

ARTÍCULOS ORIGINALES

Evaluación clínica y social de pacientes depresivos en un programa de Hospital de Día Psicogeriátrico

Clinical and social evaluation of depressed patients in a Psychogeriatric Day Hospital program

M. Zabala Baquedano¹, M. Echeverría Echeto¹, C. Rubio Ortega¹, A. Goñi Sarries^{1,2}, G. Jusué Erro^{1,2}

RESUMEN

Fundamento. El objetivo de este estudio fue identificar los problemas de los pacientes con sintomatología depresiva grave (GDS >9) mediante la escala HoNOS65+, evaluar la efectividad de un programa de hospitalización parcial para reducir los síntomas depresivos graves a GDS ≤ 9, e identificar los predictores de respuesta.

Material y métodos. Estudio pre-post de pacientes con sintomatología depresiva grave tratados en el Hospital de Día Psicogeriátrico (HDPG) de Pamplona (España) entre 2013 y 2020. Se compararon las puntuaciones obtenidas en las escalas HoNOS65+, MMSE, GDS, BARTHEL, ALSAR y COTE al ingreso y al alta, y se determinaron los factores pronósticos de no mejora.

Resultados. El 75,3% de los 81 pacientes fueron mujeres, con edad media 69,9 años (rango: 57-88). Al alta, la sintomatología depresiva grave se mantuvo en el 25,9% de los pacientes, los cuales mejoraron significativamente en las escalas HoNOS65+ total y COTE, pero mantuvieron los problemas de deterioro físico e incrementaron los cognitivos. Los pacientes con GDS ≤ 9 al alta redujeron significativamente los problemas presentados al ingreso, excepto el nivel de dependencia (Barthel). Al ingreso, los pacientes que no mejorarán mostraron mayores puntuaciones en sintomatología depresiva (GDS) y en problemas conductuales y sociales (HoNOS65+); las tres variables fueron predictores independientes de no mejora de la sintomatología depresiva grave.

Conclusiones. El programa del HDPG impactó positivamente en los pacientes mayores con sintomatología depresiva grave. La mejoría clínica y social alcanzada apoya el formato de HDPG como una alternativa adecuada para la atención de estos pacientes.

Palabras clave. Hospital de día psiquiátrico. Población geriátrica. Trastornos depresivos. Escalas de valoración.

ABSTRACT

Background. The aim of this study was to identify the problems of patients with severe depressive symptoms (GDS>9) according to the HoNOS+65 scale, to evaluate the effectiveness of a partial hospitalization program to reduce severe depressive symptoms, and to identify independent predictors.

Methods. Pre-post study of patients with depression treated at the psychogeriatric Day Hospital (HDPG) of Pamplona (Spain). The scores obtained on the HoNOS+65, MMSE, GDS, BARTHEL, ALSAR, and COTE scales were compared at admission and discharge, and the prognostic factors for no improvement of severe depressive symptoms were determined.

Results. The 75.3% of the 81 patients were women, with a mean age of 69.9 years (range: 57-88). At discharge, severe depressive symptoms only remained for 25.9%, who significantly improved on the HoNOS+65 total and COTE scales while problems of physical deterioration were maintained and cognitive ones increased. Patients with GDS <9 at discharge showed significant reductions in all the problems presented at admission, except for the level of dependency (Barthel). On admission, the patients who did not improve showed more severe depressive symptoms and greater behavioral and social problems: the three variables were independent predictors for no improvement of severe depressive symptoms.

Conclusions. The HDPG program had a positive impact on patients with severe depressive symptoms. The clinical and social improvement achieved supports the HDPG format as an adequate alternative for the care of elderly patients with severe depressive symptoms.

Keywords. Psychiatry day hospital. Elderly. Depressive disorders. Rating scales.

1. Hospital de Día Psicogeriátrico. Gerencia de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona. España.
2. Gerencia de Salud Mental. Pamplona. España.

Correspondencia:

Margarita Zabala Baquedano
Hospital de Día Psicogeriátrico
Gerencia de Salud Mental
Avda. Villava, 53
31015 Pamplona
España
E-mail: mzabalab@cfnavarra.es

Recibido: 30/03/2021 • Revisado: 06/07/2021 • Aceptado: 22/07/2021



© 2022 Gobierno de Navarra. Artículo Open Access distribuido bajo Licencia Creative Commons Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. Publicado por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un síndrome clínico con una elevada tendencia a la cronicidad y a la recurrencia¹ que se acompaña muy frecuentemente de sintomatología ansiosa que agrava los cuadros². Es la causa más habitual de sufrimiento emocional entre las personas mayores¹ y disminuye significativamente su calidad de vida³. Como resultado de la interacción entre factores protectores y de riesgo y la predisposición biológica, la depresión psicogeriatrica puede evolucionar con episodios, gravedad y recurrencia variables a lo largo de la vida de una persona^{4,5}. El nivel educativo y socioeconómico altos, la participación en actividades con sentido propio, y las creencias religiosas se identifican como factores protectores⁵, mientras que los factores de riesgo más relevantes son la presencia de enfermedad crónica, el deterioro sensorial progresivo⁵, las dificultades con las actividades de la vida diaria, y el sexo femenino¹, incluyéndose en las últimas décadas la soledad y el aislamiento social⁶.

Es muy importante reconocer la sintomatología depresiva en fases tempranas: quejas somáticas, sentimientos de desesperanza, ansiedad e inquietud, disminución o ausencia de la sensación de placer, lentitud motora, abandono o disminución en el cuidado y aseo personal⁷. Sus consecuencias pueden implicar el declive funcional con diferentes grados de discapacidad, la pérdida de autonomía, el incremento de morbilidad y mortalidad, la sobrecarga de los cuidadores, una mayor utilización de recursos sanitarios, la polifarmacia, la institucionalización inapropiada y la disrupción familiar^{1,3}.

Los tratamientos de elección para este grupo etario deberán incluir diversos aspectos como apoyo emocional, mantenimiento de la autonomía, reducción de la incapacidad, mejora de la calidad de vida y apoyo a los cuidadores⁸. Las técnicas psicoterapéuticas (terapias de apoyo, interpersonales, cognitivo-conductuales, etc.) deben adaptarse a los déficits sensoriales y cognitivos que pueden presentar las personas con este cuadro^{5,8}.

En España, según recoge la encuesta europea de salud 2014 (INE)⁹, la prevalencia anual de los trastornos depresivos en mayores de 55 años fue del 12,9%, aumentando al 15% en los mayores de 75 años. Se dispone de una variedad de servicios psiquiátricos para atender y tratar a las personas mayores con trastornos depresivos¹⁰; los de hospitali-

zación parcial ofrecen mayor flexibilidad y menor restricción a la libertad de los pacientes que los hospitalarios, y el formato de hospital de día psicogeriatrico (HDPG) facilita el diagnóstico con mayores posibilidades de observación y exploración¹¹. También existen tratamientos complementarios de tipo comunitario. Una revisión sistemática realizada en 2011¹² concluyó que no hay suficiente evidencia para apoyar unos u otros recursos, ya que ofrecen prestaciones distintas: los HDPG aportan mayor intensidad de intervención con apoyos más completos y multidisciplinarios, mientras que los comunitarios aportan las ventajas de tratar en el propio domicilio a pacientes que no podrían desplazarse a un HDPG, involucrando además a los cuidadores, familiares y a diferentes agentes de la comunidad. Existen tres tipos de HDPG¹³: 1) los que emplean *programas de tratamiento diurno*, tratamiento intensivo para pacientes que no han respondido al seguimiento ambulatorio; 2) los *centros de atención de día*, con apoyo estructurado a pacientes con trastornos mentales graves, y 3) *hospitales de día de transición*, que ofrecen atención a aquellos pacientes que acaban de ser dados de alta hospitalaria y todavía precisan un seguimiento intensivo.

