

# Depresión en el anciano: una perspectiva general

Carmen García-Peña,<sup>1</sup> Teresa Juárez Cedillo,<sup>1</sup>  
Katia Gallegos-Carrillo,<sup>1</sup> Carlos Durán-Muñoz,<sup>1</sup>  
Sergio Sánchez-García<sup>1</sup>

## Introducción

El presente capítulo revisa algunos conceptos sobre la depresión en pacientes geriátricos. La depresión es una entidad clínica que se caracteriza por recurrencia y remisión de síntomas. Esta enfermedad en pacientes ancianos guarda relación con ciertos factores biológicos y psicosociales.

En México, como en el resto del mundo, las diversas formas de depresión han sido ampliamente documentadas e identificadas como uno de los problemas de salud mental más graves de este siglo.<sup>1,2</sup> Este trastorno afectivo se ha convertido en un problema de salud pública por la magnitud y trascendencia con que se presenta.<sup>3</sup> Este padecimiento tiene y tendrá un peso cada vez mayor debido al envejecimiento de la población y la transición epidemiológica en nuestro país.

El episodio depresivo que se presenta en pacientes geriátricos puede ser la recurrencia de un trastorno depresivo de inicio temprano, es decir, antes de los 60-65 años, o aparecer por primera vez durante esta edad. Estos episodios se asocian con una serie de factores biológicos y socioculturales, unos establecidos en forma clara y otros comprendidos de manera incompleta.<sup>4,5</sup> Los trastornos depresivos en personas ancianas, particularmente el trastorno depresivo mayor, tienen varias connotaciones. En pacientes geriátricos deterioran en forma ostensible el funcionamiento social, menoscaban en gran medida la calidad de vida, ensombrecen notablemente el pronóstico de algunos problemas médicos e incrementan en forma dramática el riesgo de muerte por diversas causas poco comprendidas.<sup>6-8</sup> Ahora bien, la depresión y la demencia no sólo ocasionan considerable sufrimiento y discapacidad a quienes las padecen, sino que también incrementan riesgos e impacto de otras enfermedades, pueden acelerar la pérdida de capacidades funcionales, así

---

<sup>1</sup> Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Área Envejecimiento. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social.

como causar demoras innecesarias en el proceso de recuperación de la salud. Sin embargo, frecuentemente la depresión no es diagnosticada ni tratada, incluso a pesar de que la evidencia científica acumulada sugiere que la atención de este padecimiento permite liberar importantes recursos para la atención de necesidades sociales y de salud.

## Vejez en México

Las transiciones demográfica y epidemiológica provocan que México experimente un proceso de envejecimiento demográfico que incrementa los números absolutos y porcentuales de la población en edad avanzada.

En México –al igual que en el resto del mundo– ha aumentado el número de ancianos, lo cual afectará los servicios sociales y de salud en los próximos años. La población mayor de 60 años se ha incrementado de 1 005 803 (5.1% del total de la población) en 1940 a 4 988 158 (6.1%) en 1990. La tasa anual promedio de crecimiento de esta población entre 1970-1990 fue de 3.1%, mientras que la tasa nacional fue de 2.6%. La proporción de la población de 60 años y más alcanzará 24% en el 2050 (cuadro I).

La proporción de la población de 60 años y más se incrementará al doble, de 3 a 6% entre 1980 y 2010. En números absolutos, el incremento será de más del

**Cuadro I**  
**México: evolución de la población**  
**de 60 años y más, 1950-2050**

Año	Absoluto	Relativo
1950	1 419 683	5.50
1970	2 709 238	5.62
1990	4 988 158	6.14
1995	5 774 485	6.34
2000	6 843 969	6.92
2010	9 807 640	8.69
2030	21 267 900	15.76
2050	35 713 967	24.34

Fuente: INEGI, 1950, 1970, 1990. CONAPO, 1994.

**Cuadro II**  
**Porcentaje de la población de 60 años y más, 1990-2150**

País	1990	2000	2010	2020	2030	2050	2075	2100	2125	2150
Reino Unido	20.8	20.7	23.0	25.5	29.6	29.5	29.7	30.3	30.7	30.9
Estados Unidos	16.6	16.5	19.2	24.5	28.2	28.9	29.7	30.3	30.7	30.9
Argentina	13.1	13.7	15.1	17.2	19.3	25.9	28.6	29.7	30.4	30.8
Brasil	6.7	7.7	9.7	13.1	16.9	24.2	27.7	29.3	30.2	30.6
Chile	8.7	9.8	12.2	16.1	20.8	26.4	28.7	29.8	30.4	30.8
Japón	17.3	22.7	29.0	31.4	33.0	34.4	31.0	30.7	30.9	31.0
México	5.7	6.6	8.3	11.2	15.7	24.6	28.3	29.6	30.3	30.7

Fuente: World Bank. Policy Research Report. Averting the Old Age Crisis Policies to protect the old and promote growth. Washington DC. Oxford University Press, 1994.

triple, de 2.3 millones en 1980 a 7.1 millones en 2010. Para 2150 los porcentajes de población de 60 años y más serán casi idénticos en México y en el Reino Unido, Estados Unidos o Japón, aun cuando esos países tuvieron proporciones mucho más altas que México en 1990.

