas del *Mini Mental Status Examination* (97,8%) y el *Geriatric Mental State* (97,8%) (98,3%) (Folstein y cols. 1975, Copeland y cols. 1987).
- c) La tasa de no respuesta.

10.2. Muestra inicial.

Todos los datos previos se conocían por estratos de edad. De modo similar, podían hacerse estimaciones sobre la distribución por género y edad en la población; sobre la tasa anual esperada de migración (promedio) en los años 1986-91; y sobre las tasas anuales de mortalidad, específicas por género y edad. De acuerdo con esto, y considerando las expectativas menos optimistas,

el tamaño muestral inicial, calculado para estimar la frecuencia de potenciales factores de riesgo con un error del 2%, fue de 10.916 individuos. Se corrigió a 9.739 individuos tras el primer año del estudio de campo, a la vista de los datos preliminares de prevalencia de demencia y deterioro cognoscitivo, la mortalidad, la tasa de no respuesta, la migración declarada en el censo y la migración detectada por los entrevistadores. En la Tabla 1 se muestra la estratificación de la muestra inicial según estratos de 5 años de edad y el género de los sujetos. Por lo tanto, el primer banco de datos del Proyecto ZARADEMP, una vez realizado el muestreo, consistía en 9.739 sujetos mayores de 55 años, (4.019 hombres y 5.720 mujeres). Se considera una muestra suficientemente representativa para la generalización de los resultados a población general. Tras el muestreo y la construcción de esta primera base de datos se procedió a llevar a cabo el estudio de campo.

Tabla 1. Estratificación de la muestra inicial según edad y género

	TOTAL**	R***	DEM****
Varón 55-59	664	403	24
Mujer 55-59	789	436	37
Varón 60-64	665	378	16
Mujer 60-64	811	455	29
Varón 65-69	574	324	17
Mujer 65-69	841	433	48
Varón 70-74	503	255	23
Mujer 70-74	786	344	62
Varón 75-79	415	171	27
Mujer 75-79	756	241	91
Varón 80+	1198	297	99
Mujer 80+	1737	320	273
TOTAL	9739	4057	746

* Los datos provienen del censo municipal de la ciudad de Zaragoza del año 1991.

** El TOTAL representa los que fueron seleccionados del censo municipal.

R se refiere a los que fueron entrevistados excluyendo los DEM*.

****DEM son los “probables casos de demencia o deterioro cognoscitivo”.

10.3. Causas de no entrevista

Tal y como era de esperar no todos los sujetos de la muestra inicial (N =

9.739) completarían la entrevista en cada una de las mediciones. Las causas de no entrevista han sido agrupadas en cuatro categorías:

A. Ilocalizables:

Se consideró como un sujeto ilocalizable, cuando no fue posible contactar con él, o conseguir información sobre cómo y dónde, poder hacerlo, tras realizar 3 intentos por teléfono a diferentes horas del día, y 3 visitas a la dirección que constaba como su domicilio, también preferentemente a diferentes horas del día.

En cada una de estas visitas al domicilio se intentaba obtener información sobre el paradero del sujeto a través de los vecinos o similares. Si tras estas indagaciones se obtenía una nueva dirección, se iniciaba de nuevo, un nuevo ciclo de 3 llamadas telefónicas y 3 visitas a esa nueva dirección, recabando nuevamente información de los vecinos si fuese necesario, antes de considerar definitivamente al sujeto como ilocalizable.

En los casos en los que no constaba en los datos el número de teléfono del sujeto a entrevistar, se intentó en algunos casos localizar un número de teléfono a través de los vecinos, o de listas de abonados telefónicos, y si no era posible localizar ningún teléfono de contacto, en esos casos solamente era posible realizar las diferentes visitas al domicilio del sujeto.

B. Emigrados:

Se consideró que un sujeto había emigrado, cuando al no localizar al sujeto, se averiguaba de forma concluyente que el sujeto estaba empadronado en otro municipio o vivía más de 6 meses fuera de la ciudad de Zaragoza o de sus barrios periféricos que fueron incluidos en el estudio.

Sin embargo, si se averiguaba que pasaba temporadas en Zaragoza o en alguno de esos barrios periféricos, se aplazaba la entrevista, hasta que se podía realizar en esos períodos en que residía dentro de la zona del estudio.

C. Negativas:

Se consideró como una negativa cuando el sujeto se negaba a participar o a concertar una cita o, una vez concertada, se quiso retirar del estudio y se negó a colaborar en la entrevista. También se consideraron como negativas las entrevistas que no se pudieron realizar porque los familiares nos trasmitieron la negativa del sujeto o no nos permitieron contactar con él. Además se recogía información, si era posible, de cuáles eran los motivos aducidos por el sujeto para no participar en el estudio.

D. Fallecidos:

Se consideró como un sujeto fallecido, cuando de forma fiable, teníamos constancia de que el sujeto había fallecido. Se indagó la causa del fallecimiento, y se completó en aquellos casos en que fue posible, un modelo resumido de entrevista para estos casos, en el que se recogían diferentes aspectos:

- Sobre el fallecimiento: fecha y causa última.
- Sobre los posibles factores de riesgo a estudio: antecedentes médicos personales (entre los que se incluía el consumo de alcohol), antecedentes médico-psiquiátricos familiares y antecedentes psiquiátricos personales.
- Sobre la posible presencia de una demencia: si presentaba una demencia en el momento del fallecimiento y si ésta fue la causa del fallecimiento. En ambos casos se les preguntaba al informante, el estado cognoscitivo del sujeto en los dos últimos años antes del fallecimiento, el estatus funcional, además de realizarles las preguntas correspondientes a la sección al informante de la entrevista.

La Tabla 2 resume los motivos de no respuesta, por género. En cada una de las tres olas, la proporción de no respuesta debida a rechazos fue

significativamente más alta en mujeres, comparada con los varones: en la *Ola I*, fue 43,7% vs 35,9% ($z= 5,44$, $p<0,0001$); en la *Ola II*, fue 54,6% vs 41,8% ($z = 3,6$, $p<0,0001$) y en la *Ola III*, fue 46,9% vs 29,6% ($z = 4,80\%$, $p<0,0001$). En definitiva la tasa de rechazo tras la primera Ola fue del 20,5% ($n = 2.001$).

**Tabla 2. Motivos de no respuesta según género en las tres olas
(Lobo 2005)**

	Emigrados		Fallecidos		Ilocalizables		Negativas		Total
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
ZARADEM P I*									
Mujeres	220	(7,5)	968	(32,8)	473	(16,0)	1.289	(43,7)	2.950
Varones	127	(6,4)	874	(44,1)	269	(13,6)	712	(35,9)	1.982
Total	347	(7,0)	1.842	(37,3)	742	(15,0)	2.001	(40,6)	4.932
ZARADEM P II									
Mujeres	32	(7,2)	124	(28,0)	45	(10,1)	242	(54,6)	443
Varones	33	(8,6)	161	(42,0)	29	(7,6)	160	(41,8)	383
Total	65	(7,9)	285	(34,5)	74	(9,0)	402	(48,7)	826
ZARADEM P III									
Mujeres	36	(9,0)	118	(29,6)	58	(14,5)	187	(46,9)	399
Varones	31	(8,7)	174	(48,6)	47	(13,1)	106	(29,6)	358
Total	67	(8,9)	292	(38,6)	105	(13,9)	293	(38,7)	757

*Se eliminaron 4 entrevistas en el control de calidad.

10.4. Muestra definitiva del estudio.

Debido a las causas de no entrevista, de la muestra inicial ($n = 9.739$), un total de 4.803 individuos completaron la *Ola I* del estudio, esta es la muestra “real” y definitiva del estudio de base tras las pérdidas ya citadas, de aquí en adelante se referirá a esta como “muestra” en el texto de esta memoria de Tesis Doctoral, para distinguirla de la “muestra inicial” ya mencionada con anterioridad. La Tabla 3 muestra la distribución por género y grupo de edad en el momento de la entrevista.

**Tabla 3. Distribución de la muestra según edad y género en las tres olas
(Lobo 2005)**

Edad	ZARADEMP I			ZARADEMP II			ZARADEMP III			Total
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres		
55-59	77	88	165	0	0	0	0	0	0	0
60-64	439	484	923	254	279	533	68	77	145	
65-69	391	474	865	333	382	715	272	295	567	
70-74	345	492	837	293	358	651	263	291	554	
75-79	245	372	617	218	317	535	196	292	488	
80+	535	861	1.396	350	453	803	262	387	649	
Total	2.032	2.771	4.803	1.448	1.789	3.237	1.061	1.342	2.403	

La Tabla 4 muestra otras características demográficas de los ancianos. La mayoría de ellos estaban actualmente casados o eran viudos y la mayoría tenían una limitada escolarización primaria.

**Tabla 4. Características socio-demográficas de la muestra en las tres Olas
(Lobo 2005)**

Característica	ZARADEMP I		ZARADEMP II		ZARADEMP III	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Estado civil						
Soltero	389	(8,1)	228	(7,0)	185	(7,7)
Casado / Pareja	2.796	(58,2)	2.013	(62,2)	1.468	(61,1)
Viudo	1.494	(31,1)	908	(28,1)	692	(28,8)
Separado / Divorciado	65	(1,4)	50	(1,5)	40	(1,7)
Religioso	45	(0,9)	31	(1,0)	17	(0,7)
Sin datos	14	(0,3)	7	(0,2)	1	(0,0)
Total	4.803		3.237		2.403	
Nivel Educativo						
Sin estudios	521	(10,8)	243	(7,5)	151	(6,3)
Primarios Incompletos	1.729	(36,0)	1.102	(34,0)	795	(33,1)
Primarios Incompletos	1.778	(37,0)	1.285	(39,7)	978	(40,7)
Bachillerato / FP	363	(7,5)	297	(9,2)	240	(10,0)
Universitarios	354	(7,3)	288	(8,9)	226	(9,4)
Sin datos	58	(1,2)	22	(0,7)	13	(0,5)
Total	4.803		3.237		2.403	

Tras eliminar los casos y subcasos de demencia para el seguimiento ($n = 742$), se invitó a 4.061 individuos para la *Ola II*, que fue completada por 3.237 de ellos, con una tasa de rechazo del 9,9% ($n = 402$).

Tres mil ciento sesenta individuos fueron invitados a participar en la *Ola III*, que fue completada por 2.403 de ellos, con una tasa de rechazo del 9,3% ($n = 293$). Si bien la distribución de los ancianos de acuerdo con la mayoría de características sociodemográficas es similar en las tres “olas”, la proporción de individuos analfabetos en la *Ola I* (10,8%) es significativamente más alta que en la *Ola II* (7,5%) ($z = 4,92$, $p < 0,0001$) y en la *Ola III* (6,3%) ($z = 6,16$, $p < 0,0001$). Las diferencias entre las muestras de las *Olas II* y *III* no alcanzaron significación estadística ($z = 1,70$, $p = 0,09$).

En la *Ola I*, 159 individuos fueron considerados “casos dudosos” de demencia por los “*lay interviewers*”, y 79 individuos fueron considerados casos por el psiquiatra investigador tras el examen en el domicilio del anciano. En las *Olas II* y *III* fueron identificados 170 “casos probables” o “casos dudosos” de demencia por los psiquiatras de investigación, de acuerdo con el procedimiento de cribado de casos; estos ancianos fueron presentados al panel diagnóstico. Se consiguió un acuerdo en el panel en 160 individuos (91,4%), y 146 de ellos fueron considerados casos de demencia. De este modo, se identificaron un 81,6% de los 179 casos incidentes de demencia inicialmente calculados para completar el estudio caso-control con buena potencia estadística. En la figura 2 puede observarse la pirámide poblacional de la muestra de ZARADEM P I (estudio de base o *baseline* del Proyecto ZARADEM P) y en la figura 3 la distribución de la muestra ZARADEM P I por género y grupo de edad.

Como puede verse en la figura 2, debido al lapso de tiempo transcurrido entre el muestreo y la realización de la entrevista, y debido a las condiciones de muestreo, para asegurar un número suficiente de mayores en el estrato más anciano, éste aparece sobredimensionado, contrariamente a lo que sucede en el estrato de más jóvenes. En apartado de discusión se defiende este proceder.

METODOLOGÍA

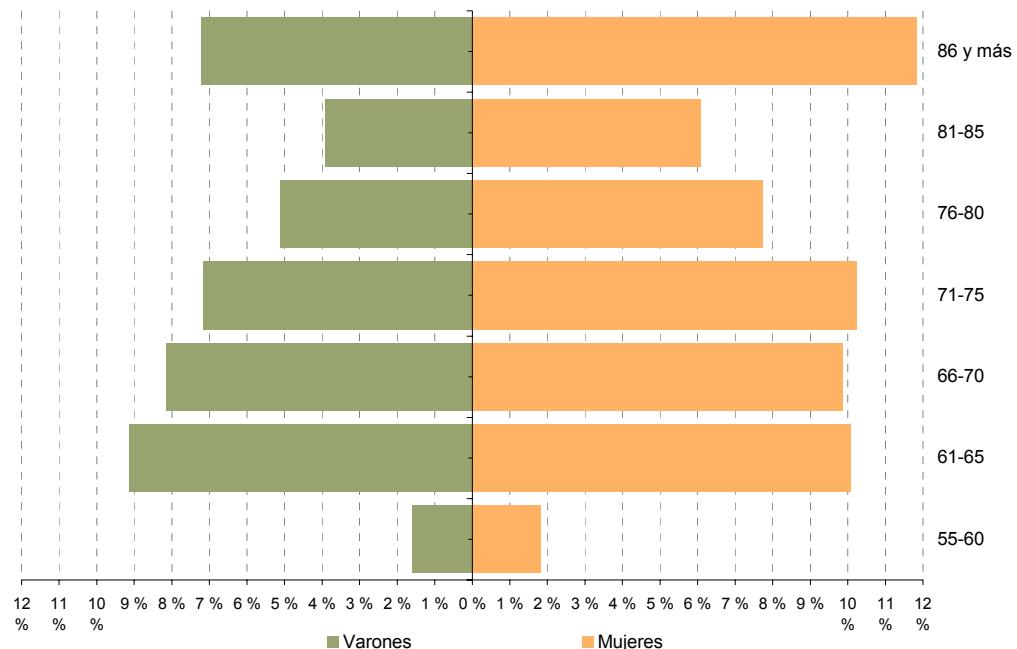


Figura 2. Pirámide de la muestra de ZARADEMP I.

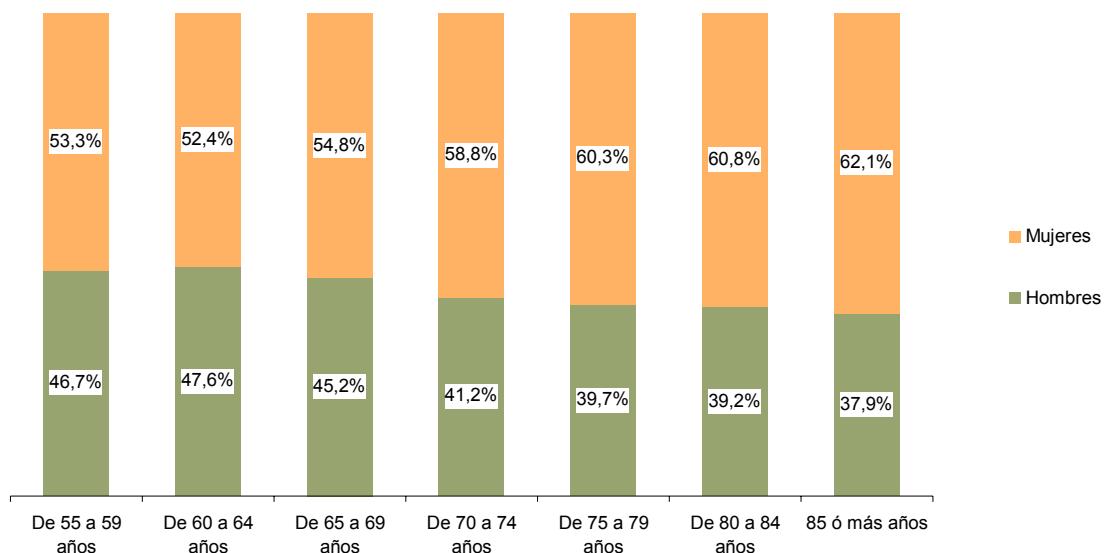


Figura 3. Distribución de la muestra ZARADEMP I por género y grupo de edad.

El patrón de evolución de la muestra que actualmente se está entrevistando en Z-IV se ha podido comprobar que sigue la misma tendencia observada en las olas anteriores.

11. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

11.1. La entrevista ZARADEMP.

Para la realización del proyecto ZARADEMP, se diseñó una entrevista semiestructurada que incluye instrumentos de documentada fiabilidad y validez, que recogen la información sobre diferentes aspectos relevantes para los objetivos de estudio de este sector de la población. Las secciones de información que fueron recogidas fueron las siguientes (Tabla 5):

Tabla 5. Secciones de la Entrevista ZARADEMP:

- 01. ENTREVISTADOR Y ENTREVISTA
- 02. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
- 03. ESTADO DE SALUD
- 04. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)
- 05. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES
- 06. ANTECEDENTES MÉDICO/PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES
- 07. MEDICIONES
- 08. EXPLORACIÓN PSIQUIÁTRICA (GMS-B, HAS)
- 09. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES
- 10. STATUS FUNCIONAL
- 11. PREGUNTAS AL INFORMANTE
- 12. CONSIDERACIONES FINALES
- 13. ÍTEMES DE OBSERVACIÓN GMS
- 14. FIABILIDAD
- 15. RESUMEN FINAL (ENTREVISTADOR)
- 16. DIAGNÓSTICO (ENTREVISTADOR)
- 17. * RESUMEN FINAL (PSIQUIATRA)
- 18. * CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEMENCIA DSM-IV
- 19. * DIAGNÓSTICO (PSIQUIATRA)

* Los apartados 17-19 sólo son utilizados en las fases de seguimiento (estudios ZARADEMP II, III y IV).

A continuación se enuncian y se describen los instrumentos que se encuentran en dicha entrevista y que aportan los datos necesarios para el propósito del presente estudio. Todos estos instrumentos internacionales estandarizados previamente en España por nuestro grupo investigador o por otros grupos de relevancia. Los instrumentos y escalas utilizados fueron los siguientes:

- a. Examen Cognoscitivo “Mini-Mental” de 35 ítems (ECMM-35).
- b. *Geriatric Mental State* (GMS-B).
- c. *History and Aetiology Schedule* (HAS).
- d. El sistema computerizado AGECAT.
- e. Índice para las Actividades Básicas de la Vida Diaria de Katz.
- f. Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody.
- g. Cuestionario EURODEM de factores de riesgo de demencia.

11.2. Examen Cognoscitivo “Mini-Mental” de 35 ítems (ECMM-35).

Este instrumento ampliamente utilizado en todo el mundo fue desarrollado por Folstein y cols. en 1975 el Mini-Mental State Examination (MMSE), que ha llegado a convertirse con el paso del tiempo en el instrumento de exploración de las funciones cognoscitivas más usado internacionalmente, sobre todo en el marco de estudios epidemiológicos.

Pero no es suficiente con la simple traducción para poder aplicarlo en otros entornos socioculturales distintos de aquel para el que fue diseñado. Por lo tanto Lobo y cols. procedieron a la validación del instrumento en diferentes muestras (pacientes geriátricos, neurológicos, psiquiátricos y médicos) para su utilización en el contexto social y cultural de habla hispana (Lobo y cols. 1980). En estos términos fue desarrollado el Mini-Examen Cognoscitivo o Examen Cognoscitivo “Mini-Mental” (MEC o ECMM) en su versión inicial en lengua española (Lobo y cols. 2002) que fue la versión utilizada en la entrevista ZARADEMP (ver en el ANEXO: entrevista ZARADEMP-I, páginas 8-9 de la misma). Con posterioridad también se ha utilizado la versión de 30-items.

Se trata de un test de reducido tamaño que no sólo detecta déficits cognoscitivos globales, sino que explora áreas intelectivas específicas como son: orientación temporal y espacial, memoria (de fijación y evocación), ejercicios de concentración y cálculo y aspectos lingüísticos, tanto en la construcción como en la abstracción del lenguaje. De esta manera son

evaluados todos estos factores sobre una puntuación máxima de 35 puntos, siendo la interpretación inmediata (Lobo y cols. 2002).

Tal como fueron calculados, comprobados y publicados por Lobo y su equipo en un segundo estudio de re-validación y re-estandarización (Lobo y cols. 1999), los puntos de corte varían según la edad del sujeto: 27/28 para adultos no geriátricos, y 23/24 para los sujetos de 65 ó más años. Puede utilizarse, con las debidas correcciones, en individuos con déficits visuales, individuos analfabetos y en sujetos con otros déficits o características diferenciales específicas (Lobo y cols. 2002).

En diversos estudios y con una gran amplitud en entornos clínicos y epidemiológicos, el Examen Cognoscitivo “Mini-Mental” ha demostrado en España su utilidad y sencillez de aplicación (el personal auxiliar puede aplicarlo en la cabecera del enfermo con una breve formación), su brevedad (diez minutos son suficientes para completarlo, en la mayoría de los casos), y con unos buenos coeficientes de sensibilidad, especificidad y poder discriminativo. Estos datos han sido ya publicados (Lobo y cols. 1999), por lo que no nos extenderemos en su comentario.

Sin embargo, el hecho de carecer de valores del 100% en cuanto a sensibilidad y especificidad indican que puede haber falsos positivos y negativos. Entre las posibles causas de los primeros están: la edad avanzada, escolarización deficiente, problemas de psicasteria, simulaciones, apatía y casos de trastornos depresivos graves, que pueden producir cuadros de pseudodemencia. Por otra parte, las lesiones focales del sistema nervioso central y un nivel educacional previo elevado pueden alterar el rendimiento del Examen Cognoscitivo “Mini-Mental”, dando falsos negativos.

11.3. Geriatric Mental State (GMS-B).

El Geriatric Mental State (GMS) es el instrumento de evaluación psicogeriatría más ampliamente utilizado en el mundo (Prince y cols. 2004).

De hecho ha sido utilizado durante décadas en distintos países distribuidos por los cinco continentes. El GMS proporciona evaluaciones válidas, fiables e integrales del estado mental del individuo, y ha sido extensamente adaptado y estandarizado con éxito a través de las diferentes culturas. Únicamente se encontraron cifras pobres de especificidad en la India, y una sensibilidad infraóptima en Iberoamérica (Prince y cols. 2004).

Se trata de una entrevista clínica semiestructurada, estandarizada y validada, para evaluar el estado mental de personas ancianas. Se seleccionó en este estudio el GMS-B, una versión abreviada para su utilización en población general, para ser administrada por “*lay interviewers*”. El instrumento cubre importantes áreas sintomáticas de trastornos que probablemente sean detectados en la población general y se le puede aplicar el programa computerizado AGECAT (Copeland y cols. 1987).

El GMS es un instrumento de detección de casos sindrómicos: el “punto de corte global” discrimina entre “no-casos” y “casos”. La fiabilidad y validez de la versión española del GMS-B, tras las oportunas traducción y contratraducción, han sido previamente comunicadas en muestras hospitalarias y también en población general, tanto en su utilización por “*lay interviewers*” como por psiquiatras (Saz 1987, 1991, Saz y cols. 1996) (Tabla 6).

Tabla 6. Principales coeficientes de validez de la batería GMS-AGECAT.
Estudio Zaragoza o ZARADEMP “0”

	PC*	SB	ES	VP +	VP -	MC
GMS “orgánico”	1/2	93,2	89,4	66,3	98,3	9,8
GMS “depresión”	1/2	93,7	89,2	68,2	98,3	9,8
AGECAT “orgánico”	2/3	79,6	91,3	67,1	93,3	10,8
AGECAT “depresión”	2/3	84,4	91,3	56,8	95,6	15,7

PC=Punto de Corte; SB=Sensibilidad; ES=Especificidad; VP+=Valor predictivo positivo; VP-=Valor predictivo negativo; MC=Índice de mal clasificados. Datos del Estudio Zaragoza (ZARADEMP 0). De los *lay interviewers* (Fase I) vs. Psiquiatras (Fase II). Diagnóstico psiquiátrico hallado con los criterios del DSM-III-R (Saz 1987, 1991, 1996).

Se administraron diferentes secciones de la entrevista *Geriatric Mental State* (versión B) (GMS-B), en su versión española, en las que se exploraba, fundamentalmente, la presencia de demencia, depresión o ansiedad (Saz 1987, 1991, Saz y cols. 1996). Para las áreas cognoscitivas se administran tres secciones: “orientación”, “memoria” y “concentración”, que se completaron en nuestro estudio con el ECMM. De entre las secciones que exploran la afectividad, la principal es la dedicada a los síntomas depresivos, aunque sin dejar de lado otros aspectos como “síntomas somáticos”, “soledad”, “sentimientos de culpa”, “lentitud” y “pérdida de interés”. La exploración de los trastornos de angustia/ansiedad, se realiza en las secciones de “preocupación”, “ansiedad general”, “tensión”, “irritabilidad” y “síntomas neurovegetativos”. También se incluyen secciones que exploran posibles trastornos psicóticos como “dificultades de pensamiento”, “persecución”, “distorsión de la percepción” y “fenómenos alucinatorios”, que pueden estar asociados con los procesos de deterioro cognoscitivo.

A posteriori y sin necesidad de que esté el sujeto presente, el entrevistador debe valorar las posibles dificultades de comunicación, tanto patológicas como no, que se hayan objetivado durante la entrevista y hacer un juicio sobre la fiabilidad de los datos obtenidos, en base a lo observado en el paciente. Entre las diferentes secciones se encuentran distribuidas varias de observación, que prescinden totalmente de la subjetividad del entrevistado y que se basan en lo observado por el examinador. El psiquiatra supervisor revisa los casos dudosos y garantiza la fiabilidad y la validez de los resultados obtenidos por el entrevistador.

Este instrumento ha sido integrado en la entrevista ZARADEMP-I, un instrumento muy aceptable para los sujetos estudiados y cuyo contenido psicopatológico es el más adecuado y representativo de los trastornos psiquiátricos de la tercera edad y que además genera suficiente información para efectuar un diagnóstico psiquiátrico, no solo sobre signos y síntomas, sino que ayuda a discriminar claramente entre los “casos” y las personas sanas, y es muy manejable en cuanto a su formato y tiempo de aplicación.

Para finalizar, el GMS también prevé la posibilidad de que el sujeto se encuentre en estado grave o incluso inconsciente, en cuyo caso la entrevista debe ser completada en sus secciones observables, sobre todo en los apartados referidos a las dificultades de comunicación.

11.4. History and Aetiology Schedule (HAS).

History and Aetiology Schedule (HAS), un método estandarizado de recogida de datos de la historia y etiología a partir de un informador o del mismo individuo, cuando se juzga que es fiable. Se concentra en aquellos rasgos que se espera sean relevantes para el diagnóstico psiquiátrico en personas ancianas y resulta crucial para complementar el GMS y facilitar un proceso diagnóstico como el que se hizo en este estudio con el sistema DSM-IV (American Psychiatric Association 2004). Se ha desarrollado un método diagnóstico computerizado aplicable a la entrevista psiquiátrica estandarizada, el *HAS-AGECAT*, y se ha comunicado un buen grado de acuerdo ($\kappa = 0,76$) cuando el psiquiatra estandarizado utilizaba la versión española(Lobo 1992).

En la entrevista ZARADEMP-I también se han integrado diferentes secciones del HAS, ya que además de la recogida de datos sobre el estado mental, en el caso de los ancianos es fundamental este instrumento para distinguir los diferentes estados y para subclasificar los diagnósticos.

Se trata de un método estandarizado de recogida de información en la entrevista con el sujeto y con un informador externo. Se recogen tanto datos de la historia clínica como de potencial etiológico. Completa el GMS y facilita el proceso diagnóstico. Dispone además de un proceso de diagnóstico computerizado a partir de los datos del HAS-AGECAT. En las secciones incluidas en la entrevista se recogen datos anamnésicos del paciente, tanto las características del estado actual (comienzo, duración, patocrónia, tratamientos recibidos, etc.) como datos de la historia personal psiquiátrica previa. Lo que

nos permite tener una información muy detallada de la evolución clínica de las mismas, haciendo especial hincapié en los trastornos cognoscitivos y afectivos.

La versión española se obtuvo mediante un sistema equivalente al utilizado con el GMS, con el correspondiente proceso de traducción y contra traducción. El sistema de valoración y corrección de los datos recogidos es, así mismo, muy similar al del GMS.

11.5. El sistema computerizado AGECAT de diagnóstico psiquiátrico.

Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy (AGECAT), una serie de programas computerizados que analizan los datos GMS. En el estadío I del algoritmo del AGECAT éste agrupa los ítems del GMS en síntomas componentes, agrupados en ocho “clusters” (o “síndromes”) diagnósticos. En el estadío II, todos los niveles en cada “cluster” se comparan entre sí y se genera un diagnóstico principal y un diagnóstico alternativo, cuando procede. Se ha documentado que los “síndromes orgánicos cerebrales” se corresponden con el diagnóstico de demencia efectuado siguiendo las normas del DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987). También han sido comunicados los datos pertinentes sobre la validez de su versión española (Lobo 1992).

Analizando este instrumento más en detalle, tras condensar en 150 síntomas componentes los ítems de la entrevista, aquellos a su vez son condensados en 31 grupos, no sólo basados en la clínica, sino también en la importancia de sus contribuyentes al diagnóstico final de un síndrome particular. Estos grupos se combinan para formar niveles de confianza diagnóstica de 0 a 5 en la mayoría de los casos, para ocho síndromes diferentes. Estos niveles de confianza se comparan, de acuerdo con un sistema jerárquico de los síndromes empezando por el orgánico y acabando con el referido a la ansiedad, para llegar a producir el diagnóstico final, un diagnóstico secundario y otro alternativo, si procede, y los niveles de confianza de los ocho “clusters” sindrómicos.

Cuando se desarrolló el AGECAT todas las decisiones fueron tomadas usando un criterio clínico, y no basadas en el análisis estadístico de los datos. La comparación del método con el juicio de psiquiatras experimentados, muestra que niveles de 3 ó más en un síndrome representan un “caso”. El manejo de los pacientes geriátricos puede resultar difícil cuando coexiste patología en dos ó más síndromes, pero el AGECAT indica, no sólo la distinción “caso/no caso”, sino además los niveles en cada uno de los síndromes.

Con el fin de poner en marcha este sistema computerizado AGECAT se desarrolló un sistema teórico de la experiencia clínica y, tras la correspondiente traducción a un lenguaje informático, se probó contra los datos existentes de diferentes muestras. El sistema AGECAT utiliza tanto el sistema diagnóstico de los algoritmos y árboles de decisión, como el de comparación de niveles de síntomas, en los diferentes estadios del proceso. Además, las puntuaciones de los grupos se usan jerárquicamente según criterios clínicos para producir niveles de confianza de los “clusters” sindrómicos, con una serie de niveles de confianza (en general, del 0 al 5: a mayores niveles, mayor confianza diagnóstica). Las puntuaciones para cada grupo se obtienen por suma de las puntuaciones de los componentes incluidos.

En la siguiente etapa, consiste en la comparación de los niveles sindrómicos producidos en el estadio anterior. El proceso se halla jerarquizado, comenzando la comparación del nivel orgánico contra el de esquizofrenia, y continuando de la misma manera hasta concluir las comparaciones entre todos los síndromes. El orden jerárquico de los “clusters” sindrómicos, que hemos utilizado en este estudio, es el siguiente:

- No caso AGECAT
- Caso de demencia
- Subcaso de demencia
- Caso de depresión mayor
- Caso de depresión menor
- Subcaso de depresión

- Caso de ansiedad
- Subcaso de ansiedad

Los “clusters” menores se desprecian si se alcanza un nivel de confianza elevado en cualquiera de los “clusters” mayores. Con respecto a los criterios diagnósticos, aunque parte de los definidos en el DSM-III fueron incluidos, no se puede decir que el AGECAT siga completamente dichos criterios. El AGECAT reconoce un caso diagnóstico que requiere alguna intervención a partir de un nivel de confianza 3 ó más, en alguno de los “clusters” sindrómicos. Por ello, en la comparación de los resultados AGECAT con la opinión de psiquiatras experimentados, es de esperar que el primero tienda a sobrediagnosticar los trastornos. De esta manera, los puntajes 1 y 2 representan “subcasos”, y existe evidencia de que puede ser un método adecuado para identificar estadios precoces de enfermedad.

En este sentido se han llevado a cabo varios estudios comparativos de los diagnósticos proporcionados por el AGECAT frente a los criterios diagnósticos del DSM-III y del DSM-III-R, mostrando resultados similares en la tasa de prevalencia estimada de la depresión mayor (en todos los casos alrededor del 0,86%). Estos últimos autores de la Universidad de Alberta llevaron a cabo un estudio en la comunidad sobre una muestra de 1119 sujetos mayores de 65 años, según datos extraídos a través de un muestreo de la base de datos del seguro provincial de Edmonton (Alberta, EE.UU.). Estos investigadores norteamericanos hallaron cifras muy similares de prevalencia de depresión según el AGECAT a las obtenidas en Europa, aunque, al igual que sus homónimos europeos, encontraron cifras significativamente superiores con respecto a la prevalencia de depresión según criterios diagnósticos DIS-DSM-III. Pero los mismos autores que documentaron estas diferencias afirman que los estudios en la comunidad que miden únicamente la tasa de prevalencia de depresión mayor según el DSM-III pueden estar perdiendo casos de depresión geriátrica clínicamente significativos (Newman y cols. 1998).

Newman y cols. además afirman proveer datos claros de que las diferencias que puedan encontrarse entre los diagnósticos obtenidos a través

de criterios DSM-IV y los diagnósticos obtenidos por el AGECAT no son debidos a factores o causas intrínsecamente metodológicas, como muestreos desiguales, diferencias en las tasas de rechazo, altas tasas de sujetos institucionalizados o sesgos causados por el entrevistador.

Más recientemente se llevó a cabo otro estudio para contrastar los diagnósticos generados por el sistema AGECAT y los creados según criterios DSM-III-R. En este estudio se compararon estos diagnósticos sobre una muestra de 516 sujetos de 70 a 103 años de edad. Los resultados indicaron un acuerdo moderado entre ambos criterios diagnósticos; además, los autores sugieren que la adaptación de los umbrales diagnósticos del AGECAT pueden redundar en una mejor eficiencia diagnóstica, dependiendo de la finalidad o del propósito para el cual sean obtenidos esos diagnósticos.

Con el fin de adaptar la versión española del GMS al sistema computerizado de diagnóstico AGECAT, se establecieron los oportunos contactos con los autores, mediante estancias de miembros del equipo en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Liverpool, estandarizándose personalmente en el método y profundizando, entre otros aspectos, en aquellos destinados a un perfecto acoplamiento del AGECAT en España (Lobo y cols. 1992).

11.6. Valoración del estado funcional y de la discapacidad.

11.6.1. Índice para las Actividades Básicas de la Vida Diaria de Katz.

El *Índice de Katz* es también un instrumento muy conocido, fiable y válido, que intenta evaluar dificultades en actividades cotidianas básicas en los ancianos (Katz y cols. 1963). Los estudios realizados en España también han confirmado la validez de la escala (Álvarez y cols. 1992). En este estudio, los entrevistadores fueron instruidos para puntuar en ambos instrumentos sólo la discapacidad debida al deterioro cognoscitivo. (Ver entrevista ZARADEMP I, en ANEXOS).

Consiste en un método heteroadministrado, para la valoración funcional del anciano ampliamente difundido y que ha demostrado su utilidad en nuestro medio cultural (Cruz y cols. 1992). Permite una valoración de la independencia de las personas ancianas en seis de las ABVD.

Esta prueba consta de seis ítems ordenados jerárquicamente, incluyendo los niveles más elementales de función física (comer, uso del baño y control de esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse y caminar). En concreto se recogen datos referentes a: independencia para el baño, el vestido, el uso del WC, la movilidad, la continencia de esfínteres y la alimentación. De hecho se seleccionó este índice porque probablemente se trate del índice de ABVD más utilizada, de hecho es el patrón estándar (“gold standard”) con el que habitualmente se compara la validez concurrente de otras escalas de valoración funcional. Además se ha demostrado que es un instrumento válido y fiable en estudios españoles (Álvarez y cols. 1992).

Este instrumento, y el que sigue, resultan fundamentales para poder valorar el criterio de dependencia en las definiciones oficiales de demencia, incluido el DSM-IV.

11.6.2. Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody).

La escala para *Actividades Instrumentales Cotidianas* (*Instrumental Activities of daily living* o *IADL*) es un instrumento muy utilizado, y un indicador fiable y válido de trastornos tanto en actividades cotidianas básicas como instrumentales. Puede ser utilizado por “*lay interviewers*” y la información procede tanto de los pacientes como de sus cuidadores. Una serie de estudios completados en España han documentado en muestras clínicas unos coeficientes de eficiencia muy similares a los comunicados por los autores originales (Tárraga, 1995).