Desde el año 2013 contamos en Pamplona con un HDPG perteneciente a la Red de Salud Mental de Navarra. Se trata de un centro especializado para asistir a pacientes mayores con trastornos mentales primarios (de inicio en la tercera edad) y con trastornos mentales envejecidos que precisen hospitalización parcial. Los criterios de ingreso son: personas con patologías mentales graves, a partir de 64 años (y por debajo de esa edad si presentan deterioro psicosocial marcado, el denominado *envejecimiento funcional*¹⁴), excluyendo a pacientes con descompensación psicopatológica grave o cuadro orgánico que precise un nivel mayor de intervención y cuidados (Anexo 1).

Los objetivos de este estudio fueron: 1) identificar las características sociodemográficas, así como los problemas clínicos y sociales a través de diversas escalas clínicas, de los pacientes con sintomatología depresiva grave que siguen un programa de hospitalización parcial (HDPG); 2) evaluar la efectividad del programa de HDPG para reducir los síntomas de depresión psicogeriatrica; y 3) identificar qué variables recogidas al inicio de la estancia predicen la no mejora de la sintomatología depresiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional pre – post tratamiento (programa de HDPG). La población diana eran los pacientes con sintomatología depresiva grave (puntuación en la Escala Abreviada de Depresión Geriátrica, GDS, entre 10 y 15), atendidos en el HDPG de Pamplona (España), desde marzo de 2013 hasta diciembre de 2020. Los criterios de inclusión fueron permanecer en el HDPG al menos un mes y contar con la evaluación completa mediante las escalas seleccionadas.

Varios miembros del equipo asistencial realizaron las valoraciones inicial y final de los participantes. En ellas se registraron las siguientes variables:

- Sociodemográficas: sexo, edad (<65 años, 65-79, ≥80), estado civil (persona soltera, con pareja, separada, viuda), convivencia (con familiares, sola, otros: cuidadores contratados por la familia), formación académica (sin estudios, estudios primarios, medios, superiores), situación laboral (en activo, jubilada).
- Clínicas y de servicio: edad de comienzo de la sintomatología psiquiátrica (en años), considerada como la referida por el paciente y/o familiares y, en su mayoría, inicialmente atendida por los médicos de atención primaria y con prescripción farmacológica; número de ingresos previos en otros centros psiquiátricos, como unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP), hospitales de día, etc.; pluriopatología y polifarmacia (≥2 enfermedades orgánicas distintas y ≥7 medicaciones), ideación e intentos de suicidio previos; antecedentes de abuso de alcohol; centro derivador: centros de salud mental (CSM), UHP u otros, como hospital neurológico, centros de rehabilitación psicosocial, etc.; diagnósticos CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a edición); tiempo de permanencia en el HDPG (días naturales); reingresos (más de un ingreso en el HDPG); centro de derivación al alta (CSM o centros privados, centros de tratamiento grupal, recursos sociales, ingreso hospitalario).

A continuación se detallan los instrumentos utilizados para evaluar distintos aspectos.

Los cambios en la salud y en el funcionamiento de los pacientes psicogeriatricos se evaluaron mediante la adaptación española de la escala *Health*

of the Nation Outcome Scales for Older Adults (HONOS65+)¹⁵, que presenta una fiabilidad de 0,4-0,9, y una α de Cronbach de 0,69. Esta escala evalúa los cambios producidos en las dos últimas semanas a través de 12 subescalas distribuidas en cuatro áreas (problemas conductuales, deterioro físico y cognitivo, problemas clínicos, y problemas sociales). Cada subescala puntúa de 0 a 4, siendo 0=sin problema; 1=problema menor que no requiere intervención; 2=problema leve, pero claramente presente; 3=problema de moderada gravedad, y 4=problema grave o muy grave. La puntuación total oscila entre 0 y 48; a mayor puntuación, mayor gravedad. En la subescala 3 (consumo problemático de alcohol o drogas) se consideró únicamente el abuso de alcohol por ser el predominante en el periodo evaluado, a pesar de que algunos pacientes habían consumido otras drogas en el pasado. En la subescala 8, relacionada con los diferentes problemas (fobias, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.), se puntuó únicamente el problema clínico más grave, aunque una persona puede presentar varios simultáneamente.

El deterioro cognitivo se evaluó con el MMSE (*Mini Mental State Examination*)¹⁶, que muestra una buena estabilidad temporal con una fiabilidad test-retest de 0,80. La puntuación oscila entre 0 y 30 puntos; a menor puntuación, mayor afectación cognitiva.

Para evaluar el síndrome depresivo se empleó la escala abreviada de depresión geriátrica (GDS)¹⁷, instrumento que presenta una buena estabilidad temporal con una fiabilidad test-retest de 0,85. La puntuación oscila entre 0 y 15; a mayor puntuación, mayor gravedad de los síntomas.

La capacidad para la realización de actividades de la vida diaria se midió a través del Índice de Barthel¹⁸, con buena estabilidad temporal y una fiabilidad test-retest de 0,89. La puntuación oscila entre 0 y 100 puntos, desde 0=completamente dependiente a 100=completamente independiente.

Las habilidades y recursos en las actividades cotidianas de teléfono, lectura, ocio, manejo de la medicación y económico, transporte, compras, preparación de comidas, cuidado de la ropa, manejo y mantenimiento del hogar, se evaluaron mediante la escala ALSAR (*Assessment of Living Skills and Resources*)¹⁹. Este instrumento presenta una buena estabilidad temporal con una fiabilidad test-retest de 0,89, y está diseñado para detectar si

una persona puede volver con seguridad a su domicilio, bien porque sea capaz, bien porque tenga unos buenos apoyos. La puntuación oscila entre 0 y 44; a menor puntuación, mayor independencia y menor necesidad de apoyo en la tarea.

Finalmente, el comportamiento ocupacional de la persona (independencia en el trabajo, interferencia de comportamientos distractores, autonomía, etc.) se midió con la escala COTE (*Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale*)²⁰, escala con una fiabilidad test-retest entre 0,7 y 1,2 que valora 26 tipos de observaciones estructuradas en: comportamiento general (8 ítems), interpersonal (6 ítems) y en la tarea (12 ítems). Cada ítem puntúa entre 0 y 4 (comportamiento normal=0, incidencias o dificultades mínimas=1, leves=2, moderadas=3, severas=4). La puntuación total oscila entre 0 y 104 puntos; a mayor puntuación, mayor presencia de dificultades o problemas.

Se solicitó permiso a la Gerencia de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-*Osasunbidea* para revisar las historias clínicas informatizadas. El estudio obtuvo el informe favorable del Comité de Ética de Investigación con medicamentos (CEIm) de Navarra para su realización. No se pudo contar con el consentimiento informado de los pacientes, pero se elaboró una base de datos anonimizada acorde con la protección de confidencialidad y el tratamiento ético de los datos.