## Depresión en adultos mayores

A lo largo de los años se han intentado diversas definiciones acerca de la depresión. Beck en 1970 lo expresaba en los siguientes términos: “Estado anormal del organismo que se manifiesta, a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas, una pérdida de espontaneidad”.<sup>9</sup> Once años más tarde Seligman decía: “Estado de intenso abatimiento que produce un desgaste de la motivación y una pérdida de interés por la realidad. La persona, además siente aversión por sí misma sintiéndose inútil y culpable”.<sup>10</sup>

Actualmente, la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 refiere diferentes formas-categorías de depresión; de igual forma la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV, por sus siglas en inglés) destaca las siguientes categorías diagnósticas: la depresión mayor, el desorden distímico y el desorden de ajuste con ánimo depresivo.

Así, los criterios para “depresión mayor” según el DSM-IV requieren la presencia de al menos cinco síntomas en un mismo periodo de dos semanas. Estos síntomas deben de ser estado de ánimo deprimido o anhedonia; no deben ser atribuibles a, o sobreimpuestos con síntomas de esquizofrenia, desórdenes ilusionales o trastornos psicóticos no especificados; y debe excluirse que los cinco síntomas se deban a intoxicación por uso de drogas o a alguna otra condición “orgánica”.

El curso clínico del trastorno depresivo mayor por definición se considera recurrente, de tal suerte que independientemente de la edad, la depresión se caracteriza por recaídas, remisiones y recurrencias. Las investigaciones muestran que el curso de la depresión en ancianos varía de un estudio a otro. Algunas investigaciones concluyen que es menos probable la remisión completa de síntomas depresivos en este grupo de pacientes y es frecuente observar algunos síntomas residuales, a pesar de la mejoría evidente del cuadro global.<sup>11,12</sup>

Las otras categorías diagnósticas comúnmente asociadas con la depresión incluyen depresión menor y distimia y varían en el número de síntomas, su intensidad y duración. Sin embargo, la evidencia científica no brinda apoyo inequívoco respecto a si estas categorías son distintas y suficientes. Por ejemplo, datos de Kendler y Gardner<sup>13</sup> muestran que ni el periodo de dos semanas, ni los cinco síntomas, ni la incapacidad clínica fueron criterios necesarios para predecir episodios depresivos o el riesgo de depresión mayor en un estudio de gemelos. En cambio, otros estudios muestran que la presencia de algunos síntomas, a pesar de no satisfacer los criterios para el diagnóstico clínico de depresión mayor o distimia, sí están asociados con problemas muy serios de salud mental.<sup>14</sup>

## Epidemiología

La depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica. Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública, ya que, entre otros factores, aumentan con la edad.<sup>7</sup>

Los trastornos del estado de ánimo y, fundamentalmente, la depresión tienen una elevada prevalencia (con base en su alta incidencia, recurrencia aumentada y tendencia a la cronicidad) y conllevan alta morbilidad, tanto directa como indirecta.<sup>11</sup>

Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de las diferentes alteraciones depresivas varían según el instrumento diagnóstico utilizado, sea la entrevista psiquiátrica o la aplicación de escalas orientativas,<sup>15</sup> así como según el grupo poblacional al que se estudie: ancianos en la comunidad, ancianos institucionalizados en residencias o ancianos hospitalizados.

En lo que coinciden la mayoría de los estudios y autores es que los trastornos afectivos del anciano están infradiagnosticados e infratratados. Si se analizan los estudios sobre depresión mayor en ancianos en la comunidad que usan para el diagnóstico instrumentos estructurados administrados por especialistas, suelen arrojar tasas de prevalencia significativamente menores (1-3%) que estudios que usan instrumentos dimensionales de tamizaje (*screening*), como la Escala de Depresión Geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés), la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés),<sup>16</sup> o la escala de Koenig<sup>17</sup> que se basa en la presencia de más o menos síntomas de los llamados “depresivos”.