Consiste en un método heteroadministrado, en el cual se evalúa la capacidad para realizar tanto las ABVD como las AIVD, de forma que la podemos utilizar para completar la información sobre la capacidad funcional del anciano que hayamos podido obtener al realizar el índice de Katz. A través de esta escala se valoran diferentes áreas como: la capacidad para realizar llamadas telefónicas, uso de pequeñas cantidades de dinero, uso de transporte público, responsabilizarse de la toma de medicación, orientarse en calles familiares, realizar tareas domésticas sencillas (uso de electrodomésticos, hacer café), preparar la comida y lavar la ropa.

Un dato que hace este instrumento de especial interés es que posee una buena validez concurrente (Montorio, 1994) con otras escalas de AIVD y con escalas de valoración cognoscitiva como el MMSE. Desde su creación ha servido de modelo a escalas posteriores de AIVD pese a lo cual sigue siendo la escala más recomendada para la valoración de AIVD. Es una escala sencilla, breve y de fácil aplicación. En nuestro país ha sido utilizada en múltiples estudios (Salva y cols. 1994, San José y cols. 1994) tanto para la valoración geriátrica, como para definir las cualidades métricas de otras escalas de AIVD.

A través de esta escala se define a cada persona, como independiente (0), precisa ayuda (1), dependiente (2), en cada una de estas actividades de ambas escalas y, en función de las puntuaciones obtenidas se clasifica a los pacientes según el grado de dependencia, considerándose que hay un deterioro en las AVD, si se obtiene una puntuación de 4 ó más. Además, en el contexto del Estudio ZARADEMP se instruía a los entrevistadores para que valorasen cada ítem, en función de la discapacidad producida por causa cognoscitiva o psíquica, pero no por causa física.

11.7. Cuestionario EURODEM de factores de riesgo.

El *Cuestionario de Factores de Riesgo* utilizado en este estudio fue diseñado por el Grupo de trabajo *EURODEM* (Andersen y cols. 1999). El instrumento puede ser utilizado por entrevistadores no profesionales

entrenados, e intenta incluir información relacionada con los potenciales factores de riesgo de demencia, DTA y DV, que siguen: antecedentes médicos, incluyendo enfermedades cardiovasculares (hipertensión, infarto de miocardio, angina); accidentes cerebrovasculares (ACV), traumatismos craneoencefálicos, epilepsia, síndrome de Down, enfermedad de Parkinson, diabetes mellitus, enfermedades tiroideas; abuso de alcohol o de tabaco, menopausia, antecedentes psiquiátricos (depresión), hábitos tabáquicos y de alcohol, utilización de medicamentos, incluyendo psicofármacos, y antecedentes de salud general. Cada ítem en la entrevista ha sido definido operativamente, de acuerdo con criterios previamente acordados en el Grupo *EURODEM*. Este cuestionario fue previamente utilizado con garantías de fiabilidad y validez en el Estudio Zaragoza (Saz, 1999).

La *Entrevista ZARADEMP* incorpora además una sección de examen físico, incluyendo la toma de tensión arterial, siguiendo los estándares de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization 1993) además de la altura y el peso de cada individuo con mediciones fiables contrastadas por los entrevistadores.

Para la versión utilizada en Z-IV se incluyó la valoración en entrevista de los antecedentes de fracturas. Para esto se incluyeron en la entrevista las fracturas osteoporóticas más frecuentes en la población general geriátrica, como son las fracturas de cadera o fémur proximal, de muñeca o radio distal, de hombro o húmero proximal y las fracturas vertebrales.

12. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

Todas las variables empleadas para este estudio han sido codificadas a partir de la información recogida en la Entrevista ZARADEMP I (ANEXO), con la excepción de los diagnósticos de depresión AGECAT para la implementación de los modelos de depresión incidente en las dos fases de seguimiento que han sido obtenidos de la información contenida en el GMS de las Entrevistas ZARADEMP II y ZARADEMP III. Dado que el instrumento utilizado (GMS-B) para generar los diagnósticos AGECAT es el mismo en las tres entrevistas y dada la gran similitud entre éstas, las dos últimas no serán anexadas al presente documento.

12.1. Características sociodemográficas.

12.1.1. Edad.

Para el análisis de los datos se utiliza la edad en el momento de la entrevista, calculada a partir de la fecha de realización de la entrevista y la fecha de nacimiento del sujeto obtenida del Censo Municipal de la Ciudad de Zaragoza. Este cálculo se lleva a cabo para lograr la perfecta sincronía con la medición del resto de la información recogida y para evitar errores causados por los entrevistadores al codificar la edad de los sujetos o por los entrevistados al poder dar información equivocada por cualquier razón.

12.1.2. Género.

El género de los sujetos de la muestra es entregado a los entrevistadores antes de la entrevista, proveniente una vez más del Censo Municipal de la ciudad de Zaragoza, una vez en la entrevista es comprobado por el entrevistador con el fin de subsanar errores del Padrón Municipal. Se trata por lo tanto de una variable dicotómica o binaria, con los valores “varón” y “mujer”.

12.1.3. Estado Civil.

Se codifica el estado civil de los sujetos en el mismo momento de la entrevista, se decidieron cinco posibilidades exclusivas entre sí:

- Soltero
- Casado/Pareja
- Separado/Divorciado
- Viudo
- Religioso

En el presente estudio se excluyeron los sujetos que en la entrevista habían sido codificados como “separados/divorciados” ($n = 65$), “religiosos” ($n = 45$) y “no preguntados” ($n = 14$), dado el pequeño número de sujetos que presentaban esas dos condiciones y el riesgo que conlleva para el multivariado el utilizar categorías con pocos datos en variables nominales.

- Soltero
- Casado/Pareja
- Viudo

12.1.4. Máximo nivel de estudios alcanzados.

Hace referencia al máximo nivel de estudios formales completados, en este sentido, formales implican los realizados dentro de un sistema de educación formal (escuela, universidad, etc.). No incluye aquellos realizados por su cuenta. El entrevistador fue familiarizado con las distintas valoraciones que incluye esta pregunta, de forma que se pudiera escoger rápidamente la respuesta apropiada. Originalmente fue codificado en nueve niveles:

- Ninguno
- Primarios incompletos
- Primarios completos
- FP incompleta

- FP completa
- Bachillerato incompleto
- Bachillerato completo
- Graduado/Diplomado
- Licenciado/Superior

Para los análisis de este estudio se redujeron estos niveles a cuatro para evitar errores en el análisis multivariado:

- Ninguno
- Primarios incompletos
- Primarios completos
- Superiores

En la categoría “superiores” se incluyen los estudios de FP completos e incompletos, los de Bachillerato completos e incompletos y los de Graduado/Diplomado y Licenciado/Superior.

12.2. Indicadores de salud general.

12.2.1. Indicadores farmacológicos.

A través de este conjunto de variables se obtuvo la historia de todo tipo de medicación que el sujeto esté tomando, principalmente las prescritas por un médico y aquellos tomados por la propia iniciativa del sujeto. Se valoró aquí la toma de fármacos no prescritos por un médico o su consumo excesivo y desproporcionado según una relación dosis efecto. Los entrevistadores debían pedir las cajas o botes de medicinas si fuera necesario y comprobar si el sujeto los estaba tomando de hecho, en el momento de la entrevista o durante el mes pasado a la misma. Si los nombres de los fármacos no estaban en los botes, y el sujeto puede no conocer el nombre; el entrevistador debía anotar una breve descripción, por ejemplo: "cápsulas verdes que dice que son para la ansiedad". Si se tenía acceso al mismo, se debía comprobar los nombres de los

medicamentos en un Vademécum, sobre todo si no se había visto el envase, y revisar además el principio activo del mismo y/o las indicaciones si se desconocen.

Estas precauciones fueron tomadas por el hecho de que un individuo que negara tener un tipo determinado de patología podría estar tomando medicación para la misma y la única fuente de información sería el medicamento. Fue considerada prescripción facultativa documentada cuando había datos suficientes de que ese medicamento ha sido prescrito por un médico (aunque no lo muestren por escrito), y no documentada cuando había dudas, aunque él/ella lo afirmara así.

Se instruyó asimismo a los entrevistadores a preguntar sobre las inyecciones. Estas podrían estar indicadas para una gran variedad de enfermedades, incluidas las psiquiátricas, o para una afección potencialmente fatal, como la anemia perniciosa, donde la sangre se deteriora hasta un punto en el que no puede sostener la vida sin inyecciones de vitamina B12. El sujeto podía estar habituado a ciertos tipos de drogas, o el número o dosis de los medicamentos podía causar confusión intelectual y simular una afección orgánica.

Las variables creadas y codificadas para el presente estudio fueron las siguientes:

12.2.1.1. Consumo total de fármacos.

En la entrevista fueron recogidos y codificados los fármacos, de cualquier índole, que estaban consumiendo los sujetos en el momento en el que fueron entrevistados. En esta variable se tuvieron en cuenta todos estos fármacos tanto los prescritos por un facultativo (documentados o no) como los utilizados por los sujetos por iniciativa propia. Un mínimo de ningún fármaco y un máximo de siete fueron registrados por los entrevistadores en la medición de base (*baseline*).

El consumo de fármacos es un indicador general de salud (y enfermedad) muy utilizado en estudios epidemiológicos que normalmente recogen muestras muy amplias. Dado que conseguir diagnósticos específicos y detallados de todas las enfermedades o condiciones crónicas de los sujetos es prácticamente inabordable en estudios en la comunidad como el presente, sobre todo cuando la población diana está en edad geriátrica donde la morbilidad somática es muy alta, además de compleja. En este sentido Von Korff y cols. (1992) desarrollaron una puntuación de enfermedad crónica o *Chronic Disease Score (CDS)* utilizando información recogida sistemáticamente sobre los fármacos consumidos en el marco de estudios poblacionales. Esta puntuación fue validada en términos de su estabilidad temporal y de su asociación con otras medidas de estado de salud.

En el presente estudio se han utilizado los ítems 03005, 03008, 03011, 03014, 03017, 03020, 03023 donde se codificaban los fármacos consumidos por los sujetos entrevistados según las indicaciones de la ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*), y sencillamente se codificó el número de fármacos que consumía cada sujeto. Para facilitar el análisis multivariado, la variable resultante fue codificada de la siguiente forma:

- 0-1 fármacos
- 2-3 fármacos
- 4+ fármacos

12.2.1.2. Tratamiento farmacológico de problemas mentales y emocionales.

Además, los médicos psiquiatras que supervisaron las entrevistas junto con los entrevistadores, debían aclarar el tipo de fármacos que tomaba el sujeto para modificar su humor, conducta o estado mental, usualmente prescrito por un psiquiatra. Debían valorarlo incluso en el caso que el paciente no presentase adicción. Por ejemplo: un médico puede estar tratando al paciente por una enfermedad depresiva con fármacos antidepresivos y la dosis y la frecuencia puede ser la normal, aún en este caso debía ser valorado. En este

caso concreto no se incluían los fármacos para la epilepsia u otras enfermedades neurológicas que no eran tomados primariamente para tratar problemas mentales o emocionales. Sin embargo los hipnóticos si que debían ser incluidos si estaba claro que habían sido prescritos para las dificultades del sueño asociadas con un problema emocional o mental.

La variable resultante, llamada a partir de ahora “tratamiento psicofarmacológico” indica si el sujeto entrevistado estaba bajo tratamiento farmacológico por causa de problemas mentales o emocionales, los datos de los sujetos que lo hacían sin prescripción médica fueron codificados como datos faltantes, dado el sesgo que podría producir ese dato, y el bajo número de casos encontrados en este sentido ($n = 23$). Por lo tanto la variable final utilizada es dicotómica (sin tratamiento / con tratamiento prescrito por un médico).

12.2.2. Estado de salud de los sujetos según el juicio del entrevistador.

Esta variable contiene la información recogida en el ítem 05136 de la sección 5^a de la Entrevista ZARADEMP I (ver ANEXO). Se trata de una variable dicotómica que, en función de todo el historial médico relatado por los entrevistados, es codificada por el entrevistador como Si / No en función de si el estado de salud del sujeto a lo largo de su vida ha sido excelente o si en cambio han acontecido alguna o varias enfermedades graves.

12.3. Enfermedades somáticas.

12.3.1. Hipertensión arterial.

El criterio utilizado para identificar la hipertensión en los sujetos estudiados se calculó en función de si los sujetos están bajo tratamiento para la tensión y las mediciones de tensión arterial realizadas por los entrevistadores

entrenados, que corresponden a los ítems 05006 de la sección 5^a y 07001-07004 de la sección 6^a de la Entrevista ZARADEMP I (ANEXO).

Si el sujeto informó tomar antihipertensivos o tenía una TAS media ≥ 140 o una TAD media ≥ 90 , o había sido diagnosticado por un médico, entonces fue codificado como caso de hipertensión arterial.

12.3.2. Angina de pecho.

La presencia de angina de pecho fue calculada en función de si los sujetos están bajo tratamiento para la angina de pecho y si un médico le había comunicado un diagnóstico firme de esta enfermedad. Según los ítems 05009-05011 de la sección 5^a de la Entrevista ZARADEMP I (ANEXO).

Por lo tanto si el entrevistado informó que algún médico le diagnosticó esta enfermedad y además estaba tomando tratamiento específico fue codificado como caso de ANGOR. Los sujetos que aportaban información dudosa, incongruente o no fiable fueron excluidos del análisis.

12.3.3. Infarto de miocardio.

Para crear esta variable se utilizaron los ítems 05013-15 de la sección 5^a de la Entrevista ZARADEMP I (ANEXO). En la variable dicotómica resultante se codificaron como casos de infarto de miocardio los sujetos que dijeron haber sido diagnosticados de esta enfermedad por un médico y además referían haber sido hospitalizados. Los sujetos que aportaban información dudosa, incongruente o no fiable fueron excluidos del análisis.

12.3.4. Ictus.

Fueron utilizados los ítems 05027-28 de la sección 5^a de la Entrevista ZARADEMP I (ANEXO). La variable resultante binaria indicaba la presencia o ausencia de esta enfermedad. Se codificaron como casos los sujetos que referían un diagnóstico médico y al menos un episodio de ictus. Los sujetos que aportaban información dudosa, incongruente o no fiable fueron excluidos del análisis.

12.3.5. Diabetes Mellitus.

En esta variable se utilizaron los ítems 05071-75 de la sección 5^a de la Entrevista ZARADEMP I (ANEXO). Los sujetos que referían un diagnóstico médico de Diabetes Mellitus fueron codificados como casos de esta enfermedad. Además se distinguió entre los sujetos que seguían un tratamiento médico con antidiabéticos o hipoglucemiantes orales (o insulina) con los que únicamente seguían una dieta específica para la diabetes. En esta variable no se encontraron sujetos con información incongruente.

12.3.6. Patologías tiroideas.

Para codificar esta variable se utilizaron los ítems 05078 y 05080-83 de la sección 5^a de la Entrevista ZARADEMP I (ANEXO). Se codificaron como casos de patología tiroidea (hipertiroidismo o hipotiroidismo) los sujetos que referían un diagnóstico médico y cualquier tratamiento actual o previo para la misma. En esta variable no se encontraron sujetos con información incongruente.

12.3.7. Número de enfermedades vasculares.

En esta variable se tuvieron en cuenta las siguientes enfermedades severas relacionadas con el sistema vascular: angina de pecho, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y diabetes mellitus. La variable resultante contenía la información de si los sujetos entrevistados habían padecido ninguna, una o varias de estas enfermedades.

12.4. Exploración cognoscitiva.

12.4.1. De la batería GMS-AGECAT.

Se codificaron los ítems de memoria y orientación temporal correspondientes a los ítems 04001-13 de la sección 4^a de la Entrevista

ZARADEM P I (ANEXO) tal y como fueron recogidos en la entrevista.

Además se obtuvieron los niveles sindrómicos orgánicos generados por el algoritmo AGECAT, codificando una variable con las categorías: no caso, subcaso y caso de síndrome orgánico (de demencia).

12.4.2. Del Examen Cognoscitivo “Mini-mental” (ECMM).

Se codificaron todos los ítems del ECMM-35 (ítems 04022-34 de la sección 4^a de la Entrevista ZARADEM P I; ANEXO), y sus puntuaciones directas fueron dicotomizadas según los puntos de corte hallados en el proceso de re-validación y normalización de este instrumento (Lobo y cols. 1999) para maximizar la sensibilidad y especificidad de cada ítem con respecto al deterioro cognitivo.

Asimismo, a la puntuación total corregida del instrumento también se le aplicaron los puntos de corte hallados en la re-validación de la prueba (Lobo 1999), generando la variable de cuatro categorías que clasifica por lo tanto a los sujetos entrevistados en:

- Rendimiento cognoscitivo normal
- Rendimiento cognoscitivo bajo
- Deterioro cognoscitivo leve
- Deterioro cognoscitivo grave

12.5. Estado funcional.

12.5.1. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Se codificaron los ítems 10013-19 de la sección 10^a de la Entrevista ZARADEM P I (ANEXO) correspondientes a la Escala de Lawton & Brody tal y como fueron recogidos en la entrevista, con las categorías:

- Independiente
- Precisa ayuda
- Dependiente

Además se creó una variable binaria como criterio total de disfuncionalidad en AIVD, los sujetos que fueron nominados en todos los ítems de AIVD como “independientes” fueron clasificados como tales, y los sujetos que al menos “precisaban ayuda” o eran “dependientes” en al menos uno de los ítems eran clasificados como “dependientes”.

12.5.2. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Para crear esta variables fueron codificados los ítems 10005-12 de la sección 10^a de la Entrevista ZARADEMP I (ANEXO) correspondientes al Índice de Katz, tal y como fueron recogidos en la entrevista, con las categorías:

- Independiente
- Precisa ayuda
- Dependiente

Los datos pertenecientes a la categoría “nunca lo hace” fueron excluidos dada su ambigüedad. Se creó además una variable binaria como criterio total de disfuncionalidad en ABVD, los sujetos que fueron nominados en todos los ítems de ABVD como “independientes” fueron clasificados como tales, y los sujetos que al menos “precisaban ayuda” o eran “dependientes” en al menos uno de los ítems eran clasificados como “dependientes”.

13. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL ESTUDIO

13.1. Elaboración de la base de datos y control de calidad.

Fueron aplicados con rigor todos los procedimientos epidemiológicos habitualmente utilizados en los estudios de campo poblacionales.

Para la Fase I del Proyecto Zarademp, como hemos comentado, se diseñó un estudio tipo screening epidemiológico. Los Entrevistadores o "lay interviewers", en su mayoría estudiantes de medicina de cursos superiores o Médicos Internos Residentes, fueron previamente estandarizados en los métodos de la encuesta, completaban la entrevista ZARADEMP, semiestructurada, con todos los instrumentos diagnósticos que lleva incorporada.

Se programó un control sistemático de la fiabilidad de las evaluaciones, que fue implementado cada seis meses, en cada una de las tres "olas", para prevenir el "*reliability-decay*" o pérdida de fiabilidad. En caso de que la pérdida fuese sistemática, se programó una re-estandarización de los entrevistadores, que incluía técnicas de vídeo utilizadas en el entrenamiento inicial. Además se programó un control sistemático y periódico de la actividad de los entrevistadores, que incluía el registro y análisis de las tasas de respuesta y razones de rechazo para cada entrevistador, todo ello para asegurar la homogeneidad de los datos. El diseño de la base de datos y el control de calidad se hicieron de acuerdo con métodos estándar previamente utilizados por nuestro grupo investigador, que incluían el análisis de datos "fuera de rango" y de la información no coherente.

Cuando la información que administraba el individuo geriátrico entrevistado se sospechaba que podía ser no fiable al 100%, se realizaba la entrevista junto con los cuidadores a cargo de dichos individuos. Para ayudar en el proceso diagnóstico, se añadía a la entrevista la información de los informes médicos que los pacientes geriátricos guardan en su domicilio y

además se documentaba minuciosamente toda la medicación que el entrevistado tenía prescrita.

Los individuos eran etiquetados como "probables casos" o "probables subcasos" de acuerdo con los puntos de corte diagnósticos estándar de los cuestionarios GMS y del Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), cuyos coeficientes de validez y fiabilidad habían sido previamente comprobados en estudios publicados por investigadores de nuestro equipo de trabajo (Lobo 1980, 1999).

Incluso después, los datos de cada entrevista eran estrictamente revisados por un Psiquiatra investigador junto con el "lay interviewer" al que supervisaba. Este Psiquiatra Senior, en ocasiones, cuando el caso era considerado dudoso conforme a los criterios operativos del equipo (hecho ocurrido hasta en 159 ocasiones), reentrevistaba al individuo en cuestión en su domicilio, para confirmar el diagnóstico final. Esta confirmación se realizaba en los días subsiguientes a la primera entrevista, y no hubo pérdidas en ningún caso, pues se diagnosticaron definitivamente los 159 casos dudosos.

Se completó un informe preliminar al final de cada año, que incluía el análisis estadístico descriptivo realizado con SPSS. De este modo, fue posible confirmar que la prevalencia, la distribución y la incidencia de la morbilidad detectada en la población general eran coherentes con las hipótesis formuladas. De manera similar, será posible verificar de modo sistemático que la distribución de los potenciales factores de riesgo evaluados con la *Entrevista ZARADEMP*, tanto para la demencia como para la depresión, también son coherentes con las hipótesis del trabajo.

En la recta final de la Fase I del Proyecto ZARADEMP, los Psiquiatras Senior documentaban el diagnóstico psiquiátrico final en los todos los casos, y se comentaban en sesiones clínicas conjuntas.

Para esta Tesis Doctoral, se utilizaron los criterios diagnósticos computerizados AGECAT. Estudios previos a cargo de investigadores de nuestro equipo han confirmado la validez de este proceso diagnóstico en la

investigación Psicosomática de poblaciones geriátricas comunitarias (American Psychiatric Association 1987, Lobo y cols. 1992).

13.1.1. Procedimiento del estudio y de análisis estadístico.

Tal y como es habitual en este tipo de estudios, se llevan a cabo los principales análisis descriptivos pertinentes y se calculan las respectivas distribuciones de todas las variables del estudio según edad y género.

Dado que estos cálculos han sido realizados en varias ocasiones por otros investigadores del Grupo ZARADEMP y no son objeto del presente estudio, nos remitimos a otros trabajos previos que describen explícitamente el contexto, la metodología y los primeros resultados del Proyecto ZARADEMP (Lobo 2005, 2006), a artículos científicos así como metodologías específicas y un gran número de resultados previos presentados en tesis doctorales relevantes anteriores elaboradas en el marco de este Proyecto (Alonso 2006, De la Cámara 1999, Samaniego 2003, Larraga 2005).

13.2. Análisis estadístico

13.2.1. Definiciones operativas.

Para la consecución de esta Tesis Doctoral se establecieron las siguientes definiciones operativas:

"Morbilidad Somática": Presencia en un individuo de una o más enfermedades físicas según los criterios operativos definidos.

"Morbilidad Psíquica": Presencia de uno o más diagnósticos de Caso o Subcaso AGECAT, según los criterios operativos definidos de las siguientes categorías: Demencia, Depresión Mayor (grave), Depresión Menor (no grave o neurótica) y Ansiedad.

"Comorbilidad Psíquica - Somática": Coexistencia en el mismo individuo de una o más enfermedades somáticas y de una o más enfermedades psiquiátricas según los criterios definidos.

13.2.2. Análisis descriptivo.

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo (porcentajes y medidas de tendencia central y de dispersión) de los datos de las diferentes variables sociodemográficas, de morbilidad somática, de morbilidad psíquica y de rendimiento cognoscitivo.

Se calculó la prevalencia de los diferentes trastornos somáticos y psiquiátricos, y los intervalos de confianza al 95% fueron estimados en base a una distribución binomial.

13.2.3. Análisis bivariante

Se realizaron y analizaron tablas de contingencia, cruzando las variables sociodemográficas, de morbilidad psíquica y de morbilidad somática. Para establecer los niveles de significación estadística se utilizaron diferentes estadígrafos en función de las variables a contraste. Para contrastar las diferencias entre las distribuciones de los sujetos entre variables categoriales, y en este caso, la hipótesis específica de que hay una asociación entre la morbilidad somática y la psiquiátrica, se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson con la corrección de Yates en tablas 2x2, y la prueba exacta de Fisher cuando alguna de las frecuencias esperadas fue inferior a 5.

La hipótesis nula (H_0) de independencia o de no asociación estadísticamente significativa se aceptó con un error de Tipo 1 del 5%.

Se comprobó, mediante prueba de Kolmogorov-Smirnov, que ninguna de las variables cuantitativas cumplían las condiciones de distribución normal, por lo que para el análisis de las variables cuantitativas en relación a las variables categoriales se utilizaron, como estadísticos de contraste, pruebas no

paramétricas como son la prueba de Kruskal-Wallis (para variables categoriales con más de dos categorías) y la U de Mann-Whitney (para las variables categoriales en las que se comparaban las diferentes categorías 2 a 2). Para variables cuantitativas se utilizó la correlación de Spearman. Se consideraron estadísticamente significativos (e.s.) valores de $p < 0,05$.

13.2.4. Análisis multivariante de regresión logística.

Por último, para corregir las posibles interacciones entre las distintas variables, se procedió a la estimación del riesgo mediante la aplicación de las técnicas de análisis multivariante de regresión logística.

Se realizaron modelos relacionando las diferentes variables a la morbilidad psíquica. Se calcularon las "odds ratios" (OR) (ya que se trata de casos prevalentes) y sus intervalos de confianza (95%) correspondientes. Como variable dependiente se utilizó la morbilidad psíquica. Como covariables se introdujeron la morbilidad somática (con y sin hipertensión arterial), el sexo, la edad y el nivel educativo.

Posteriormente se realizó un nuevo análisis multivariante de regresión logística utilizando como variable dependiente la morbilidad psíquica y como covariables, además del sexo, edad y nivel educativo, cada una de las patologías somáticas, pero esta vez de forma independiente: hipertensión arterial, angina de pecho, infarto de miocardio, ictus, epilepsia, traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Parkinson, diabetes mellitus y patología tiroidea.

Se utilizaron como criterios de probabilidad para los pasos de entrada 0.05 y salida 0.10, con un punto de corte para la clasificación de 0.5.

El análisis estadístico de los datos en todas sus etapas se realizó mediante el paquete estadístico SPSS para PC-Windows.

14. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Se han mantenido a lo largo de todo el estudio los principios éticos fundamentales para la investigación médica en seres humanos, de acuerdo a la **Declaración de Helsinki** adoptada por la 18^a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, Finlandia, en junio de 1964) y enmendada por la 29^a Asamblea (Tokio, Japón, Octubre 1975). Así mismo, se ha respetado la legislación vigente en materia de tratamiento y protección de datos de carácter personal en todas las fases del estudio, de acuerdo con la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal (Vigente hasta el 14 de enero de 2000) y con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Se asumió desde la planificación y el inicio del Proyecto el compromiso de informar a los ancianos acerca de todos los detalles del estudio, se elaboró y administró un consentimiento informado por escrito que los entrevistados debían entregar a los participantes y leérselo en caso de incapacidad para su lectura o comprensión. Se garantizó en todo momento la privacidad, confidencialidad y seguridad de la información personal de los ancianos entrevistados.

La participación en el estudio por parte de los ancianos y ancianas encuestados fue, en todo momento, voluntaria. En este sentido, una vez que los entrevistados aceptaban participar en el proyecto, la información acumulada fue considerada como “datos sensibles”, y se utilizó un “procedimiento de disociación”. Se utilizaron sobres sellados con los registros individuales bajo la custodia del investigador principal, que debían ser abiertos previamente a las entrevistas de seguimiento programadas para cada sujeto. En los pasos finales de la investigación, los registros individuales serán destruidos después de la validación de la información pertinente mediante las técnicas habituales de muestreo y gestión de los datos. Por lo tanto, para el contraste de las hipótesis del presente estudio, y su correspondiente análisis de datos, no se ha utilizado ningún tipo de información personal de los participantes, siendo toda la

información utilizada completamente anónima.

Con respecto a la aplicación informática utilizada para el análisis de los datos, a lo largo de todos los análisis necesarios para la finalización de la presente Tesis Doctoral se ha utilizado el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versión 11.5.1 para Windows) y sus manuales de ayuda. La licencia de uso de este paquete estadístico se corresponde con el número de serie 9035714, cuya propiedad y derechos de uso pertenece a la Universidad de Zaragoza.

RESULTADOS

RESULTADOS

15. Muestra y Factores Sociodemográficos

Se recogió, como hemos venido comentando en el apartado de Material y Métodos, una muestra representativa de la población mayor de 55 años de la ciudad de Zaragoza, de 4.803 individuos. La distribución por sexo y por grupo etario, por consiguiente, es la de la población geriátrica y pregeriátrica comunitaria en nuestro entorno. Hay un predominio de mujeres en este segmento de la población general frente a los varones (57,7% de féminas frente a 42,3% de hombres).

En la distribución por estratos etarios, observamos una distribución más o menos homogénea, (exceptuando el estrato de 55-59 años con sólo un 3,4%), con tendencia a la disminución progresiva de población con la edad: desde un 19,2% de la muestra en el estrato etario de 60 - 64 años bajando progresivamente hasta un 10% de la muestra en el estrato de 80-84 años. Sin embargo, se comprueba un aumento poblacional de nuevo en el estrato de 85 o más años.

En cuanto a la distribución por sexo y edad de la pirámide poblacional de la muestra ZARADEMP I, constatamos la distribución por estrato etario ya comentada, con un moderado predominio de individuos, en todos los estratos, en favor del sexo femenino (figura 4).

Como puede verse en la figura 4, debido al lapso de tiempo transcurrido entre el muestreo y la realización de la entrevista, y debido a las condiciones de muestreo, para asegurar un número suficiente de mayores en el estrato más anciano, éste aparece sobredimensionado, contrariamente a lo que sucede en el estrato de más jóvenes. En apartado de discusión se defiende este proceder.

RESULTADOS

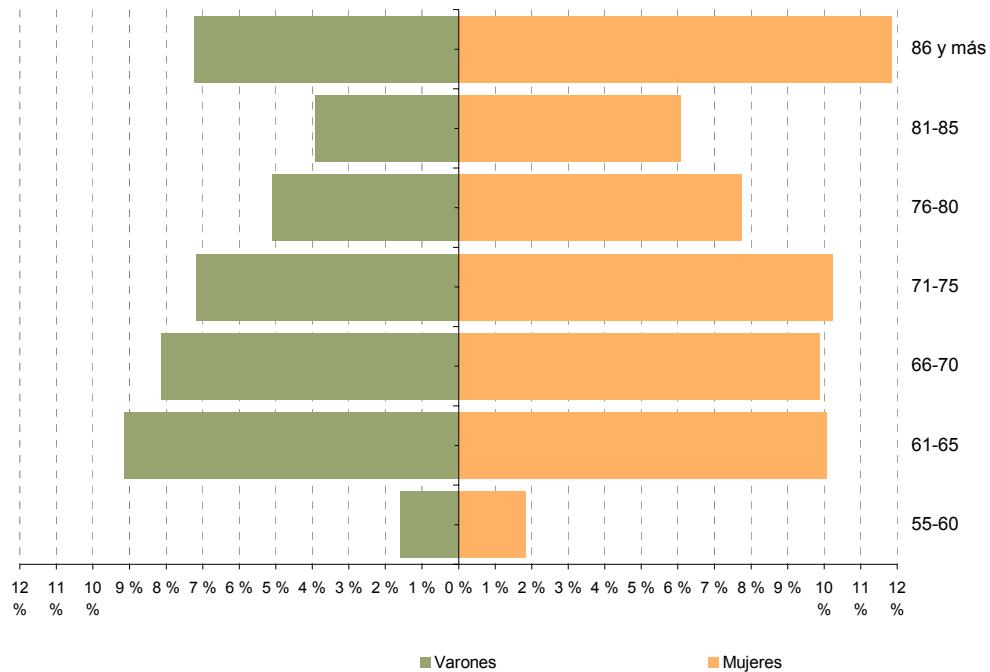


Figura 4. Pirámide poblacional de la muestra ZARADEMP I

Analizando la distribución poblacional por estado civil (figura 5), se documenta que la mayor parte de la población muestral mayor de 55 años, está casada o convive con pareja (2796 individuos, 58,2%), siguiéndole en orden decreciente los grupos de individuos viudos (1494, 31,1%), solteros (389, 8,1%), separados o divorciados (65, 1,4%) y religiosos (45, 0,9%)

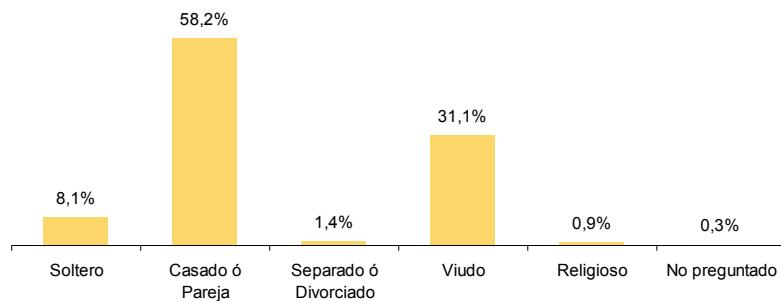


Figura 5. Distribución de la muestra por estado civil

Cuando desglosamos estos grupos de división por estado civil, por sexos (figura 6), vemos que en todos ellos hay un predominio porcentual de mujeres frente a varones: solteros (67,9% mujeres versus 32,1% varones), separados o divorciados (67,7% mujeres vs 32,3% varones) viudos (79,6% mujeres vs 20,4% varones) y religiosos (33,3% vs 66,7%); sin embargo, como excepción, el único grupo estatutario civil en el que predominan los varones es en el de casados (55,8% de varones frente a 44,2% de mujeres).

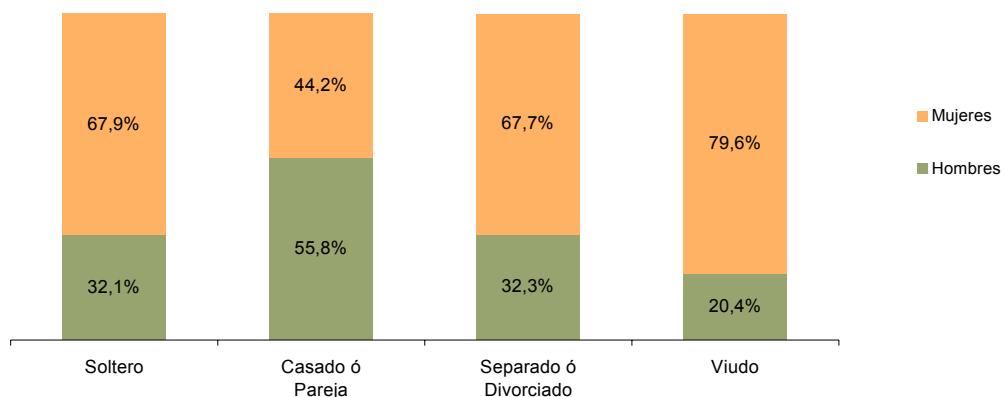


Figura 6. Distribución de la muestra por sexo y estado civil

Atendiendo ahora a la distribución muestral por nivel educacional, llama la atención el bajo nivel de escolarización de la población geriátrica general (figura 7).

El grupo más importante de la muestra había completado solamente los estudios primarios (1778 individuos, 37% de la muestra), y le siguen en magnitud el de estudios primarios incompletos (1729, 36%) y el de analfabetos (521, 10,8%). Después, y en orden decreciente: graduados o diplomados (213, 4,4%), licenciados (141, 2,9%), bachillerato completo (138, 2,9%), bachillerato incompleto (102, 2,1%) y formación profesional completa (84, 1,7%) e incompleta (39, 0,8%). Es decir, hasta un 46,8% de los individuos de la población geriátrica tiene un bajo nivel de escolarización.