Las variables cuantitativas se describieron mediante la media y la desviación estándar (DE) y las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes. Las puntuaciones medias pre-post se compararon mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas, y el tamaño de efecto se estimó con el estadístico d de Cohen (si $d \geq 0,4$ el impacto clínico se consideró significativo). La correlación entre las puntuaciones obtenidas en la escala HoNOS65+ y las otras escalas clínicas se determinó mediante el coeficiente de correlación r de Pearson. Las variables se compararon entre grupos con las pruebas t de Student y Chi-cuadrado. Los factores predictores de no mejora de la sintomatología depresiva grave se estimaron mediante un modelo de regresión logística multivariante (*backward* según LR).

Los resultados se consideraron estadísticamente significativos si los valores de p fueron $<0,05$. Todos los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS-25.

RESULTADOS

Entre marzo de 2013 y agosto de 2021 se atendieron 586 pacientes en el HDPG, de los que 202 (34,5%) cumplían los criterios de selección. De ellos, 81 pacientes (40,1%) presentaban sintomatología depresiva grave.

La edad media fue 69,9 años (rango: 57-88), el 78,1% tenía más de 64 años y predominaban las mujeres (75,3%). Más de la mitad tenían pareja y dos tercios convivían con familiares. Solo el 39,4% tenían estudios medios o superiores y únicamente el 7,4% se encontraban laboralmente activos. La edad media de inicio de la sintomatología psiquiátrica fue 47,1 años (DE: 16,5) y la mayoría de pacientes habían precisado varios ingresos previos en centros psiquiátricos (media: 2,4; DE: 1,2). El 76,5% presentaban pluripatología y polifarmacia. El 27,2% habían realizado intentos suicidas y el 21,0% presentaba consumo abusivo previo de alcohol, especialmente varones (40 vs 14,7% en mujeres). Los trastornos afectivos fueron los diagnósticos más frecuentes (56,8%), seguidos de los trastornos neuróticos (22,2%). Derivados en su mayor parte (76,5%) desde sus CSM de referencia situados en Pamplona, ya que solo (7,6%) provenían de CSM situados en otras localidades de Navarra, o desde las UHP (17,3%), la duración del ingreso fue de entre uno y dos meses para el 70,4% de pacientes; el 29,6% presentaron más de un ingreso en el HDPG (Tabla 1).

Un 33,3% de los pacientes iniciaron la enfermedad antes de los 40 años (trastornos envejecidos) y solo un 17,2% después de los 65 años (aparición tardía). Atendiendo a la tipología de Marshall¹³, se detectaron las siguientes necesidades: programa de tratamiento intensivo diurno (65,8%), atención de día para pacientes graves cronificados (16,9%), y tratamiento de continuidad después de ingreso en UHP (17,3%).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los 81 pacientes del estudio

Variables	%
Sexo (femenino)	75,3
Edad (años)*	69,9 (7,2)
<65	28,4
65-80	63,0
≥ 80	8,6
Estado civil	
Pareja	56,8
Viudos	19,8
Separados	13,6
Solteros	9,9
Convivencia	
Familiares	70,3
Solos	23,5
Otros	6,2
Estudios	
Sin estudios	24,7
Primarios	35,8
Medios	35,8
Superiores	3,7
Situación laboral (jubilados)	92,6
Edad de inicio de la sintomatología psiquiátrica*	47,1 (16,5)
Nº ingresos previos en centros psiquiátricos*	2,4 (1,2)
Pluripatología y polifarmacia	76,5
Ideación suicida	35,8
Antecedentes de intentos suicidas	27,2
Antecedentes de consumo de alcohol	21,0
Diagnósticos – CIE-10	
F31	6,2
F32	12,3
F33	18,5
F34.1	19,8
F41	18,5
F60	6,2
Otros	18,5
Grupos diagnósticos – CIE-10	
F00-F09	6,2
F10-F19	4,9
F20-F29	3,7
F30-F39	56,8
F40-F49	22,2
F60-F69	6,2
Centro derivador	
CSM	76,5
UHP	17,3
Otros	6,2
Ingresos previos en centros psiquiátricos*	2,4 (1,2)
Con ingreso previo en HDPG	29,6

*: media (desviación estándar); CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición; CSM: centro de Salud Mental; UHP: unidad de hospitalización psiquiátrica; HDPG: hospital de día psicogeriatrico.

Al ingreso, las puntuaciones obtenidas en la escala HoNOS65+ (Tabla 2) mostraron que el 38,2% de pacientes presentaban gravedad alta (respuestas 3 y 4). Los problemas más graves identificados por la escala HoNOS65+ y corroborados por la valoración del resto de escalas fueron, en orden descendente: clínicos, de deterioro, social-funcionales, y comportamentales.

Clínicos: además de la sintomatología depresiva generalizada, las puntuaciones obtenidas en la subescala 8 indicaron sintomatología ansiosa (con rasgos obsesivos e hipocondríacos) por lo que la mayoría de pacientes presentaron cuadros mixtos ansioso depresivos (74,0%). La sintomatología psicótica fue infrecuente, predominando los contenidos de culpa, ruina o enfermedad física.

De deterioro: se alcanzaron altas puntuaciones en la subescala 5 de la HoNOS65+ por la presencia frecuente de sintomatología y discapacidad derivadas de enfermedad física. La escala MMSE puso de manifiesto que el 70,4% de los pacientes presentaba un deterioro cognitivo dudoso o leve. No se observó una tendencia estadísticamente significativa entre una mayor edad y una mayor gravedad del deterioro.

Las puntuaciones de las subescalas 12 y 9 de la HoNOS65+ mostraron problemas *sociales* de gravedad alta, reflejando la reducida participación de los pacientes en actividades de ocio, la escasez de contactos sociales, y la elevada presencia de conflictos interpersonales-familiares. También la escala COTE informó de deficiencias de leves a graves en comportamiento general (orientación, apariencia, asistencia) y relaciones interpersonales (adecuación e interacción social). La valoración de la funcionalidad, realizada tanto por la subescala 10 de la HoNOS65+ como por el índice de Barthel, mostró que la mayor parte de los pacientes presentaban algún tipo de afectación funcional, mayoritariamente dependencia leve (40,7%) o moderada (32,1%). La edad no se asoció de forma significativa a una mayor afectación funcional, ya que el 52,2% de los pacientes menores de 65 años presentaban una importante afectación de la funcionalidad (Barthel \leq 95 puntos). La valoración de la escala ALSAR indicó que el 14,5% de los pacientes precisó apoyos para acudir al HDPG. Se observó afectación, con distinta intensidad de las actividades instrumentales, en

al menos siete áreas: manejo del teléfono, medicación, economía, transporte, compras, preparación de comidas y mantenimiento del hogar. Pocos pacientes mostraron problemas de alojamiento o vivienda (HoNOS65+, subescala 11) (Tabla 2).

Comportamentales: un escaso número de pacientes presentaron alteraciones conductuales, ideación suicida, así como consumo abusivo actual de alcohol que, cuando se presentaba, era más frecuente en mujeres que en hombres (4,9 vs 3,7%), contrariamente a lo observado en cuanto al consumo en el pasado. La valoración de la participación en las actividades del HDPG, realizada por la escala COTE (Tabla 2) informó de dificultades para realizar las tareas por la presencia de comportamientos productivos, hipoactividad, falta de interés, funcionamiento dependiente, y excesivas demandas de atención.