La prevalencia de depresión es mayor en las personas consideradas como adultos mayores, de quienes se han notificado cifras de 40 a 70%.<sup>4,18</sup> Un estudio realizado en México en el 2002, en personas mayores de 59 años de la ciudad de Veracruz, refiere que 57.8% presentó depresión: 46.7% en grado leve y 11.1% en moderado-severo.<sup>19</sup>

En México, existen pocos estudios representativos que permitan estimar la prevalencia de sintomatología depresiva entre la población de edad avanzada en la comunidad. Estimaciones preliminares permiten ubicar la prevalencia actual de depresión mayor en alrededor de 11%, con niveles más elevados para los grupos etáreos mayores.<sup>20</sup> Reyes<sup>21</sup> estudió longitudinalmente una población de 5 492 ancianos derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) mayores de 60 años, representativos del Distrito Federal (DF). En el primer año se encontró una prevalencia de 40% y en el último año, de 43%.

Un estudio reciente, también con una muestra probabilística pero que sólo incluyó población entre 18 y 65 años de edad del DF, encontró una prevalencia de trastornos depresivos en esta población de 12%, correspondiendo 7.9% a los episodios depresivos y 4.4% a la distimia.<sup>22</sup>

Se han realizado diversas investigaciones a fin de estimar la extensión y las características de los trastornos depresivos en México. Estos estudios se refieren a diversas poblaciones y han empleado diversas estrategias metodológicas e instrumentos.

## Etioopatogenia

La depresión del anciano, independientemente de la forma clínica que adopte, ha de considerarse como el resultado de la conjunción de varios factores que actúan en el terreno personal de cada paciente.<sup>23</sup>

La interacción biológica, psicológica y social ocurre simultáneamente, y esta interacción es altamente compleja.<sup>24,25</sup> La depresión no es provocada por un solo

factor; lo habitual es que en ella intervengan varios elementos. Tampoco hay una respuesta clara que explique porqué unas personas se deprimen y otras no. En algunos casos sucede sin razón aparente y, en otros, se desencadena por un determinado acontecimiento, o por un hecho negativo. La etiología, por tanto se ha relacionado con diversos procesos tales como aspectos biológicos, experiencias tempranas de la vida, eventos estresantes, estilo cognitivo, y pérdida de apoyo. Sin embargo, no es posible explicar la depresión como un fenómeno biológico o psicológico puro.

El apoyo social ha sido especialmente estudiado en relación con la depresión, parece estar relacionado con los trastornos psiquiátricos en general, así como con las enfermedades somáticas. Las mediciones del apoyo social incluyen aspectos como las relaciones íntimas, el grado de integración social, la participación en la comunidad, el tamaño de la red social y la disponibilidad de buenos amigos.<sup>26,27</sup>

Acerca de los factores predisponentes en la depresión, Brown y Harris<sup>28</sup> los dividen en dificultades a largo plazo y factores de vulnerabilidad. Los primeros son circunstancias estresantes prolongadas que pueden, por sí mismas, causar depresión. Los segundos no la causan por sí mismos, pero actúan aumentando el efecto de los acontecimientos vitales. Los factores de vulnerabilidad pueden ser circunstancias vitales particulares de un individuo, o corresponder a algunas características generales de la sociedad.<sup>29</sup>

Varios estudios sobre la familia confirman la base hereditaria de la depresión; las personas cuyos parientes cercanos la han sufrido, son más propensas a padecer esta enfermedad. Asimismo entre los gemelos idénticos, si uno de ellos tiene depresión, la probabilidad de que el otro la desarrolle igualmente es de 70%, mientras que el riesgo desciende a 15% para los fraternos y otros hermanos, padres e hijos y sólo llega a 7% para los nietos, sobrinas y sobrinos. Cuando no hay depresión entre los parientes cercanos de una persona, ésta tiene sólo de 2 a 3% de probabilidades de sufrirla.

Un mayor apoyo a la heredabilidad de los trastornos afectivos proviene de un reciente informe,<sup>30</sup> según el cual se han localizado uno o más genes asociados a la depresión en un punto específico del cromosoma 6; están localizados junto a un grupo de genes que controla el sistema *HLA* (complejo mayor de histocompatibilidad) una parte del sistema inmunológico corporal. Así pues, la depresión puede estar relacionada con el sistema inmunológico de un individuo afectado.