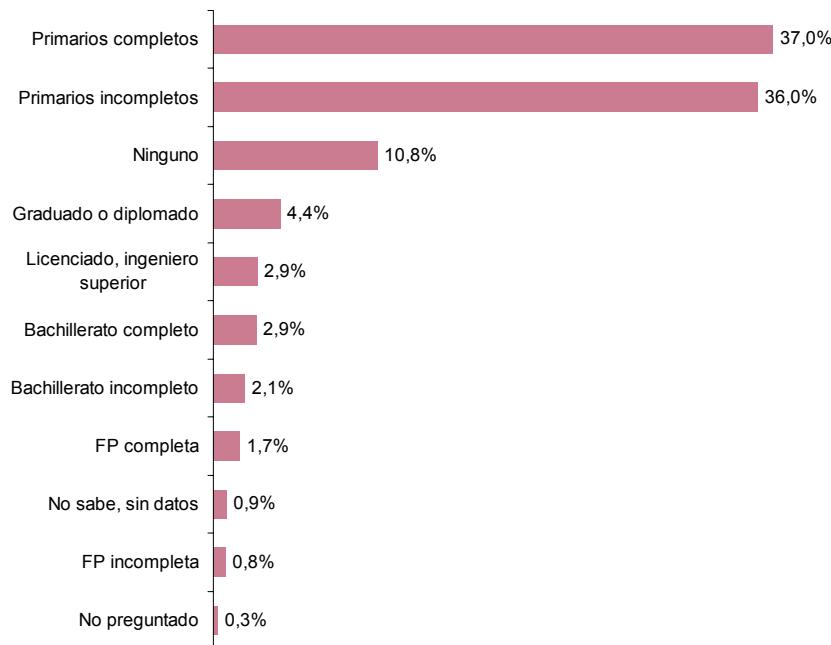


Figura 7. Distribución muestral por nivel de estudios

En la distribución por sexos de los grupos muestrales por nivel educacional se comprobó que cuanto más bajo es el nivel educacional, mayor es la diferencia porcentual "en favor" de las mujeres: analfabetos (72,4% mujeres versus 27,6% hombres), primarios incompletos (59,9% mujeres vs 40,1% hombres), sólo primarios completos (57,8% mujeres vs 42,2% hombres). Sin embargo y por el contrario, a mayor nivel de estudios alcanzados, mayor es el porcentaje de varones de dicho grupo muestral: bachillerato completo (57,2% varones vs 42,8% mujeres), graduado o diplomado (53,5% varones vs 46,5% mujeres) y licenciado (82,3% varones vs 17,7% mujeres)

16. MORBILIDAD SOMÁTICA

Finalmente se pudo recoger información fiable de las enfermedades somáticas en 4227 individuos (Tabla 7).

Tal y como esperábamos, la hipertensión arterial (HTA) fue la patología médica más prevalente (61,7% CI (95%) 60,3-63,1), pero también se detectaron prevalencias relativamente altas de otras patologías médicas como diabetes mellitus (8,7%) e ictus (6,9%).

La patología coronaria, en conjunto, también presenta un importante porcentaje de la morbilidad somática en la población general. El ángor pectoris apareció en un 5,2%, y el infarto de miocardio en un 2,9% de los individuos de nuestra muestra.

Los siguen en frecuencia descendente, el traumatismo craneoencefálico (TCE) (5%), la patología tiroidea (3,1%), la enfermedad de Parkinson (1,2%) y la epilepsia (0,6%).

Tabla 7. Prevalencia de patología somática en población general mayor de 55 años

	CASOS (N)	INTERVALOS DE CONFIANZA (95%)	
		PREVALENCIA (%)	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2.963	61,7	60,3 – 63,1
ANGOR PECTORIS	251	5,2	4,6 – 5,9
INFARTO DE MIOCARDIO	139	2,9	2,4 – 3,4
ICTUS	332	6,9	6,2 – 7,6
EPILEPSIA	30	0,6	0,4 – 0,8
TCE	242	5,0	4,4 – 5,7
PARKINSON	60	1,2	0,9 – 1,6
DIABETES MELLITUS	417	8,7	7,9 – 9,5
PATOLOGÍA TIROIDEA	150	3,1	2,6 – 3,6

La prevalencia de la patología coronaria, importante como hemos comentado, con un 8,1% de los pacientes de nuestra muestra, nos hizo separar las enfermedades cardiovasculares en conjunto para su análisis (figura 8).

Para ello tomamos las enfermedades cardiovasculares por excelencia: hipertensión arterial (HTA), ángor pectoris, infarto agudo de miocardio (IAM), ictus (ACV) y también la diabetes mellitus, por los conocidos efectos vasculares de esta última.

Así, pudimos constatar que la prevalencia de patología cardiovascular global en nuestra muestra de población general mayor de 55 años fue de un 68,5%. Ya hemos comentado la alta prevalencia de la hipertensión arterial previamente, que hace subir mucho el porcentaje de patología cardiovascular y es una enfermedad benigna, pero hay que tener en cuenta que muchos de los casos llevan además asociados enfermedades cardiovasculares más serias.

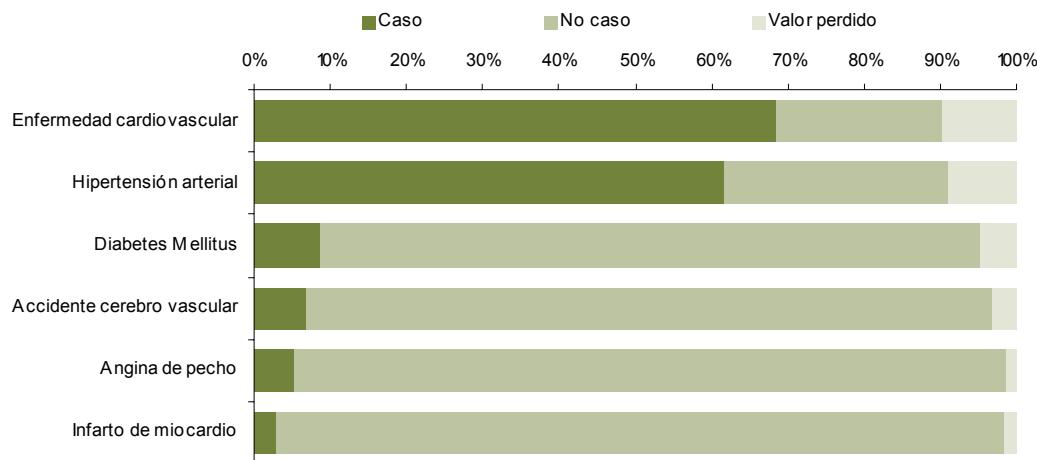


Figura 8. Porcentaje de pacientes que padecen patología cardiovascular

La mayoría de los pacientes geriátricos presentaron al menos una patología médica (3430 individuos - 81%), pero este porcentaje disminuye considerablemente si excluimos la HTA, trastorno que en la mayor parte de las ocasiones cursa de forma asintomática.

La distribución por número de enfermedades somáticas que padece cada individuo (Tabla 8) mostró que la mayor parte de los enfermos médicos padecen sólo 1 enfermedad (52,1%), y que lógicamente va descendiendo el porcentaje cuanto mayor es el número de enfermedades somáticas padecidas: 2 enfermedades (15,4% de los individuos), 3 enfermedades (3,8%), 4 enfermedades (0,4%) y cinco enfermedades médicas (0,2%).

Tabla 8. Número de enfermedades somáticas padecidas por individuo muestral

UNIDAD: NÚMERO DE PACIENTES Y %	NUMERO	PORCENTAJE
NINGUNA ENFERMEDAD	797	16,59%
CASO DE UNA ENFERMEDAD	2.502	52,09%
CASO DE DOS ENFERMEDADES	738	15,37%
CASO DE TRES ENFERMEDADES	162	3,37%
CASO DE CUATRO ENFERMEDADES	20	0,42%
CASO DE CINCO ENFERMEDADES	8	0,17%
VALOR PERDIDO	576	11,99%
TOTAL	4.803	100,00%

Cuando desglosamos la patología somática general por sexos, constatamos una mayor prevalencia en mujeres versus varones, de las patologías cardiovasculares no coronarias como hipertensión arterial (65,1% versus 57%) y diabetes mellitus (9,2% versus 7,9%). También es claro en la mujer el predominio de la patología tiroidea (4,9% vs 0,7%)

Sin embargo, la versión más "grave" de esta enfermedad cardiovascular, predomina claramente en los hombres (Tabla 9): ángor péctoris (6,5% versus 4,3%), infarto de miocardio (4,8% vs 1,5%) e ictus (7,2% vs 6,7%). Más alto también en varones el traumatismo craneoencefálico (6,6% vs 3,9%).

Tabla 9. Prevalencia de patología somática en población general por sexos

	HOMBRES N=2,032			MUJERES N=2,771		
	CASOS (N)	PREVALENCE (%)	INT. CONFIANZA (95%)	CASOS (N)	PREVAL.. (%)	INTERVALOS CONFIANZA (95%)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1.159	57.0	54.8 – 59.2	1804	65.1	63.3 – 66.9
ÁNGOR PECTORIS	133	6.5	5.5 – 7.7	118	4.3	3.6 - 5.2
INFARTO DE MIOCARDIO	97	4.8	3.9 – 5.8	42	1.5	1.1 - 2.0
ICTUS	146	7.2	6.1 – 8.4	186	6.7	5.8 – 7.7
EPILEPSIA	16	0.8	0.5 – 1.3	14	0.5	0.3 – 0.8
TCE	135	6.6	5.6 – 7.8	107	3.9	3.2 - 4.7
PARKINSON	22	1.1	0.7 – 1.7	38	1.4	1.0 - 1.9
DIABETES MELLITUS	161	7.9	6.8 – 9.2	256	9.2	8.2 - 10.3
PATOLOGÍA TIROIDEA	14	0.7	0.4 – 1.2	136	4.9	4.1 - 5.8

Observando las prevalencias de morbilidad somática por estratos etarios, podemos subrayar los siguientes resultados (Tabla 10).

La hipertensión arterial, el ángor péctoris y el infarto de miocardio son más prevalentes progresivamente cuanto más añosos son los pacientes del estrato, hasta el último, de pacientes de 85 o más años, cuando sufre un descenso.

Sin embargo, en las otras patologías cardiovasculares, el comportamiento es distinto. El ictus mantiene un progresivo aumento de prevalencia cuanto más añooso es el estrato etario. Y por el contrario, la diabetes mellitus sube en prevalencia del estrato pregeriátrico (<64 años) al geriátrico (>65 años), y después, va disminuyendo progresivamente con la edad.

Es significativo, pues, y queremos resaltar, que en la mayoría de patologías somáticas, la prevalencia disminuye en contra de lo que se pudiera pensar, a partir de los 85 años.

Tabla 10. Prevalencia de Morbilidad Somática distribuida por grupos etarios

	55 – 64 años N=1,088			65 - 64 años N=1,702			75 - 84 años N=1,097			85 + años N=916		
	casos (N)	PREV. (%)	I.C. (95%)	casos (N)	PREV. (%)	I.C. (95%)	casos (N)	PREV. (%)	I.C. (95%)	casos (N)	PREV. (%)	I.C. (95%)
HTA	584	53.7	50.7 – 56.7	1.081	63.5	61.2-65.8	746	68.0	65.1-70.7	552	60.3	57.0-63.5
ANGOR	37	3.4	2.4 – 4.7	83	4.9	3.9-6.0	75	6.8	5.4-8.4	56	6.1	4.6-7.8
IAM	27	2.5	1.7-3.6	40	2.4	1.7-3.2	42	3.8	2.7-5.1	30	3.3	2.2-4.7
ICTUS	34	3.1	2.1-4.3	89	5.2	4.2-6.4	84	7.7	6.2-9.4	125	13.6	11.4-15.9
EPILEPSIA	6	0.6	0.2-1.3	15	0.9	0.5-1.5	6	0.5	0.2-1.1	3	0.3	0.1-0.9
TCE	59	5.4	4.1-6.9	86	5.1	4.1-6.2	60	5.5	4.2-7.0	37	4.0	2.8-5.5
PARKINSON	1	0.1	0.03-0.5	20	1.2	0.7-1.8	18	1.6	0.9-2.5	21	2.3	1.4-3.5
DIABETES	63	5.8	4.5-7.4	177	10.4	8.9-11.9	107	9.8	8.1-11.7	70	7.6	5.9-9.5
P. TIROIDEA	29	2.7	1.8-3.8	66	3.9	3.0-4.9	34	3.1	2.2-4.3	21	2.3	1.4-3.5

Analizamos también el peso de cada enfermedad somática sobre el total de enfermedades médicas. Peso de la enfermedad se define como el número de casos de esta enfermedad concreta sobre el total de casos de enfermedad somática total.

Así, vimos que el peso de la hipertensión arterial (tabla 11) es muy importante en general, constituyendo el 86,4% del global de patología somática; y que destaca de forma importante si desglosamos por número neto de enfermedades somáticas padecidas, en los individuos que padecen sólo 1 enfermedad médica, con un peso de 84,7% en este subgrupo.

También constatamos el peso que tienen las enfermedades cardiovasculares y sobre todo la patología coronaria en los pacientes polimórbidos médicaamente. En este subgrupo de los que padecen 5 o más enfermedades, los pesos específicos de las enfermedades cardiovasculares

son muy importantes: además de la consabida hipertensión arterial (100%), el ángor péctoris (87,5%), diabetes mellitus (87,5%), infarto agudo de miocardio (75%) e ictus (62,5%), son las de mayor peso específico en este grupo de comorbilidad somática.

Tabla 11. Peso de las enfermedades en la morbilidad somática

	UNA O MÁS	DOS O MÁS	TRES O MÁS	CUATRO O MÁS	CINCO O MÁS	TOTAL
EPILEPSIA	0,4%	1,5%	3,1%	10,0%	12,5%	1%
PÁRKINSON	0,8%	3,9%	4,3%	20,0%	12,5%	1,7%
INFARTO DE MIOCARDIO	1,1%	6,8%	27,8%	55,0%	75,0%	4,1%
PATOLOGÍA TIROIDEA	1,6%	11,4%	13,6%	15,0%	25,0%	4,4%
TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO	2,6%	17,1%	24,7%	40,0%	37,5%	7,1%
ANGINA DE PECHO	1,9%	14,9%	46,3%	60,0%	87,5%	7,3%
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	3,5%	22,0%	40,1%	60,0%	62,5%	9,7%
DIABETES MELLITUS	3,5%	32,2%	45,7%	50,0%	87,5%	12,2%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	84,7%	90,2%	94,4%	90,0%	100,0%	86,4%
Peso de una enfermedad en la morbilidad somática = casos de la enfermedad/ casos de morbilidad somática.						

17. MORBILIDAD PSÍQUICA

Como hemos comentado en la Metodología de esta Tesis Doctoral, hemos utilizado el diagnóstico AGECAT, que subdivide la morbilidad psiquiátrica en casos, cuando cumplen estrictamente los criterios de trastorno; y en subcasos, cuando existe un malestar psíquico demostrable, pero la patología no cumple estrictamente todos los criterios para ser considerada como trastorno (figura 9).

Mostramos los resultados tomando en cuenta esta particularidad del diagnóstico, de tal forma que la prevalencia global de morbilidad psiquiátrica en la población general mayor de 55 años fue de un 54% de sujetos (2592 individuos, IC (95%), 52,6-55,4), aunque este porcentaje baja cuando excluimos a los subcasos (20,1% IC (95%) 19,0-21,2).

Es decir, que la prevalencia de caso psiquiátrico (966, 20,1%) fue superada por la de subcaso psiquiátrico (1626, 33,85%), frente a los individuos libres de enfermedad psíquica (2211, 46%).

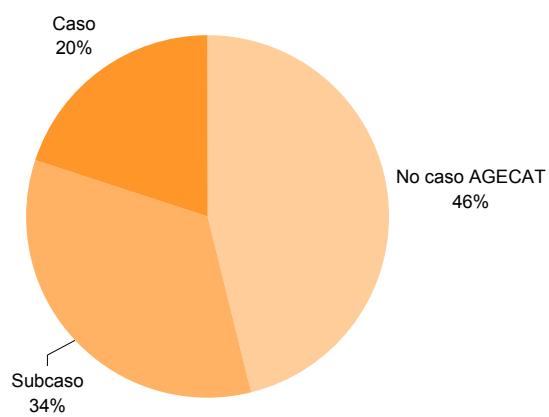


Figura 9. Distribución de la morbilidad psíquica en población general geriátrica

Considerando la definición estricta de caso psiquiátrico, que cumple todos los criterios diagnósticos, la depresión fue la patología psiquiátrica más frecuente en nuestra muestra (554 casos, 11,5%), siguiéndole en frecuencia la demencia (6,72%) y la ansiedad (1,8%). Sin embargo, entre los subcasos, la ansiedad fue el más prevalente con una importante diferencia (1079 subcasos, 22,5% CI (95%) 9,1-35,8), seguido de subcasos de demencia (276, 5,7%) y de depresión (271, 5,64%)

Así que considerando globalmente la patología psiquiátrica, e incluyendo los subcasos, que se ha sugerido claramente en la investigación internacional que tienen un efecto clínico y pronóstico muy importante, la prevalencia de estos trastornos quedaría como sigue (figura 10): la más prevalente incluyendo los subcasos sería la ansiedad (1168, 24,32%), después la depresión (825, 17,18%) y por último la demencia (599, 12,47%).

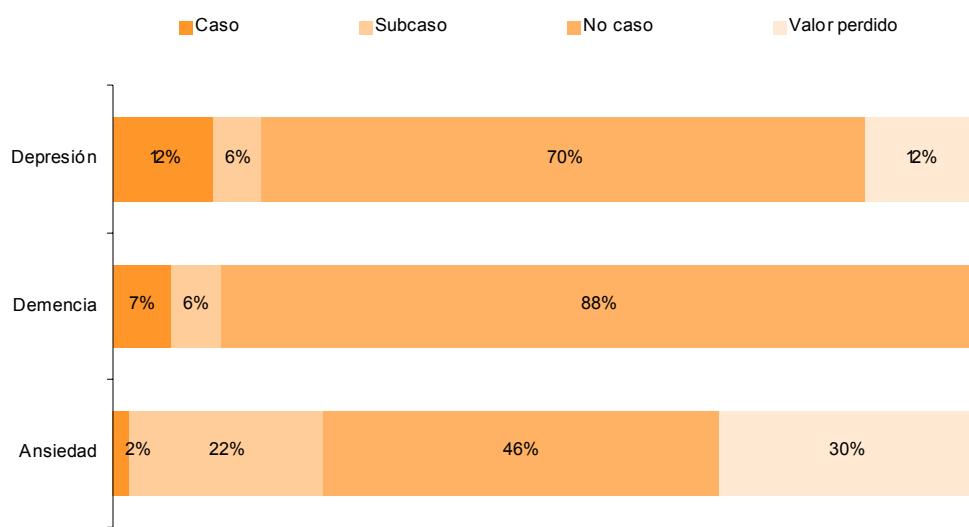


Figura 10. Distribución de patologías psíquicas en población general por criterios de caso, subcaso o no caso

En la distribución por sexos de la morbilidad psiquiátrica (Tabla 12) de nuestra muestra de población general mayor de 55 años, destaca claramente

una mayor prevalencia de todas las patologías psíquicas, tanto si cumplen criterios operativos de caso, como si se quedan en subcaso, en las mujeres.

Esta diferencia de prevalencias mayor en las mujeres, por otra parte esperable y coincidente con otros estudios internacionales, es especialmente marcada en los individuos con morbilidad psíquica que cumplen criterios operativos de caso: en ambos tipos de depresión, menor (mujeres 355 casos, 12,8% versus varones 87 casos, 4,3%) y mayor (mujeres 90 casos, 3,2% versus varones 22 casos, 1,1%); en la demencia (mujeres 238 casos, 8,6% versus varones 85 casos, 4,2%); y en ansiedad (mujeres 66 casos, 2,4% versus varones 23 casos, 1,1%).

La diferencia no es tan acusada, pero todavía significativamente mayor en mujeres, en todos los subcasos de morbilidad psíquica: subcasos de depresión (mujeres 193 subcasos, 7% versus varones 78 subcasos, 3,8%), subcasos de demencia (mujeres 184 subcasos, 6,6% versus varones 92 subcasos, 4,5%) y subcasos de ansiedad (mujeres 659 casos, 23,8% versus varones 420 casos, 20,7%)

Tabla 12. Prevalencia de morbilidad psíquica (criterios AGECAT) en Población General mayor de 55 años (distribución por sexos)

	HOMBRES N=2,032			MUJERES N=2,771		
	CASOS (N)	PREVAL.. (%)	INTERVALOS CONFIANZA (95%)	CASOS (N)	PREVAL.. (%)	INTERVALOS CONFIANZA (95%)
DEMENCIA	85	4.2	3.4 – 5.2	238	8.6	7.6 – 9.7
DEMENCIA SUBCASOS	92	4.5	3.6 – 5.5	184	6.6	5.7 – 7.6
DEPRESIÓN (MAYOR)	22	1.1	0.6 – 1.5	90	3.2	2.6 – 3.9
DEPRESIÓN (MENOR)	87	4.3	3.5 – 5.3	355	12.8	11.6 – 14.1
DEPRESIÓN SUBCASOS	78	3.8	3.0 – 4.7	193	7.0	6.1 – 8.0
ANSIEDAD	23	1.1	0.6 – 1.5	66	2.4	1.9 – 3.0
ANSIEDAD SUBCASOS	420	20.7	19.0 – 22.5	659	23.8	22.2 – 25.4
TOTAL	2032	100.0		2771	100.0	

Hablemos ahora de la distribución de la patología psíquica por estratos etarios (Tabla 13). Lógicamente podemos observar que existe un aumento muy significativo de la prevalencia de demencia, tanto casos como subcasos, con el aumento de la edad. De esta forma pasamos de 9 casos de demencia (0,8%) y 31 subcasos de demencia (2,8%), en el estrato etario de 55-64 años; a 187 (20,4%) casos de demencia y 99 (10,8%) subcasos de demencia en el estrato de 85 o más años.

También experimenta un aumento lineal de la prevalencia con la edad la depresión menor: de 84 casos (7,7%) en el estrato 55-64 años a 95 casos (10,4%) en el de 85 o más años.

Los subcasos de depresión también aumentan linealmente con la edad, pero se estabilizan, e incluso disminuyen levemente entre los estratos 75-84 y 85 o más años. La prevalencia de depresión mayor permanece constante con el envejecimiento.

En cuanto a la ansiedad, al contrario que la depresión menor y la demencia, observamos que experimenta una disminución de prevalencias con el envejecimiento de la muestra. Disminución lineal tanto para los casos como para los subcasos de ansiedad: de 283 subcasos (26%) y 25 casos (2,3%) de ansiedad en el estrato etario 55-64 años, pasamos a tan solo 150 subcasos (16,4%) y 10 Casos (1,1%) de ansiedad en el estrato de 85 o más años.

**Tabla 13. Prevalencia de morbilidad psíquica en población general geriátrica
(distribución por edad)**

	55 – 64 años N=1,088			65 - 64 años N=1,702			75 - 84 años N=1,097			85 + años N=916		
	CASOS (N)	PREV (%)	I.C. (95%)	Casos (N)	PREV (%)	I.C. (95%)	Casos (N)	PREV (%)	I.C. (95%)	Casos (N)	PREV. (%)	I.C. (95%)
DEMENCIA	9	0.8	0.4 – 1.5	44	2.6	1.9 – 3.5	83	7.6	6.1 – 9.3	187	20.4	17.8 – 23.2
DEMENCIA SUBCASOS	31	2.8	1.9 – 4.0	70	4.1	3.2 – 5.1	76	6.9	5.5 – 8.6	99	10.8	8.9 – 13.0
DEPRESIÓN (MAYOR)	25	2.3	1.5 – 3.4	40	2.4	1.7 – 3.2	26	2.4	1.6 – 3.5	21	2.3	1.4 – 3.5
DEPRESIÓN (MENOR)	84	7.7	6.2 – 9.4	155	9.1	7.8 – 10.6	108	9.8	8.1 – 11.7	95	10.4	8.5 – 12.6
DEPRESIÓN SUBCASOS	51	4.7	3.5 – 6.1	93	5.5	4.5 – 6.7	71	6.5	5.1 – 8.1	56	6.1	4.6 – 7.8
ANSIEDAD	25	2.3	1.5 – 3.4	34	2.0	1.4 – 2.8	20	1.8	1.1 – 2.8	10	1.1	0.5 – 2.0
ANSIEDAD SUBCASOS	283	26.0	23.4–28.7	425	25.0	23.0 – 27.1	221	20.1	17.8–22.6	150	16.4	14.1 – 19.0
TOTAL	1088	100		1702	100		1097	100		916	100	

18. COMORBILIDAD PSÍQUICA - SOMÁTICA

La presencia de comorbilidad psíquica - somática en nuestra muestra de población general geriátrica (figura 11) fue muy importante (44,5%). Un 46,1% de individuos presentaron sólo uno de los dos tipos de patología (psíquica o somática), y sólamente un 9,4% de los individuos se encontraban libres de enfermedad.

De los individuos con sólo presencia de uno de los dos tipos de morbilidad, fue más frecuente que ésta fuera somática (79,4%) frente a psíquica (20,6%).

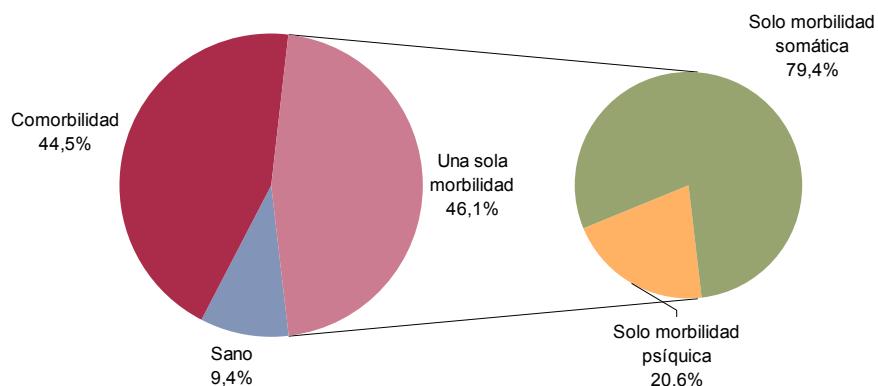


Figura 11. Distribución de morbilidades psíquica, somática y comorbilidad en la población general geriátrica

En la distribución por sexos vemos que la comorbilidad psíquica-somática (Tabla 14), es mucho más frecuente en las mujeres (53,7%) que en los varones (31,7%), y que además, el porcentaje en población general geriátrica de mujeres sanas (6,5%) es muy inferior al de varones libres de enfermedad (13,3%).

El hecho de padecer sólo un tipo de morbilidad (o somática o psíquica), es más frecuente en el varón (55%) que en la mujer (39,8%). Cuando lo

analizamos más en profundidad vemos que si el tipo de morbilidad que se padece es sólo somática, sigue siendo el grupo de varones el de más prevalencia (48% versus 28,5% de mujeres). Por el contrario, si el tipo de morbilidad padecida es sólo psiquiátrica, la prevalencia es mayor en mujeres (11,3% frente a 7% en varones)

En el análisis por estratos etarios, como era de esperar y reafirmando una de las hipótesis de esta Tesis Doctoral, observamos que la comorbilidad psíquica - somática aumenta linealmente con la edad. De un 33,9% de pacientes con comorbilidad en el estrato 55-64 años, pasamos a un 57,1% en el estrato de 85 o más años.

Por el contrario, el hecho de estar libre de enfermedad física o psíquica, disminuye con la edad: de 15,7% de sanos en el estrato de 55-64 años a 5,1% en el de 85 o más años; al igual que disminuye con la edad la prevalencia de individuos que padecen sólo un tipo de morbilidad: de 50,4% en el estrato 55-64 años a 37,8% en el de 85 o más años.

Tabla 14. Prevalencia de comorbilidad somática y psiquiátrica en la población general geriátrica

	POBLAC. GENERAL (N=4,803)	VARONES (N=2,032)	MUJERES (N=2,771)	55 – 64 AÑOS (N=1,088)	65 - 64 Años (N=1,702)	75 - 84 Años (N=1,097)	85 + Años (N=916)
	PREVAL (C.I.)	PREVAL (C.I.)	PREVAL (C.I.)	PREVALENCIA (C.I.)	PREVALENCIA (C.I.)	PREVALENCIA (C.I.)	PREVALENCIA (C.I.)
COMORBILIDAD	44.5 (43.1- 45.9)	31.7 (29.7-33.8)	53.7 (51.8-55.6)	33.9 (31.1 – 36.8)	42.6 (40.2 – 45.0)	47.8 (44.8 – 50.8)	57.1 (53.8 – 60.3)
SOLO UN TIPO DE MORBILIDAD	46.1 (44.7- 47.5)	55.0 (52.8- 57.2)	39.8 (38.0- 41.6)	50.4 (47.4-53.4)	47.9 (45.5 – 50.3)	45.7 (42.7 – 48.7)	37.8 (34.6 – 41.0)
* SÓLO SOMÁTICA	36.6 (35.2- 38.0)	48.0 (45.8- 50.2)	28.5 (26.8- 30.2)	37.9 (35.0 - 40.9)	39.0 (36.7 – 41.4)	38.0 (35.1 – 40.9)	28.6 (25.7 – 31.6)
* SÓLO PSIQUICA	9.5 (8.7- 10.4)	7.0 (5.9 - 8.2)	11.3 (10.1- 12.5)	12.5 (10.6 – 14.6)	8.9 (7.6 – 10.3)	7.7 (6.2 – 9.4)	9.2 (7.4 – 11.3)
SANOS	9.4 (8.6- 10.3)	13.3 (11.8- 14.8)	6.5 (5.7 – 7.6)	15.7 (13.6 – 18.0)	9.5 (8.1 – 11.0)	6.5 (5.0 – 8.0)	5.1 (3.8 – 6.7)

Como hemos comentado antes, quisimos realizar un análisis excluyendo la hipertensión arterial, dada su muy alta prevalencia y su compatibilidad con una buena calidad de vida, cercana a la de un individuo sano.

Cuando excluimos del análisis la hipertensión, observamos que la comorbilidad cae a un 19,9% de la muestra, mientras que los individuos sanos suben a un 33,5%. El hecho de padecer un solo tipo de morbilidad sucede en el 46,6% de la población, siendo ahora más frecuente el que esta sea de tipo psiquiátrico que somático (33,5% vs 13,1%). La comorbilidad excluyendo la HTA sigue siendo más frecuente en la mujer (23,2% vs 15,6%) , mientras que el porcentaje de individuos sanos sigue siendo mayor entre los varones (43% vs 26,2%). También cuando se padece sólo un tipo de morbilidad la distribución sigue siendo más prevalente en varones si ésta es somática (22,7% vs 8,9%), que si es psiquiátrica siendo más frecuente en mujeres (41,7% vs 18,7%).

Atendiendo a la distribución por grupo etario, al excluir la HTA del análisis (Tabla 15), el porcentaje de individuos sanos disminuye también con la edad, mientras que porcentaje de individuos con un tipo de morbilidad sube. Sin embargo, la evolución de la comorbilidad en este caso experimenta un ascenso lógico con la edad, hasta el último grupo etario de más ancianidad (85 o más años), en el que desciende. Este aspecto no deja de ser notable y lo comentaremos en el apartado de la discusión, por estar en relación con las hipótesis de vulnerabilidad de ciertos individuos y de resistencia de otros.

Tabla 15. Prevalencia de comorbilidad somática y psiquiátrica en la población general geriátrica (excluyendo hipertensión arterial)

	POBLAC. GENERAL (N=4,803)	VARONES (N=2,032)	MUJERES (N=2,771)	55 – 64 AÑOS (N=1,088)	65 - 64 Años (N=1,702)	75 - 84 Años (N=1,097)	85 + Años (N=916)
	PREVAL (C.I.)	PREVAL (C.I.)	PREVAL (C.I.)	PREVALENCIA (C.I.)	PREVALENCIA (C.I.)	PREVALENCIA (C.I.)	PREVALENCIA (C.I.)
COMORBILIDAD	19.9	15.6	23.2	12.5	18.5	22.1	20.9
SOLO UN TIPO DE MORBILIDAD	46.6	41.4	50.6	44.7	46	46.9	49.9
* SÓLO SOMÁTICA	13.1	22.7	8.9	11.6	14.2	14.0	11.6
* SÓLO PSIQUEICA	33.5	18.7	41.7	33.1	31.8	32.9	38.3
SANOS	33.5	43.0	26.2	42.8	35.5	31.0	20.9

Revisemos ahora la prevalencia de morbilidad somática en función de la presencia o ausencia en el mismo individuo, de morbilidad psíquica (Tabla 16). Observamos en general un aumento claro de la prevalencia de la enfermedad física en pacientes que además tienen enfermedad psiquiátrica. Este aumento es especialmente importante, y estadísticamente significativo en individuos con ictus: 112 casos (5,1%) en sanos versus 220 (8,5%) en psíquicamente enfermos; con enfermedad de Parkinson: 16 casos (0,7%) en sanos versus 44 (1,7%) en psíquicamente enfermos; y con patología tiroidea: 46 casos (2,1%) en sanos frente a 104 (4%) en enfermos psiquiátricos.

También hay un importante aumento, aunque no estadísticamente significativo en: angina de pecho: 95 casos (4,3%) en sanos psíquicamente versus 156 (6%) en psíquicamente enfermos; y en diabetes mellitus: 169 (7,6%) en sanos frente a 248 (9,6%) en psíquicamente enfermos. Sólo hay dos patologías en las que prácticamente no se observan diferencias: epilepsia y traumatismo craneoencefálico.

Tabla 16. Prevalencia de patología somática en población general mayor de 55 años (distribución por morbilidad psiquiátrica)

	NO MORBILIDAD PSÍQUICA N=2,211			MORBILIDAD PSÍQUICA N=2,592		
	CASOS (N)	PREVAL. (%)	INTERVALOS CONFIANZA (95%)	CASOS (N)	PREVAL. (%)	INTERVALOS CONFIANZA (95%)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1.357	61.4	59.3 – 63.4	1606	62.0	60.1 – 63.9
ANGOR PECTORIS	95	4.3	3.5 – 5.2	156	6.0	5.1 - 7.0
INFARTO DE MIOCARDIO	65	2.9	2.2 – 3.7	74	2.9	2.3 - 3.6
ACV	112	5.1	4.2 – 6.1	220	8.5	7.4 – 9.6
EPILEPSIA	15	0.7	0.4 – 1.1	15	0.6	0.3 – 1.0
TCE	116	5.2	4.3 – 6.2	126	4.9	4.1 - 5.8
PARKINSON	16	0.7	0.4 – 1.1	44	1.7	1.2 - 2.3
DIABETES MELLITUS	169	7.6	6.5 – 8.8	248	9.6	8.5 - 10.8
PATOLOGÍA TIROIDEA	46	2.1	1.5 – 2.8	104	4.0	3.3 - 4.8

En este punto realizamos la comprobación de la hipótesis principal del estudio, y sometimos a un análisis dicotómico la asociación entre la morbilidad psíquica y la morbilidad somática generales en la población geriátrica.

La proporción de individuos con morbilidad psíquica fue significativamente mayor en sujetos que presentaban patología médica (n= 1883, 54,9% incluyendo subcasos), que entre los que no la presentaban (n= 401/797, 50,3%) (Tabla 17).

Tabla 17. Distribución de casos de morbilidad somática y morbilidad psíquica en población general mayor de 55 años

MORBILIDAD PSÍQUICA	MORBILIDAD SOMÁTICA		
	NO CASOS [N (%)]	CASOS [N (%)]	TOTAL [N]
NO CASOS	396 (49.7%)	1,547 (45.1%)	1,943
CASOS (INCLUYE SUBCASOS)	401 (50.3%)	1.883 (54.9%)	2,284
TOTAL (N)	797	3,430	4,227

X²= 5,472; p=0.019

Igualmente y de forma complementaria, el porcentaje de individuos con patología somática fue mayor en pacientes que tenían patología psiquiátrica (1883/2284, 82,4%), que entre los que no la tenían (1547/1943, 79,6%).

Por lo tanto, y como principal resultado de nuestra investigación, encontramos una asociación positiva significativa entre la patología psíquica y la somática ($\chi^2=5472$, $p=0,019$).

Como hemos hecho previamente, dado el importante peso específico de la hipertensión arterial en los pacientes que sólo tienen una enfermedad somática, y siendo una condición compatible con una calidad de vida próxima a la de un individuo sano, decidimos excluir del análisis en este momento los individuos que sólo padecen hipertensión como morbilidad somática.

Excluyendo pues, la hipertensión del análisis (Tabla 18), ahora la proporción de individuos que padecen patología psiquiátrica es mucho mayor entre los que padecen patología somática (792/1312, 60,4%) que entre los que no padecen patología somática (1333/2663, 50,1%). Y también en el otro sentido, de forma complementaria, el porcentaje de individuos con patología somática (excluyendo HTA) fue mucho mayor en pacientes que además tenían patología psiquiátrica (792/2125, 37,3%), que entre los que no la tenían (520/1850, 28,1%).

Tabla 18. Distribución de casos de morbilidad somática (sin HTA) y de morbilidad psíquica en población general mayor de 55 años

		MORBILIDAD SOMÁTICA		
MORBILIDAD PSÍQUICA		NO CASOS [N (%)]	CASOS [N (%)]	TOTAL [N]
NO CASOS	1330 (49.9%)	520 (39.6%)	1,850	
	1333 (50.1%)	792 (60.4%)	2,125	
TOTAL (N)		2,663	1,312	3,975

*Hipertensión Arterial

$\chi^2= 37.548$; $p=0.000$

Entonces vemos reforzada nuestra teoría del "clustering" o agrupamiento de enfermedades en población general geriátrica. Esto es así porque, excluyendo del análisis los individuos que sólo padecen HTA como patología somática, es decir, pacientes que podrían ser considerados casi como sanos, vemos todavía mayor significación estadística de la asociación entre morbilidad psíquica y morbilidad somática.

Se realizó un análisis multivariado de regresión logística para predecir el riesgo de padecer morbilidad psiquiátrica en los pacientes de nuestra muestra, ajustando por diferentes variables como son: morbilidad somática con y sin hipertensión arterial, sexo femenino, edad y bajo nivel educativo.