La puntuación total de la escala HoNOS65+ se correlacionó significativamente con la puntuación de las escalas Barthel ($p < 0,001$), ALSAR ($p = 0,002$) y COTE ($p < 0,001$). Asimismo, la subescala 7 (sintomatología depresiva) se correlacionó con la escala GDS, y la subescala 4 (deterioro cognitivo) con el MMSE, indicando correspondencia en la totalidad de las mediciones ($p < 0,001$ para ambas).

El 81,5% de los pacientes tuvieron una estancia media en el HDPG entre 30 y 60 días, solo el 2,4% estuvieron más de tres meses. Mayoritariamente continuaron en seguimiento en sus CSM o centros psiquiátricos privados, y para un 40,7% de los pacientes se solicitaron, además, diferentes tratamientos en centros específicos. Un 6,2% fueron derivados a centros de mayores, y un 4,9% a centros hospitalarios por empeoramiento psiquiátrico o por enfermedad orgánica.

Al alta, la sintomatología depresiva se redujo notablemente para 60 pacientes (74,1%), con un tamaño de efecto muy grande ($d = 1,5$), por lo que solo 21 pacientes (25,9%) mantuvieron sintomatología depresiva grave (puntuación GDS= 10-15) (Tabla 2).

La totalidad de las escalas utilizadas indicaron al alta una reducción significativa de los problemas presentados al ingreso, salvo la MMSE (la mejoría producida fue muy escasa). Las principales mejoras se observaron, por orden decreciente, en los problemas clínicos, sociales, comportamentales, y de deterioro.

Tabla 2. Puntuaciones obtenidas en las escalas al ingreso y al alta por los 81 pacientes del estudio

Escalas	Ingreso	Alta	p	d
HoNOS65+				
Total escala*	21,2 (3,5)	12,8 (5,3)	<0,001	1,9
Respuestas de gravedad 3-4	38,2%	16,6%		
Problemas comportamentales	2,0 (1,7)	0,6 (1,2)	<0,001	1,0
Respuestas de gravedad 3-4	4,5 %	2,0 %		
1. Conducta alborotada	0,8 (0,9)	0,2 (0,6)	<0,001	0,7
2. Autolesiones	0,6 (0,8)	0,1 (0,5)	<0,001	0,7
3. Consumo problemático alcohol /drogas	0,5 (1,0)	0,2 (0,6)	<0,001	0,3
Problemas deterioro	4,8 (1,2)	4,1 (1,6)	<0,001	0,7
Respuestas de gravedad 3-4	46,3%	42,6%		
4. Deterioro cognitivo	2,1 (0,7)	1,5 (0,9)	<0,001	0,7
5. Enfermedad física/discapacidad	2,7 (0,8)	2,5 (0,9)	0,006	0,2
Problemas clínicos	6,3 (1,2)	2,7 (1,5)	<0,001	2,7
Respuestas de gravedad 3-4	60,9%	4,4%		
6. Delirios y alucinaciones	0,4 (1,0)	0,1 (0,5)	0,001	0,3
7. Síntomas depresivos	2,9 (0,5)	1,1 (0,8)	<0,001	1,2
8. Otros problemas mentales/conductuales	3,0 (0,4)	1,5 (0,7)	<0,001	1,0
Problemas sociales	7,8 (1,7)	5,3 (2,6)	<0,001	1,1
Respuestas de gravedad 3-4	41,3%	14,7%		
9. Problemas relacionales, sociales o apoyo	2,5 (0,5)	1,6 (0,8)	<0,001	1,5
10. Problemas AVD	2,0 (0,9)	1,4 (1,0)	<0,001	0,6
11. Problemas generales, condiciones de vida	0,5 (0,9)	0,5 (0,8)	0,320	-
12. Problemas trabajo, ocio, calidad entorno	2,7 (0,5)	1,7 (1,0)	<0,001	1,4
GDS				
Total escala*	11,4 (1,2)	7,4 (3,4)	0,001	1,5
0-5: normal	0,0	25,9	-	
6-9: depresión leve	0,0	48,1		
10-15: depresión establecida	100	25,9		
MMSE				
Total escala*	24,2 (3,3)	24,9 (3,7)	0,12	0,2
<6: deterioro cognitivo severo	0,0	0,0	0,330	
6-9: deterioro moderado	0,0	0,0		
10-24: deterioro leve a moderado	49,4	40,7		
25-26: deterioro dudoso	21,0	18,5		
27-30: no deterioro	29,6	40,7		
BARTHEL				
Total escala*	92,7 (11,9)	95,1 (8,5)	0,003	0,2
21-60: dependencia severa	11,1	4,9	0,543	
61-90: dependencia moderada	32,1	33,3		
91-99: dependencia leve	40,7	43,2		
100: independientes	16,0	18,5		
ALSAR*				
Total escala*	13,3 (5,3)	10,8 (5,3)	<0,001	0,4
COTE*				
Total escala*	26,9 (13,9)	18,9 (12,2)	<0,001	0,6

*: Media (desviación estándar); p: t - Student pareada; d: tamaño de efecto (Cohen); HoNOS65+: *Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults*; GDS: Escala Abreviada de Depresión Geriátrica; MMSE: *Mini Mental State Examination*; ALSAR: *Assessment of Living Skills and Resources*; COTE: *Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale*.

La gravedad sintomática descendió en todas las subescalas de la HoNOS65+ salvo la 2, ya que se produjeron dos intentos de suicidio, de carácter leve, durante el ingreso en el centro. Se observó un descenso significativo de los problemas en todas las subescalas excepto la 5 (las patologías graves se mantuvieron) y la 11 (las condiciones de vida apenas sufrieron cambios).

Mejóro la gravedad de los problemas comportamentales, con un tamaño de efecto mediano según la escala COTE ($d=0,6$), y grande ($d=1,0$) según la HoNOS65+. La mejoría de los problemas de deterioro fue mediana según la HoNOS65+ ($d=0,7$) y pequeña según el índice Barthel ($d=0,2$) y la MMSE, destacando un incremento del 11,1% de las personas valoradas como *no deterioro*. Se observó una mejoría con tamaño de efecto muy grande para los problemas clínicos en la HoNOS65+ ($d=2,7$) y en la GDS ($d=1,5$), así como para los problemas sociales ($d=1,1$), pero la mejora en la funcionalidad fue más discreta en la subescala 10 ($d=0,6$) y escasa en las escalas Barthel ($d=0,2$) y ALSAR ($d=0,4$).

Los 21 pacientes que no mejoraron su sintomatología depresiva grave (puntuación GDS al alta en-

tre 10 y 15) no se diferenciaron al ingreso de los 60 pacientes que sí la mejoraron (puntuación GDS al alta ≤ 9) respecto de ninguna variable sociodemográfica ni clínica (material suplementario). Sin embargo, el grupo que no mejoró la sintomatología depresiva grave mostró mayor gravedad de la sintomatología depresiva (mayores puntuaciones al ingreso en la escala GDS: 11,2 vs 12,3), mayor número de respuestas de gravedad en los problemas evaluados por la escala HoNOS65+, especialmente en los comportamentales (3,9 vs 6,3%) y sociales (37,9 vs 51,2%), y problemas más graves en las condiciones de vida y en la participación en actividades de ocio. La frecuencia de pacientes con dependencia severa según la escala ALSAR fue triple en el grupo de 21 pacientes que no mejoró (Tabla 3). Tal y como indica el modelo de regresión logística multivariante obtenido, por cada punto que aumenta la puntuación GDS inicial, la probabilidad de que la sintomatología depresiva grave no mejore se duplica (Tabla 4), y aumenta más de un 60% por cada punto que aumentan los problemas conductuales y un 80% por cada punto de incremento en los problemas sociales valorados con la escala HoNOS65+.

Tabla 3. Diferencias en las puntuaciones al ingreso entre los pacientes que mejoran y no mejoran tras el ingreso en el HDPG

Escalas	Puntuaciones al ingreso		p
	Mejoran (GDS al alta ≤ 9) N=60	No mejoran (GDS al alta > 9) N=21	
HoNOS65+	20,2 (3,1)	24,1 (2,9)	<0,001
Respuestas de gravedad 3-4	37,1%	45,7%	
Problemas comportamentales	1,7 (1,6)	3,0 (1,7)	0,004
Respuestas de gravedad 3-4	3,9%	6,3%	
1. Conducta alborotada	0,6 (0,8)	1,4 (0,9)	0,001
2. Autolesiones	0,5 (0,8)	0,9 (0,8)	0,045
Problemas deterioro	4,6 (1,2)	5,5 (0,8)	0,006
Respuestas de gravedad 3-4	45,8%	61,9%	
5. Enfermedad física/discapacidad	2,6 (0,9)	3,0 (0,6)	0,022
Problemas sociales	7,4 (1,6)	8,9 (1,7)	0,001
Respuestas de gravedad 3-4	37,9%	51,2%	
11. Problemas generales, condiciones de vida	0,3 (0,7)	1,1 (1,1)	0,003
ALSAR	12,6 (5,5)	15,3 (3,9)	0,019
GDS	11,2 (1,1)	12,3 (1,4)	0,002

Las puntuaciones al ingreso se presentan como media (desviación estándar); p: t-Student pareada; HDPG: hospital de día psicogeriatrico; HoNOS65+: *Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults*; ALSAR: *Assessment of Living Skills and Resources*; GDS: Escala Abreviada de Depresión Geriátrica.

Tabla 4. Modelo predictivo de no mejora de la sintomatología depresiva grave tras ingreso en el hospital de día psicogeriatrico

Puntuaciones al ingreso	OR	IC95%	p
Problemas conductuales*	1,64	1,13 – 2,37	0,008
Problemas sociales*	1,80	1,19 – 2,70	0,005
GDS	1,97	1,22 – 3,17	0,005

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza; p: LR hacia atrás; *: escala *Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults* (HoNOS65+); GDS: Escala Abreviada de Depresión Geriátrica.

Los pacientes de ambos grupos evolucionaron positivamente al alta pero con distinta intensidad. El grupo que mejoró mostró mejoría significativa en todas las escalas salvo la Barthel, donde la mejoría fue más escasa. El grupo que mantuvo la sintomatología depresiva grave al alta mejoró significativamente ($p < 0,001$) solo para las escalas HoNOS65+ total y COTE, indicando mejoría de los problemas en su conjunto y del comportamiento y actitud en las tareas; su mejora funcional fue muy escasa (subescala 10 y Barthel). La puntuación de la escala MMSE empeoró al alta en el grupo con

sintomatología depresiva grave, indicando progresión en el deterioro cognitivo (Tabla 5). En el proceso de alta, los pacientes de los dos grupos requirieron recursos diferenciados: los que mejoraron precisaron seguimiento en sus CSM y centros de tratamiento específicos (98,3%), y los del grupo que no mejoró, centros de mayores e ingresos hospitalarios (38%) (Tabla 5). Un 29,6% de los pacientes reingresaron en el HDPG, más frecuentemente (aunque de forma no significativa) en el grupo que mejoró la sintomatología depresiva.

Tabla 5. Evolución de los pacientes del estudio según mejora o no de sintomatología depresiva al alta

Escalas	Mejoran n = 60 (74,1%)		p	No mejoran n = 21 (25,9%)		p
	Ingreso GDS >9	Alta GDS ≤9		Ingreso GDS >9	Alta GDS >9	
HoNOS65+						
Total escala	20,2 (3,1)	11,0 (4,1)	0,001	24,1 (2,9)	18,0 (5,3)	0,001
Respuestas de gravedad 3-4	37,1%	10,6%		45,7%	29,3%	
Problemas comportamentales	1,7 (1,6)	0,3 (0,6)	0,001	3,0 (1,7)	1,5 (2,0)	0,002
Respuestas de gravedad 3-4	3,9%	0,0%		6,3%	7,9%	
1. Conducta alborotada	0,6 (0,8)	0,0 (0,2)	0,001	1,4 (0,9)	0,7 (0,9)	0,003
2. Autolesiones	0,5 (0,8)	0,0 (0,1)	0,001	0,9 (0,8)	0,4 (0,9)	0,086
3. Consumo problemático alcohol /drogas	0,5 (1,0)	0,2 (0,5)	0,001	0,6 (1,1)	0,3 (0,7)	0,031
Problemas deterioro	4,6 (1,2)	3,7 (1,6)	0,001	5,5 (0,8)	5,1 (1,0)	0,035
Respuestas de gravedad 3-4	45,8%	30,0%		61,9%	59,5%	
4. Deterioro cognitivo	2,1 (0,7)	1,4 (0,9)	0,001	2,4 (0,6)	2,1 (0,9)	0,055
5. Enfermedad física/discapacidad	2,6 (0,9)	2,4 (1,0)	0,004	3,0 (0,6)	3,0 (0,5)	0,666
Problemas clínicos	6,2 (0,9)	2,3 (1,2)	0,001	6,7 (1,7)	4,0 (1,7)	0,001
Respuestas de gravedad 3-4	61,1%	59,5%		63,6%	19,0%	
6. Delirios y alucinaciones	0,3 (0,9)	0,1 (0,5)	0,011	0,7 (1,1)	0,2 (0,5)	0,021
7. Síntomas depresivos	2,9 (0,5)	0,9 (0,7)	0,001	2,8 (0,6)	1,7 (0,9)	0,001
8. Otros problemas mentales/conductuales	3,0 (0,4)	1,2 (0,5)	0,001	3,1 (0,5)	2,1 (1,0)	0,001