Como se observa en la Tabla 19, al realizar la regresión logística sin ajustar, el riesgo de padecer patología psiquiátrica es significativamente mayor cuando el individuo padece morbilidad somática (OR: 1,20), cuando es de sexo femenino (OR: 2,75), cuando es aoso (OR: 1.03) y cuando su nivel educativo es bajo (OR: 1,71). Sin embargo, cuando se realiza el análisis ajustando por dichas variables, el riesgo de padecer patología psíquica se mantiene para morbilidad somática sin HTA (OR: 1.61), sexo femenino (OR: 2,97), edad (OR: 1,02) y bajo nivel educativo (OR: 1,43).

Esto confirma de nuevo nuestras hipótesis de asociación aún ajustando por diversas variables que, como vemos, son determinantes a la hora de padecer la comorbilidad.

Tabla 19. Análisis de Regresión Logística ajustada y sin ajustar para predecir morbilidad psiquiátrica

	ANÁLISIS NO AJUSTADO		ANÁLISIS AJUSTADO	
	Valor p	Odds Ratio (I. Confianza 95%)	Valor p	Odds Ratio (I. Confianza 95%)
MORBILIDAD SOMÁTICA (CON HTA)	0.019	1.20 (1.03-1.40)	0.080	0.85 (0.71-1.02)
MORBILIDAD SOMÁTICA (SIN HTA)	0.000	1.52 (1.33-1.74)	0.000	1.61 (1.38-1.88)
SEXO FEMENINO	0.000	2.75 (2.44-3.09)	0.000	2.97 (2.59-3.41)
EDAD	0.000	1.03 (1.02-1.03)	0.000	1.02 (1.01-1.03)
BAJO NIVEL EDUCATIVO	0.000	1.71 (1.52-1.92)	0.000	1.43 (1.24-1.64)

También se realizó una regresión logística para predecir la aparición de morbilidad psíquica (Tabla 20) en dependencia del padecimiento de las diferentes patologías somáticas específicas que se estudiaron en esta Tesis Doctoral. En el análisis sin ajustar, se comprueba que existe mayor riesgo (estadísticamente significativo) de padecer morbilidad psíquica en los individuos que presentan angina de pecho (OR: 1.43), ictus (OR: 1.78), enfermedad de Parkinson (OR: 2.47), diabetes mellitus (OR: 1.30) y patología tiroidea (OR: 1.97).

Sin embargo, al realizar el análisis de regresión logística ajustando por cada una de estas variables, se comprueba que la significación estadística permanece para el ictus (OR: 1.46), y para la patología tiroidea (OR: 1,66).

Tabla 20. Análisis de Regresión Logística ajustado y sin ajustar para predecir morbilidad psiquiátrica

	ANÁLISIS NO AJUSTADO		ANÁLISIS AJUSTADO	
	Valor p	Odds Ratio (I. Confianza 95%)	Valor p	Odds Ratio (I. Confianza 95%)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	0.586	1.04 (0.91-1.18)	0.080	0.87 (0.75-1.02)
ÁNGOR PECTORIS	0.007	1.43 (1.10-1.86)	0.148	1.29 (0.91-1.83)
INFARTO MIOCARDIO	0.875	0.97 (0.69-1.37)	0.947	1.02 (0.64-1.61)
ICTUS	0.000	1.78 (1.41-2.26)	0.014	1.46 (1.08-1.97)
EPILEPSIA	0.670	0.86 (0.42-1.75)	0.639	0.79 (0.29-2.16)
TCE	0.544	0.92 (0.711.20)	0.265	0.83 (0.60-1.15)
PARKINSON	0.002	2.47 (1.39-4.38)	0.116	1.80 (0.86-3.76)
DIABETES MELLITUS	0.012	1.30 (1.06-1.60)	0.159	1.20 (0.93-1.55)
PATOLOGÍA TIROIDEA	0.000	1.97 (1.39-2.80)	0.018	1.66 (1.09-2.53)
SEXO FEMENINO	0.000	2.75 (2.44-3.09)	0.009	4.58 (1.47-14.27)
EDAD	0.000	1.03 (1.02-1.03)	0.018	1.03 (1.01-1.06)
SEXO / EDAD	0.000	1.01 (1.00-1.02)	0.439	0.99 (0.98-1.01)
BAJO NIVEL EDUCATIVO	0.000	1.71 (1.52-1.92)	0.000	1.42 (1.22-1.64)

DISCUSIÓN

20. DISCUSIÓN DE RESULTADOS SOBRE LA MUESTRA

20.1. Muestra.

La muestra inicial se seleccionó a partir de la población general (el censo) de la ciudad de Zaragoza, lo que implica que no hubo un proceso de exclusión de individuos por ninguna causa relativa a su origen, clase social o lugar de residencia (se incluyeron también los individuos institucionalizados, ingresados en residencias de ancianos, centros psiquiátricos...).

Se decidió trabajar con una muestra aleatoria de la lista del censo de 1991 de la ciudad de Zaragoza. Se seleccionaron tanto hombres como mujeres de 55 ó más años, estratificados por sexo y edad (en categorías de 5 años). Al utilizar un sistema aleatorio con afijación proporcional la muestra es representativa de la comunidad de origen. Se obtuvo una muestra de 9739 individuos. Existen datos que apoyan el suficiente tamaño de la muestra a la hora de generalizar los resultados obtenidos a la población general (Lobo y cols. 1995, 2005b) por lo que consideramos que esta muestra inicial es apropiada a los propósitos del estudio.

Respecto a la muestra de sujetos entrevistados, existe un retraso temporal de unos tres años entre el momento de la obtención del muestreo censal y el trabajo de campo (realización de las entrevistas), con lo que la edad de la muestra entrevistada se incrementa, resultando una disminución del estrato de menor edad (55-59 años) y un incremento del estrato de mayor edad. El deslizamiento temporal se produce de manera homogénea entre todos los grupos y, además, el incremento del estrato de mayor edad compensa en parte la mayor proporción de no-entrevista en dicho estrato. El estrato más joven queda de menor tamaño, conservándose el tamaño del resto de los grupos. La proporción por sexo fue similar a la de la población de origen (sin diferencias e.s.).

Por ello consideramos que la muestra entrevistada tiene garantizadas las cualidades de tamaño y representatividad de la muestra inicial.

20.2. Tasas de respuesta.

Otro punto de interés en cuanto a la metodología es la tasa de respuesta, ya que si ésta es muy baja o con sesgos limitaría la fuerza de las conclusiones alcanzadas. En toda encuesta de salud existe un potencial sesgo de selección ligado a los no respondedores (Rothman y cols. 1987). Por ello se han tomado distintas medidas para que este sesgo sea mínimo en el presente estudio. En el proceso de localización de los individuos procuramos ser muy cuidadosos para que los datos obtenidos fuesen lo más representativo y lo más cercano posible a la realidad. Se realizaban tres visitas domiciliarias antes de considerarse que existía un problema de dirección o que el individuo no había sido encontrado. No se daba a un individuo por ilocalizable hasta que no se agotaban todas las fuentes disponibles (revisión de datos censales, información de vecinos o familiares, etc.). Algunos de los ancianos fueron seguidos, sobre todo en períodos estivales, hasta lugares temporales de residencia, en hogares rurales o en los domicilios de sus hijos. En pacientes con procesos patológicos agudos que hubieran precisado hospitalización la entrevista se realizaba en el mismo hospital si el estado clínico lo permitía o se esperaba a la mejoría de este. Si el anciano había sido institucionalizado era entrevistado en la institución.

La tasa bruta de respuesta obtenida por nuestro estudio fue del 49,3%. La tasa de respuesta, tras excluir las pérdidas esperadas de la muestra (los que emigraron y los fallecidos) fue del 63,6%. La tasa de rechazo fue del 20,5%.

Los estudios epidemiológicos clásicos (MacMahon y cols. 1970) consideran muy aceptable una tasa de respuesta por encima del 70% en estudios con muestras amplias como el estudio Framingham de problemas vasculares (Dawber y cols. 1963). Como puede apreciarse nuestras tasas de respuesta y rechazo son comparables a las comunicadas, a nivel internacional, en diversos estudios epidemiológicos: Livingston en Londres comunicó una tasa de respuesta del 87,2% (9,7% rechazos) (Livingston y cols. 1990); el M.C.R. en diversas poblaciones del reino Unido obtuvo una tasa de rechazo del 18% (Martín y cols. 1988); Hoeymans en Holanda consiguió una tasa de respuesta del 74% (Hoeymans y cols. 1997); y

Barberguer-Gateau tuvo una tasa de respuesta del 68,9% en el Estudio PAQUID de Francia (Barberguer-Gateau y cols. 1992).

En los estudios españoles tenemos tasas de respuesta del 78,9% en Barcelona (Rugómez y cols. 1991); del 77,3% en un área de salud de Zaragoza (Tomás y cols. 2002); del 90% en Girona (Tomás y cols. 1991); del 75,3% en un área de salud de Oviedo (Monte, 1995); en Vigo una tasa bruta del 57% y una tasa de respuesta del 77,1% (con un 22,2% de rechazo) (Eiroa y cols. 1996); en Córdoba una tasa bruta del 78,7% y una tasa de respuesta del 86,8 % (con un 9,9% de tasa de rechazo) (Espejo y cols. 1997); en Canarias una tasa bruta de respuesta del 69,3% y una tasa de respuesta del 90,7% (con una 9,3% de tasa de rechazo) (Anía y cols. 1997); en Leganés una tasa bruta del 62% y una tasa de respuesta del 79% (Beland y cols. 1995). La tasa de respuesta tiende a ser mayor en los estudios sobre muestras menores (Tomás y cols. 1991; Anía y cols. 1997) que sobre muestras mayores (Espejo y cols. 1997; Beland y cols. 1995). Nuestro estudio abarca una muestra bastante mayor a la de cualquiera de estos estudios por lo que parece razonable alcanzar tasas de respuesta algo inferiores a los mismos.

Al realizar el análisis pormenorizado de la tasa de respuesta en su conjunto no se hallaron diferencias e.s. en cuanto a la distribución por sexo en los sujetos no entrevistados respecto a los sujetos entrevistados. Sí se encontraron, sin embargo, diferencias e.s. en cuanto a la distribución por estratos de edad. Aquí la tasa de no-entrevista se incrementa en los estratos de mayor edad. Dicho incremento se compensa en parte con el desplazamiento etario de la muestra entrevistada. Se obtiene así un grupo etario en estos estratos similar a la muestra inicial.

Creemos que la tasa de respuesta de nuestro estudio es aceptable, y también la tasa de negativas; por lo que consideramos que no han sesgado seriamente los resultados.

20.3. Sesgo de información.

El sesgo de información existente en una encuesta de salud depende fundamentalmente de la validez y fiabilidad del instrumento de medida utilizado y de los errores sistemáticos debidos a los entrevistadores. La validez y fiabilidad del método y de los instrumentos empleados para la exploración somática, psicopatológica y cognoscitiva del anciano han sido debidamente documentadas. La estrategia de selección y entrenamiento de los entrevistadores así como el control de su actividad durante el trabajo de campo contribuyó tanto a minimizar el sesgo del observador como a mejorar los niveles de participación.

En cuanto a los instrumentos, se han utilizado en lo posible instrumentos estandarizados y validados en nuestro medio, tal como se describe en el apartado “Material y Método”. La validez y fiabilidad de alguno de los instrumentos empleados están acreditadas por la experiencia investigadora de nuestro grupo en estudios epidemiológicos en población anciana (Saz 1991, Saz y cols. 1996).

En cuanto a la entrevista global, se ha utilizado la metodología estándar de la entrevista ZARADEMP-I, unificada para el grupo EURODEM, con el fin de permitir posteriormente la comparabilidad de los resultados de los estudios de los diferentes grupos en lo referente al estudio multicéntrico europeo diseñado simultáneamente (Lobo y cols. 2005a, 2005b).

21. DISCUSIÓN SOBRE RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

21.1. Edad.

Tiende a considerarse como población geriátrica aquella con 65 años ó más. A ella se suelen ceñir la mayor parte de los estudios. Sin embargo, en ocasiones se entiende por población senil aquella mayor de 60 años. En el mundo anglosajón, en concreto, se distinguen los siguientes niveles conceptuales: a) older population, > 60 años; b) the elderly, >65 años; c) the aged, > 75 años; d) the older aged, > 85 años, y e) the extreme aged, >90 años. En los análisis sociodemográficos de la población senil se tiende cada vez más a estratificar estos subgrupos, puesto que los tipos de morbilidad psíquica y física, y el nivel de crecimiento difieren en cada uno de ellos

En nuestro estudio abarcamos inicialmente población de 55 ó más años. Aunque perdemos parte de los más jóvenes por el desfase del trabajo de campo respecto a la muestra censal (ver resultados), pensamos que tenemos una adecuada representación de todos los estratos, con suficientes individuos en todos y cada uno de ellos. La comparación con otros estudios que abarcan otros rangos etarios se puede realizar al analizar los resultados por estratos de edad. Para el estudio decidimos estratificar cada 10 años. Se clasificó en grupos de 55 a 64 años, de 65 a 74 años, de 75 a 84 años y de 85 ó más años. Estos son los subgrupos en los que se tiende a clasificar la edad en la mayoría de los estudios. Resultan bastante operativos y tienden a agrupar modificaciones sustanciales en grados y tipos de morbilidad. Nuestro estudio parece tener algo más de proporción de individuos del estrato de mayor edad (85 ó más años), lo que permite recabar información extensa de la comorbilidad en este grupo teóricamente con mayor vulnerabilidad.

21.2. Sexo.

Tenemos una muestra mayor de mujeres que de hombres, lo que coincide con la población de referencia (ver material y método).

Esta circunstancia se repite en todos los estudios sobre morbilidad somática y psíquica en población geriátrica realizados en diferentes localidades españolas (Roca-Bennasar y cols. 2001), con una proporción similar en todos ellos en torno al 60% de mujeres y al 40% de varones, y también en diversos estudios internacionales (Scott y cols. 2007, Barberguer-Gateau y cols. 1992, Livingshton y cols. 1990)

21.3. Estado Civil.

Respecto al estado civil, la mayor proporción de individuos casados o viudos frente a solteros o separados que encontramos en nuestra muestra coincide con la mayoría de los estudios españoles sobre población geriátrica (Carreras y cols. 2000; García de Blas y cols. 1995). Las cifras de casados están en torno al 60% y las de viudos en algo más del 30% de la población.

Comparado con otros países, según el informe de la Commonwealth (Commonwealth Fund., 1993), el nuestro se situaría más cerca del Reino Unido (57% casados y 34% viudos), Estados Unidos (60% y 31%), y Japón (58% y 39%) que de otros países como Canadá (45% y 41%) o Alemania (39% y 53%).

21.4. Nivel educativo

Al comparar con estudios españoles de dependencia existe más variabilidad en el nivel educativo que en otras variables sociodemográficas. Reseñamos la alta proporción de personas analfabetas en poblaciones como Leganés o Córdoba frente a poblaciones como Barcelona, Salt o Zaragoza, y las bajas proporciones de población con niveles medios o superiores de formación en todos los estudios salvo en el nuestro y en el de Barcelona.

Una importante proporción de la población de nuestro estudio, el 46,8%, tiene una baja escolarización (analfabetos o estudios primarios incompletos). Esta

deficiente escolarización se encuentra en otros estudios sobre población anciana. Según De la Gándara (1995) un 59,5% tenían una formación escolar insuficiente, y en el estudio de García de Blas (1995) sólo un 9,3% tenían estudios de bachiller y un 8,1% estudios medios o superiores. El bajo nivel de educación de nuestros ancianos puede tener su origen en diversos factores: el origen rural, la mala situación económica, la Guerra Civil Española, el sistema educativo, factores culturales... y en el caso particular de las mujeres aún es peor debido a las diferencias de roles por motivo de género.

Sin embargo, la presencia de ancianos con bajo nivel cultural en nuestro país no se aleja, a pesar de las diferencias culturales, de la media calculada en el informe de la Commonwealth Fund (1993), en la que tres de los cinco países citados tenían tasas elevadas de personas con bajo nivel cultural (Japón 87%, Reino Unido 76%, Alemania 74%), mejorando un poco las tasas en EEUU (43%) y Canadá (61%).

Este tema tiene una marcada relevancia, como veremos más adelante, porque la baja escolarización se asoció, en los resultados de esta Tesis, a la comorbilidad somática y psíquica. Se podría sugerir que, de alguna manera, la escolaridad actúa como protectora frente a las patologías, mientras que el analfabetismo podría acentuar una vulnerabilidad del individuo para enfermar.

22. DISCUSIÓN DE RESULTADOS SOBRE MORBILIDAD SOMÁTICA

Podemos destacar, en primer lugar, la alta frecuencia de morbilidad somática documentada en este trabajo en la población general mayor de 55 años. Hasta el 81% de los individuos de nuestra muestra padecía, al menos, una enfermedad médica. Bien es cierto que, en más de la mitad de estos casos (52,1%), sólo se documentó la presencia de una enfermedad médica, pero son unos datos que nos alertan sobre la verdadera magnitud de los problemas de salud en nuestros mayores.

La hipertensión arterial es, con mucho, la patología médica más frecuente en nuestra muestra (61,7%). Cifras similares, e incluso mayores habían sido previamente comunicadas en potentes estudios hechos en población general en nuestro entorno. Banegas documentó una prevalencia del 68,3% en una muestra poblacional de individuos pregeriátricos, y destacó la magnitud de este problema alertando sobre sus implicaciones de salud pública, dados el alto porcentaje de pacientes infradiagnosticados y con mal control de la hipertensión (Banegas y cols. 2002).

También llama la atención la presencia en esta población geriátrica de unas altas tasas de prevalencia de las patologías cardiovasculares. Esto se debe a la alta prevalencia de hipertensión arterial, pero también de patologías más serias como la enfermedad coronaria (angina de pecho 5,2%, infarto de miocardio 2,9%), la enfermedad cerebrovascular (6,9% de ictus) y la diabetes mellitus (8,7%), también con una frecuencia muy notable en nuestra población geriátrica. Estas cifras son similares a las de los estudios poblacionales realizados en España (Gabriel y cols. 2004), que han demostrado la alta incidencia de eventos agudos y mortalidad en este tipo de pacientes.

Así pues, la prevalencia global de patología cardiovascular en nuestra población mayor de 55 años es del 68,5%. Cifra muy importante, tanto en sus implicaciones de pronóstico funcional y vital en un sector tan mayor de la población, como por sus repercusiones sobre el sistema sanitario con criterios organizativos y

economicistas (Sáez y cols. 1998). Esto es congruente con las tasas de mortalidad de nuestro país, en las que la patología cardiovascular es la primera causa de muerte natural en el sector geriátrico de la población (Instituto nacional de estadística 2005).

Las frecuencias de las patologías neurológicas analizadas en el estudio dan idea de su importancia en nuestro entorno. El ictus destaca por encima de todas con una frecuencia del 6,9% y tiene una significación muy importante. La prevalencia hallada es superior a la documentada en países de nuestro entorno, que se mueven en torno al 4% (Jungehülsing y cols. 2008) y va en consonancia con el hecho de ser la primera causa de mortalidad natural en las mujeres de nuestro país, y la segunda en los varones, por detrás de las neoplasias malignas (Instituto Nacional de Estadística 2005). Esto, unido a que el ictus es la principal enfermedad somática generadora de discapacidad en nuestro entorno y a sus relaciones con la patología psíquica, que han sido documentadas en la bibliografía internacional (Williams y cols. 2004), confirma el importante problema sanitario en el que se ha convertido en nuestro entorno a pesar de la generalización de las terapias antiagregantes y anticoagulantes preventivas.

Las prevalencias halladas para la enfermedad de Parkinson (1,6%) y epilepsia (0,6%), coinciden con las demostradas en poblaciones similares (Artazcoz y cols. 1995, Martínez-Suárez y Blázquez-Menes 2000, Melcon y cols. 2007, Christensen y cols. 2007), así como las demostradas para la patología tiroidea (3,1%) en regiones con alteraciones tiroideas endémicas por déficit de yodo como sucede en nuestra tierra (Knudsen y cols. 1999).

Como se había hipotetizado, la distribución de morbilidad somática es diferente en varones cuando se compara con las mujeres: en los primeros fueron significativamente más frecuentes el ángor pectoris (6,5% versus 4,3%), el infarto agudo de miocardio (4,8 vs 1,5%) y los traumatismos craneoencefálicos (6,6% vs 3,9%); por el contrario, tanto la hipertensión arterial (65,1% vs 57%) como la patología tiroidea (4,9% vs 0,7%) fueron más frecuentes entre las mujeres. Esta distribución coincide con estudios previos (Banegas y cols. 2002, Knudsen y cols. 1999, Giannoglou y cols. 2008). Resulta curioso ver cómo aunque la mujer tiene una

mayor prevalencia de hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares previas son padecidas por el varón. Esto puede estar en relación a un mejor control de la hipertensión en las mujeres o un infradiagnóstico de ésta en los varones. En todo caso eran unas diferencias esperables. También estaba descrita esta distribución de patología tiroidea (Morganti y cols. 2005), y en algunos casos se sugiere que las diferencias hormonales pueden ser determinantes también en la mencionada distribución de la cardiopatía isquémica. En todo caso, esta distribución de las enfermedades somáticas más frecuentes, en concreto de la hipertensión, va a tener un importante peso en la posterior distribución de la comorbilidad como veremos.

Como se había anticipado, la prevalencia de las enfermedades somáticas tiende a aumentar con la edad para la mayoría de las categorías, y sobre todo la enfermedad de Parkinson. Sin embargo, y de forma notable, hemos detectado una disminución en frecuencia a partir de los 84 años en las siguientes patologías: ángor pectoris, infarto de miocardio, epilepsia, diabetes mellitus, patología tiroidea e hipertensión arterial, en este último caso con diferencias estadísticamente significativas. Esta tendencia va en contra de la extendida opinión en el entorno médico del aumento de la patología con la edad y merece nuestra atención. En nuestra opinión, y como veremos en el subsiguiente análisis de la patología psíquica y de la comorbilidad, este hallazgo puede ir en línea con las formuladas hipótesis de vulnerabilidad, fragilidad del anciano y “clustering” de enfermedades, y sugeriría la existencia de un sector de la población más resistente a la enfermedad, que sería el capaz de sobrevivir hasta altas edades.

Según los resultados obtenidos, observamos que cuando sólo se padece una enfermedad somática, el 84% de las veces ésta es la hipertensión arterial. Sin embargo, cuando hay comorbilidad de enfermedades médicas, el mayor peso específico se va desplazando a las enfermedades cardiovasculares, especialmente a la patología coronaria y a la diabetes mellitus; lo que nos da una idea de que la patología cardiovascular, además de ser más grave, va frecuentemente asociada, como hemos visto.

Por el contrario, cuando un individuo presenta poca morbilidad somática, ésta, además, es en muchos casos la hipertensión arterial, patología compatible con una calidad de vida muy próxima a la de un individuo sano. Ésto tiene importancia a la hora de confirmar la citada hipótesis del "clustering" o agrupamiento de morbilidades en la población geriátrica, como veremos también en el próximo análisis de la comorbilidad.

En esta Tesis Doctoral también exploramos la asociación de enfermedades somáticas específicas con morbilidad psíquica, vista la variabilidad de las publicaciones con respecto a este tema (Scott y cols. 2007). Concretamente nuestro grupo de investigación ya había demostrado una asociación de hipertensión arterial con depresión, en modelos de regresión logística ajustados por sexo, edad, discapacidad y patología cardiovascular (Lobo-Escolar y cols. 2007), pero en este caso se buscaba una asociación con morbilidad global.

En los resultados de esta Tesis, mientras que en los modelos de regresión logística sin ajustar encontrábamos una asociación de la mayoría de categorías somáticas con morbilidad psiquiátrica, al ajustar por variables sociodemográficas y patologías somáticas individualizadas, la asociación persistía, siendo estadísticamente significativa, sólamente para el ictus ($OR= 1.47$, $CI 1.09-1.98$) y para la patología tiroidea ($OR= 1.67$, $CI 1.10-2.54$).

Esto sugiere que estas dos últimas patologías tienen un mayor peso específico en la asociación encontrada. Hemos visto previamente potentes y lineales asociaciones entre psicopatología y niveles hormonales en pacientes con patología tiroidea (Lobo y cols. 1988, Pérez-Echeverría, 1985). Éste fue un hallazgo original, pero es particularmente relevante en España, y específicamente en el área de Zaragoza, donde el hipotiroidismo es endémico (Peris y cols. 2006).

De forma similar, la asociación de psicopatología con ictus resulta muy destacable. Ya había sido documentada la asociación con trastornos afectivos, en concreto con depresión (Starkstein, 2000), pero no había un estudio de asociación con morbilidad psíquica general. Además, y como hemos visto previamente, esto

DISCUSIÓN

tiene importantes y conocidas implicaciones clínicas en cuanto a evolución clínica pronóstico funcional y vital, y discapacidad (Robinson, 2003).

23. DISCUSIÓN DE RESULTADOS SOBRE MORBILIDAD PSÍQUICA

Para conocer el estado de salud mental de la población geriátrica, se escogieron instrumentos con índices de fiabilidad y validez ya documentados, y en los que nuestro grupo de investigación ya tenía experiencia. Como hemos comentado previamente, utilizamos el diagnóstico computerizado AGECAT, que ha sido validado con los criterios DSM IV para patología psiquiátrica y ha demostrado una buena correspondencia con los diagnósticos clínicos de especialistas en Psiquiatría.(Copeland y cols. 1990, Saz y cols. 1996)

La prevalencia de morbilidad psiquiátrica global en nuestra población fue del 54% con subcasos. Esto da idea del importante malestar psíquico que afecta a la población geriátrica, y como se ha demostrado en relación con la comorbilidad, tiene importantes implicaciones clínicas y de salud pública. Ya en estudios previos en nuestro medio se han documentado altas tasas de trastornos mentales en poblaciones similares (Olivera y cols. 2008, Lobo y cols. 1995).

En esta Tesis se han incluido los subcasos de morbilidad psiquiátrica en la morbilidad total. Si extraemos éstos del total, la morbilidad psíquica global con criterios estrictos es del 20,1%. Sin embargo, las implicaciones negativas de los subcasos de patología psiquiátrica han sido sugeridas en trabajos previos. Por ejemplo, la tasa de evolución hacia demencia de los subcasos con déficit cognoscitivo leve, según criterios AGECAT, se ha comunicado que llegan al 50% en un periodo de 5 años (Saz 1999). De forma similar, una mala evolución clínica ha sido documentada en los individuos subcaso de ansiedad o depresión en la población geriátrica (Sharma y cols. 1998). Así que, dadas estas particularidades clínicas y de pronóstico en la población geriátrica, pareció relevante incluir esta subclasificación en el análisis.

Se objetivó una prevalencia de demencia en mayores de 55 años, con criterios AGECAT, del 6,7% y, con criterios DSM-IV, del 4,6%. En el Estudio Zaragoza, utilizando una metodología similar y sobre una muestra comunitaria, se comunicó una tasa de prevalencia de demencia en mayores de 65 años del 5,5% (Lobo y cols.

1995), y estas cifras son comparables a las de otros estudios europeos (Hofman y cols. 1991). Por tanto estos resultados eran esperados, y de alguna manera validan los datos presentados en esta Tesis Doctoral, puesto que se estima que la prevalencia de demencia en la población geriátrica no ha variado significativamente en los últimos 10 años (Lobo y cols. 2007).

La prevalencia de depresión en mayores de 55 años, con criterios AGECAT, fue del 11,5% (9,2% depresión menor; 2,3% depresión mayor), constituyendo el trastorno más frecuente entre los casos psiquiátricos. En el mencionado estudio Zaragoza, se había comunicado una tasa de prevalencia de depresión con criterios DSM-III –R en mayores de 65 años del 4,8% (Lobo y cols. 1995). Son cifras similares a las comunicadas, utilizando similares instrumentos (GMS-AGECAT), por el grupo EURODEP en varios países europeos: 10,2% de depresión menor y 4,2% de depresión mayor (De la Cámara, 1999).

Mientras se había documentado sistemáticamente el aumento de la prevalencia de la demencia con la edad en estudios comunitarios previos (Lobo y cols. 2005a y 2007), no había sucedido lo mismo con el aumento prevalencia de depresión menor que hemos hallado nosotros, siendo de un 7,7% en el estrato 55-64 años, y pasando a un 10,4% en mayores de 85. De forma opuesta, la depresión mayor no aumenta en frecuencia con la edad, permaneciendo estable. Por lo tanto, pensamos que puede tener un notable interés la diferencia cualitativa de estos tipos de depresión, y se sugiere que, aunque considerada como “menor”, este subtipo de trastorno depresivo puede resultar más agresivo en los individuos geriátricos más vulnerables.

El trastorno de ansiedad ha demostrado en nuestra población un descenso de prevalencia con la edad. Hay que resaltar que, metodológicamente, el diagnóstico jerarquizado AGECAT puede dar preferencia a la depresión, cuando se sabe que ambos trastornos pueden presentarse en muchas ocasiones asociados. Esta tendencia, en todo caso, está en consonancia con otros estudios (Brenes y cols. 2007) y apoya la tendencia al descenso de prevalencia de las neurosis con la edad.

En apoyo de las hipótesis de esta Tesis, la mayoría de trastornos psiquiátricos fueron más frecuentes en las mujeres. Esta diferencia fue especialmente marcada

en la depresión y estadísticamente significativa para todas las categorías excepto los subcasos de ansiedad. Esta mayor prevalencia global de patología psíquica en el sexo femenino, que habíamos predicho, es congruente con las cifras ya publicadas en muestras similares previamente en la bibliografía internacional (Weyerer y cols. 2008, Peralta-Pedrero y cols. 2006) y pensamos que puede ser decisiva en la posterior distribución por sexos de la comorbilidad.

En cualquier caso, tras la valoración de los resultados de morbilidad psíquica, se quiere resaltar que esta Tesis Doctoral pretende ser útil en el ámbito de la Medicina General y no sólo de la Psiquiatría, y la postura del investigador al conocer los datos expuestos será un estudio de seguimiento longitudinal a partir de las líneas generales que aquí se han trazado.

24. DISCUSIÓN DE RESULTADOS SOBRE COMORBILIDAD

Este es el primer estudio que confirma en la población general geriátrica la teoría del "clustering" o agrupamiento de morbilidad somática y morbilidad psiquiátrica, que había sido documentado en la bibliografía clásica, en poblaciones de adultos no geriátricos (Eastwood y Trevelyan 1972).

En primer lugar, como se había hipotetizado, se ha demostrado una muy importante prevalencia de comorbilidad psíquica y somática, que no está distribuida aleatoriamente, sino que, por el contrario, tiende a concentrarse en determinados individuos: se objetivó co-morbilidad en el 44,5% de la población geriátrica, mientras que sólo un 9,4% de esta población se encontraba libre de enfermedad psíquica o somática. Así pues, los datos obtenidos en esta Tesis apoyan las hipótesis formuladas en la bibliografía clásica acerca de la existencia de una vulnerabilidad a la enfermedad, y en concreto de un "síndrome de fragilidad" del anciano, en línea con los trabajos de Hinkle, Eastwood y posteriormente Fink y cols. (1990).

En segundo lugar, y confirmando la principal hipótesis de trabajo de esta Tesis Doctoral, ha quedado demostrada una asociación estadísticamente significativa de morbilidad psíquica con morbilidad somática: entre los casos de morbilidad somática, la proporción de individuos con morbilidad psíquica (54,9%) es mayor que entre los no casos (50,3%); y de forma similar, entre los casos de morbilidad psíquica, la proporción de individuos con morbilidad somática (82,4%) es mayor que entre los no casos (79,6%) ($\chi^2 = 5.742$; $p = 0,019$).

En los últimos tiempos se habían realizado importantes trabajos intentando demostrar relación entre enfermedades mentales y físicas, pero la mayoría habían investigado un restringido número de enfermedades físicas o psiquiátricas, sin considerar la comorbilidad general (Braam y cols. 2005); en la mayor parte de los casos se realizaban en poblaciones adultas no geriátricas (Scott y cols. 2007, Baune y cols. 2006) y en otros casos no tenían potencia suficiente para demostrar la asociación (Roca-Bennasar y cols. 2001). Es por esto, por lo que se quiere resaltar la novedad del trabajo de investigación de esta Tesis Doctoral.

Se debe subrayar que en este estudio la asociación fue confirmada incluso siendo la hipertensión arterial y la diabetes las enfermedades somáticas más prevalentes en nuestra muestra, cuando otros autores ya habían comunicado la asociación de morbilidad psíquica y diversas patologías somáticas específicas, pero no en hipertensión ni diabetes (Wells y cols. 1988).

Basándonos en el importante peso específico de la hipertensión arterial en los pacientes con sólo una enfermedad somática, y en su condición de patología principalmente benigna y compatible con un buen estado físico cuando no se asocia a más enfermedades, quisimos realizar un subanálisis excluyendo la hipertensión arterial. Al hacerlo, la asociación de morbilidad somática y psíquica se agrandaba en magnitud y significación estadística. Esto nuevamente reforzó las hipótesis de fragilidad en un sector de la población geriátrica y del agrupamiento de las enfermedades en estos individuos con mayor vulnerabilidad.

A pesar de que en este trabajo de investigación la comorbilidad ha demostrado estar influenciada por la edad, el sexo y el nivel educativo; la positividad de la asociación de morbilidades se ha mantenido estadísticamente significativa cuando la hemos controlado ajustando por estos parámetros sociodemográficos. (OR= 1.61, IC 1.38-1.88). Esto nos parece importante, pues ningún análisis multivariado controlando estas variables se había realizado hasta este momento en el estudio de la comorbilidad.

La comorbilidad fue significativamente más frecuente en mujeres (OR=2.75, IC 2.44-3.09). Este hallazgo puede estar condicionado por la también mayor prevalencia de morbilidad psiquiátrica encontrada en ellas en este estudio. En relación con esto, ha sido repetidamente documentado en la bibliografía internacional el hecho de que las mujeres refieren síntomas de ambos tipos de morbilidad, tanto física como psíquica, de forma significativamente mayor que los hombres (Wijnhoven y cols. 2006, Kelly y cols. 2007, Fanous y cols. 2002), pero una asociación de trastornos somáticos y psíquicos completos, y no sólo síntomas aislados, no había sido comunicada hasta la fecha.

La comorbilidad, además, se asoció también de forma significativa con un bajo nivel de escolarización ($OR= 1.71$, IC 1.52-1.92). Este hallazgo nos parece muy destacable. La relación de ambos tipos de morbilidad, tanto psíquica como somática por separado, con nivel educativo, sí había sido estudiada previamente en diversos trabajos. En un estudio americano sobre población general (Pincus y cols. 1987), se demostró mediante análisis multivariado, controlado por sexo y edad, que la mayoría de las patologías somáticas se relacionaban de forma significativa con bajo nivel educativo, aunque no se incluyó en el estudio la población geriátrica. También Banegas halló una relación de hipertensión arterial, y en concreto la mal controlada, con escasa formación académica (Banegas y cols. 2002). Y en el aspecto psiquiátrico, Lobo y cols.(1995), hallaron asociación de baja escolarización con patología psíquica, específicamente con depresión. Pero hasta la fecha, ningún estudio había relacionado el bajo nivel educacional con comorbilidad. Entre otras razones, ésto debe ser enfatizado, porque una muy sustancial proporción de la población general geriátrica de nuestro país, (en nuestra muestra un 46,8%), carece de estudios primarios completos. Y además, esta situación es probablemente muy similar en otras ciudades del sur de Europa (Commonwealth Fund. 1993). El significado último de este hallazgo puede ir en línea con la hipótesis de vulnerabilidad tan repetida en esta Tesis. Los individuos con bajo nivel cultural muestran una tendencia a tener menor información general y en concreto de aspectos sobre la salud, estando más desprotegidos frente al padecimiento de las enfermedades. He aquí un importante trabajo que afrontar, tanto de medicina preventiva como de mejora general del nivel sociocultural de nuestro país.

La asociación positiva de comorbilidad con la edad documentada en este trabajo fue débil ($OR= 1.03$, IC 1.02-1.03). No tenemos noticia de que en ningún otro trabajo se haya notificado esta asociación específica, pero en el futuro pensamos que se objetivará con más fuerza.

Mientras que no se ha comunicado en grandes estudios comunitarios previos un aumento de la prevalencia de depresión con la edad, el aumento de la prevalencia de la demencia sí ha sido documentado sistemáticamente (Lobo y cols. 2000), al igual que la morbilidad somática en general. Sin embargo, sí queremos destacar en este trabajo que la mayoría de categorías de morbilidad somática, y de

comorbilidad (cuando excluimos hipertensión arterial), tienden a disminuir cuando se sobrepasan los 85 años. Este hallazgo tiende a contradecir la generalizada opinión en medicina de que a mayor edad, mayor número de enfermedades. Y, aunque deberíamos ser cautos hasta confirmación en próximos trabajos, podría requerir en el futuro una atención especial, dada su posible relación con las teorías de la "vulnerabilidad" a la enfermedad de algunos individuos (Eastwood, 1977), y la resistencia a ésta por parte de otros menos frágiles, siendo éstos últimos los capaces de sobrevivir por encima de la octava década.