Escala	Mejoran n = 60 (74,1%)			No mejoran n = 21 (25,9%)		
	Ingreso GDS >9	Alta GDS ≤9	p	Ingreso GDS >9	Alta GDS >9	p
Problemas sociales	7,4 (1,6)	4,6 (2,3)	0,001	8,9 (1,7)	7,2 (2,2)	0,001
Respuestas de gravedad 3-4	37,9%	10,8%		51,2%	30,9%	
9. Problemas relacionales, sociales o apoyo	2,5 (0,5)	1,4 (0,8)	0,001	2,6 (0,4)	2,0 (0,8)	0,001
10. Problemas AVD	1,9 (0,9)	1,2 (0,9)	0,001	2,3 (0,8)	2,0 (0,8)	0,031
11. Problemas generales, condiciones de vida	0,3 (0,7)	0,3 (0,7)	-	1,1 (1,1)	1,0 (1,0)	0,329
12. Problemas trabajo, ocio, calidad entorno	2,6 (0,5)	1,5 (0,9)	0,001	2,8 (0,6)	2,1 (1,0)	0,001
GDS						
Total escala	11,1 (1,0)	5,9 (2,4)	0,001	12,3 (1,4)	11,9 (1,6)	0,251
0-5: normal	0,0	35,0		0,0	0,0	
6-9: depresión leve	0,0	65,0		0,0	0,0	
10-15: depresión establecida	100	0,0		100	100	
MMSE						
Total escala	24,2 (3,3)	25,5 (3,5)	0,001	24,1 (3,3)	23,1 (3,7)	0,048
<6: deterioro cognitivo severo	0,0	0,0		0,0	0,0	
6-9: deterioro moderado	0,0	0,0		0,0	0,0	
10-24: deterioro leve a moderado	48,3	33,3		52,4	61,9	
25-26: deterioro dudoso	21,7	18,3		19,0	19,0	
27-30: no deterioro	30,0	48,3		28,6	19,0	
BARTHEL						
Total escala	93,6 (10,7)	95,8 (7,9)	0,022	90,0 (14,9)	93,3 (10,0)	0,054
21-60: dependencia severa	6,7	3,3		23,8	9,5	
61-90: dependencia moderada	35,0	31,7		23,8	38,1	
91-99: dependencia leve	41,7	45,0		38,1	38,1	
100: independientes	16,7	20,0		14,3	14,3	
ALSAR						
Total escala	12,6 (5,5)	9,8 (5,5)	0,001	15,3 (3,9)	13,6 (3,6)	0,009
COTE						
Total escala	25,2 (13,2)	16,3 (11,3)	0,001	31,9 (14,9)	26,4 (12,2)	0,001

Las puntuaciones al ingreso y alta se presentan como media (desviación estándar); p: t-Student; HDPG: hospital de día psicogeriatrico; GDS: Escala Abreviada de Depresión Geriátrica; HoNOS65+: *Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults*; AVD: actividades de la vida diaria; ALSAR: *Assessment of Living Skills and Resources*; COTE: *Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale*.

DISCUSIÓN

El programa de tratamiento del HDPG redujo significativamente el número de pacientes con sintomatología depresiva grave, objetivo ya alcanzado en otros HDPG^{21,22,23,24,25}. Las características de los pacientes del presente estudio siguen tendencias ya identificadas previamente^{1,14,22,27,28}, como el predominio del sexo femenino, probablemente debido a factores biológicos, hormonales y sociales²⁶. El porcentaje de pacientes que vivían solos, aunque importante, es inferior a los detectados en otros países europeos^{21,25}, lo que podría reflejar diferencias culturales y sociales. El consumo abusivo de alcohol fue más frecuente en hombres, aunque algunas mujeres tendían a ocultarlo o minimizarlo,

por lo que es importante su identificación en las fases iniciales atendiendo a las variables sociales que puedan enmascarar el problema²⁹. Otros estudios describieron mayor duración del ingreso^{21,22} y menor número de readmisiones^{21,24,25}, lo que podría indicar, en nuestro caso, una mayor voluntad de seguir sosteniendo a los pacientes en el medio familiar²⁷. El reducido número de pacientes provenientes de otras localidades conduce a deducir que el HDPG de Pamplona no atiende más que una pequeña parte de las necesidades de los pacientes de la provincia, por lo que será necesario implementar programas de apoyo comunitario adecuados³⁰. Después del tratamiento persisten déficits funcionales que precisarán cuidados y coordinación con otros servicios^{27,31}.

El efecto positivo del programa del HDPG sobre la escala GDS fue similar al descrito en dos HDPG de Suiza²⁴ y Canadá²⁵, este último con un tamaño de efecto muy grande pero inferior al del presente trabajo (1,1 vs 1,5). En los tres casos, las variables socio-demográficas de los pacientes tuvieron un escaso impacto en los resultados, indicando que el programa de HDPG resulta beneficioso para una variedad de pacientes con sintomatología depresiva²⁵. La ausencia de relación puede deberse a la variabilidad en las características de los pacientes, frecuente en las investigaciones realizadas en HDPG²⁵. La dispersión etaria supuso, en nuestro caso, una dificultad adicional para organizar los grupos de intervención, pero también aportó diversidad y riqueza en aprendizajes y experiencias. Al alta, solo los pacientes que habían mejorado la sintomatología depresiva grave mejoraron de forma significativa la funcionalidad y la capacidad cognitiva, como se observó en un HDPG de Alemania²¹; sus predictores de mejora fueron ser varón y tener una corta historia de depresión, mientras que en nuestro estudio fueron presentar al ingreso menor gravedad depresiva en la escala GDS y menores problemas conductuales y sociales detectados por la escala HoNOS65+.

El programa del HDPG redujo significativamente la puntuación de la escala HoNOS65+ global, coincidiendo con otros estudios^{30,32,33,35}. La puntuación al alta fue muy similar, pese a las diferencias clínicas y sociales entre las distintas muestras, a la de dos estudios realizados en Madrid (personas mayores de 65 años en situación de exclusión social)³² y en Holanda (pacientes psiquiátricos mayores de un centro de SM)³⁰, pero inferior a la obtenida por la Unidad de Psicogeriatría de Zaragoza³³, probablemente porque eran pacientes institucionalizados de edad más avanzada.

Como en otros estudios en HDPG, se logró una notable mejoría en los problemas clínicos, especialmente en la sintomatología ansioso-depresiva²², cuya comorbilidad es un hallazgo recurrente en la literatura^{2,22,36} que nosotros observamos en mayor proporción que la descrita por Montorio y col³⁶ (74,0 vs 57,1%).

También se redujeron los problemas de deterioro, muy prevalentes entre los adultos mayores^{3,4}. Los resultados de la escala MMSE señalaron mejora cognitiva tras el tratamiento únicamente para los pacientes que superaron la sintomatología depresiva, reflejo de la estrecha relación entre ambas^{1,21,26}. Aunque las puntuaciones de la escala MMSE al in-

greso fueron en general bajas, y es conocido que la afectación cognitiva es común en personas con trastornos depresivos¹, no siempre se trató de un deterioro cognitivo instaurado. Hay que tener en cuenta dos cuestiones: una, que muchos pacientes (sobre todo mujeres) tienen una escolaridad muy baja, siendo algunas de ellas casi analfabetas⁶ (aunque no sea un impedimento para su recuperación⁸) y, dos, que algunos pacientes psiquiátricos presentan *autoestigma*³⁴ como parte de su sintomatología depresiva: expresan quejas subjetivas de pérdida cognitiva sin correspondencia con su rendimiento en pruebas estandarizadas. Es destacable el elevado volumen de demandas de los centros derivadores para evaluar a los pacientes ante la sospecha de déficits cognitivos graves o principios de demencia (confirmados en escasos pacientes que fueron derivados a Neurología para seguimiento). Este volumen de demandas ya fue descrito por Hoggarth²², y en nuestro caso creemos que se relaciona con el hecho de que el HDPG cuenta con una unidad de Deterioro Cognitivo muy conocida por la Red de Salud Mental de Navarra. Esto pone de manifiesto una de las fortalezas reconocidas de los HDPG: constituirse en recursos idóneos para las evaluaciones neuropsicológicas de los pacientes psicogeriatricos¹¹. Los problemas físicos se presentaron de forma generalizada en todas las edades, apoyando la fuerte relación entre el deterioro de la salud y la sintomatología depresiva^{6,35}.