La investigación de un concepto tan general como el de comorbilidad somática y psíquica presenta mucha más dificultades que el de entidades nosológicas concretas; sin embargo, como se ha citado repetidas veces en la bibliografía internacional (Lobo y cols. 1990, Eastwood y Trevelyan 1972), las implicaciones en Salud Pública pueden ser considerablemente superiores y deben ser tratadas.

La realidad clínica es tozuda, y aunque en nuestra formación se estudian las enfermedades de forma aislada, en las plantas médicas de nuestros hospitales, nuestro grupo de investigación ha observado que los pacientes (cuya edad media es de 74 años) son dados de alta con una media de 5 diagnósticos médicos, y en muchos casos con patología psíquica importante asociada. También ésto ha sido descrito en otros ámbitos internacionales (Kathol 2006), sugiriéndose una atención integral en este tipo de pacientes que mejoraría el pronóstico global (Egede, 2006).

En primer lugar, la morbilidad psiquiátrica en la población geriátrica, como sucede en otros grupos de edad, está infradiagnosticada y por lo tanto infratratada (de la Cámara, 1999); y, como han demostrado varios trabajos anteriormente, una importante proporción de pacientes con morbilidad somática no reciben tratamiento para su patología psíquica (Kathol y cols. 2006).

En segundo lugar, se ha venido confirmando en todos los estudios realizados que la suma de enfermedades psíquicas en un individuo, o comorbilidad psiquiátrica, implica unas cronicidad y severidad superiores a las originadas por esos mismos trastornos psiquiátricos de forma aislada.

Y en tercer lugar, también se ha documentado que la interacción de trastornos médicos y además, también trastornos afectivos, puede ser la clave en la mala evolución clínica y un peor pronóstico de determinados pacientes (Scott y cols. 2007).

Para reforzar esto, existe un creciente número de publicaciones demostrando que una intervención especializada en pacientes con co-morbilidad psíquica y somática conlleva una mejoría significativa en los resultados terapéuticos (Katon y cols. 2004). Se deduce, por tanto, que la interacción entre enfermedades físicas y psiquiátricas conduce a peores resultados clínicos, funcionales y a un mayor coste sanitario. Los nuevos enfoques terapéuticos de pacientes con esta complicada asociación pueden tener aplicación en pacientes atendidos en los Centros de Atención Primaria y/o en estudios comunitarios (De Jonge y cols. 2006).

El estudio de la prevalencia de estos trastornos en un nuevo contexto sociocultural, como el de una ciudad del sur de Europa, reviste además una importancia considerable, dado que la mayoría de estudios sobre el tema de la comorbilidad psicosomática se habían realizado en países fundamentalmente anglosajones. Además, ya habían sido comunicadas diferencias relevantes en cuanto a la prevalencia y distribución de trastornos específicos o de asociaciones de patologías médicas y psiquiátricas de poblaciones geriátricas entre distintas ciudades europeas (Braam y cols. 2005). Más aún, se dispone de datos para pensar que la prevalencia de diversos trastornos, tanto psíquicos como somáticos, puede estar influenciada por la disponibilidad y organización de los Servicios Médicos (Bramesfeld, 2003). A este respecto, podría tener relevancia que las Unidades de Psicogeriatría no son frecuentes en España, y tampoco en la ciudad en la que hemos desarrollado nuestra investigación, Zaragoza (Departamento de Salud, Gobierno de Aragón 2002).

Sin embargo, dado que éste es un estudio transversal, y como tal no está capacitado para informar de la dirección de la asociación entre enfermedad física y enfermedad mental, nuevos estudios longitudinales deberían someter a verificación estas hipótesis causales, como nuestro grupo ha hecho en el estudio del efecto a largo plazo del efecto de la diabetes sobre la depresión efectos de la diabetes

mellitus sobre la depresión (De Jonge y cols. 2006).

25. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio ha sido realizado en una muestra amplia y representativa de la población general geriátrica, incluyendo pacientes institucionalizados. Además, se han utilizado métodos estructurados específicamente para la investigación geriátrica y criterios diagnósticos estandarizados. Por estas razones pensamos que cumple los principales requisitos de la investigación epidemiológica moderna en este campo (Copeland y cols. 1999). Sin embargo, nos gustaría comentar algunas potenciales limitaciones que presenta.

Ya hemos comentado previamente, acerca de la tasa de respuesta en la Fase I del Proyecto ZARADEMP (Lobo y cols. 2005), que el análisis realizado para este trabajo pudo ser completado con fiabilidad en 4.227 individuos. Las pérdidas se debieron a la falta de fiabilidad en algunos de los datos relacionados con patología somática. Realmente, pensamos que ésto no ha alterado de modo importante los principales resultados de esta Tesis Doctoral, ya que, tras realizar un análisis de los casos perdidos, comprobamos que la frecuencia y distribución de las variables sociodemográficas y de la patología psiquiátrica de éstos, no ofrecía diferencias significativas con el resto de la muestra.

Puede surgir alguna duda en cuanto a la selección de las categorías de morbilidad somática para esta investigación. Las enfermedades físicas que decidimos analizar son las que se ha considerado como potenciales factores de riesgo para desarrollar una demencia. En realidad, pensamos que las hipótesis postuladas por primera vez por autores como Eastwood para adultos en edad no geriátrica (Eastwood y cols. 1989), pueden ser defendidas en población geriátrica con un determinado número de patologías somáticas. Ya ha sido documentado, por ejemplo, y para reforzar este planteamiento, que patologías que no hemos analizado aquí, como la artritis o las enfermedades reumáticas en general, están fuertemente asociadas a morbilidad psiquiátrica (Stang y cols. 2006). Por lo tanto, defendemos que la inclusión en nuestro análisis de dichas categorías somáticas no sólo no alteraría los resultados principales del estudio, sino que probablemente aumentaría

la fuerza de la asociación entre morbilidades somática y psíquica y reforzaría las principales conclusiones de esta Tesis Doctoral.

Puede discutirse también el hecho de que la demencia es considerada por algunos autores como patología médica neurológica. En nuestro grupo de investigación se decidió incluirla en la morbilidad psíquica en base a criterios de la clasificación ICD-10.

También somos conscientes de que no todos los casos de depresión con criterios operativos GMS-AGECAT cumplen estrictamente los criterios de las clasificaciones ICD-10 o DSM-IV (Copeland y cols. 1999). Sin embargo, los diagnósticos de depresión AGEAT han sido validados con los criterios DSM y han demostrado una buena correspondencia con los diagnósticos clínicos de especialistas en Psiquiatría (Copeland y cols. 1990).

Por último, trastornos como los relativos al abuso de sustancias no están recogidos completamente, dado que los métodos e instrumentos utilizados para esta Tesis Doctoral han sido específicamente diseñados para el estudio de las principales categorías de morbilidad psiquiátrica en la población geriátrica. A pesar de ello, disponemos de datos fiables en esta población documentando una prevalencia de abuso de alcohol del 3,3%; es decir, que constituye un pequeño porcentaje de la patología psiquiátrica en esta muestra. Pensamos además que su inclusión también reforzaría las conclusiones principales del estudio, dado que el abuso de alcohol está habitualmente asociado a morbilidad somática.

En definitiva, y a pesar de las limitaciones comentadas, pensamos que este trabajo permite seguir manteniendo las hipótesis relativas a la asociación de la morbilidad psíquica y somática y las del “clustering” o agrupamiento de la morbilidad en un sector de la población, conclusiones que, como otras que se resumen al final de esta Tesis Doctoral, no han sido previamente documentadas en la bibliografía internacional en este grupo poblacional de edad avanzada.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Tras la presentación de los Resultados y su Discusión, y con las limitaciones metodológicas expuestas, es posible establecer las siguientes conclusiones:

- 1) La mayoría de las personas mayores de 55 años en una muestra representativa de la población de Zaragoza tenía al menos una enfermedad médica de acuerdo con las definiciones operativas del estudio (3.430 individuos, el 81,1% de la muestra). Sin embargo el número y proporción de individuos afectados desciende de modo considerable (1.590 individuos , el 33,1%) si se excluye la hipertensión arterial de los trastornos somáticos.
- 2) El trastorno médico más frecuente en esta población fue la hipertensión arterial (61,7%), aunque también fueron frecuentes enfermedades como la diabetes mellitus (8,7%) y el ictus (6,9%).
- 3) En apoyo de las hipótesis del estudio, la mayoría de categorías de trastornos somáticos fueron más frecuentes en los ancianos con morbilidad psiquiátrica en comparación con los mayores sin esta última morbilidad, y las diferencias fueron estadísticamente significativas en el caso de los ictus (8,5% y 5,1% respectivamente), la enfermedad de parkinson (1,7% versus 0,7%) y la patología tiroidea (4% versus 2,1% respectivamente).
- 4) Se ha observado una distribución de morbilidad somática diferente en varones cuando se compara con las mujeres: en los primeros, fueron significativamente más frecuentes el ángor péctoris (6,5% versus 4,3%), el infarto de miocardio (4,8 vs 1,5%) y los traumatismos craneoencefálicos (6,6% vs 3,9%); por el contrario, tanto la hipertensión arterial (65,1% vs 57%) como la patología tiroidea (4,9% vs 0,7%) fueron más frecuentes entre las mujeres.
- 5) La prevalencia de morbilidad psiquiátrica con los criterios del estudio fue en esta muestra del 54% (IC 95% = 52,6 - 55,4). Sin embargo, la frecuencia de morbilidad baja al 20,1% (IC 95% = 19 - 21,2) si se excluyen los subcasos.

Los trastornos depresivos (11,5%) fueron los más frecuentes entre los casos y los trastornos de ansiedad los más frecuentes entre los subcasos (22,5%).

6) También en apoyo de las hipótesis del estudio, la mayoría de categorías de morbilidad psiquiátrica fueron más frecuentes entre los mayores con enfermedades físicas, cuando se compararon con quienes no tenían estos trastornos somáticos, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

7) En consonancia con la bibliografía internacional, la mayoría de las categorías psiquiátricas fueron significativamente más frecuentes en mujeres cuando se comparan con varones: las cifras respectivas para demencia fueron 8,6 % versus 4,2%, para depresión mayor 3,2% vs 1,1%, para depresiones menor 12,8% vs 4,3% y para ansiedad 2,4% vs 1,1%. Diferencias similares se dieron en los subcasos aunque en la categoría ansiedad no hubo diferencias estadísticamente significativas.

8) Como se había anticipado, la prevalencia de las enfermedades somáticas tiende a aumentar con la edad para la mayoría de las categorías, y sobre todo la enfermedad de Parkinson; sin embargo, y de modo importante, disminuye a partir de los 84 años en las siguientes categorías: ángor péctoris, infarto de miocardio, epilepsia, diabetes mellitus, patología tiroidea e hipertensión arterial, en este último caso con diferencias estadísticamente significativas. De manera similar, aumentan con la edad los casos y subcasos de demencia y de depresión menor, pero la frecuencia de depresión mayor permanece estable y tiende a disminuir la frecuencia de los trastornos de ansiedad.

9) En apoyo de la hipótesis principal del estudio, se observa una asociación entre morbilidad somática general y morbilidad psiquiátrica general, particularmente cuando se suprime la hipertensión arterial de las categorías somáticas: entre los casos de enfermedad somática tenían morbilidad psiquiátrica un 60,4%, siendo esta proporción más alta que entre los no casos psiquiátricos (50,1%). De manera similar, entre los casos psiquiátricos tenían

morbilidad somática un 37,3%, siendo esta proporción más alta que entre los no casos somáticos (28,1%). Esta asociación es estadísticamente significativa, incluso cuando se ajusta en la regresión logística por posibles factores sociodemográficos de confusión ($OR= 1,61$, $p< 0,001$).

10) Las siguientes categorías de enfermedad somática se asocian de modo estadísticamente significativo con morbilidad psiquiátrica en el análisis sin ajustar: ángor péctoris, ictus, enfermedad de Parkinson , diabetes mellitus y patología tiroidea. Sin embargo, cuando en la regresión logística se ajusta por variables demográficas de potencial confusión y por cada una de las enfermedades somáticas, la asociación estadísticamente significativa se preserva sólo en el caso de los ictus ($OR=1,47$, $IC= 1,09 - 1,98$) y patología tiroidea ($OR= 1,67$, $IC= 1,10 - 2,54$).

11) En apoyo de la hipótesis del “clustering”, la aparición conjunta de morbilidad somática general y morbilidad psiquiátrica general se agrupa en un 44,5% en los mayores de esta población, mientras en el otro extremo, sólo el 9,4% de los mayores se encontraba libre de ambos tipos de morbilidad; y como era de esperar, la comorbilidad aumenta con la edad hasta un 57,1% a partir de los 85 años. Sin embargo, si se suprime la hipertensión arterial de las categorías diagnósticas, la comorbilidad afecta a un 19,9% de la muestra, y en el otro extremo, el 33,5% estaba libre de ambos tipos de enfermedades; además, no aumenta con la edad a partir de los 84 años.

12) Según la información a que se ha tenido acceso, éste es el primer estudio poblacional en una muestra representativa y predominantemente anciana donde se apoya la hipótesis del “clustering” y de la asociación entre morbilidad somática y morbilidad psíquica, mientras, en el otro extremo, un sector de población permanece libre de enfermedades. Estos datos tienen implicaciones de salud pública, pero también clínicas, pues al menos buena parte de la morbilidad psíquica en la población general no es diagnosticada ni tratada. Además, los datos documentando el “clustering”, apoyan la teoría general de la vulnerabilidad concentrada en algunos individuos, mientras otro sector de población permanece notablemente sano.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Abellán García A. Indicadores demográficos. En: Informe 2002: Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Madrid: Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales; 2002a. p. 27-62.

Abellán García A. Longevidad y estado de salud. En: Informe 2002: Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Madrid: Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales; 2002b. p. 63-132.

Alvarez Solar M, de Alaiz Rojo AT, Brun Gurpegui E, Cabañeros Vicente JJ, Calzón Frechoso M, Cosío Rodríguez I et al. Functional capacity of patients over 65 according to the Katz index. Reliability of the method. Aten Primaria 1992; 10(6): 812-6.

Alonso E. Consumo de psicotropos en población pregeriátrica y geriátrica de Zaragoza: relación con psicopatología [Tesis Doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2006.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Rev. Edition) (DSM III-R). Washington DC: American Psychiatric Press; 1987.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.

Andersen K, Launer LJ, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Copeland JR et al. Gender differences in the incidence of AD and vascular dementia: The EURODEM Studies. EURODEM Incidence Research Group. Neurology 1999; 53(9):1992-7.

Anía BJ, Suarez JL, Guerra L, Santan AJ, Acosta CD, Saavedra JM. Vejez saludable e incapacidad funcional en la población anciana de Canarias. Rev Esp Salud Pública 1997; 71: 161-171.

Artázcoz Sanz MT, Viñes Rueda JJ. The estimation of prevalence of Parkinson disease in Navarra. An epidemiological study of the consumption of anti-parkinsonian drugs. Rev Esp Salud Pública 1995; 69(6): 479-85.

Backman L, Jones S, Small BJ, Agüero-Torres H, Fratiglioni L. Rate of cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease: the role of comorbidity. J Gerontol Psychol Sci 2003; 58: 228-36.

Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciani A, Luque M, de la Cruz-Troca JJ, García-Robles R, Tamargo J, Rey-Calero J. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. J Hypertens. 2002; 20(11): 2157-64

Barberger-Gateau P, Chasleire A, Dartigues JF, Commenges D, Gagnon M, Salomon R. Health Measures Correlates in a French Elderly Community Population: The PAQUID Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 1992; 47 (2): 88-95.

Baune B, Adrian I, Jacobi F. Medical disorders affect health outcome and general functioning depending on comorbid major depression in the general population. *J Psychosom Res* 2007; 62(1): 109-118.

Beland F, Zunzunegui MV. El perfil de las incapacidades funcionales en las personas mayores. *Rev Gerontol* 1995; 5: 232-244.

Beekman ATF, Penninx B, DEG D, Ormel J. Depression and physical health in later life: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). *J Affect Disord* 1997; 46: 219-231.

Braam AW, Prince MJ, Beekman AT, Delespaul P, Dewey ME, Geerlings SW et al. Physical health and depressive symptoms in older Europeans. Results from EURODEP. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 35-42.

Bramesfeld A. Service provision for elderly depressed persons and political and professional awareness for this subject: a comparison of six European countries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(5): 392-401.

Brenes GA, Knudson M, McCall WV, Williamson JD, Miller ME, Stanley MA. Age and racial differences in the presentation and treatment of Generalized Anxiety Disorder in primary care. *J Anxiety Disord* 2007 Dec 3 (en prensa).

Brookmeyer R, Gray S, Kawas C. Projections of Alzheimer's disease in the United States and the public health impact of delaying disease onset. *Am J Public Health* 1998; 88(9): 1337-42.

Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Volleberg WA, Ormel J. Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111(6): 436-43.

Campos MS, Martínez-Larrea JA. Affective disorders: analysis of their comorbidity in the more frequent psychiatric disorders. *An Sist Sanit Navar* 2002; 25 (Suppl 3): 117-36.

Carreras S. Relación entre problemática social y psicopatología en una muestra censal representativa de la población de Zaragoza. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza; 2000.

Christensen J, Vestergaard M, Pedersen MG, Pedersen CB, Olsen J, Sidenius P. Incidence and prevalence of epilepsy in Denmark. *Epilepsy Res* 2007; 76(1): 60-5.

Cobo JC. Hacerse Mayor. Una historia natural. En: Cobo JC. *Geriatría y Gerontología. Atención Integral al Anciano. Formación Continuada*. Logos, S.L; 2000 a.

Cobo JC. Cambios físicos y psíquicos de la vejez. En: Cobo JC. *Geriatría y Gerontología. Atención Integral al Anciano. Formación Continuada*. Logos, S.L; 2000 b.

Commonwealth Fund. Ser mayor de 65 años en cinco naciones. Rev Gerontol 1993; 3: 122-125.

Copeland JR, Dewey ME, Griffiths-Jones HM. A computerized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGECAT. Psychol Med 1986; 16(1): 89-99.

Copeland JR, Dewey ME, Wood N, Searle R, Davidson IA, McWilliam C. Range of mental illness among the elderly in the community. Prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package. Br J Psychiatry 1987; 150: 815-23.

Copeland JRM, Dewey ME, Griffiths-Jones HM. Dementia and Depression in Elderly Persons - AGECAT Compared With DSM-III and Pervasive Illness. Int J Geriatr Psychiatry 1990; 5(1): 47-51.

Copeland JR, Chen R, Dewey ME, McCracken CF, Gilmore C, Larkin B et al. Community-based case-control study of depression in older people. Cases and sub-cases from the MRC-ALPHA Study. Br J Psychiatry 1999; 175: 340-47.

Cruz AJ, Martínez E, Ribera JM. Valor pronóstico de la evaluación funcional. Rev Esp Geriatr Geront 1992; 27(8): 16.

Dawber TR, Kannel WB, Lyell LP. An approach to longitudinal studies in a community: The Framingham Study. Annals of the New York Academy of Sciences 1963; 107: 539-56.

De Jonge P, Roy JF, Saz P, Marcos G, Lobo A. Prevalent and incident depression in community-dwelling elderly persons with diabetes mellitus: results from the ZARADEMP project. Diabetologia 2006; 49(11): 2627-33.

De la Cámara C. Estudio de prevalencia y seguimiento de depresión en el anciano en una muestra comunitaria [Tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 1999.

De la Gándara J. Envejecer en soledad. Repercusiones psicopatológicas de la soledad en los ancianos. Madrid: Ed. Popular; 1995.

Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Plan Estratégico 2002-2010 de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Gobierno de Aragón. Zaragoza, 2002. Available at:
http://portal.aragob.es/pls/portal30/docs/folder/ca_scbs/fd_scbs_documentacion/fd_scbs_documentacioninf/fd_scbs_planestrategico/saludmental.pdf

Doraiswamy PM, Leon J, Cummings JL, Marin D, Neumann PJ. Prevalence and impact of medical comorbidity in Alzheimer's disease. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2002; 57(3): 173-9.

Eastwood MR, Trevelyan MH. Relationship between physical and psychiatric disorder. *Psychol Med* 1972a; 2(4): 363-72.

Eastwood MR, Trevelyan MH. Psychosomatic disorders in the community. *J Psychosom Res.* 1972b; 16(6): 381-6.

Eastwood R. Epidemiological studies in Psychosomatic Medicine. In: Lipowski ZJ, Lipsitt DR, Whybrow PC, eds. *Psychosomatic Medicine. Current Trends and Clinical Applications.* New York: Oxford University Press; 1977. p. 411-20.

Eastwood R. The relationship between physical and psychological morbidity. En: P Williams P, Wilkinson G, Rawnsley K, eds. *The scope of epidemiological psychiatry.* London: Routledge; 1989. p. 210-21.

Egede LE. Disease-focused or integrated treatment: diabetes and depression. *Med Clin North Am* 2006; 90(4):627-46.

Eiroa P, Vazquez-Vizoso FL, Veras R. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. *Med Clin* 1996; 106: 601-648.

Espejo J, Martínez J, Aranda JM, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, Péruña L, Fonseca FJ. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). *Atención Primaria* 1997; 20(1) : 3-11.

Evans DL, Ten Have TR, Douglas SD, Gettes DR. Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. *Am J Psychiatry* 2002; 159(10): 1752-9.

Fanous A, Gardner CO, Prescott CA, Cancro R, Kendler KS. Neuroticism, major depression and gender: a population-based twin study. *Psychol Med.* 2002 May;32(4):719-28.

Fick DM, Agostini JV, Inoye SK: Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1723-32.

Fink P. Physical disorders associated with mental illness. A register investigation. *Psychol Med* 1990; 20(4): 829-34.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method

for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3): 189-98.

Frostholm L, Fink P, Christensen KS, Toft T. The patients' illness perceptions and the use of primary health care. *Psychosom Med* 2005; 67(6): 997-1005.

Gabriel R, Novella B, Alonso M, Vega S. The EPICARDIAN Project: a cohort study on cardiovascular diseases and risk factors among the elderly in Spain. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 243-255.

García de Blas F, González-Montalbo JI, Bermejo F, Colmenarejo C, Delgado L, Miguel I. Salud general, funcional y mental en la población anciana de tres barrios de Madrid. *Rev Gerontol* 1995; 2: 81-88.

Giannoglou GD, Antoniadis AP, Chatzizisis YS, Damvopoulos E, Parcharidis GE, Louridas GE. Sex-related differences in the angiographic results of 14,500 cases referred for suspected coronary artery disease. *Coronary Artery Dis* 2008; 19(1): 9-14.

Guillén F. Patología del envejecimiento. En: Guillén F, Pérez J, eds. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Ed. Masson; 1994.

Goldberg DP, Huxley P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London: Tavistock Publications; 1980.

Gobierno de Aragón. Población. Indicadores sociales. Año 2004.
[Web Page]. 20 September 2006; Available at: http://portal.aragob.es/pls/portal30/docs/FOLDER/IAEST/IAEST_0000/IAEST_06/IAEST_0601/IAEST_060101/IAEST_06010101/01.XLS.

Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhoj ML. Use of health services, mental illness and self-rated disability and health in medical inpatients. *Psychosom Med* 2002; 64(4): 668-75.

Hinkle LE Jr, Wolff HG. A summary of experimental evidence relating life stress to diabetes mellitus. *J Mt Sinai Hosp N Y*. 1952; 19(4): 537-70.

Hinkle LE Jr, Wolff HG. The effects of stressful life situations on the concentration of blood glucose in diabetic and nondiabetic humans. *Diabetes*. 1952; 1(5): 383-92.

Hinkle LE Jr, Wolff HG. The nature of man's adaptation to his total environment and the relation of this to illness. *AMA Arch Intern Med*. 1957; 99(3): 442-60.

Hinkle LE Jr. The concept of stress in the biological and social sciences. En: *Psichosomatic medicine* 1977 Oxford University press. Ed 2, 27-49.

Hinkle LE Jr, Wolff HG. The effects of stressful life situations on the concentration of blood glucose in diabetic and nondiabetic humans. *Diabetes*. 1952 Sep-Oct;1(5):383-92.

Hofman A, Rocca WA, Brayne C et al. The prevalence of dementia in Europe. A collaborative study of 1980-1990 prevalence findings. International Journal of Epidemiology 1991; 20(3): 736-748.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Altas hospitalarias según grupos de edad. Actividad Global. Memoria 2004. [Web Page]. 20 September 2006; Available at: http://www.hcu-lblesa.es/d_generales.html#1.

Hoeymans, N; Feskens EJ, Kromhout D, van den Bos GA. Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. Soc Sci Med, 1997; 45(10): 1527-1536.

IAEST. Instituto Aragonés de Estadística. Censo de Población y viviendas 2001. Datos avance de la población censal de Aragón. Zaragoza: IAEST. Gobierno de Aragón, 2002.

INE. Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y Viviendas. Madrid: INE Artes Gráficas, 2001

Instituto Nacional de estadística, 2005. Available at: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/p319/1992-2005/l0/&file=01001.px&type=pcaxis>.

Jackson JL, Houston JS, Hanling SR, Terhaar KA. Clinical predictors of mental disorders among medical outpatients. Arch Intern Med 2001; 161(6): 875:9.

Jungehülsing GJ, Müller-Nordhorn J, Nolte CH, Roll S, Rossnagel K, Reich A, Wagner A, Einhäupl KM, Willich SN, Villringer A. Prevalence of stroke and stroke symptoms: a population-based survey of 28,090 participants. Neuroepidemiology 2008; 30(1):51-7.

Katon WJ, Von Korff M, Lin EH, Simon G, Ludman E, Russo J et al. The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. Arch Gen Psychiatry 2004; 61(10): 1042-49.

Kathol R, Saravay S, Lobo A, Ormel J. Epidemiologic Trends and Costs of Fragmentation. Med Clin N Am 2006; 90: 549-72.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 185: 914-9.

Kelly MM, Tyrka AR, Price LH, Carpenter LL. Sex differences in the use of coping strategies: predictors of anxiety and depressive symptoms. Depress Anxiety. 2007 Jun 29 [Epub ahead of print]

Kessler LG, Burns BJ, Shapiro S, Tischler GL, George LK, Hough RL et al. Psychiatric diagnoses of medical service users: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Program. *Am J Public Health* 1987; 77(1): 18-24.

Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Occup Environ Med.* 2003; 45(12): 1257-66

Kisely S, Goldberg D, Simon G. A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. *Psychol Med.* 1997; 27(5): 1011-9.

Knudsen N, Jorgensen T, Rasmussen S, Christiansen E, Perrild H. The prevalence of thyroid dysfunction in a population with borderline iodine deficiency. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1999 Sep;51(3):361-7.

Koenig HG, Vandermeer J, Chambers A, Burr-Crutchfield L, Johnson JL. Minor depression and physical outcome trajectories in heart failure and pulmonary disease. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194(3): 209-17.

Larraga L. Validación de la versión española de la escala EURO-D y estudio descriptivo de sintomatología depresiva en personas de 65 años o más de la comunidad [Tesis Doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, 2005.

Livingston G, Hawkins A, Graham N, Blizzard B, Mann A: The Gospel Oak study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in Inner London. *Psychological Medicine.* 1990; 20: 137-146.

Lobo A, Escolar V, Ezquerra J, Seva A. El "Mini-Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiátricos. *Revista De Psiquiatría y Psicología Médica* 1980; 14(5): 39-57

Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Jiménez-Aznárez A, Sancho MA. Emotional disturbances in endocrine patients: Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28). *Br J Psychiatry* 1988; 152: 807-812.

Lobo A, Saz P, Día JL. El Geriatric Mental State en poblaciones españolas: estudio de validación de parámetros "orgánicos" y "afectivos". *Actas XIII Reunión Nacional de La Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.* Zaragoza 1988 b; 333-40.

Lobo A. Mental Health in Primary Care in General Medical Clinics. In: Goldberg D, Tantam D, eds. *Social Psychiatry and Public Health.* Gottingen (RFA), Lewiston (N.Y., EE.UU): Ed. Hogrefe & Huber; 1990. p. 42-50.

Lobo A, Saz P, Marcos G, Morales F. Incidence of dementia and other psychiatric conditions in the elderly: Zaragoza Study. Neuroepidemiology 1992; 11 (Suppl 1): 52-6.

Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a Southern European population: the Zaragoza study. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 497-506.

Lobo A, Saz P, Marcos G. The Zaragoza Study: Dementia and depression in the elderly community. Barcelona: Editorial Masson Salvat S.A.; 1997.

Lobo A, Saz P, Marcos G *et al.* Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population. Med Clin (Barc) 1999; 112(20): 767-74

Lobo A, Saz P, Marcos G. Adaptación española: Examen Cognoscitivo Mini Mental. Madrid: TEA Ediciones, 2002.

Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De La Cámara C, Ventura T *et al.* The ZARADEMP Project on the Incidence, Prevalence and Risk Factors of Dementia (and Depression) in the Elderly Community: II. Methods and First Results. Eur J Psychiatry 2005a; 19(1): 40-54.

Lobo A, Saz P, Marcos G. The ZARADEMP Project on the Incidence, Prevalence and Risk Factors of Dementia (and Depression) in the Elderly Community: I. Methods and First Results. Eur J Psychiatry 2005 b; 19(1): 31-9.

Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, De-la-Camara C, Ventura T, Montañes JA, Lobo-Escolar A, Aznar S; ZARADEMP Workgroup. Prevalence of dementia in a southern European population in two different time periods: the ZARADEMP Project. Acta Psychiatr Scand. 2007; 116(4): 299-307

Lobo-Escolar A, Roy JF, Saz P, De la Cámara C, Marcos G, Lobo A, the ZARADEMP Workgroup. Association of Hypertension with depression in community-dwelling elderly persons : results from the ZARADEMP Project. Psychother Psychosom 28 11 2007 (en prensa).

Lyketsos CG, Toone L, Tschanz J, Rabins PV, et al. Population-based study of medical comorbidity in early dementia and "cognitive impairment, no dementia (CIND)". The American Journal of Geriatric Psychiatry 2005;13,8;Health & Medical Complete.

Martín J, Meltzer H, Elliot D. Report 1. The prevalence of disability among adults. London: HMSO;1988.

Martins IJ, Hone E, Foster JK, Sünram-Lea SI, Gnjec A, Fuller SJ, Nolan D, Gandy SE, Martins RN. Apolipoprotein E, cholesterol metabolism, diabetes, and the convergence of risk factors for Alzheimer's disease and cardiovascular disease. Mol Psychiatry 2006; 11(8): 721-36

Martínez-Suárez MM, Blázquez-Menes B. Estimation of the prevalence of Parkinson's disease in Asturia, Spain. A pharmacoepidemiological study of the consumption of antiparkinson drugs. *Rev Neurol* 2000; 31(11): 1001-6.

MacMahon B, Pugh TF. Epidemiology: Principles and Methods. Boston: Little Brown; 1970.

Melcon MO, Kochen S, Vergara RH. Prevalence and clinical features of epilepsy in Argentina. A community-based study. *Neuroepidemiology* 2007; 28(1): 8-15.

Moldin SO, Scheftner WA, Rece JP, Nelson E. Association between major depressive disorder and physical illness. *Psychol Med* 1994; 23: 755-61

Montorio I. Evaluación de las actividades de vida diaria. La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales e IMSERSO, 1994: 43-69.

Morganti S, Ceda GP, Saccani M, Milli B, Ugolotti D, Prampolini R, Maggio M, Valenti G, Ceresini G. Thyroid disease in the elderly: sex-related differences in clinical expression. *J Endocrinol Invest* 2005; 28(11 Suppl Proceedings): 101-4.

Newman SC, Bland RC, Orn HT. The prevalence of mental disorders in the elderly in Edmonton: a community survey using GMS-AGECAT. Geriatric Mental State-Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy. *Can J Psychiatry* 1998; 43(9): 910-4

Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodríguez M. Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008 Mar 3 (en prensa).

Organización de Naciones Unidas. Organización de Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid 8 a 12 de Abril de 2002.

Osby U, Correia N, Brandt L, Ekbom A, Sparén P. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophr Res*. 2000 Sep 29;45(1-2):21-8.

Osby U, Brandt L, Carreta N, Ekbom A, Sparén P. Excess Mortality in Bipolar and Unipolar Disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58:844-850

Peralta-Pedrero ML, Mercado-Castelazo E, Cruz-Avelar A, Sánchez-Márquez O, Lemus-Rocha R, Martínez-García Mdel C. Depression prevalence and risk factors found in women attended by a family physician. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006; 44(5): 409-14.

Pérez-Echeverría MJ. Correlaciones entre trastornos endocrinológicos, niveles hormonales en sangre, variables de personalidad y alteraciones psicopatológicas [Tesis Doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 1985.

Peris Roig B, Atienzar Herráez N, Merchante Alfaro AA, Calvo Rigual F, Tenías Burillo JM, Selfa Moreno S et al. Bocio endémico y déficit de yodo: ¿sigue siendo una realidad en España?. An Pediatr (Barc) 2006; 65: 234-40.

Pincus T, Callahan LF, Burkhauser RV. Most chronic diseases are reported more frequently by individuals with fewer than 12 years of formal education in the age 18-64 United States population. J Chronic Dis. 1987;40(9):865-74.

Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. BMJ 2001; 323(7313):625-8.

Prince M, Acosta D, Chiu H, Copeland J, Dewey M, Scazufca M et al. Effects of education and culture on the validity of the Geriatric Mental State and its AGECAT algorithm. Br J Psychiatry 2004; 185:429-36.

Ribera JM ¿Qué es envejecer? Consecuencias del envejecimiento. En: Rodríguez S, Castellano A. *Intervención Clínica y Psicosocial en el anciano*. Las Palmas de Gran Canaria: Instituto Canario de estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS); 1995.

Robinson RG. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. Biol Psychiatry 2003; 54(3): 376-87.

Roca-Bennasar N, Gili-Planas M, Ferrer-Pérez V, Bernardo-Arroyo M. Mental disorders and medical conditions. A community study in a small island in Spain. J Psychosom Res 2001; 50(1): 39-44.

Rockwood K. What would make a definition of frailty successful?. Age Ageing 2005; 34(5): 432-4.

Ropacki SA, Jeste DV. Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003. Am J Psychiatry 2005; 162(11): 2022-30.

Rothman KJ. Epidemiología moderna. Madrid: Diaz de Santos; 1987.

Ruigómez A, Alonso J, Antó JM. Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. Gaceta Sanitaria 1991; 24(5): 117-124.

Sáez T, Suárez C, Blanco F, Gabriel R. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la población anciana española. Rev Esp Cardiol 1998; 51: 864-73

Salva A, Vellar B, Albareda JC. Evaluación gerontológica. Primeros resultados de una unidad de evaluación geriátrica. Rev Gerontol 1994; 4: 174-9.

Samaniego LR. Aportación al conocimiento sobre la utilización de medicamentos en la población anciana de Zaragoza [Tesis Doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2003.

San Jose A, Sancho J, Jacas C. Colaboración entre una unidad funcional de geriatría y un servicio de cirugía vascular en la atención de pacientes ancianos con arteopatía periférica durante el ingreso en el hospital de agudos. Rev Gerontol 1994; 1: 30-5.

Sanderson M, Wang J, Davis DR, et al: Comorbidity associated with dementia. Am J Alzheimer Dis Pther Demen 2002; 17:73-78.

Sareen J, Jacobi F, Cox BJ, Belik SL. Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. Arch Intern Med 2006; 166(19): 2109-16.

Saz P. Estudio de la fiabilidad del Geriatric Mental State (GMS), versión española. [Tesina de Licenciatura]. Facultad De Medicina de la Universidad de Zaragoza 1987.

Saz P. La batería GMS-AGECAT (Geriatric Mental State-Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy) en la población geriátrica española: Validación y estudio de su utilidad en una muestra representativa de la comunidad [Tesis Doctoral]. Zaragoza: Universidad De Zaragoza; 1991.

Saz P, Díaz JL, De-la-Cámara C. Reliability and validity of the Spanish version of the GMS-AGECAT package for the assessment of dementia and cognitive disturbances. Int J Geriatr Psychiatry 1996; 11: 721-8.

Saz P, Launer LJ, Dia JL, De-La-Camara C, Marcos G, Lobo A. Mortality and mental disorders in a Spanish elderly population. Int J Geriatr Psychiatry 1999; 14(12): 1031-8.

Saz P. El anciano desde la perspectiva de la Medicina Psicosomática. Una visión dirigida hacia la Atención Primaria. Tiempos Médicos 2003; 599: 35-43.

Schlesselman JJ, Stolley PD. Case-Control Studies. Design, Conduct, Analysis. New York-Oxford: Oxford University Press, 1982.

Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, Ormel J, Alonso J, Angermeyer MC. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the world Mental Health Surveys. J Affect Disord 2007; 103(1-3): 113-20. Epub 2007 Feb 9.

Sharma VK, Copeland JR, Dewey ME, Lowe D, Davidson I. Outcome of the depressed elderly living in the community in Liverpool: a 5-year follow-up. Psychol Med 1998; 28(6): 1329-37.