Los pacientes presentaron marcados problemas sociales derivados de la falta de relaciones, de participación social y del disfrute de actividades ocupacionales y de ocio, generalizada en los mayores con trastornos depresivos^{1,6}, y relacionada tanto con la aparición del trastorno como con su mantenimiento¹. Es destacable la repercusión social de los efectos secundarios de las medicaciones (rigidez e inestabilidad motora, temblor) y de las limitaciones sensoriales, especialmente la hipoacusia^{35,37}. La notable mejora de esos problemas sociales al alta está en la base de la recuperación del trastorno depresivo de los pacientes³⁸; cuya interacción con sus iguales y con los profesionales durante la estancia en el HDPG resultó de gran ayuda en su recuperación²⁴.

Coincidiendo con otros estudios, las limitaciones funcionales en actividades de la vida diaria fueron muy prevalentes incluso entre los más jóvenes^{35,39}, afectando tanto a habilidades básicas (que mejoraron en todos los grados de dependencia²¹ pero especialmente en las severas y leves³⁵) como en las instrumentales (incluyendo la autonomía para los

desplazamientos), que mejoraron significativamente solo en los pacientes que habían mejorado la sintomatología depresiva²¹.

Las limitaciones del estudio fueron: 1) el pequeño número de pacientes evaluados en algunas pruebas disminuyó la potencia de esos resultados; 2) las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas se evalúan en conjunto, lo que no permitió identificar los aspectos del tratamiento más determinantes en la mejoría de los pacientes, y 3) la ausencia de grupo control no permitió establecer causalidad. Tampoco se evaluó el malestar subjetivo de los pacientes con instrumentos de medida apropiados. Las principales fortalezas fueron la utilización de instrumentos estandarizados y estructurados para evaluar los trastornos mentales, adaptados a las características de las personas mayores, y las aportaciones de diferentes profesionales con abordajes y visiones complementarias.

Este estudio aporta evidencia de que el tratamiento ofertado por el HDPG es efectivo para reducir la sintomatología depresiva y otros problemas psicogerítricos. Los predictores de peor respuesta terapéutica fueron mayor gravedad depresiva en la escala GDS y mayor número de problemas detectados por la escala HoNOS+ 65. También ha identificado las características de los pacientes al inicio y al finalizar el programa, lo que propiciará una mejor adecuación de los tratamientos.

Todo ello apoya que el HDPG es una alternativa para la atención de personas mayores con sintomatología depresiva grave, de calidad adecuada y poco restrictiva, ya que los pacientes se mantienen dentro de la comunidad, mejorando su capacidad de autocuidado y promoviendo sus contactos sociales, aunque algunos requieran mayores apoyos en transporte y soporte social para acudir al centro. Para futuras investigaciones sería deseable contar con estudios que valoren la satisfacción de los pacientes usuarios y de sus familias.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación externa para la realización de este estudio.

Agradecimientos

No aplica.

BIBLIOGRAFÍA

1. KOK RM, REYNOLDS CF. Management of depression in older adults: a review. *JAMA* 2017; 317: 2114-2122. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.5706>
2. BRAAM AW, COPELAND JR, DELESPAU PA, BEEKMAN AT, COMO A, DEWEY M et al. Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: results from the EURODEP concerted action. *J Affect Disord* 2014; 155: 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.011>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS, 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
4. DE LA TORRE-LUQUE A, AYUSO-MATEOS JL. The course of depression in late life: a longitudinal perspective. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020; 29: e147. <https://doi.org/10.1017/S204579602000058X>
5. FISKE A, WETHERELL JL, GATZ M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363-389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
6. PORTELLANO-ORTIZ C, GARRE-OLMO J, CALVÓ-PERXAS L, CONDE-SALA JL. Depresión y variables asociadas en personas mayores de 50 años en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2018; 11: 216-226. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.10.003>
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidade, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
8. SOLANO N, GALLAGHER-THOMPSON D. Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en personas mayores. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores. *Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36: 189-194. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(01\)74719-1](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(01)74719-1)
9. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta europea de Salud en España 2014. Madrid: INE, 2015. <https://www.ine.es/metodologia/t15/t153042014.pdf>
10. DE LA CÁMARA IZQUIERDO C, LOBO SATUÉ A. Salud mental en las personas mayores. Una guía práctica. Traducción del original inglés *Mental health in older people. A practice primer*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/09/practice-primer.pdf>. Enlace
11. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico. Insalud, 1999. <https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/psiquiatico.htm>
12. FORSTER A, YOUNG J. Community rehabilitation for older people: day hospital or home-based services? *Age Ageing* 2011; 40: 2-4. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq136>
13. MARSHALL M, CROWTHER R, ALMARAZ-SERRANO A, CREED F, SLEDGE W, KLUITER H et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) voca-

- tional rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess* 2001; 5: 1-75. <https://doi.org/10.3310/hta5210>
14. VEGA DÁVILA D, GARCÍA MORALES P, GÓMEZ JUÁREZ JL, CARAVACA MUÑOZ A, LIMIÑANA CAÑAL JM. Características de los pacientes psicogerítricos ingresados en una Unidad de Agudos de Psiquiatría. 16º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2015. <https://psiquiatria.com/trabajos/20CO-MUN1CVP2015.pdf>
 15. AUSÍN B, MUÑOZ M, QUIROGA MA. Adaptación española de las escalas de resultados para personas mayores HoNOS65+ [Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults]. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2007; 42: 88-95.
 16. LLAMAS-VELASCO S, LLORENTE-AYUSO L, CONTADOR I, BERMEJO-PAREJA F. Versiones en español del *Minimal State Examination* (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Rev Neurol* 2015; 61: 363-371.
 17. MARTÍNEZ DE LA IGLESIA J, ONÍS VILCHES MC, DUEÑAS HERRERO R, ALBERT COLOMER C, AGUADO TABERNÉ C, LUQUE LUQUE R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam* 2002; 12: 26-40.
 18. BAZTÁN JJ, PÉREZ DEL MOLINO J, ALARCÓN T, SAN CRISTÓBAL E, IZQUIERDO G, MANZARBEITIA I. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28: 32-40.
 19. CLEMSON L, BUNDY A, UNSWORTH C, SINGH MF. Validation of the modified assessment of living skills and resources, an IADL measure for older people. *Disabil Rehabil* 2009; 31: 359-369. <https://doi.org/10.1080/09638280802105881>
 20. BELLIDO JR, BERRUETA LM, SAN VALER P, LÓPEZ T, GEA A. Adaptación española de la *Comprehensive Occupational Therapy scale* (COTE) para pacientes psiquiátricos. *TOG (A Coruña)* 2015; 12: 1-35. <https://www.revistatog.com/num22/pdfs/original5.pdf>
 21. BRAMESFELD A, ADLER G, BRASSEN S, SCHNITZLER M. Day-clinic treatment of late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 82-87. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200101\)16:1<82::aid-gps281>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200101)16:1<82::aid-gps281>3.0.co;2-g)
 22. HOGGARTH PA. Psychogeriatric day hospital reduces depression and anxiety symptoms and improves quality of life. *NZMJ* 2018; 131: 17-22.
 23. ASHAYE OA, LIVINGSTON G, ORRELL MW. Does standardized needs assessment improve the outcome of psychiatric day hospital care for older people? A randomized controlled trial. *Aging Ment Health* 2003; 7: 195-199. <https://doi.org/10.1080/1360786031000101166>
 24. CANUTO A, MEILER-MITITELU C, HERRMANN FR, DELALOYE C, GIANNAKOPOULOS P, WEBER K. Longitudinal assessment of psychotherapeutic day hospital treatment for elderly patients with depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 949-956. <https://doi.org/10.1002/gps.2016>
 25. MACKENZIE CS, ROSENBERG M, MAJOR M. Evaluation of a psychiatric day hospital program for elderly patients with mood disorders. *Int Psychogeriatr* 2006; 18: 631-641. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003437>
 26. National Institute of Mental Health. La depresión en las mujeres: 5 cosas que debes saber. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-depresion-en-las-mujeres>
 27. DÍAZ DEL VALLE JC, SERRANO VÁZQUEZ M, OLIVEIRA LORENZO CI, CRISTÓBAL ALONSO OJ. Asistencia psiquiátrica en pacientes mayores de 65 años en una unidad de agudos de un hospital general. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias* 2000; 4: 49-66. https://www.psiquiatriagallega.org/uploadedFiles/AGP.r8ms4/fileManager/enero_2000.pdf
 28. GÁZQUEZ LINARES JL. Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. *Anales de Psicología* 2008; 24: 327-333. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/42881/41201>
 29. DELFRADE J, GÓMEZ IBÁÑEZ JC, FLORISTÁN Y, GUEVARA M, MORENO IRIBAS C. Diferencias por sexo y nivel de renta en la mortalidad por causas directamente relacionadas con el alcohol en Navarra, 1993-2017. *An Sist Sanit Navar* 2020; 43: 9-13. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0750>
 30. STOBBE J, WIERDSMA AI, KOK RM, KROON H, ROOSENCHOON BJ et al. The effectiveness of assertive community treatment for elderly patients with severe mental illness: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 42. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-42>
 31. PERALTA V, CUESTA MJ. Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. *An Sist Sanit Navar* 2002; 25: 7-20. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0849>
 32. SANTOS-OLMO AB, AUSÍN B, MUÑOZ M, SERRANO P. Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. *Psychosocial Intervention* 2008; 17: 307-319.
 33. AGUILAR M. Pérdida de la funcionalidad en el trastorno mental grave en una unidad de psicogeriatría. Trabajo de Fin de Máster. Universidad de Zaragoza 2018. <https://zaguan.unizar.es/record/78457/files/TAZ-TFM-2018-099.pdf?version=1>
 34. GARAY M, POUSA V, PÉREZ L. La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y la autoestima con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2014; 34: 459-475. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000300002>
 35. ZAMORANO A, MUÑOZ M, AUSÍN B, PÉREZ E. Relación entre la salud mental y el nivel de funcionamiento de las personas mayores de 65 años de la Comunidad de Madrid. *Clínica y Salud* 2019; 30: 63-71. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a8>
 36. MONTORIO I, NUEVO R, LOSADA A, MÁRQUEZ M. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina* 2001; 12: 19-26. <https://sid.usal.es/idocs/F8/8.2.6-5231/ansiedad.pdf>
 37. MILLÁN-CALENTI JC, MASEDA A, ROCHETTE S, GARCÍA-MONASTERIO I. Relación entre el déficit sensorial auditivo y depresión en personas mayores: revisión de la literatura. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011; 46: 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.09.002>
 38. CORREA-PALACIO AF. Psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad. *Psicogeriatría* 2016; 6: 51-59. https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0602/602_0051_0059.pdf
 39. HERRMAN H, PATRICK DL, DIEHR P, MARTIN ML, FLECK M, SIMON GE et al. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychol Med* 2002; 32: 889-902. <https://doi.org/10.1017/s003329170200586x>

ANEXO 1.

Intervención realizada en el Hospital de Día Psicogerítrico (HDPG) de Pamplona, España

El HDPG dispone de 16 plazas y la estancia media oscila alrededor de los dos meses. Ofrece una combinación de tratamientos psicológicos, farmacológicos y sociales en formato individual y grupal, lo que permite individualizar el tratamiento a cada persona atendida. El equipo interdisciplinar está compuesto por: psiquiatra, enfermera, psicóloga, terapeuta ocupacional, trabajadora social y dos técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Dentro del plan de intervención se ofrecen dos tipos de programas diferenciados y complementarios; actividades terapéuticas estándar, y activida-

des terapéuticas específicas. Todos los pacientes que ingresan en el HDPG, salvo que su situación clínica lo desaconseje, se incluyen en el programa estándar. El programa de actividades terapéuticas específicas se desarrolla en el contexto de una intervención clínica, en función de los objetivos a conseguir en el proceso de tratamiento durante el ingreso y según un plan de tratamiento individualizado (PTI) previamente establecido. Estas actividades estarán programadas por los distintos profesionales del centro y se desarrollarán de forma estructurada pero flexible (Tabla 1).

Tabla 1. Actividades incluidas en la programación

Sesiones semanales*	Programa de Actividades Terapéuticas	
	Estándar	Específicas
5	Reunión de buenos días	
2	Actividad física Psicomotricidad Taller creativo	Estimulación cognitiva
1	Reminiscencia Actividad lúdica Actividad musical	Educación para la salud Psicoeducación y manejo de síntomas Psicoterapia grupal cognitivo-conductual para la depresión Habilidades sociales Actividades de la vida diaria
Según necesidades		Intervención familiar

*: La duración de todas las sesiones es de 1 hora, a excepción de la intervención familiar.

Estrategias:

- Sesiones de terapia grupal, que buscan fomentar la participación y la expresión de los pacientes.
- Intervención multidisciplinar de diferentes contenidos terapéuticos, en formato grupal, y de forma individualizada.

Del resultado de la evaluación al ingreso se realizará el perfil del paciente y se obtendrán sus indicadores para establecer el tipo y formato de intervención psicoterapéutica y su inclusión/exclusión de los grupos de actividades (Tabla 2).

Tabla 2. Variables indicadoras para la asignación al formato grupal

Variable	Obtención
Estado cognitivo	MMSE
Nivel de gravedad psicopatológica	SSPI, HoNOS65+, GDS y entrevista clínica
Nivel de abstracción y razonamiento social	Entrevista clínica
Capacidad de <i>insight</i> y conciencia de enfermedad	Entrevista clínica
Habilidades metacognitivas	Entrevista clínica
Experiencia previa en grupos	Entrevista clínica y anamnesis
Rasgos de personalidad	Entrevista clínica y anamnesis

MMSE: *Mini Mental State Examination*; SSPI: *Signs and symptoms of psychotic illness*; HoNOS65+: *Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults*; GDS: Escala Abreviada de Depresión Geriátrica.