Shepherd M, Fisher M, Stein L, Kessel WI. Psychiatric morbidity in an urban group practice. Proc R Soc Med 1959; 52(4): 269-74.

Shepherd M, Cooper B. Epidemiology and mental disorder: a review. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1964; 27: 277-90.

Shepherd M. Mental illness and primary care. Am J Public Health 1987, 77: 12-13

Schoevers R, Beekman A, Ban Tilburg W. Association of depression and gender with mortality in old age. Br J Psychiatry 2000; 177: 336-42.

Simon GE, Von Korff M, Lin E. Clinical and functional outcomes of depression treatment in patients with and without chronic medical illness. Psychol Med. 2005; 35(2): 271-9:

Starkstein SE, Manes F. Apathy and depression following stroke. CNS Spectr. 2000; 5(3): 43-50.

Stang PE, Brandenburg NA, Lane MC, Merikangas KR, Von Korff MR, Kessler RC. Mental and physical comorbid conditions and days in role among persons with arthritis. Psychosom Med 2006; 68(1): 152-8.

Tangen T, Mykletun A, Dahl A. The association Between Anxiety, Depression and Somatic Symptoms in a large population: The Hunt-II Study. Psychosomatic Medicine 2004; 66: 845-51.

Tárraga LL. Evaluación del deterioro cognitivo y funcional de la demencia. Escalas de mayor interés en la Atención Primaria. Boada M, Tárraga LL. In Curso: El médico ante la demencia y su entorno, Módulo 1. Barcelona : Bayer S.A., 1995: 37-50.

Tomas MT, Pujadas F, Lafont J, Adalid C, Franch LI, Cordón F. Prevalencia de deterioro cognitivo en una población urbana en edad geriátrica.. Atención Primaria 1991; 8(5): 379-385.

Tomás C, Moreno LA. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. Rev Esp Salud Pública 2002; 76(3): 215-226.

Torres M, Chaparro AI. Fisiología del envejecimiento. En: Guillén F, Pérez J (eds). *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson; 1994.

United Nations. World Population Ageing 1950-2050. XLV. Resumen ejecutivo. Department of Economic and Social Affairs (DESA). Population Division. New York: 2005.

Vázquez-Barquero JL, Diez JF, Muñoz J, Menendez J, Gaite L, Herrera S et al. Sex differences in mental health illness, a community study of the influence of

physical health and socio-demographic factors. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1992; 27:62-8

Vedsted P, Fink P, Sorensen HT, Olesen F. Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in Danish general practice. A population-based cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2004; 59(4): 813-23.

Von Korff M, Wagner EH, Saunders K. A chronic disease score from automated pharmacy data. *J Clin Epidemiol* 1992; 45(2): 197-203.

Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder and limitations in physical functioning in a sample of the Los Angeles general population. *Am J Psychiatry* 1988; 145(6): 712-17.

Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Affective, substance use and anxiety disorders in persons with arthritis, diabetes, heart disease, high blood pressure or chronic lung conditions. *Gen Hosp Psychiatry*. 1989;11(5): 20-7.

Weyerer S, Hewer W, Pfeifer-Kurda M, Dilling H. Psychiatric disorders and diabetes – results from a community study. *J Psychosom Res* 1989; 33(5): 633-40.

Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Jessen F, Maier W, Fuchs A, Pentzek M, Kaduszkiewicz H, Bachmann C, Angermeyer MC, Lupp M, Wiese B, Mösch E, Bickel H; for the German AgeCoDe Study group (German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients). Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord* 2008 Mar 25 (en prensa).

Williams LS, Ghose SS, Swindle RW. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. *Am J Psychiatry* 2004; 161(6): 1090-5.

Wijnhoven HA, de Vet HC, Picavet HS. Prevalence of musculoskeletal disorders is systematically higher in women than in men. *Clin J Pain*. 2006 Oct;22(8):717-24.

World Health Organization. 1993 guidelines for the management of mild hypertension. Memorandum from a World Health Organization/International Society of Hypertension meeting. Guidelines Subcommittee of the WHO/ISH Mild Hypertension Liaison Committee. *Hypertension* 1993; 22(3): 392-403.

BIBLIOGRAFÍA

ANEXO

ZARADEMP

ESTUDIO EUROPEO DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA Y GERIÁTRICA DE ZARAGOZA

PROYECTOS EURODEM Y EURODEP DE LA COMUNIDAD EUROPEA: PROGRAMA BIOMED-1

SECCIONES

- 01.- ENTREVISTADOR y ENTREVISTA
- 02.- DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS
- 03.- ESTADO DE SALUD
- 04.- EXPLORACION COGNOSCITIVA
- 05.- ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES
- 06.- ANTECEDENTES MEDICO/PSIQUIATRICOS FAMILIARES
- 07.- MEDICIONES
- 08.- EXPLORACION PSIQUIATRICA (GMS-B, HAS)
- 09.- ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS PERSONALES
- 10.- STATUS FUNCIONAL
- 11.- PREGUNTAS AL INFORMANTE
- 12.- CONSIDERACIONES FINALES
- 13.- ITEMS DE OBSERVACION GMS
- 14.- FIABILIDAD
- 15.- RESUMEN FINAL
- 16.- DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

CODIGO DE ENTREVISTADO.....

FECHA DE LA ENTREVISTA

día	mes	año

1.- DATOS DE ENTREVISTADOR y DE LA ENTREVISTA

HORA DE COMIENZO..... 01001

hora min

10 of 10

_____ hora _____ min

ENTREVISTADOR: Nombre _____ Apellidos _____ hora ____ min. ____

CODIGO DE ENTREVISTADOR | | | | | 01003

ENTREVISTA..... | 01004

- 1.- Completa
 - 2.- Incompleta
 - 3.- No realizada

PARA ENTREVISTA NO REALIZADA:..... 01005

- 1.- Traslado de residencia
 - 2.- No acepta responder por decisión personal
 - 3.- No acepta responder por presión familiar
 - 4.- Imposibilidad de responder por enfermedad
 - 5.- Fallecimiento
 - 6.- Otro (Especificar) _____

EN CASO DE NO RESPONDER POR ENFERMEDAD:

DIAGNOSTICO _____

|_|_|_|_|_|_| 01006

EN CASO DE FALLECIMIENTO:

CAUSA

01009

EN CASO DE ENTREVISTA REALIZADA..... | 01010

- 1.- Presente únicamente el encuestado
2.- Presencia familiar NO participativa
3.- Presencia familiar parcipitativa positiva
(Ayuda al encuestado a recordar algunos antecedentes personales o familiares)
4. - Presencia familiar participativa negativa
(Hace cambiar de opinión al encuestado sistemáticamente o interfiere continuamente la entrevista)
5. - Presencia de otra persona

LUGAR DE LA ENTREVISTA | 01011

- 1.- Casa del entrevistado
 2. - Casa de un familiar
 3. - Hospital
 4. - Residencia de ancianos
 5. - Otros. Especificar:

CON QUIEN VIVE..... | 01012

- 1.- Solo
 - 2.- Con el cónyuge
 - 3.- Hijos
 - 4.- Otros. Especificar:

2.- DATOS SOCIO - DEMOGRAFICOS

DEMOGRAFICOS

FECHA DE NACIMIENTO:..... / / 02001

SEXO: (1. Varón, 2. Mujer)..... 02002

ESTADO CIVIL: (1. Soltero, 2. Casado/pareja, 3. Separado/divorciado, 4. Viudo, 5. Religioso)..... 02003

RESIDENCIA DE NACIMIENTO:

Provincia _____ Municipio _____ C.U.I.A. _____ 02004

LUGAR DE MAYOR TIEMPO DE RESIDENCIA:

Provincia _____ Municipio _____ C.U.I.L. _____ 02005

Años vividos | | | 02006

AÑOS VIVIDOS EN ZARAGOZA..... 02007

CARACTERISTICAS SOCIO-ECONOMICO-CULTURALES

NIVEL DE INSTRUCCIÓN..... 02008

- 1.- Analfabeto
 - 2.- Alfabeto
 - 8.- No sabe/ sin datos
 - 9.- No preguntado

EDAD DE INICIO DE LOS ESTUDIOS (AÑOS) 02009

EDAD DE FINALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS (AÑOS) | | | 02010

MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS (FORMALES) COMPLETADOS: | | | 02011

- 01.- Ninguno
 - 02.- Primarios incompletos
 - 03.- Primarios completos
 - 04.- Formación profesional (escuela de oficio) incompleta
 - 05.- Formación profesional (escuela de oficio) completa
 - 06.- Bachillerato incompleto (incluye elemental)
 - 07.- Bachillerato completo (hasta 6º y/o preU)
 - 08.- Graduado, diplomado o tres años de licenciatura o universidad incompleta
 - 09.- Licenciado, ingeniero superior
 - 88.- No sabe/ sin datos
 - 99.- No preguntado

SITUACIÓN LABORAL PRINCIPAL DESARROLLADA | | 02012

- 01.- Ama de casa
 - 02.- Desempleado
 - 03.- Capataz agropecuario
 - 04.- Peón agropecuario
 - 05.- Propietario agropecuario
 - 06.- Trabajador manual no cualificado ni especializado
 - 07.- Trabajador manual cualificado o especializado
 - 08.- Pequeño negociante
 - 09.- Encargado de almacén, negocio
 - 10.- Servicio doméstico
 - 11.- Trabajador no especializado del sector servicios
 - 12.- Auxiliar administrativo
 - 13.- Oficinista/empleado de nivel medio
 - 14.- Oficinista/empleado de alto nivel
 - 15.- Profesional medio (profesor instituto, cargo directivo en sucursal bancaria u otra empresa menor, etc)
 - 16.- Profesional alto (liberal, profesor universidad, ejecutivo en empresa, etc)
 - 17.- Militar, policía, cuerpos seguridad
 - 18.- Invalidez, incapacidad laboral
 - 19.- Otros. Especificar: _____
 - 88.- No sabe/ sin datos
 - 99= No preguntado

SUPERVISIÓN DE PERSONAL.....		02013
0.- No		
1.- Sí, supervisor en empresa ajena		
2.- Sí, supervisor en empresa propia		
 NÚMERO DE TRABAJADORES A SU CARGO		02014
777.- ninguno, no procede		
888.- No sabe/ sin datos		
999.- No preguntado		
 TRABAJO EN INDUSTRIAS/RAMAS ESPECÍFICAS.....		02015
01.- Textil		
02.- Metalurgia		
03.- Alimentación		
04.- Transportes		
05.- Ingeniería mecánica		
06.- Construcción		
07.- Industrias de la madera		
08.- Industrias del calzado		
09.- Industrias del papel		
10.- Química		
11.- Eléctrica		
12.- Imprenta, editorial,...		
13.- Sanidad		
14.- Educación		
15.- Otros		
16.- No empleado (desempleado, ama de casa)		
88.- No sabe/ sin datos		
99.- No preguntado		

* LO QUE SIGUE A CONTINUACIÓN SE PREGUNTARÁ EN LA PARTE FINAL DE LA ENTREVISTA *

SITUACIÓN ECONÓMICA: (888= No sabe/ sin datos, 999= No preguntado)

Ingresos mensuales del paciente: (en miles de ptas.).....		02016
Ingresos mensuales del cabeza de familia (si no es el paciente): (en miles de ptas.)		02017
Otros ingresos familiares: _____ (en miles de ptas.).....		02018

CLASIFICACIÓN NACIONAL DE CLASE SOCIAL (BETÉS Y SARRIÉS):		02019
01.- Baja/baja		
02.- Baja/media		
03.- Baja/alta		
04.- Media/baja		
05.- Media/media		
06.- Media/alta		
07.- Alta/baja		
08.- Alta/media		
09.- Alta/alta		
88.- No sabe/falta dato		
99.- No preguntado		

3.- ESTADO DE SALUD

Ya verá, como le he explicado, estamos interesados y estamos estudiando el tipo de problemas de salud que puede tener la gente, la población adulta y geriátrica. Si me permite, le haré algunas preguntas. No se preocupe si algunas de las preguntas le parecen curiosas o extrañas, seguro que alguna de ellas no sirve para usted, pero es que debemos preguntar a todos lo mismo.

Esperar hasta que el entrevistado se acomode y esté en disposición de atenderle.

Para empezar, le voy a decir mi apellido y me gustaría que usted lo recordara.

- (1) *Mi apellido es..... ¿PUEDE REPETIRLO?* 03001

(Repetir lénatamente el apellido hasta su correcta repetición. Se permiten tres intentos. Se admiten fallos menores de pronunciación).

- 0.- Repetición correcta.
 - 1.- No puede repetirlo

***Bien, pues en relación con su salud, que es el motivo principal de esta entrevista:
¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE?***

Si contesta afirmativamente, dejarle hablar brevemente, anotar en resumen lo que diga espontáneamente y, a continuación, preguntar lo siguiente:

Quizás tenga usted algún informe médico a mano, ¿PODRÍA ENSEÑÁRMELO?

En caso afirmativo, reservar TODA la información obtenida para la sección ANTECEDENTES MEDICOS más adelante.

MEDICACION

Luego comentamos en detalle estos informes/estas enfermedades que ha tenido/tiene. Si no le importa, querría preguntarle también si:

- (2) ¿ESTÁ VD. TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? (0. No, 1. Si) 03002

====Si no toma ningún medicamento, pasar a la pregunta nº 3

¿CUÁLES SON Y CON QUÉ FRECUENCIA LAS TOMA?

(Pedir los frascos y comprobar la información).

ATC (Anatomical Therapeutic Chemical). Ver codificación.

(Prescripción= 1.- Facultativa documentada, 2.- Facultativa NO documentada, 3.- Iniciativa propia, 8.- Duda)

(Frecuencia= 1.- A diario/casi diario, 2.- Esporádico)

Nombres	ATC	Prescripción	Frecuencia	Código
		03003	03004	03005
		03006	03007	03008
		03009	03010	03011
		03012	03013	03014
		03015	03016	03017
		03018	03019	03020
		03021	03022	03023

JUICIO RESUMEN 03024

- 0.- NO está tomando medicamentos prescritos por el médico para problemas mentales o emocionales.
1.- Está tomando medicamentos prescritos por el médico para problemas mentales o emocionales.
2.- Está tomando medicamentos NO prescritos por el médico para problemas mentales o emocionales.

ABUSO DE DROGAS

(3) ¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO DEL QUE NO PUEDA PRESCINDIR (por ejemplo, pastillas | 03025 para dormir, o para tranquilizarse), O ALGUNA DROGA?

(Alguna de las drogas adictivas o que originan hábito, listadas abajo)

- 0.- No
1.- Sí

- En caso afirmativo rellenar **COMPLETAMENTE** la tabla:

Puntuar en la columna Actual: 0.- No
1.- consumo esporádico
2.- abuso, consumo diario/casi diario
8.- duda
9.- No procede

Puntuar en Años de consumo: 88.- No Recuerda
99.- No Procede

- En caso negativo, ¿*LO HA HECHO ALGUNA VEZ*, ¿*CUÁNDO*? | 03026

- 0.- No
1.- Sí

*En caso afirmativo rellenar **COMPLETAMENTE** la tabla:*

Puntuar en la columna **Pasado**: 0.- No
1.- consumo esporádico
2.- abuso, consumo diario/casi diario
8.- duda
9.- No procede

Puntuar en Años de consumo: 88.- No Recuerda
99.- No Procede

	Actual	Pasado	Años consumo	Sustancia
a) Opio, alcaloides del opio, heroína, morfinas sintéticas como analgésicos (por ejemplo: Petidina, Metadona, Dihidrocodeína)	__ 03027	__ 03028	__ __ 03029	
b) Alucinógenos	__ 03030	__ 03031	__ __ 03032	
c) Cannabis (Hachís, marihuana)	__ 03033	__ 03034	__ __ 03035	
d) Otros psicoestimulantes (anfetaminas, cocaína)	__ 03036	__ 03037	__ __ 03038	
e) Barbitúricos	__ 03039	__ 03040	__ __ 03041	
f) Otros hipnóticos y sedantes (BZD, etc)	__ 03042	__ 03043	__ __ 03044	
g) Tranquilizantes (neurolépticos)	__ 03045	__ 03046	__ __ 03047	
h) Otros. Especificar: _____	__ 03048	__ 03049	__ __ 03050	

4.- EXPLORACION COGNOSCITIVA

MEMORIA

Fijándose en la información recogida en la sección anterior, iniciar la siguiente pregunta repitiendo los datos, por ejemplo: *Veo que tiene/ha tenido problemas de tensión/corazón/diabetes, etc. Por todos ellos le voy a ir preguntando. Veo que también ha tenido problemas de riego.*

(1) *En caso positivo, ¿LE HA AFECTADO LA MEMORIA?*

En caso negativo, veo que recuerda bien los datos, ¿CONSERVA BIEN LA MEMORIA?|_| 04001

(2) *Si responde que tiene problemas: ¿SUPONE ELLO UN PROBLEMA PARA Vd.?*

El entrevistado, subjetivamente, tiene dificultades con su memoria, es un problema para él.....|_| 04002

(3) *¿HA TENDIDO RECENTEMENTE TENDENCIA A OLVIDAR COSAS? (¿DE QUÉ TIPO DE COSAS SE OLVIDA Vd.?) (¿DE LOS NOMBRES DE SUS FAMILIARES O AMIGOS PRÓXIMOS?)*

(¿DE DÓNDE HA DEJADO LAS COSAS?)|_| 04003

0.- No olvidos

1.- Olvida los nombres de familiares o amigos, o los confunde (no se incluyen errores pasajeros)

2.- Olvida dónde ha dejado las cosas

3.- Olvida ambas cosas

===== Si no hay olvidos, pasar a la pregunta nº 5

(4) *Aproximadamente, ¿CUÁNDO COMENZÓ A NOTARLO?:.....|_| 04004*

1.- Ocurrió por primera vez durante los últimos 1-2 años

2.- Ocurrió por primera vez durante los últimos años 3-4 años

3.- Ocurrió por primera vez durante los últimos 5-10 años

4.- Ocurrió por primera vez hace más de 10 años

* (5) *¿RECUERDA MI APELLIDO (SE LO DIJE AL PRINCIPIO)? ¿CUÁL ES?|_| 04005*

0.- Lo recuerda perfectamente

1.- No recuerda correctamente el nombre del entrevistador (se permiten errores mínimos de pronunciación)

(6) *Por cierto, ¿ME CONOCÍA A MÍ ANTERIORMENTE, ME HA VISTO Vd. ANTES? Si no está seguro*

¿ME HA VISTO EN LA ÚLTIMA SEMANA? En caso afirmativo: ¿CUÁNDO? ¿DÓNDE? ¿CÓMO FUÉ?

¿QUÉ ESTABA HACIENDO? ¿QUÉ LLEVABA PUESTO? ¿QUÉ HICIMOS JUNTOS? ¿QUÉ LE DIJE?|_| 04006

0.- No confabula

1.- Da una respuesta positiva y una explicación sencilla dentro de los límites de sus posibilidades, pero el entrevistador sabe que es incorrecto, por ej: "Vd. fue el doctor que me examinó ayer".

2.- Confabulación

(7) **OBSERVACION**

Habla divagando, pero las ideas están razonablemente bien formadas.....|_| 04007

(8) *(Ahora tengo que hacerle una pregunta sencilla) ¿CÓMO SE LLAMA EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO?*

No recuerda el nombre del Presidente del Gobierno|_| 04008

(Si lo dice mal: Bien en realidad se llama.....)

(9) *¿QUIÉN FUÉ EL ANTERIOR PRESIDENTE DEL GOBIERNO?*

No recuerda el nombre del anterior Presidente del Gobierno|_| 04009

(10) **OBSERVACION**

En opinión del entrevistador, el entrevistado tiene dificultades con su memoria|_| 04010

ORIENTACION

(11) *También hablando de la memoria: ¿RECUERDA EN QUÉ AÑO NACIÓ?:* | 04011

- 0.- Lo recuerda
- 1.- El/ella no lo sabe decir
- 2.- Incompleto, irrelevante o sin respuesta

Anotar el año de nacimiento dado | 04012

(12) *¿QUÉ EDAD TIENE?:* | 04013

- 0.- Correcto
- 1.- El/ella no lo sabe decir
- 2.- Incorrecto o irrelevante

Anotar la edad dada | 04014

===== Si no existen discrepancias entre la edad y la fecha de nacimiento pasar a la pregunta 14

(13) *No acaban de salirme bien las cuentas al sumar sus años, ¿PUEDE VD. AYUDARME?:* | 04015

- 0.- No comete error
- 1.- Muestra una marcada inseguridad acerca de sus años/edad y su fecha de nacimiento
- 2.- El entrevistado no corrige la discrepancia entre la fecha de nacimiento que ha declarado y su edad (ignorar un error de un sólo año)
- 3.- Error de 2 o 3 años
- 4.- Error de más de 3 años

* (14) *A veces, cuando uno no está del todo bien, puede tener dificultades para recordar la fecha..*

¿PUEDE DECIRME QUÉ DÍA DEL MES ES HOY? ¿QUÉ DÍA DE LA SEMANA? ¿QUÉ MES?

¿QUÉ ESTACIÓN? ¿QUÉ EPOCA DEL AÑO? ¿QUÉ AÑO?

Anotar la fecha indicada (incluye día de la semana, día del mes, mes, estación y año).

Se valorarán estos ítems en el MEC más adelante.

===== Si recuerda perfectamente la fecha, pasar a la pregunta 15.

- 0.- Correcto
- 1.- Error en un sólo día/mes/año
- 2.- Error en más de un día/mes (se permite, por ej., marzo en la 1^a semana de abril)/año

Error en día de la semana | 04016

Error en el mes | 04017

El/ella no sabe el mes | 04018

Al menos parte de la respuesta es incompleta, irrelevante o no hay respuesta | 04019

Error en el año | 04020

El/ella no sabe el año | 04021

===== Si es entrevistado en un lugar distinto a su propia casa, pasar a la pregunta 16

* (15) *¿SABE CUÁL ES SU DIRECCIÓN POSTAL (PARA LAS CARTAS, CORREO)? Hacer más preguntas para ver la dirección completa y asegurarse que el entrevistado sabe o no los cinco ítems del MEC:*

- | | | |
|------------------------|----------|------------|
| <i>Calle</i> | Correcto | Incorrecto |
| <i>Número</i> | Correcto | Incorrecto |
| <i>Ciudad</i> | Correcto | Incorrecto |
| <i>Provincia</i> | Correcto | Incorrecto |
| <i>País</i> | Correcto | Incorrecto |

===== Si se le entrevista en casa, pasar al MEC

* (16) **¿CÓMO SE LLAMA ESTE LUGAR DONDE ESTAMOS AHORA?** Hacer más preguntas para ver la dirección completa y asegurarse que el entrevistado sabe o no los cinco ítems del MEC:

<i>Nombre del centro/institución.....</i>	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>
<i>Planta o calle.....</i>	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>
<i>Ciudad.....</i>	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>
<i>Provincia.....</i>	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>
<i>País</i>	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO

- **ORIENTACION** (no preguntar, puntuar a partir de las respuestas correspondientes de la sección de orientación GMS) Puntuación

Día Fecha Mes Estación Año (5) 04022
 Calle/Hospital Nº calle/Planta Ciudad Provincia Nación (5) 04023

- **FIJACION**

Ahora, por favor, le voy a pedir que repita estas 3 palabras:

Peseta Caballo Manzana

Repetirlas hasta que las aprenda y contar los intentos, nº: (3) 04024

Acuérdese de ellas, porque se las preguntaré dentro de un rato.

- **CONCENTRACION Y CALCULO**

Si tiene 30 pts y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando?

27 24 21 18 15 (5) 04025

Repita: 5-9-2 (hasta que los aprenda y contar los intentos):

Ahora hacia atrás (comenzando por el último) (3) 04026

- **MEMORIA**

¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?

Peseta Caballo Manzana (3) 04027

- **LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN**

Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto?

Repetirlo con el reloj: ¿Qué es esto? (2) 04028

Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros"(1) 04029

Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?. Se parecen en que son frutas.

¿Qué son (o en qué se parecen) el rojo y el verde?

¿Qué son (o en qué se parecen) un perro y un gato? (2) 04030

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad

y póngalo en el suelo/mesa (3) 04031

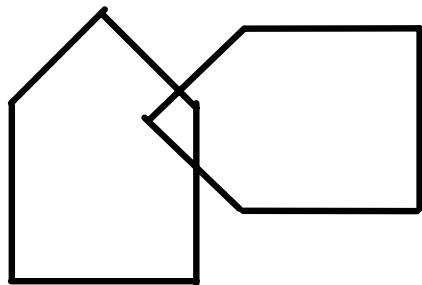
Lea esto y haga lo que dice:

CIERRE LOS OJOS(1) 04032

Escriba una frase (algo que tenga sentido):

_____ (1) 04033

Copie este dibujo:(1) 04034



PUNTUACION TOTAL.....() 04035

PUNTUACION TOTAL CORREGIDA.....(35) 04036

NIVEL DE CONCIENCIA.....|_| 04037

- 1.- Alerta
- 2.- Obnubilación
- 3.- Estupor
- 4.- Coma

JUICIO.-*Competencia del entrevistado para completar el MEC.....|_| 04038*

- 0.- No hubo problemas en la administración
- 1.- El entrevistado es analfabeto
- 2.- El entrevistado tiene algún problema físico que le impide el cumplimiento del MEC
- 3.- El entrevistado está demasiado demenciado como para completar el MEC
- 4.- Circunstancias sociales impiden la administración
- 5.- Se interrumpe la entrevista sin poder completar el test

*Número de preguntas ausentes del MEC (preguntas codificadas como 8 o 9)|_| |_| 04039***(17) ¿ES VD. DIESTRO O ZURDO? ¿CON QUÉ MANO CORTA EL PAN (ETC) O TIRARÍA UNA PELOTA?:|_| 04040**

- 1.- Diestro
- 2.- Zurdo

5.- ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES

HIPERTENSION ARTERIAL

(1) ¿LE HA DICHO ALGÚN MÉDICO QUE TIENE LA TENSIÓN, LA TENSIÓN ARTERIAL, ALTA?|_| 05001

- 0.- No
- 1.- Sí

===== Si p u n t ú a 0 , p a s a r a l a p r e g u n t a n ° 7

(2) ¿QUÉ TENSIÓN, QUÉ CIFRAS LE HAN DADO? (en mmHg).

Anotar tensión arterial máxima|_| |||_| 05002

Anotar tensión arterial mínima|_| |||_| 05003

(3) ¿LE HAN DICHO SI ERA GRAVE?|_| 05004

- 0.- No era grave o no se le dijo
- 1.- Se le explicó que era grave

(4) ¿LE HAN PUESTO ALGUNA VEZ TRATAMIENTO PARA LA TENSIÓN? ¿TOMA AHORA ALGÚN MEDICAMENTO PARA LA TENSIÓN?.

- 0.- No
- 1.- Sí

Alguna vez.....|_| 05005

Ahora|_| 05006

(5) ¿CÓMO FUÉ DIAGNOSTICADO? ¿QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ?.|_| 05007

- 0.- Nadie
- 1.- Médico de cabecera
- 2.- Especialista
- 3.-Un médico (sin especificar)

(6) EDAD EN QUE LE DESCUBRIERON LA HTA|_| |||_| 05008

ANGINA DE PECHO

* (7) ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ "ANGINA DE PECHO"?|_| 05009

Dolor precordial, con opresión (a veces irradiado) durante 15 minutos o menos (en relación con esfuerzo, pero también puede ser en reposo).

- 0.- No
- 1.- Sí

===== Si p u n t ú a 0 , p a s a r a l a p r e g u n t a n ° 11

(8) ¿QUIÉN SE LO DIAGNOSTICÓ Y/O TRATÓ?|_| 05010

- 0.- Nadie
- 1.- Médico de cabecera
- 2.- Especialista
- 3.- Un médico (sin especificar)

(9) ¿TOMA TRATAMIENTO?.|_| 05011

- 0.- Sin tratamiento
- 1.- Dudoso que esté siguiendo tratamiento para esa enfermedad
- 2.- Sigue tratamiento específico para esa enfermedad

(10) Exámenes complementarios 05012

- 0.- No
1.- Sí

Especificar:

INFARTO DE MIOCARDIO (IAM)

* (11) ¿HA TENIDO EN ALGUNA OCASIÓN UN INFARTO DE MIOCARDIO?

"Ataque al corazón", diagnosticado por un médico 05013

Hospitalizado | 05014

- 0.- No
1.- Sí

===== Si puntuá 0, pasar a la pregunta nº 19

(12) ¿QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ EL I.A.M.? (Información dada por el paciente) 05015

- 0.- Nadie
 - 1.- Médico de cabecera
 - 2.- Especialista
 - 3.- Un médico (sin especificar)

(13) ¿TOMA TRATAMIENTO? | 05016

- 0.- Sin tratamiento
 - 1.- Dudoso que esté siguiendo tratamiento para esa enfermedad
 - 2.- Sigue tratamiento específico para esa enfermedad

(14) NÚMERO DE INFARTOS AGUDOS DE MIOCARDIO SUFRIDOS 05017

- 88.- No sabe/falta dato
99.- No preguntado

(15) **EDAD DEL PRIMER INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**..... | | | | 05018

- 888.- No sabe/falta dato
999.- No preguntado

(16) **EDAD DEL ÚLTIMO INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**..... | | | | 05019

- 888.- No sabe/falta dato
999.- No preguntado

(17) ¿ TIENE ALGÚN ESTUDIO QUE CONSTATE EL DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO? | 05020

- 0.- No
1 - Sí

(18) EXÁMENES COMPLEMENTARIOS | 05021

- 0.- No
1 - Sí

Especificar:

**ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR (ACV)
Y ACCIDENTE /ATAQUE ISQUEMICO TRANSITORIO (TIA)**

* (19) ¿LE HA SUCEDIDO ALGUNA VEZ....DE REPENTE.....

- 0.- No
1.- Sí

- a) QUE SE LE QUEDASE PARALIZADA LA CARA O ALGUNA PARTE DE LA CARA?| 05022
 b) QUE SE LE DESVIASE O TORCIESE LA BOCA?| 05023
 c) QUE SE QUEDASE SIN HABLA...O CON ALGUNA DIFICULTAD IMPORTANTE PARA HABLAR?| 05024
 d) QUE SE LE HA QUEDADO PARALIZADO UN BRAZO O UNA PIerna?| 05025
 e) QUE SE QUEDASE CIEGO DE UN OJO, DE REPENTE?| 05026
 f) LE HA DICHO ALGÚN MÉDICO QUE TUVO.....(subrayar la respuesta literal del paciente):
embolia, derrame cerebral, coágulo, trombosis, hemorragia cerebral, apoplejía, hemiplejía, parálisis, infarto cerebral, ictus, otros: especificar:| 05027

===== Si p u n túa 0 en t o d a s , p a s a r a l a p r e g u n t a n ° 2 2

(20) ¿Y CUÁNTO TIEMPO LE DURÓ, FUÉ CUESTIÓN DE UNOS MINUTOS...HASTA UN DÍA?

¿O LE DURÓ INCLUSO MÁS DE UN DÍA? De las contestaciones a estas preguntas se tendrá ya idea de si ha tenido/no ha tenido un ACV o un AIT.

- | | | | |
|-------------------|--|--|-------|
| - ACV (>24 horas) | Nº de episodios | | 05028 |
| | Edad 1º episodio | | 05029 |
| | Edad último episodio | | 05030 |
| | Hospitalizado | | 05031 |
| | TAC cerebral u otras pruebas diagnósticas..... | | 05032 |
| | Tratamiento | | 05033 |
| - AIT (<24 horas) | Nº de episodios | | 05034 |
| | Edad 1º episodio | | 05035 |
| | Edad último episodio | | 05036 |
| | Hospitalizado | | 05037 |
| | TAC cerebral u otras pruebas diagnósticas..... | | 05038 |
| | Tratamiento | | 05039 |

(21) DESDE QUE HA TENIDO ESE/ESOS ATAQUE/S, ¿HA NOTADO POR CASUALIDAD QUE SE ALEGRA O SE ENTRISTECE DEMASIADO CUANDO LE SUCEDE ALGÚN ACONTECIMIENTO?; ES DECIR, QUE TIENE DIFICULTADES PARA CONTROLAR SU ALEGRIA O SU TRISTEZA?

Se describen risas o llantos apropiados pero incontrolables y prolongados| 05040

EPILEPSIA

* (22) ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ EPILEPSIA O ATAQUES EPILÉPTICOS?.

Si contesta negativamente a lo anterior, preguntar: ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ ATAQUES, TRAS LOS CUALES SE QUEDABA "SIN RESPONDER" Y SE CAÍA AL SUELO? ("con sacudidas" (de brazos y piernas, que no podía controlar), la cara morada, ruidos con la boca, sobre todo si hubo pérdida de conciencia, incontinencia de esfinteres, mordedura de lengua u otras lesiones por la caída y período de confusión y sueño posterior)| 05041

- 0.- No
1.- Sí, 1 vez
2.- Sí, 2 o más veces

===== Si p u n túa 0 , p a s a r a l a p r e g u n t a n ° 2 9

(23) ¿QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ LA EPILEPSIA?

- 0.- Nadie
 - 1.- Médico de cabecera
 - 2.- Especialista
 - 3.- Un médico (sin especificar)

(24) ¿HA TOMADO ALGUNA VEZ MEDICACIÓN PARA LA EPILEPSIA? (self report). 05043

- 0.- No
1.- Sí

(25) ¿TOMA HABITUALMENTE MEDICACIÓN PARA LA EPILEPSIA? (self report). 05044

- 0.- No
1.- Sí

(26) **EDAD DEL PRIMER ATAQUE EPILÉPTICO** | | | | | 05045

(27) **EDAD DEL ÚLTIMO ATAQUE EPILÉPTICO**..... **05046**

(28) ¿ES EL ENTREVISTADO UN CASO BIEN DIAGNOSTICADO DE EPILEPSIA? 05047

TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFALICO (TCE)

* (29) ¿HA TENIDO EL ENTREVISTADO ALGUNA VEZ UN GOLPE GRAVE EN LA CABEZA, CAYÓ

VIOLENAMENTE SOBRE SU CABEZA, O TUVO CONMOCIÓN O CONTUSIÓN CEREBRAL?

¿LLEGÓ A PERDER EL CONOCIMIENTO, LA CONCIENCIA? 05048

- 0.- No
1.- Sí

===== Si puntuá 0, pasar a la pregunta nº 30

Con pérdida de conciencia

Sin pérdida de conciencia

- | | | | | |
|--|--|-------------|--|-------|
| <i>Nº de episodios</i> | | 05049 | | 05055 |
| <i>Edad 1º episodio</i> | | 05050 | | 05056 |
| <i>Edad último episodio</i> | | 05051 | | 05057 |
| <i>Médico</i> | | 05052 | | 05058 |
| <i>Hospitalizado</i> | | 05053 | | 05059 |
| <i>TAC cerebral u otras pruebas diagnósticas</i> | | 05054 | | 05060 |

* (30) ¿HA BOXEADO ALGUNA VEZ O FUÉ BOXEADOR? ¿A QUÉ EDAD?

Antes de los 18 años 05061

Después de los 18 años..... 05062

ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP)

(31) ¿LE HA DICHO ALGÚN MÉDICO QUE TIENE ALGÚN PROBLEMA DE PARKINSON (ENFERMEDAD) DE PARKINSON?.....| 05063

Si sugiere que sí, hay informes, etc., pueden ser innecesarias las preguntas siguientes:

(32) ¿HA NOTADO ALGUNA VEZ LENTITUD DE MOVIMIENTOS (O RIGIDEZ)....POR EJEMPLO, AL LEVANTARSE DE LA CAMA, O AL PASEAR CON LA FAMILIA (QUE SE QUEDA VD. ATRÁS), ETC?| 05064

(33) ¿HA NOTADO OTRAS DIFICULTADES AL CAMINAR O AL GIRAR, AL DAR LA VUELTA, DE TAL MODO QUE HAYA LLEGADO A TENER INCLUSO CAÍDAS, CAÍDAS FRECUENTES (SIN MOTIVO APARENTE)?..... | | 05065

(34) ¿Y TEMBLORES? ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ TEMBLOR DE LA CABEZA, BRAZOS O DE LAS PIERNAS QUE LE HAYAN DURADO MÁS DE UN DÍA? 05066

===== Si puntuá 0 en todas, pasar a la pregunta nº 39

(35) ¿QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ LA ENFERMEDAD DE PARKINSON? 05067

- 0.- Nadie
 - 1.- Médico de cabecera
 - 2.- Especialista
 - 3.- Un médico (sin especificar)

(36) ¿TOMA EL PACIENTE HABITUALMENTE MEDICACIÓN PARA LA E.P.? (self-report) | 05068

- 0.- No
1.- Sí

(37) **EDAD EN QUE LE FUÉ DIAGNOSTICADA LA E.P.** | | | | 05069

(38) ¿ES EL ENTREVISTADO UN CASO BIEN DIAGNOSTICADO DE E.P.? 05070

- 0.- No
 - 1.- Sí, posible
 - 2.- Si, probable o definitivo

DIABETES MELLITUS (DM)

* (39) ¿SUFRE DE DIABETES (AZÚCAR)? | 05071

- 0.- No
1.- Sí

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta nº 44

(40) ¿QUÉN LE DIAGNOSTICÓ LA DIABETES? 05072

- 0.- Nadie
 - 1.- Médico de cabecera
 - 2.- Especialista
 - 3.- Un médico (sin especificar)

(41) *¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO LLEVA?*

- 0.- No
1.- Sí

a) *Insulina*..... 05073

b) Antidiabéticos/hipoglucemiantes orales 05074

c) Sólo con dieta para la diabetes 05075

(42) **EDAD A LA QUE SE LE DIAGNOSTICÓ LA DIABETES** | | | | | 05076

- 777.- No informado
888.- No sabe/falta dato
999.- No preguntado

(43) ¿ES EL ENTREVISTADO UN CASO ESTUDIADO Y DIAGNOSTICADO DE DIABETES O DE INTOLERANCIA A LA GLUCOSA?..... | 05077

- 0.- No
1.- Sí, diabetes
2.- Sí, intolerancia a la glucosa

ENFERMEDADES TIROIDEAS

* (44) ¿**HA TENIDO ALGUNA VEZ BOCIO?** (Colocar la mano sobre la parte anterior del cuello mientras se realiza la pregunta). ¿**SUFRE TRASTORNOS DEL TIROIDES, HIPERTIROIDISMO O HIPOTIROIDISMO?**|_| 05078

- 0.- No
- 1.- Sí, hipertiroidismo
- 2.- Sí, hipotiroidismo
- 3.- Sí, tipo primario

===== Si puntuá 0, pasar a la pregunta nº 51

(45) ¿**CUÁNDO COMENZÓ?** Edad a la que fue diagnosticada por 1^a vez la enf. tiroidea|_|||_| 05079

- 777.- No informado
- 888.- No sabe/falta dato
- 999.- No preguntado

(46) ¿**CÓMO FUÉ DIAGNOSTICADO? QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ?**|_| 05080

- 0.- Nadie
- 1.- Médico de cabecera
- 2.- Especialista
- 3.- Un médico (sin especificar)

(47) ¿**HA TOMADO ALGUNA VEZ MEDICACIÓN PARA EL TIROIDES?** (self report).|_| 05081

- 0.- No
- 1.- Sí, hipotiroides
- 2.- Sí, hipertiroides
- 3.- Sí, ambos
- 4.- Sí, desconocido

(48) ¿**TOMA ACTUALMENTE MEDICACIÓN PARA EL TIROIDES?** (self report).|_| 05082

- 0.- No
- 1.- Sí, hipotiroides
- 2.- Sí, hipertiroides
- 3.- Sí, ambos
- 4.- Sí, desconocido

(49) ¿**HA RECIBIDO ALGÚN OTRO TRATAMIENTO PARA EL TIROIDES?**|_| 05083

- 0.- No
- 1.- Intervención quirúrgica
- 2.- Yodo radioactivo

(50) ¿**ES EL ENTREVISTADO UN CASO BIEN DIAGNOSTICADO DE PATOLOGÍA TIROIDEA?**|_| 05084

- 0.- No
- 1.- Sí, hipotiroido
- 2.- Sí, hipertiroido

MENOPAUSIA

(Sólo para mujeres; asumir que todas las mujeres >= 65 años tienen menopausia).

* (51) ¿**A QUÉ EDAD TUVO LA MENOPAUSIA (SE LE RETIRÓ LA REGLA)?**|_|||_| 05085

- 77.- Hombre, Mujer reglante

(52) **CAUSA DE LA MENOPAUSIA**|_| 05086

- 0.- Natural
- 1.- No natural (fármacos, cirugía, irradiación)

EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL PACIENTE

(53) *EDAD DE LA MADRE CUANDO NACIÓ EL ENTREVISTADO.*

¿ERA MUY MAYOR SU MADRE CUANDO VD. NACIÓ? ¿QUÉ EDAD TENÍA? ||| 05087

888.- No sabe/falta dato

999.- No preguntado

TABACO

(54) ¿FUMA O HA FUMADO ALGUNA VEZ? 05088

0.- No, nunca

1.- Sí, fuma actualmente

2.- Ha sido fumador, pero ahora no fuma

===== Si puntuá 0, pasar a la pregunta nº 55

¿CUÁNTOS AÑOS APROXIMADAMENTE HA ESTADO FUMANDO?

¿CUÁNTOS CIGARRILLOS/PUROS/PIPAS SE FUMABA AL DÍA DE PROMEDIO?

Si ha dejado de fumar, ¿CUÁNDO DEJÓ DE FUMAR? Si sigue fumando, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS/PUROS/PIPAS SE FUMA AL DÍA DE PROMEDIO EN ESTE ÚLTIMO AÑO?

- Cigarrillos	Consumo actual (en el último año). DIARIO	_____	05089
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO	_____	05090
	Edad fin.....	_____	05091
	Nº años	_____	05092
 - Puros	 Consumo actual (en el último año). DIARIO	 _____	 05093
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO	_____	05094
	Edad fin.....	_____	05095
	Nº años	_____	05096
 - Pipas	 Consumo actual (en el último año). DIARIO	 _____	 05097
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO	_____	05098
	Edad fin.....	_____	05099
	Nº años		05100

ALCOHOL, OTROS TOXICOS (Excluídas medicación y drogas de abuso)

* (55) ¿BEBE O HA BEBIDO VINO O CUALQUIER OTRO TIPO DE ALCOHOL? | 05101

0.- No, nunca

1.- Sí, toma bebidas alcohólicas habitualmente

2 - Sí, toma bebidas alcohólicas ocasionalmente

3.- Ha bebido, pero ahora no bebe

===== Si puntuá 0, pasar a JUICIOS

¿QUÉ TIPO DE BEBIDAS TOMA HABITUALMENTE?

¿CUÁNTO BEBE UN DÍA NORMAL?

**¿CUANTO BEBE UN DIA NORMAL?
¿CUANTOS ANOS HA ESTADO BEBIENDO?**

¿CUANTOS AÑOS HA ESTADO BEBIENDO?

¿CUÁNDO DEJÓ DE TOMAR ALCOHOL?
Anotar literalmente las respuestas del paciente. Con posterioridad, ya se calculará la cantidad de alcohol/día.

- <u>Vino (vasos)</u>	Consumo actual (en el último año). DIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05102
	Consumo actual (en el último año). FIN DE SEMANA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05103
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05104
	Consumo promedio (antes del último año). FIN DE SEMANA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05105
	Edad fin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05106
	Nº años.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05107
- <u>Cerveza (botellines)</u>	Consumo actual (en el último año). DIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05108
	Consumo actual (en el último año). FIN DE SEMANA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05109
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05110
	Consumo promedio (antes del último año). FIN DE SEMANA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05111
	Edad fin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05112
	Nº años.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05113
- <u>Destilados (copas)</u>	Consumo actual (en el último año). DIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05114
	Consumo actual (en el último año). FIN DE SEMANA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05115
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05116
	Consumo promedio (antes del último año). FIN DE SEMANA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05117
	Edad fin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05118
	Nº años.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05119

(56) ¿HA PENSADO VD. ALGUNA VEZ QUE DEBERÍA BEBER MENOS? ¿ES EL ACOHOL DE ALGUNA FORMA UN PROBLEMA PARA VD./ÉL-ELLA?

Sólo si responde afirmativamente (o se sospecha objetivamente), preguntar ¿QUÉ TIPO DE PROBLEMA?. Elaborar los siguientes JUICIOS en relación con la bebida

- 0.- No
 - 1.- Ocasionalmente
 - 2.- Frecuentemente o por largos períodos

- a) Problemas de salud, caídas o accidentes | 05120
 - b) Ha descuidado las comidas, labores del hogar, higiene personal, autocuidado..... | 05121
 - c) Ha perdido alguna vez un trabajo o ha sido incapaz de trabajar..... | 05122
 - d) Toma alcohol para dormir..... | 05123
 - e) Intoxicación/embriaguez en el último año | 05124

JUICIO: Los actuales síntomas ¿podrían deberse a intoxicación alcohólica? 05125

- 0.- No
1.- Parcialmente
2.- Enteramente

(57) ¿HA RECIBIDO VD./ÉL-ELLA ALGUNA VEZ TRATAMIENTO O AYUDA PARA EL PROBLEMA DE LA BEBIDA, POR UN MÉDICO, POR ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS O ALGUNA OTRA INSTITUCIÓN.

- a) Ha recibido tratamiento o ayuda por la bebida | 05126
b) Ha sido ingresado alguna vez en un hospital a causa de la bebida | 05127
c) Ha tenido alguna vez delirium tremens, ver visiones, temblores, fuertes sacudidas, etc | 05128
d) Ha perdido alguna vez la memoria a causa del alcohol | 05129

===== Si el sujeto es menor de 65 años, pasar a JUICIOS

(58) Sólo para mayores de 65 años. DESPUÉS DE CUMPLIR LOS 65, ¿DIRÍA VD. QUE BEBE MÁS, MENOS O APROXIMADAMENTE LO MISMO QUE CUANDO ERA JOVEN? | 05130

0 - Sin cambios

- 1.- Se describe disminución a partir de los 65 años
- 2.- Se describe aumento a partir de los 65 años

****JUICIOS**

- a) *Se sospecha problema de alcoholismo, pero por la actitud del paciente se obvia la sección* | 05131
- b) *El entrevistador opina que el sujeto tiene un problema con la bebida* | 05132
- c) *Ha estado bebiendo de forma excesiva durante más de cinco años de su vida* | 05133
- d) *Ha sufrido graves trastornos mentales debido a la bebida* | 05134

En caso afirmativo, y si el sujeto ha dejado la bebida, juzgar lo siguiente:

- e) *El trastorno mental ha continuado durante al menos 3 semanas tras dejar la bebida (puntuar 9 si sigue bebiendo)* | 05135

OTROS PROBLEMAS MEDICO/QUIRURGICOS

(59) **¿HA TENIDO/TIENE ALGÚN OTRO PROBLEMA DE SALUD, ALGUNA OTRA ENFERMEDAD?**
¿ME PUEDE DAR ALGÚN DETALLE DE LA MISMA?

PUEDEN DESCRIBIRSE AQUÍ DETALLES NUEVOS O ADICIONALES DE LA HISTORIA
NEUROLÓGICA/MÉDICA/QUIRÚRGICA SI SE CONSIDERA OPORTUNO
(ATENCIÓN: SÓLO ENFERMEDADES RELEVANTES)

JUICIO: *Persona muy sana (sólo catarros)* | 05136

- 0.- Sí
- 1.- No

6.- ANTECEDENTES MEDICO/PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES

(1) *AHORA QUERÍA PREGUNTARLE POR SU FAMILIA CERCANA, SI NO LE IMPORTA. APARTE DE SUS PADRES, ¿CUÁNTOS HERMANOS HA TENIDO?, ¿ALGUNO GEMELO?, (en caso afirmativo ¿ERAN GEMELOS IDÉNTICOS?), ¿Y CUÁNTOS HIJOS HA TENIDO?*

- a) Nº hermanos nacidos vivos (incluido el entrevistado): |__|__| 06001
- b) Nº hermanos gemelos del paciente: |__|__| 06002
- c) Nº hermanos mellizos del paciente: |__|__| 06003
- d) Nº hijos nacidos vivos: |__|__| 06004
- e) Nº total parientes 1º grado (padres + hermanos + hijos): |__|__| 06005

(2) *YO LE QUIERO PREGUNTAR, SOBRE TODO, POR SUS FAMILIARES MÁS DIRECTOS (PADRES, HERMANOS E HIJOS), ¿ALGUNO DE ELLOS HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE LAS QUE HEMOS HABLADO ANTERIORMENTE?*

Cada columna corresponde a un pariente. Anotar el grado de parentesco según la siguiente codificación (Atención: siempre por línea directa, no valen conyuges):

- 1.- Padre
- 2.- Madre
- 3.- Hermano/a no gemelo
- 4.- Hermano/a gemelo/mellizo
- 5.- Hijo/a
- 6.- Nietos
- 7.- Otros (abuelos, tíos, primos, sobrinos) (Especificar grado de parentesco, si hay varios incluir orden de listado _____)
- 8.- Parentesco dudoso o desconocido
- 9.- No preguntado

Para cada patología:

- 1.- Dudoso
- 2.- Seguro.

GRADO DE PARENTESCO	__ 06006	__ 06015	__ 06024	__ 06033	__ 06042	__ 06051
ACV: Por ejemplo, ¿ALGUNO DE ELLOS TUVO PROBLEMAS DE RIEGO/INFARTO/EMBOLIA A LA CABEZA? (formular la pregunta, si es preciso, como se ha hecho en antecedentes médicos)	__ 06007	__ 06016	__ 06025	__ 06034	__ 06043	__ 06052
Edad de comienzo (estimar el posible punto medio)	__ __ 06008	__ __ 06017	__ __ 06026	__ __ 06035	__ __ 06044	__ __ 06053
EPILEPSIA: ¿Y CONVULSIONES/ATAQUES EPILÉPTICOS? (formular la pregunta, si es preciso, como se ha hecho en antecedentes médicos)	__ 06009	__ 06018	__ 06027	__ 06036	__ 06045	__ 06054
DOWN: ¿HA HABIDO ALGÚN CASO DE RETRASO MENTAL/ MONGOLISMO EN LA FAMILIA?	__ 06010	__ 06019	__ 06028	__ 06037	__ 06046	__ 06055
PARKINSON: ¿Y ENFERMEDAD DE PARKINSON? (formular la pregunta, si es preciso, como se ha hecho en antecedentes médicos)	__ 06011	__ 06020	__ 06029	__ 06038	__ 06047	__ 06056
DIABETES: ¿Y DIABETES/AZÚCAR A LA SANGRE? (formular la pregunta, si es preciso, como se ha hecho en antecedentes médicos)	__ 06012	__ 06021	__ 06030	__ 06039	__ 06048	__ 06057
DEMENCIA: AHORA ME GUSTARÍA SABER SI ¿ALGUIEN DE SU FAMILIA LLEGÓ A IRSE DE CABEZA CUANDO FUE MAYOR?	__ 06013	__ 06022	__ 06031	__ 06040	__ 06049	__ 06058
Edad de comienzo (estimar el posible punto medio)	__ __ 06014	__ __ 06023	__ __ 06032	__ __ 06041	__ __ 06050	__ __ 06059

(3) ¿HA HABIDO EN SUS FAMILIARES CERCANOS (PADRES, HERMANOS, HIJOS) ALGUNA OTRA ENFERMEDAD DE NERVIOS O MENTAL, POR EJEMPLO: ¿HA TENIDO ALGUIEN ALGUNA DEPRESIÓN? Si se sospecha que sí: ¿LLEGÓ A INTENTAR HACERSE DAÑO A SÍ MISMO?, en caso afirmativo: ¿PUEDE DECIRME CÓMO ERA LA ENFERMEDAD?, ¿FUE TRATADO POR ALGÚN MÉDICO POR ESE PROBLEMA?, ¿CÓMO FUE TRATADO, ¿LLEGÓ A SER HOSPITALIZADO?

Para las enfermedades mentales, codificar:

Diagnóstico:

- 1.- diagnóstico inseguro.
 - 2.- diagnóstico bastante probable.
 - 8.- no sabe/no contesta.
 - 9.- no preguntado.

Tratamiento:

- 1.- enfermedad no tratada por médico.
 - 2.- enfermedad tratada por médico.
 - 3.- enfermedad tratada por consultas externas de psiquiatría.
 - 4.- enfermedad tratada mediante ingreso psiquiátrico.
 - 8.- no sabe/no contesta.
 - 9.- no preguntado.

GRADO DE PARENTESCO	<input type="checkbox"/> 06060	<input type="checkbox"/> 06072	<input type="checkbox"/> 06084	<input type="checkbox"/> 06096	<input type="checkbox"/> 06108	<input type="checkbox"/> 06120
DEPRESIÓN: <i>Diagnóstico</i>	<input type="checkbox"/> 06061	<input type="checkbox"/> 06073	<input type="checkbox"/> 06085	<input type="checkbox"/> 06097	<input type="checkbox"/> 06109	<input type="checkbox"/> 06121
<i>Tratamiento</i>	<input type="checkbox"/> 06062	<input type="checkbox"/> 06074	<input type="checkbox"/> 06086	<input type="checkbox"/> 06098	<input type="checkbox"/> 06110	<input type="checkbox"/> 06122
MANÍA: <i>Diagnóstico</i>	<input type="checkbox"/> 06063	<input type="checkbox"/> 06075	<input type="checkbox"/> 06087	<input type="checkbox"/> 06099	<input type="checkbox"/> 06111	<input type="checkbox"/> 06123
<i>Tratamiento</i>	<input type="checkbox"/> 06064	<input type="checkbox"/> 06076	<input type="checkbox"/> 06088	<input type="checkbox"/> 06100	<input type="checkbox"/> 06112	<input type="checkbox"/> 06124
ESQUIZOFRENIA: <i>Diagnóstico</i>	<input type="checkbox"/> 06065	<input type="checkbox"/> 06077	<input type="checkbox"/> 06089	<input type="checkbox"/> 06101	<input type="checkbox"/> 06113	<input type="checkbox"/> 06125
<i>Tratamiento</i>	<input type="checkbox"/> 06066	<input type="checkbox"/> 06078	<input type="checkbox"/> 06090	<input type="checkbox"/> 06102	<input type="checkbox"/> 06114	<input type="checkbox"/> 06126
ALCOHOLISMO: <i>Diagnóstico</i>	<input type="checkbox"/> 06067	<input type="checkbox"/> 06079	<input type="checkbox"/> 06091	<input type="checkbox"/> 06103	<input type="checkbox"/> 06115	<input type="checkbox"/> 06127
<i>Tratamiento</i>	<input type="checkbox"/> 06068	<input type="checkbox"/> 06080	<input type="checkbox"/> 06092	<input type="checkbox"/> 06104	<input type="checkbox"/> 06116	<input type="checkbox"/> 06128
OTROS (especificar): _____ :						
<i>Diagnóstico</i>	<input type="checkbox"/> 06069	<input type="checkbox"/> 06081	<input type="checkbox"/> 06093	<input type="checkbox"/> 06105	<input type="checkbox"/> 06117	<input type="checkbox"/> 06129
<i>Tratamiento</i>	<input type="checkbox"/> 06070	<input type="checkbox"/> 06082	<input type="checkbox"/> 06094	<input type="checkbox"/> 06106	<input type="checkbox"/> 06118	<input type="checkbox"/> 06130
SUICIDIO: <i>Diagnóstico</i>	<input type="checkbox"/> 06071	<input type="checkbox"/> 06083	<input type="checkbox"/> 06095	<input type="checkbox"/> 06107	<input type="checkbox"/> 06119	<input type="checkbox"/> 06131

(4) ***APARTE DE ESTOS PARIENTES MÁS CERCANOS, ¿ALGÚN OTRO FAMILIAR HA TENIDO PROBLEMAS DE ESE TIPO?, POR EJEMPLO ¿ALGÚN ABUELO, TÍO, PRIMO, ETC?*** Si existe alguno, regresar a las tablas anteriores, especificar el parentesco según la codificación dada y completar los ítems que correspondan.

7.- MEDICIONES**TENSION ARTERIAL**

(1) *Realizar dos tomas de tensión arterial, espaciadas por un intervalo de 2-3 minutos.*

- a) Tensión arterial sistólica. Primera medición: (mmHg)|_|_|_|_ 07001
b) Tensión arterial sistólica- Segunda medición: (mmHg)|_|_|_|_ 07002
c) Tensión arterial diastólica. Primera medición: (mmHg)|_|_|_|_ 07003
d) Tensión arterial diastólica. Segunda medición: (mmHg)|_|_|_|_ 07004
e) Posición en que fue tomada la T.A|_| 07005

- 1.- sentado
2.- tumbado

ANTROPOMETRÍA

(2) *Peso (Aproximarse hasta 1 decimal): (Kg)*|_|_|_|_,_|_ 07006

JUICIO: Fiabilidad en el dato|_| 07007

- 0.- Seguro (el sujeto se ha pesado recientemente)
1.- Dudoso (no lo recuerda con exactitud, da un valor aproximado)

(3) *Altura (Aproximarse hasta 1 decimal): (cm)*|_|_|_|_,_|_ 07008

8.- EXPLORACIÓN PSIQUIÁTRICA (GMS-B, HAS)

PREOCUPACION

AHORA, SI NO LE IMPORTA, ME GUSTARÍA PREGUNTARLE POR EL ÚLTIMO MES, ¿CÓMO SE HA SENTIDO DURANTE EL ÚLTIMO MES?. POR EJEMPLO:

(1). **¿LE PREOCUPA ALGUNA COSA?** |__| 08001

===== Si no menciona ninguna preocupación, pasar a la pregunta nº 6

(2). **¿DE QUÉ SE PREOCUPA VD.?** Tema o contenido de las preocupaciones, si lo hay.

- a) *Su propia salud* |__| 08002
- b) *La salud de otros* |__| 08003
- c) *Sus negocios (incluyendo la pensión)* |__| 08004
- d) *Problemas familiares (aparte de la salud)* |__| 08005

(3). Si tiene hijos: **¿Y, EN CONCRETO, HAY ALGO EN LA RELACIÓN CON SUS HIJOS QUE LE PREOCUPE O LE ALTERE? ¿QUÉ ES?**

Alterado o preocupado por las relaciones con sus hijos |__| 08006

(4). **¿CUÁNTO SE PREOCUPA VD.?**

- a) *Se preocupa mucho (p. ej. de una o dos cosas)* |__| 08007
- b) *Es preocupadizo, se preocupa de casi todo ahora* |__| 08008

(5). **¿ES DESAGRADABLE PREOCUPARSE TANTO?, (¿PUEDE VD. DEJAR DE PREOCUPARSE?, ¿LE VIENEN ESTOS PENSAMIENTOS CONSTANTEMENTE A LA CABEZA?)**

Preocupación desagradable que le viene constantemente a la cabeza o que no puede detener |__| 08009

ANSIEDAD GENERAL

* (6). **¿SE ASUSTA VD., SE PONE NERVIOSO? (¿LE OCURRE ESTO ÚLTIMAMENTE?)**
(¿QUÉ LE HACE SENTIRSE ASÍ?)

Hay ansiedad o miedo subjetivos, no proporcionales al suceso que los ocasiona |__| 08010

(7). **¿HA TENIDO VD. COMO CRISIS O ATAQUES DE MIEDO, (INCLUSO DE PÁNICO_) EN LOS QUE SE HAYA VISTO OBLIGADO A HACER ALGO EN CONCRETO PARA DETENERLOS?**

Episodio crítico de ansiedad que el sujeto intenta detener p. ej. pidiendo ayuda, acudiendo al médico/urgencias, saliendo corriendo de la habitación |__| 08011

===== Si no hay crisis de pánico, pasar a la pregunta nº 8

Determinar el nº de crisis de pánico:

- a) En la última semana: |__||__| 08012
- b) En el último mes: |__||__| 08013
- c) En el último año: |__||__||__| 08014

TENSION

* (8). **¿ESTÁ CANSADO? (¿EXHAUSTO?)** Si responde: No **¿Y POR LA NOCHE?**

Está cansado o exhausto por el día o por la noche. | 08015

(9). **¿TIENE DIFICULTADES PARA RELAJARSE, PARA RELAJAR SU CUERPO?**

Dificultades para descansar (relajarse). | 08016

(10). **¿TIENE DOLORES DE CABEZA? ¿EN QUÉ PARTE? ¿CÓMO SON?** | 08017

0.- No

1.- Refiere dolores de cabeza.

2.- Refiere cefaleas tensionales, por ej: "bandas alrededor de la cabeza", "presión", "tensión en la nuca", "pesadez".

Como dolores tensionales no anotar las migrañas, p. ej., dolor de cabeza unilateral, pulsátil, con distorsión visual y náusea.

IRRITABILIDAD

(11). **¿ESTÁ VD. ÚLTIMAMENTE MÁS IRRITABLE (ENFADADO)?, ¿Y LE OCURRE A MENUDO?, (¿INCLUSO CADA DÍA?), (¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO?)**

a) *Admite su irritabilidad (enfado).* | 08018

b) *Irritable casi todos los días durante al menos dos semanas en el último mes.* | 08019

(12). **Y CON VD. MISMO, ¿SE ENFADA CON VD. MISMO?**

Se enfada consigo mismo | 08020

SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS

(13). **¿HA NOTADO LOS LATIDOS DE SU CORAZÓN (PALPITACIONES) O SE HA ENCONTRADO TEMBLOROSO EN EL ÚLTIMO MES? (¿CUANDO ESTO NO ERA DEBIDO AL EJERCICIO?) ¿QUÉ SUCEDIÓ?-, ¿HA TENIDO OTROS SÍNTOMAS COMO, POR EJEMPLO: SEQUEDAD DE BOCA, DIFICULTADES PARA RESPIRAR, SENSACIÓN DE AHOGO, MALESTAR, DOLOR EN EL PECHO, NÁUSEAS, PROBLEMAS EN LA TRIPA, MAREOS, ESCALOFRÍOS, ETC?**

a) *Palpitaciones (p. ej, el paciente es consciente de los latidos de su corazón, no debido al ejercicio pero a menudo acompañado de ansiedad).* | 08021

b) *Tremblores ligeros o de grado medio debidos a la ansiedad.* | 08022

c) *Otros signos corporales de ansiedad (especificar _____).* | 08023

TRASTORNOS SOMATICOS

(14). **¿QUÉ TAL APETITO TIENE? ¿COME BIEN? (¿HA COMIDO ÚLTIMAMENTE MÁS O MENOS DE LO NORMAL?)** | 08024

0.- Apetito normal

1.- Disminución de la apetencia por la comida.

2.- Aumento de la apetencia por la comida.

===== Si come bien, pasar a la pregunta nº 16.

(15). **¿A QUÉ SE DEBE? ¿LLEVA PASÁNDOLE ESTO CASI TODOS LOS DÍAS DE ESTE ÚLTIMO MES?**

Mal apetito sin alteración médica conocida y sin náuseas o dispepsia. | 08025

Alteración del apetito presente casi todos días durante al menos 2 semanas en el último mes.. | 08026

1.- Disminución del apetito

2.- Aumento del apetito

* (16). ¿HA PERDIDO PESO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? (¿HA GANADO PESO?) ¿CUÁNTO? ¿Y EN EL ÚLTIMO MES? | 08027

- 0.- No
- 1.- Ha perdido 4.5 Kg o más durante los últimos 3 meses.
- 2.- Ha perdido 4.5 Kg o más durante el último mes.
- 3.- Ha ganado 4.5 Kg o más durante el último mes.

(17). ¿HA TENIDO PROBLEMAS PARA DORMIR ÚLTIMAMENTE? (¿HA TOMADO ALGO PARA DORMIR?) ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO LLEVA OCURRIÉNDOLE? ¿QUÉ SUELE PASAR?

Problemas o cambio reciente en el patrón de sueño..... | 08028

===== Si no hay problemas, pasar a la pregunta nº 22.

Tipo de alteración..... | 08029

- 1.- Padece insomnio la mayor parte de la noche y duerme principalmente durante el día.
- 2.- Marcado insomnio la mayor parte de las noches, durante al menos 2 semanas en el último mes.
- 3.- Marcado y excesivo sueño la mayor parte de las noches, durante al menos dos semanas en el último mes

(18). Sólo si no ha quedado claro, insistir: **PERDONÉ QUE INSISTA UN POCO. EN CONCRETO_**
¿HA TENIDO DIFICULTADES PARA CONCILIAR EL SUEÑO, PARA QUEDARSE DORMIDO?
¿PERMANECE DESPIERTO MUCHO TIEMPO?

Dificultad para conciliar el sueño. Si toma hipnóticos, valorar lo que el entrevistado cree que ocurriría si no los tomara..... | 08030

(19). ¿SE DESPIERTA POR LA NOCHE?

Interrupción del sueño por la noche.(Se incluye cuando el entrevistado se despierta tras un sueño ligero y no puede dormirse de nuevo durante más tiempo). Si toma hipnóticos, valorar lo que el entrevistado cree que ocurriría si no los tomara..... | 08031

(20). FINALMENTE, ¿SE DESPIERTA TEMPRANO POR LAS MAÑANAS, DEMASIADO TEMPRANO, SIN PODER VOLVERSE A DORMIR? ¿A QUÉ HORA OCURRE ESTO? ¿CUÁL ES SU HORA NORMAL DE LEVANTARSE? ¿CUÁNTAS VECES LE HA OCURRIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS?

Despierta sobre 2 horas o más antes de la hora normal de despertarse y no puede volver a dormirse casi todas las noches durante al menos 2 semanas en el último mes..... | 08032

(21). ¿POR QUÉ SE DESPIERTA? (¿CUÁL ES LA DIFICULTAD?) ¿ES UN PROBLEMA (FÍSICO), DEL TIPO DE TENER QUE IR AL BAÑO, O POR ALGÚN DOLOR? ¿LE MOLESTA EL RUIDO?

- 0.- Principalmente se debe o procede de una causa física corporal, o ruidos, etc.
- 1.- La dificultad se debe a pensamientos o ánimos alterados, o a la tensión emocional (p. ej., permanece despierto con sentimientos o pensamientos depresivos-ansiosos).

SOLEDAD

* (22). ¿SE SIENTE VD. SÓLO, TIENE SOLEDAD?

Admite sentirse solo, en soledad (subjetivo)..... | 08034

===== Si no se siente solo, pasar a la pregunta nº 25

(23). ESTA SOLEDAD, ¿LE PREOCUPA, LE AFECTA MUCHO? ¿LA PUEDE EVITAR?

- a) Se siente solo, en soledad (subjetivo) y no puede hacer nada por evitarlo..... | 08035
- b) Preocupado o deprimido por su actual soledad..... | 08036

(24). **Y PARA EL FUTURO, ¿LE PREOCUPA LA POSIBILIDAD (PERSPECTIVA) DE ESTAR (VIVIR) SOLO (SIN OTRAS PERSONAS) EN EL FUTURO?**

Le preocupa estar solo, sin otras personas (objetivo), en el futuro | 08037

DEPRESIÓN

* (25). **¿QUÉ ME DICE DE SU ESTADO DE ÁNIMO?, (¿HA ESTADO VD. BAJO DE ÁNIMOS, INCLUSO TRISTE (DEPRIMIDO, INFELIZ) ÚLTIMAMENTE ?)**

Estado de ánimo deprimido. | 08038

(26). **¿HA LLEGADO A LLORAR ÚLTIMAMENTE? (¿CON QUÉ FRECUENCIA?)**

Ha llorado. | 08039

===== Si ha llorado, pasar a la pregunta nº 29

(27). **¿HA TENIDO GANAS DE LLORAR SIN LLEGAR A HACERLO? (¿CON QUÉ FRECUENCIA?)**

Se ha sentido con ganas de llorar. | 08040

(28). Si el entrevistado no admite estar deprimido, haber llorado o haber querido llorar, INSISTIR:

SE SUELE CONSIDERAR QUE LAS PERSONAS DE EDAD A MENUDO ESTÁN BAJOS DE ÁNIMO, CON TENDENCIA A ESTAR TRISTES PERO, A PESAR DE ELLA, VD. SE ENCUENTRA BIEN, ¿ES ASÍ? . | 08041

===== Si no existen indicios de depresión, pasar a pregunta nº 39.

* (29). **¿ESTÁ VD. ASÍ TODO EL TIEMPO? ¿CUÁNTO LE HA DURADO ESE ESTADO DE ÁNIMO, ESA DEPRESIÓN? (¿SÓLO UNAS POCAS HORAS O MÁS?)** | 08042

- 1.- La depresión, llanto o ganas de llorar dura más de unas pocas horas ocasionales.
- 2.- La depresión, llanto o ganas de llorar está presente la mayor parte del tiempo.

¿DURANTE CUANTO TIEMPO LA HA TENIDO?

Presente durante al menos dos semanas seguidas en el último mes.... | 08043

(30). **¿VARÍA SU ESTADO DE ÁNIMO MUCHO EN EL MISMO DÍA, ES CAMBIANTE, FLUCTÚA MUCHO?**

Humor fluctuante..... | 08044

(31). **¿A QUÉ HORA DEL DÍA SE SIENTE PEOR?**

- Si en ninguno de los períodos siguientes, puntuar: 0.
Si es severa durante todo el día, puntuar 1 en los 3 ítems.

a) *Sobre todo por la mañana.* | 08045

b) *Sobre todo por la tarde.* | 08046

c) *Sobre todo por la noche.* | 08047

(32). **¿HAY ALGO QUE ALIVIE SU DEPRESIÓN_ LAS VISITAS, LAS NOTICIAS AGRADABLES, LAS DISTRACCIONES? – ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO SE ALIVIA?** | 08048

- 1.- Alguna experiencia placentera alivia la depresión, pero las visitas o actividades de entretenimiento no la alivian o sólo la alivian 1 ó 2 horas
- 2.- Anhedonia profunda: nada alivia la depresión.

CULPABILIDAD

(33). *¿TIENDE VD. A REPROCHARSE ALGO, A SENTIRSE POCO ÚTIL_ O INCLUSO A SENTIRSE CULPABLE?* Sólo si sugiere que sí, continuar: *¿DE QUÉ? (¿QUIERE DECIR QUE DE HECHO SE SIENTE INÚTIL?) (¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA SINTIÉNDOSE ASÍ?) (¿CREE VD. QUE ES RAZONABLE SENTIRSE ASÍ?)*

- a) Excesiva autoculpa obvia por "pecadillos" pasados o del presente.
(No se incluye una ligera o justificada autoculpa).....|_| 08049
- b) Menciona arrepentimientos del pasado que pudieran o no ser justificables.....|_| 08050
- c) Se siente inútil o con una severa culpa casi todos los días durante al menos dos semanas...|_| 08051
- d) Inutilidad o culpa de intensidad delirante la mayoría de los días.|_| 08052

SUICIDIO

(34). *VEO QUE HA ESTADO BAJO DE ÁNIMOS,_ (resumir los síntomas observados), ¿CÓMO VE (O SIENTE) SU FUTURO? (¿CÓMO CREE QUE LE SALDRÁN LAS COSAS EN EL FUTURO?) (¿QUÉ ESPERA DEL FUTURO?)*

- No es pesimista, pero no tiene expectativas (vive día a día,"a mi edad no hay futuro") (profundizar en el tema).....|_| 08053

Si es pesimista: ¿POR QUÉ? ¿SE HA SENTIDO REALMENTE DESESPERADO (SIN ESPERANZAS)?

Si se evade: ¿HAY ALGO EN SU FUTURO EN LO QUE VD. NO QUIERA PENSAR?

- a) Es pesimista, el futuro le parece negro, no ve futuro o su futuro le es inaguantable.|_| 08054
- b) Sensación general de desesperación.....|_| 08055
- c) Pesimismo obviamente justificado por las circunstancias.....|_| 08056

(35). *¿HA LLEGADO A SENTIR QUE LA VIDA NO MERECE SER VIVIDA?*

- Lo ha sentido.....|_| 08057

===== Si no lo ha sentido, pasar a la pregunta nº 39

(36). *¿HA SENTIDO VD. ALGUNA VEZ QUE PREFERIRÍA ESTAR MUERTO? (PORQUE LA VIDA HA LLEGADO A SER UNA CARGA PARA VD.) ¿HA QUERIDO ALGUNA VEZ TERMINAR CON TODO? (¿HA PENSADO HACER ALGO AL RESPECTO VD. MISMO?) (¿SUICIDARSE?)*

- Ha tenido pensamientos suicidas o ha deseado estar muerto.....|_| 08058

===== Si nunca lo ha sentido, pasar a la pregunta nº 39.

(37). *¿CUÁNDO OCURRIÓ ESTO? ¿ULTIMAMENTE? (¿EN EL ÚLTIMO MES?) (¿CUÁNTAS VECES?)*.....|_| 08059

- 0.- Nunca
- 1.- Alguna vez en el último mes.
- 2.- En el último año.

- Los deseos de estar muerto han durado al menos dos semanas en el último mes.....|_| 08060

===== Si no lo ha sentido en el último mes, pasar a la pregunta nº 39

(38). *¿LLEGÓ A INTENTAR ALGO AL RESPECTO, HACERSE DAÑO HACE POCO TIEMPO?*

¿CUÁNDO? ¿QUÉ HIZO? (¿O QUÉ PLANEÓ HACER?) ¿POR QUÉ PIENSA QUE SE SINTIÓ ASÍ.....|_| 08061

- 1.- Ha rechazado el suicidio, pero ha deseado estar muerto, porque la vida es una carga.
- 2.- Ha hecho o planeado algo para suicidarse

*****(39). **OBSERVACION**

Parece (al verlo o escucharlo) tenso, preocupado, deprimido o miedoso.....|_| 08062

===== Si no presenta estos síntomas, pasar a la pregunta nº 40

- a) *Parece tenso o preocupado.....|_| 08063*
- b) *Se le escucha triste, apagado, pesimista o deprimido.....|_| 08064*
- c) *Parece aprensivo o miedoso.....|_| 08065*
- d) *Ojos húmedos: llenos de lágrimas o llorando.....|_| 08066*

LENTITUD*(40). **¿SE VE VD. (ESTÁ) LENTO EN SUS MOVIMIENTOS (FÍSICOS)?**

Lentitud subjetiva de movimientos.....|_| 08067

(41). **¿SE VE VD. CON MUY POCA ENERGÍA (PARA HACER LAS COSAS QUE QUIERE HACER)?**

¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA OCURRIÉNDOLE? ¿ES VD. ASÍ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?

- a) *Restricción subjetiva de energía.....|_| 08068*
- b) *Presente casi todos los días durante al menos dos semanas.....|_| 08069*

(42). **¿PUEDE HACER SUS TAREAS O SU ACTIVIDAD HABITUAL?** (Valorar sólo las restricciones no impuestas por el ambiente).

Hace menos de lo normal.....|_| 08070

===== Si no hay enlentecimiento, falta de energía o reducción de actividad, pasar a la pregunta de observación nº 48.

(43). **¿CUÁNDO COMENZÓ ESTE PROBLEMA (EL ENLENTECIMIENTO, LA PÉRDIDA DE ENERGÍA, LA REDUCCIÓN DE ACTIVIDAD)? ¿LE HA IDO A PEOR EN LOS ÚLTIMOS MESES?**

Comenzó o empeoró en los últimos 3 meses.....|_| 08071

(44). **¿SE SIENTE PEOR EN ALGÚN MOMENTO DEL DÍA?** ..|_| 08072

- 0.- No hay diferencias
- 1.- Lentitud o falta de energía peor por la mañana.
- 2.- La lentitud o falta de energía aumenta en las últimas horas de la tarde.

(45). **¿ESTÁ PRESENTE CASI TODOS LOS DÍAS?**

La lentitud ha estado presente casi todos los días durante al menos dos semanas.....|_| 08073

(46). **¿QUÉ PASA CUANDO ALGUIEN LE VISITA O VD. TIENE QUE SALIR? ¿SE CANSA DEMASIADO?**

No soporta incluso estas actividades normalmente placenteras.....|_| 08074

(47). **¿PERMANECE VD. AHORA MUCHO TIEMPO SENTADO (O MÁS TIEMPO EN LA CAMA DE LO NORMAL) POR FALTA DE ENERGÍA?**

Está sentado o en la cama por falta de energía.....|_| 08075

*(48). **OBSERVACION**

Muy lento en todos sus movimientos.|_| 08076

INTERÉS

(49). ¿SE INTERESA POR LAS COSAS? (¿MANTIENE SUS INTERESES?)

Tiene menos interés por las cosas de lo que es normal para él/ella.|__| 08077

(50). ¿DISFRUTA VD. CON ALGO?, ¿QUÉ LE GUSTA HACER ÚLTIMAMENTE? (¿HA HABIDO ALGÚN CAMBIO?)

Prácticamente no disfruta con nada.|__| 08078

===== Si no ha descendido su interés, pasar a la pregunta nº 54.

(51). ¿CUÁNDO NOTÓ VD. ESTA PÉRDIDA DE INTERÉS (o QUE NO DISFRUTA)? ¿CUÁNDO COMENZÓ? ¿HA APARECIDO RECIENTEMENTE? ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO?|__| 08079

- 1.- Perdida de interés/disfrute gradual durante algunos años.
- 2.- La pérdida de interés/disfrute ha ocurrido sólo en los últimos 3 meses.

(52). ¿LE PASA CASI TODOS LOS DÍAS?

Sin interés/disfrute casi todos los días durante al menos 2 semanas el último mes.|__| 08080

(53). ¿Y A QUÉ SE DEBE?, ¿LO SABE?, CONSIDERA QUE SE DEBE A ESTAR DEPRIMIDO O NERVIOSO?

Demasiado deprimido o nervioso.|__| 08081

CONCENTRACION

* (54). ¿CÓMO ESTÁ DE CONCENTRACIÓN? Sólo sondear.

¿PUEDE VD. CONCENTRARSE, POR EJEMPLO, EN UN PROGRAMA DE T.V. (RADIO, PELÍCULA)? (¿PUEDE VD. VERLO-ESCUCHARLO ENTERO?) (¿LE OCURRE A MENUDO?)

Dificultad de concentración para el entretenimiento.|__| 08082

(55). ¿LEE VD.? ¿PUEDE CONCENTRARSE EN LO QUE LEE? (¿LE OCURRE A MENUDO?)

Dificultad de concentración en la lectura.|__| 08083

===== Si no existen dificultades, pasar a la pregunta nº 57

(56). ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA ESTO MOLESTÁNDOLE?

Dificultad de concentración en cualquiera de sus formas casi todos los días durante al menos dos semanas.|__| 08084

* (57). OBSERVACION

Dificultad obvia de concentración en la entrevista.|__| 08085

DIFICULTADES DEL PENSAMIENTO

(58). OBSERVACION

a) Parece confuso (se le mezclan los pensamientos, no puede pensar claramente)|__| 08086

b) Parece indeciso|__| 08087

DUELO Y ACONTECIMIENTOS VITALES

(59). ***ME HA DICHO VD. QUE ESTÁ DEPRIMIDO/TIENE PROBLEMAS DE MEMORIA/ETC. ¿A QUÉ LO ATRIBUYE VD. Y, EN CONCRETO, ¿PUEDO PREGUNTARLE SI ALGUIEN CERCANO A VD. /ÉL-ELLA HA MUERTO RECIENTEMENTE? ¿DE QUIÉN SE TRATABA? ¿CUÁNDΟ SUcedió?***

a) *Padre, hermano o hijo fallecido*|__| 08088

b) *Otra persona, muy próxima al paciente ha fallecido*|__| 08089

0.- No ha fallecido nadie.

1.- En las últimas 6 semanas.

2.- Más de 6 semanas pero menos de 6 meses.

3.- Más de 6 meses pero menos de 3 años.

4.- Más de 3 años.

Especificar el tiempo transcurrido _____

(60). ***¿HA SUCEDIDO ALGUNA OTRA COSA RECIENTEMENTE QUE LE HAYA CONTRARIADO / INQUIETADO SERIAMENTE? (¿QUÉ SUcedió? ¿CUÁNDΟ SUcedió?), ¿LE HA IMPEDIDO SU PREOCUPACIÓN HACER ALGUNA DE LAS COSAS QUE HARÍA NORMALMENTE (ACTIVIDADES SOCIALES, ETC)?***

a) *El acontecimiento altera seriamente la rutina normal*|__| 08090

b) *Anotar cuánto hace que ocurrió el acontecimiento (nº meses)*|__||__||__| 08091

c) *Valorar si el acontecimiento principal precede al episodio actual de enfermedad*|__| 08092

Especificar el acontecimiento _____

JUICIOS:

Independientemente del tiempo que hace que ocurrió el acontecimiento, casi todos los actuales síntomas pueden ser atribuídos:

a) *a la pérdida de una persona cercana*|__| 08093

b) *a la pérdida de un animal de compañía*|__| 08094

c) *al serio / importante acontecimiento vital distinto del duelo (valorado más arriba)*|__| 08095

Teniendo en cuenta la severidad de la pérdida y el lapso de tiempo, esto no puede considerarse un duelo normal. (Ej: hay una enfermedad depresiva superpuesta, no consigue reconciliarse con la pérdida, etc.)|__| 08096

0.- Normal

1.- Probablemente anormal

2.- Definitivamente anormal.

PERSECUCIÓN

(61). ***¿CÓMO SE LLEVA CON LA GENTE NORMALMENTE? ¿LE HACEN SENTIRSE MAL FÁCILMENTE?***

Se siente mal fácilmente|__| 08097

(62). ***A VECES NOS DICEN LAS PERSONAS (DE EDAD) QUE ALGUNA VEZ SIENTEN QUE LA GENTE ESTÁ HABLANDO MAL DE ELLOS, ¿LE HA OCURRIDO A VD.? Si sugiere que sí, preguntar: ¿HA LLEGADO A PENSAR QUE SE RÍEN DE VD.?***

Ha tenido esa sensación|__| 08098

===== Si la anterior pregunta puntuó 0, pasar a pregunta nº 64

(63). ***¿CREE QUE REALMENTE ES CIERTO O ES QUIZÁS UNA FORMA DE PENSAR SUYA? (¿ESTÁ VD. SEGURO?)***|__| 08099

1.- Probablemente no es verdad.

2.- Considera que es cierto.

3.- Está convencido de que es cierto.

* (64). *NO ESPERAMOS QUE SE TRATE CON TODO EL MUNDO PERO ¿HAY ALGUIEN ESPECIAL -NO NECESITA DECIRME QUIÉN- CON QUIEN TENGA PARTICULAR DIFICULTAD PARA RELACIONARSE?*

Hay alguna/varias personas.....| 08100

(65). *OBSERVACION*

Parece indebidamente suspicaz.....| 08101

DISTORSION DE LA PERCEPCION

(66). *¿LE ESTÁ OCURRIENDO ÚLTIMAMENTE ALGUNA COSA RARA O EXTRAÑA, ALGO QUE NO PUEDE EXPLICAR? ¿ME PUEDE PONER ALGÚN EJEMPLO?. YO LE AYUDO, POR EJEMPLO, ¿ESTÁ SINTIENDO, VIENDO, OYENDO, ETC. ALGO RARO?*

Cree que le sucede algo extraño.....| 08102

Especificar tipo de alucinaciones: _____

JUICIO:

a) *Tiene otros delirios. Especificar:| 08103*

b) *Tiene otras alucinaciones. Especificar:| 08104*

c) *Tiene otros síntomas psicóticos. Especificar:| 08105*

Cuando el entrevistado es valorado como "caso" psiquiátrico, es decir, cuando hay alguna psicopatología relevante como: deterioro cognoscitivo, depresión, ansiedad, psicosis (ideas delirantes, alucinaciones, etc), independientemente del diagnóstico, se continúa explorando la historia del trastorno actual (si se trata de un caso de deterioro cognoscitivo, recoger la información de un informador externo fiable).

Cuando el entrevistado no es caso, preguntar por posibles enfermedades psiquiátricas pasadas.

9.- ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES

Si la enfermedad documentada hasta ahora no parece ser un trastorno depresivo, preguntar: Y, EN CONCRETO, ¿HA TENIDO VD. ALGUNA DEPRESIÓN?, ¿CÓMO FUE?

Para explorar cualquier otra enfermedad psiquiátrica, utilizar la pregunta siguiente:

¿APARTE DE LO QUE ME HA CONTADO, HA SUFRIDO EL/ELLA-Vd., ALGUNA VEZ OTRA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE NERVIOS, EMOCIONAL O PSIQUIÁTRICO? (En caso afirmativo ¿CÓMO FUE?)

Cada columna corresponde a una enfermedad psiquiátrica. En caso de "Otros" especificar diagnóstico:

	Demencia y déficit cognitivo	Depresión Actual	Antecedentes de Depresión	Otras
DIAGNÓSTICO: Sólo cuando éstos parezcan haber sido dados al informador/sujeto por un médico; en caso contrario puntuar 88) (ver glosario):	□□□ 09001	□□□ 09012	□□□ 09024	□□□ 09036
COMIENZO: <i>Vd. ME HA DICHO QUE ESTÁ DEPRIMIDO/NERVIOSO, ETC., ¿CUÁNDO NOTÓ Vd. QUE ALGUNA COSA IBA MAL?</i> Puntuar la duración en semanas	□□□□ 09002	□□□□ 09013		□□□□ 09037
<i>Edad al comienzo del primer episodio de enfermedad.</i>	□□□□ 09003		□□□□ 09025	□□□□ 09038
<i>Edad al comienzo del último episodio de enfermedad.</i>		□□□□ 09014	□□□□ 09026	□□□□ 09039
Nº EPISODIOS PREVIOS: <i>¿CUÁNTAS (ENFERMEDADES) (EPISODIOS) COMO LA ACTUAL HA TENIDO?</i> Puntuar el n.º de enfermedades con al menos 4 semanas de normalidad entre ellas. (no contar la enfermedad actual). 0.- 0; 1.- 1; 2.- 2; 3.- 3; 4.- 4 ó más			□ 09027	□ 09040
FORMA DE COMIENZO: <i>¿SUCEDIÓ DE REPENTE, O VINO LENTAMENTE?</i> Valorar el comienzo. 1.- sucedió en un máximo de 24 horas. 2.- más de un día, pero menos de una semana. 3.- una semana o más, pero menos de un mes. 4.- un mes o más.	□ 09004	□ 09015	□ 09028	□ 09041
EVOLUCIÓN DESDE INICIO: <i>¿HA EMPEORADO O HA MEJORADO, DESDE QUE COMENZÓ EL PROBLEMA?</i> 1.- Se describe un deterioro. 2.- Se describe una mejoría. 3.- No hay cambios o muy pequeños en la condición descrita.	□ 09005	□ 09016	□ 09029	□ 09042
EMPEORAMIENTOS/EXACERBACIONES: Si hubo empeoramiento: <i>¿CUÁNDO COMENZÓ ESE EMPEORAMIENTO?</i> 0.- sin exacerbaciones sintomáticas 1.- en los últimos 3 días 2.- 4-7 días 3.- 8-28 días 4.- Más de 28 días	□ 09006	□ 09017		□ 09043

PERÍODOS NORMALIDAD: DURANTE EL/LOS PERÍODO/S DE MEJORÍA, ¿SE ENCONTRABA TOTALMENTE BIEN? Si dice que sí, ¿ CON QUÉ FRECUENCIA HA SUCEDIDO ESTO?	<input type="checkbox"/> 09018	<input type="checkbox"/> 09030	<input type="checkbox"/> 09044
0.- Nunca 1.- una vez 2.- dos veces 3.- tres veces 4.- cuatro o más			
CAMBIOS SINTOMÁTICOS: LOS SÍNTOMAS QUE ME HA COMENTADO, ¿HAN SIDO/FUERON LOS MISMOS/IGUALES DESDE QUE COMENZÓ EL PROBLEMA?	<input type="checkbox"/> 09007	<input type="checkbox"/> 09019	<input type="checkbox"/> 09031
1.- Los síntomas han sido de un tipo particular (aunque pueden haber mejorado o empeorado, p. ej.: depresión, euforia o síntomas orgánicos). 2.- Los síntomas han sido de diferentes tipos, p. ej.: depresión seguida de confusión. Especificar: _____			<input type="checkbox"/> 09045
TRATAMIENTO: POR CIERTO, ¿QUIÉN LE ATIENDE/ATENDIÓ, QUIÉN LE TRATA/TRATÓ SU PROBLEMA?	<input type="checkbox"/> 09008	<input type="checkbox"/> 09020	<input type="checkbox"/> 09032
0.- No fue tratado. 1.- Tratado por médico de familia. 2.- Atendido en consulta, ambulatorio por psiquiatra. 3.- Ingresado en hospital. Especificar: _____			<input type="checkbox"/> 09046
TTO. FARMACOLÓGICO: ¿LE HAN RECETADO ALGUNA MEDICACIÓN POR ESTE PROBLEMA?, ¿LE PRODUJO ALGUNA MEJORÍA? Valorar la respuesta al tratamiento:	<input type="checkbox"/> 09009	<input type="checkbox"/> 09021	<input type="checkbox"/> 09033
0.- Ninguno 1.- Respuesta pobre 2.- Buena 3.- Muy buena			<input type="checkbox"/> 09047
TTO. ELECTROCONVULSIVO (TEC): ¿Y ALGÚN OTRO TIPO DE TRATAMIENTO, ELÉCTRICO, ETC? Valorar la respuesta al tratamiento TEC:	<input type="checkbox"/> 09010	<input type="checkbox"/> 09022	<input type="checkbox"/> 09034
0.- Ninguno 1.- Respuesta pobre 2.- Buena 3.- Muy buena			<input type="checkbox"/> 09048
<i>La forma evolutiva que más se ajusta al paciente es (ver glosario):</i> 1. Deterioro lento progresivo. 2. Deterioro escaliforme. 3. Fase única. 4. Episodios repetidos con períodos de normalidad. 5. Trastorno bipolar. 6. Fluctuaciones sin recuperación entre ellas 7. Brotes (esquizofrenia). 8. Desarrollo (paranoia, trast. personalidad).	<input type="checkbox"/> 09011	<input type="checkbox"/> 09023	<input type="checkbox"/> 09035
			<input type="checkbox"/> 09049

10.- STATUS FUNCIONAL

INCAPACIDAD FISICA

JUICIOS:

El paciente ¿está enfermo físicamente en el momento actual (en contraste con estar| 10001 incapacitado por una antigua enfermedad)?.

- 0.- No
- 1.- Leve
- 2.- Moderadamente grave
- 3.- Enfermedad grave

¿Podría la enfermedad física (no intoxicación por alcohol o drogas) ser una explicación| 10002 suficiente para los síntomas mentales o psiquiátricos, por ejemplo, delirio debido a una infección aguda?.

- 0.-No
- 1.- Probablemente no
- 2.- Bastante probable
- 3.- Casi seguro

Si el paciente es sordo (puntuar mientras necesite ayuda en la audición ("hearing aid").| 10003

- 0.- Oye bien
- 1.- Oye la entrevista con dificultad
- 2.- Casi toda la conversación tiene que hacerse gritando o repitiendo varias veces
- 3.- Casi totalmente sordo
- 4.- Totalmente sordo

**(1) ¿CUÁNTAS VECES HA SALIDO VD./EL-ELLA FUERA DE CASA EN EL ÚLTIMO MES?| 10004
(En caso de ninguna, aclarar el motivo)**

- 0.- Alguna
- 1.- No puede valerse por sí mismo y nadie le ayuda.
- 2.- No podría valerse por sí mismo, incluso con ayuda.
- 3.- Puede valerse pero no sale de casa.
- 4.- Podría valerse con ayuda y teniéndola disponible no hace uso de ella.

(2) Realizar las preguntas mínimas necesarias para llenar las siguientes tablas:

Para los ítems de la tabla, utilizar el código siguiente:

- 0.- Independiente
- 1.- Precisa ayuda
- 2.- Dependiente
- 3.- Nunca lo hace
- 8.- No consta
- 9.- No preguntado

Uso de pequeñas cantidades de dinero (Lawton)	10005
Realizar llamadas telefónicas (Lawton)	10006
Uso del transporte público (Lawton)	10007
Responsabilizarse de la toma de medicación (Lawton)	10008
Orientarse en calles familiares (Lawton)	10009
Realizar tareas domésticas sencillas (hacer café,uso de electrodomésticos)(Lawton)	10010
Preparar las comidas (Lawton)	10011
Lavar la ropa (Lawton)	10012

Para los ítems de la tabla, utilizar el código siguiente:

- 0.- Independiente
- 1.- Precisa ayuda
- 2.- Dependiente
- 8.- No consta
- 9.- No preguntado

Orientarse dentro de casa	<input type="checkbox"/> 10013
Incontinencia (Katz)	<input type="checkbox"/> 10014
Vestirse (Katz)	<input type="checkbox"/> 10015
Lavarse (Katz)	<input type="checkbox"/> 10016
Alimentarse (Katz)	<input type="checkbox"/> 10017
Ir al servicio (Katz)	<input type="checkbox"/> 10018
Trasladarse (cama, silla, coche) (Katz)	<input type="checkbox"/> 10019

Para los ítems de la tabla, utilizar el código siguiente:

- 0.- Lo habitual
- 1.- Ha disminuido
- 2.- Ha cesado
- 8.- No consta
- 9.- No preguntado

Participación en actos sociales o comunitarios	<input type="checkbox"/> 10020
Habilidades especiales, aficiones o hobbies	<input type="checkbox"/> 10021

11.- PREGUNTAS AL INFORMANTE

Si existen dudas del rendimiento del paciente en la exploración cognoscitiva o el paciente no ha colaborado lo suficiente, hacer las preguntas necesarias (a ser posible una única pregunta) al informante para contestar lo siguiente

¿SE HA UTILIZADO UN INFORMANTE? y en caso afirmativo ¿QUIÉN? 11001

- 0.- No existe informante
 - 1.- El cónyuge
 - 2.- Un hijo
 - 3.- Otro familiar
 - 4.- Otra persona (vecino, amigo, religiosa, etc.)

===== Si no existe ningún informante, pasar a JUICIOS

MEMORIA: | 11002

- 0.- No dificultades.
1.- Dificultades de memoria notables pero no hay cambios en los últimos 1 ó 2 años
2.- Dificultades de memoria notables que ha empeorado en los últimos 1 ó 2 años

TIPO DE OLVIDOS:..... | 11003

- 0.- No tiene olvidos.
1.- El sujeto olvida repetidamente donde deja las cosas
2.- El sujeto olvida los nombres de amigos y miembros de la familia.
3.- El sujeto olvida repetidamente donde deja las cosas y olvida los nombres de amigos y familiares

DISFASIA: | 11004

(Dificultades para usar o encontrar la palabra exacta en una conversación, o incluso ha parecido confuso a la hora de usarlas).

- 0.- No
1.- Sí

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD:..... 11005
(El paciente no se da cuenta de que está enfermo)

- 0.- No
1.- Sí

DESDE QUE ESTÁ ENFERMO, HA CAMBIADO SU MANERA DE SER: | 11006

- 0.- Sin cambios.
 - 1.- Más irritable.
 - 2.- Muestra falta de interés o afecto
 - 3.- Excesivamente suspicaz o desconfiado respecto a los demás.
 - 4.- Acusa a los familiares/cuidadores de tratarle mal, de robarle, etc.

* JUICIOS

- 0= No es cierto
1= Probablemente
2= Claramente, es cierto

a) El paciente, en el estado cognoscitivo en que ahora se encuentra, no podría desarrollar su trabajo habitual. | | 11007

b) El actual estado cognoscitivo del paciente data del nacimiento o se debe a patología anterior (sugiere oligofrenia) y no se debe a enfermedad mental en los últimos años (que sugeriría demencia o similar) 11008

12.- CONSIDERACIONES FINALES

¿LE HA OCURRIDO ALGUNA OTRA COSA DURANTE ESTE ÚLTIMO MES QUE YO NO LE HAYA PREGUNTADO O INCLUIDO EN ESTA ENTREVISTA?

Anotar aquí cualquier punto que parezca ser importante o no usual, referente a la entrevista, no incluido en el programa. Valorar siempre que sea posible toda información contemplada aquí en su ítem adecuado. Por favor, usar esta sección para describir completamente la psicopatología no valorada adecuadamente en el programa, o cuando se dude de su adecuada o apropiada valoración.

¡¡ATENCION!! Esta sección deberá leerse!! , UTILICE LETRAS MAYUSCULAS.

!!! ATENCION!!!

Formular la pregunta de **SITUACION ECONOMICA==> PAGINA 3** (Sección 2)

EN CASO DE POSIBLE "CASO", ¿ACEPTARIA UNA ENTREVISTA CON UN MEDICO ESPECIALISTA?

|__|=No; |__|=Sí

13.- ÍTEMES OBSERVACIÓN GMS

PUNTAJES CONDUCTUALES

(Códigos: 0 1 2 8 9)

Puntuar los ítems siguientes sólo si la entrevista no ha sido completa da

- | | |
|---|--------------------------------|
| DEPRESIÓN: Parece triste o afligido o deprimido..... | <input type="checkbox"/> 13001 |
| DEPRESIÓN: Ojos húmedos: lleno de lágrimas o llorando..... | <input type="checkbox"/> 13002 |
| MUY LENTO EN TODOS SUS MOVIMIENTOS | <input type="checkbox"/> 13003 |
| DIFICULTADES DE PENSAMIENTO: Parece confuso | <input type="checkbox"/> 13004 |
| DIFICULTADES DE PENSAMIENTO: Parece indeciso..... | <input type="checkbox"/> 13005 |
| INCOMODIDAD SOCIAL: Parece indebidamente suspicaz..... | <input type="checkbox"/> 13006 |
| CONCENTRACIÓN: Dificultad clara para concentrarse en la entrevista | <input type="checkbox"/> 13007 |

EXPRESION EMOCIONAL DISMINUIDA:

- a) Cara inexpresiva. No muestra expresión en la conversación..... 13008
- b) Voz monótona. No se muestra expresivo en la conversación..... 13009
- c) No hay gestos acompañantes al habla..... 13010
- d) No se muestra una emoción apropiada cuando se comentan ideas normales o delirantes las cuales normalmente producirían algún tipo de emoción 13011
- e) Estado de ánimo uniformemente aplanado, independientemente del tono de la conversación (indiferencia, aceptación apática)..... 13012

EXPRESIÓN EMOCIONAL EXCESIVA:

- a) Pequeños accesos incontrolables de llanto..... 13013
- b) Pequeños accesos incontrolables de risa..... 13014

RISA:

- a) Exaltado, eufórico, aunque quizás esté cambiando hacia irritabilidad o depresión..... 13015
- b) Alegría contagiosa..... 13016

DESCARADO: bromas estúpidas, comentarios poco serios..... 13017

POCO COOPERADOR etc.: Intenta comenzar una riña o discusión..... 13018

ABANDONO PERSONAL:

- a) Las ropas están sucias, desarregladas o huelen mal..... 13019
- b) Pelo despeinado, enredado o enmarañado..... 13020
- c) Sin afeitar, con mocos en la nariz, cara sucia, etc. 13021

CONDUCTA: Inquieto:

- a) Se mantiene sin estar quieto o torciéndose en el asiento..... 13022
- b) Se levanta y se mueve alrededor sin descanso..... 13023

MOVIMIENTOS ESPECIALES:

- a) Movimientos coreiformes (movimientos involuntarios de la cabeza, cuerpo o miembros en reposo continuos, sin propósito, espasmódicos). |__| 13024
- b) Movimientos atetósicos (movimientos de la lengua, mandíbulas o miembros continuos, sin propósito, lentos, retorcidos). |__| 13025
- c) Movimientos parkinsonianos (temblor de las manos repetido y regular característico en reposo. Describo como "contar monedas", como si el entrevistado estuviera contando monedas entre el pulgar y la punta de los dedos). |__| 13026

BIZARRO, RARO:

- a) Movimientos estilizados, algo más que balancearse en la silla o balancear los pies..... |__| 13027
- b) Movimientos repetitivos estereotipados, p. ej.: moverse en la silla, frotando cosas, etc..... |__| 13028
- c) Toma posturas extrañas sin ninguna razón aparente..... |__| 13029

PÉRDIDA DE LA NORMAL COMPOSTURA SOCIAL:

- a) Deliberadamente rasga, arroja o rompe algo..... |__| 13030
- b) Se toca los genitales, mete el dedo en la nariz, eructa, etc..... |__| 13031
- c) Se desnuda o exhibe sus genitales..... |__| 13032
- d) Hace sugerencias sexuales o insinuaciones al entrevistador..... |__| 13033
- e) Palabras o gestos obscenos..... |__| 13034

HABLA: Restricción de la cantidad:

- a) El paciente está totalmente mudo, pronuncia no más de media docena de palabras reconocibles en respuestas a las preguntas en el curso de la entrevista. No incluir los comentarios en alto que se hace a sí mismo..... |__| 13035
- b) El paciente frecuentemente deja de contestar. Hay que repetir las preguntas. No puntuarlo si las respuestas del enfermo son inaudibles o incomprensibles..... |__| 13036

HABLA: Incoherencia:

- a) Calidad vaga y amorfa del habla. No se completa con pensamientos o ideas - Las ideas parecen cambiar de un tema a otro o fundirse unos con otros. El paciente habla de manera bastante libre pero vaga ambiguamente, de tal modo que las ideas comunicadas no son claras -habla vaga, cambiante de una idea a otra o de un tema a otro..... |__| 13037
- b) Irrelevante. El contenido de las respuestas a veces tiene poca relación, si tiene alguna, con lo que se le ha preguntado (No incluir el habla cambiante de un tema a otro o incoherente).... |__| 13038
- c) Habla circunstancial: da muchos detalles innecesarios pero al final alcanza el objetivo que se propone en el habla..... |__| 13039
- d) Divagante: habla sin apuntar a un tema concreto, divagando, pero las ideas están razonablemente bien formadas..... |__| 13040

RITMO DEL HABLA:

- a) Habla extremadamente rápida pero puede ser interrumpido..... |__| 13041
- b) Presión del habla: demasiadas palabras, rápido y con pausas infrecuentes y un flujo incontrolado. Habla y habla y se resiste a ser interrumpido. |__| 13042
- c) "Fuga de Ideas": Una idea sugiere a otra en rápida sucesión, de tal modo que el paciente pronto ha perdido el hilo de la conversación..... |__| 13043
- d) Lentitud: Habla muy lenta. Pausas muy bien delimitadas entre palabras..... |__| 13044
- f) Largas pausas antes de contestar a un rasgo característico..... |__| 13045

- HABLA: CONTENIDO:** Bromas frecuentes, chistes.....|_| 13046
PERSEVERACIÓN: Repite las respuestas inapropiadamente.....|_| 13047
JUICIO: Los problemas de memoria son más prominentes que los problemas de pensamiento,
p. ej. más dificultad para recordar cosas que para deducirlas.....|_| 13048

DIFICULTADES DE COMUNICACION

(Códigos: 0 1 8 9)

- DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN NO PATOLÓGICAS:**.....|_| 13049
*Valorar solamente si contribuyen claramente a las dificultades de comunicación:
 (Extranjero. Por ejemplo, español pobre y entrecortado, se precisa intérprete, marcado acento extranjero ó Español que habla aragonés, catalán, gallego... y mal castellano)*

DEFECTOS FÍSICOS: *No valorar aquí los defectos de memoria:*

- a) Disfasia (debida a la lesión cerebral, no usa/comprende bien las palabras).....|_| 13050
- b) Disartria. (No articula o pronuncia bien las palabras por lesión a nivel cerebral).|_| 13051
- c) Disartria (lesión en los órganos fonadores).|_| 13052
- d) Pérdida de dientes.....|_| 13053
- g) Sordera grave.....|_| 13054
- h) Ceguera (casi total)|_| 13055
- i) Tartamudeo.....|_| 13056
- j) Mutismo debido a un defecto físico.....|_| 13057
- k) Debilidad, cansancio, flojera graves.....|_| 13058
- l) Otros.....|_| 13059
- m) Oligofrenia/baja inteligencia.|_| 13060

CONDUCTAS ESPECÍFICAS:

- a) Por ejemplo, hostil, se niega a contestar, objeta las preguntas, reacio a ser entrevistado.....|_| 13061
- b) Fatiga razonable.....|_| 13062
- c) Vago, evasivo, respuestas ambiguas. Se contradice él mismo, circunstancial
(añade detalles innecesarios, pero alcanza el objetivo al final).....|_| 13063
- d) Confuso pero NO incoherente.|_| 13064
- f) Murmullos, susurros, voz débil.....|_| 13065
- g) Farfulleo no debido a defecto físico o drogas.....|_| 13066
- h) Otros. Especificar:_____.....|_| 13067
- i) Condiciones desfavorables durante entrevista (ruidos, etc), que pueden distraer.....|_| 13068
- j) El paciente se duerme repetidamente y hay que despertarle.|_| 13069
- k) El paciente parece adormilado en general, pero no se llega a quedar dormido realmente.....|_| 13070

DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN PATOLÓGICAS:

- a) Defecto de memoria (Claro): Por ejemplo, desorientado, gran pérdida de memoria, clara amnesia temporal e incapaz de recordar sucesos relevantes.....|_| 13071
- b) Defecto de memoria (dudoso): P. ej., recuerdos vagos, se queja, no convincentemente, de no poder recordar algo, hace pequeños esfuerzos para recordar, memoria no disminuida para tópicos neutrales.....|_| 13072
- c) Incoherente con conciencia clara: P. ej., irrelevante o bizarro o respuestas impensadas, ideas no asociadas, charla incoherente, neologismos, perseverancia, fuga de ideas.....|_| 13073

CONDUCTA VÍVIDAMENTE PATOLÓGICA:

- a) P. ej., mantiene su postura ante delirios o alucinaciones.....|__| 13074
- b) Incorpora al entrevistador en sus delirios.....|__| 13075
- c) Posturismo (mantiene una postura de cualquier parte del cuerpo extraña o poco común repetidamente o durante varios minutos seguidos), conducta bizarra.....|__| 13076
- d) Habla para él coherentemente, habla a voces.....|__| 13077
- e) Llora/grita de manera incontrolable.....|__| 13078
- f) Habla a presión (no se le puede interrumpir, no deja intervenir al entrevistador).....|__| 13079
- g) Gran suspicacia.....|__| 13080

CONDUCTA AMBIGUAMENTE PATOLÓGICA:

- a) Por ejemplo, mutismo no debido a defecto físico.....|__| 13081
- b) Suspicaz, negativista (hace claramente lo contrario de lo que el entrevistador le pide o pregunta).....|__| 13082
- c) Distanciamiento o apatía posiblemente debidos a indiferencia o a una profunda depresión....|__| 13083
- d) Muy hablador, pero no hay habla a presión.....|__| 13084
- e) Falta de introspección (insight). Niega totalmente los síntomas o la enfermedad.....|__| 13085
- f) Excitado, agitado, o claramente gozoso/ eufórico (no puede quedarse quieto en la silla, o interrumpe frecuentemente con bromas u observaciones).....|__| 13086
- g) Preocupado por experiencias internas no declaradas u ocultas (preocupación inespecífica).....|__| 13087
- h) Distrábilidad (la atención del entrevistado es atraída frecuentemente por eventos del entorno triviales e irrelevantes).....|__| 13088

INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA

Los síntomas psicopatológicos del sujeto podrían ser debidos a intoxicación por fármacos:.....|__| 13089

- 0.- No
- 1.- Posiblemente
- 2.- Muy probablemente

14.- FIABILIDAD

JUICIO:

Valorar si hay ERRORES o números 8 en las secciones de orientación o memoria, o si hay numerosos 8s en el resto de la entrevista.

- *Errores cometidos con conciencia clara (no durmiéndose, o bajo la influencia del alcohol o drogas o delirio debido a enfermedad física aguda):*

- a) *Debidos a agitación, depresión, euforia, etc.....* | | 14001
 b) *Debidos a un defecto de memoria.....* | | 14002

- *Errores cometidos con obnubilación de la conciencia (por ej., el entrevistado se estaba durmiendo, bajo la influencia de alcohol, drogas o delirio debido a enfermedad física aguda....)* | | 14003

- *La reacción del entrevistado hacia los errores fue poco intensa, indiferente o eufórica.....* | | 14004

VALORACIÓN GLOBAL DE LA CONFIANZA EN LOS DATOS | | 14005

0.- **razonable** (las respuestas dadas por el entrevistado pueden considerarse apropiadas para más o menos todas las preguntas).

1.- **pocas dudas**.

2.- **dudas moderadas**.

3.- **dudas graves**. (el entrevistador considera que el entrevistado fue incapaz o no quiso dar respuestas que pudieran considerarse apropiadas a la mayor parte de las preguntas)

4.- **sin valor**. (respuestas más o menos impensadas, dadas al azar).

SI SE DUDA:..... | | 14006

Aparte de las dificultades de comunicación las dudas del entrevistador se deben relativamente a:

0.- No hay dudas.

1.- Exageración o tendencia a decir "sí" indiscriminadamente.

2.- Minimización o tendencia a decir "no" indiscriminadamente.

15.- RESUMEN FINAL

RESUMEN, DESCRIPCIÓN GLOBAL DEL ENTREVISTADO BASADO EN LA TOTALIDAD DE LA ENTREVISTA.

¡¡ATENCION!! Esta sección deberá leerse!! , UTILICE LETRAS MAYUSCULAS.

16.-DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

ESTE ENTREVISTADO ¿ES UN CASO DE DEMENCIA? | 16001

- 0.- no caso
 - 1.- "border line" no caso
 - 2.- caso leve
 - 3.- caso moderado
 - 4.- caso grave

DIAGNOSTICOS GMS-HAS

	Diagnóstico	Código	Certeza	Grado	Pronóstico
PRINCIPAL		_____ 16002	_____ 16003	_____ 16004	_____ 16005
PRINCIPAL ALTERNATIVO		_____ 16006	_____ 16007	_____ 16008	_____ 16009
SECUNDARIO		_____ 16010	_____ 16011	_____ 16012	_____ 16013
TERCIARIO		_____ 16014	_____ 16015	_____ 16016	_____ 16017

CODIGOS:

CERTEZA (seguridad) diagnóstica:

- 1.- no hay dudas razonables
 - 2.- probablemente correcto
 - 3.- difícil de asegurar, pero en conjunto probable
 - 4.- muy incierto, pero las alternativas pertenecen a la misma categoría

GRADO DE LA ENFERMEDAD:

- 1.- leve
 - 2.- moderado
 - 3.- grave

PRONÓSTICO estimado:

- 1.- debería recuperarse satisfactoriamente sin tratamiento o intervención específica.
 - 2.- debería mejorar satisfactoriamente sin tratamiento o intervención específica.
 - 3.- debería recuperarse completamente con tratamiento o intervención específica.
 - 4.- debería mejorar con tratamiento o intervención específica.
 - 5.- poco probable que se mejore o recupere con cualquier tipo de intervención.
 - 6.- probablemente se deteriore a pesar de toda intervención.