Se atribuye la enfermedad a un mal funcionamiento de los neurotransmisores, sustancias químicas del cerebro que estimulan tanto como inhiben a otras células. Un grupo de neurotransmisores, en particular serotonina, dopamina y norepinefrina, conocidos como aminas biógenas, se consideran implicados en el origen de la depresión; la escasez de estas aminas enviadas a través del cerebro puede causar depresión, mientras que un exceso puede producir un estado maniaco. Las inves-

tigaciones que apoyan esta teoría concuerdan con el descubrimiento de que si se estimulan con corriente eléctrica ciertas partes del cerebro de los animales y de los seres humanos, se puede producir una sensación muy placentera, mientras que extrayendo las aminas biógenas del cerebro se logran disminuir los efectos de este tipo de estimulación. Otros cambios fisiológicos relacionados con la depresión son un aumento de la tensión muscular y la aceleración de la tasa cardíaca y de la respiración, un desequilibrio de la carga eléctrica del sistema nervioso, fruto de un aumento de la retención de sal y aumentos en la producción de una hormona, el cortisol.

Tanto la teoría cognitiva de Aaron Beck,<sup>9</sup> como la teoría de la indefensión aprendida de Martin EP Seligmann,<sup>10</sup> se apoyan en la manera como interpretamos las experiencias de la vida. En su opinión, el depresivo sufre un trastorno básico de pensamiento: exagera los fallos, interpreta mal las afirmaciones sobre su ser para llegar a creer que es malo, ve el lado negativo de las experiencias ordinarias y ve con pesimismo el futuro. Según Beck, esto se debe a que sufre una disfunción cognitiva y emocional.

## Formas clínicas

*Depresión de inicio tardío.* A lo largo de diferentes estudios se ha ido distinguiendo entre una serie de procesos depresivos que han comenzado en edades tardías de aquellos que comenzaron en la edad adulta y cuyas recurrencias también pueden aparecer en edades tardías. Parecen ser procesos, etiopatogénicamente, distintos. La depresión de inicio tardío suele tener menor carga genética (menos historia familiar de depresión), pero una mayor prevalencia de déficits cognitivos, recurrencias, comorbilidad médica y mortalidad.<sup>31</sup> El estudio de neuroimagen de estos pacientes suele mostrar mayor grado de atrofia córtico-subcortical y un exceso de señales hiperintensas en sustancia blanca y ganglios basales, que son indicativos de patología vascular cerebral, de ahí que a esta forma de depresión se le conozca como depresión vascular,<sup>32</sup> tiene peor respuesta al tratamiento antidepresivo, así como una peor evolución.

*Depresión menor.* Como entidad clínica, es difícilmente encuadrable en las clasificaciones actuales y podría situarse dentro de la depresión breve o trastorno depresivo breve recurrente (incluye síntomas depresivos moderadamente graves que son coherentes con los criterios del DSM-IV, excepto por su duración),<sup>23</sup> con remisión parcial o pródromos de depresión mayor, distimia, trastornos debidos a enfermedades somáticas o bien algunos de los antiguos diagnósticos CIE-9, como personalidad depresiva. En la última edición del DSM-IV ya aparece propuesto el

diagnóstico de depresión menor. Para ser diagnosticado de depresión menor, el paciente ha de sufrir un trastorno durante dos o más semanas, con tres de los criterios de depresión mayor. Diversos estudios como el de Kivela,<sup>33</sup> han encontrado en países nortueuropeos grupos de pacientes de edad avanzada que podrían incluirse en criterios de depresión menor o distimia, cuya sintomatología y niveles de incapacidad eran comparables con los de los pacientes afectados por depresión mayor.

*Depresión mayor.* Por definición se considera recurrente, de tal suerte que independiente de la edad, la depresión se caracteriza por recaídas, remisiones y recurrencias.<sup>34</sup> Las investigaciones muestran que el curso de la depresión en ancianos varía de un estudio a otro. Algunas investigaciones concluyen que es menos probable la remisión completa de síntomas depresivos en este grupo de pacientes y es frecuente observar algunos síntomas residuales, a pesar de la mejoría evidente del cuadro global.<sup>35</sup>

### Características de la depresión en el anciano

Los cuatro síntomas cardinales de la depresión son: ansiedad, afecto deprimido, retardo psicomotriz y síntomas somáticos. Además suele haber un grado variable de alteración cognoscitiva y puede haber síntomas psicóticos. En los ancianos hay ciertas peculiaridades:

1. La ansiedad suele ser notificada por hasta 15% de los mayores, lo cual corresponde a la prevalencia de depresión en tal grupo de edad, hay una elevada prevalencia de ansiedad en los ancianos con depresión mayor, que es menos pronunciada en el joven.
2. Las personas de edad, por otra parte, tienden a no informar sobre las alteraciones del afecto por considerarlas parte del proceso de envejecimiento.
3. El retardo psicomotor usualmente flagrante en el joven, puede no ser tan obvio en alguien de mayor edad, y es así que los marcadores cardinales de la depresión pueden quedar enmascarados.
4. Los síntomas somáticos suelen ser prominentes en la depresión geriátrica. Los más comúnmente referidos son: astenia, cefalea, palpitaciones, dolor generalizado, mareo, disnea y trastornos funcionales digestivos.
5. Las alteraciones cognoscitivas suelen ser más obvias en el anciano, en particular si hay deterioro asociado. La pseudo-demencia depresiva debe ser cuidadosamente diferenciada de los pródromos de demencia, en donde el enfermo carece manifiestamente de *insight*.
6. La ideación pesimista es común, y puede alcanzar niveles paranoicos.



7. Asimismo la ocurrencia de hipocondriasis es frecuente y las alucinaciones pueden observarse en casos graves.

En el cuadro III se pueden apreciar las diferencias entre una condición depresiva en población joven y la que presentan adultos mayores, de acuerdo como Gottfries las resume.<sup>36</sup> Aunque algunas de ellas pueden explicarse en función de afecciones concomitantes, también su ocurrencia sugiere que en distintos grupos de edad pudiéramos estar en presencia de trastornos distintos, desde un punto de vista patológico.

### Factores asociados

Como resumen de los diferentes estudios epidemiológicos, podríamos señalar que entre 10 y 15% de los ancianos que viven en la comunidad tienen algún grado de sintomatología depresiva en un momento determinado, pero sólo alrededor de 3% tienen enfermedad depresiva.<sup>37</sup>

Existen varios factores que hay que tener en cuenta al hablar de depresión en el anciano,<sup>38</sup> entre ellos:

1. *Edad.* Aunque existen estudios que señalan que la depresión parece ser más importante en términos numéricos entre los ancianos más viejos, existen otros muchos estudios que señalan cifras similares de depresión entre ancianos mayores de 75 años y aquellos entre 65 y 74 años.
2. *Sexo.* La sintomatología depresiva es mayor en mujeres que en hombres, aunque esta diferencia es menos marcada para las formas severas de depresión.
3. *Lugar.* La mayor parte de los estudios de depresión en el anciano han sido realizados en la comunidad, no obstante la prevalencia de depresión varía en función de la localización del anciano.
4. *Existencia de patología concomitante.* Muchas depresiones en el anciano se complican con otras enfermedades psiquiátricas y neurológicas subyacentes. Allen y Burns,<sup>39</sup> en 1995, calcularon la prevalencia de depresión moderada y severa hasta en 20% de los enfermos con demencia tipo Alzheimer, cifra que es considerablemente mayor que la encontrada en sujetos ancianos en la comunidad cruzados para el mismo sexo y edad. La depresión es probablemente más frecuente en enfermos con demencia vascular, que con Alzheimer.<sup>40</sup>

Así, los factores de riesgo para la depresión mencionados más a menudo en la bibliografía al respecto, son de naturaleza sociodemográfica. Entre los más im-

**Cuadro III**  
**Diferencias en condiciones depresivas en pacientes jóvenes y viejos**

	Jóvenes	Viejos
Afecto deprimido	+++	+(+)
Ansiedad	+(+)	+++
Retardo psicomotor	++	++
Síntomas somáticos	+	+++
Alteraciones cognoscitivas	+	+++
Síntomas psicóticos	(+)	++
Hipocondriasis	+	++

Las cruces indican la intensidad de los efectos

portantes son: ser mujer, tener un nivel socioeconómico bajo y una baja escolaridad. Llama la atención el hecho de que, durante los últimos 30 años, en la bibliografía especializada se ha hecho mención constante a la tasas de incidencia y prevalencia de trastornos depresivos, las cuales son significativamente más altas entre las mujeres que entre los hombres.<sup>2,3,41</sup>

Según algunos datos, los niños que sufren a una edad temprana la pérdida de personas importantes, sobre todo de sus padres, son a veces más propensos a desarrollar posteriormente una depresión. Las dificultades de relación, los problemas de comunicación y los conflictos con la familia, con los compañeros de trabajo o con otras personas pueden también contribuir, así como la soledad, la alienación y consiguiente depresión. Las dificultades económicas y otros factores de estrés de la vida tienen igualmente un efecto importante.

La cantidad y calidad del apoyo que la persona recibe de sus relaciones personales puede protegerle del estrés y de los problemas de la vida cotidiana, limitando así las reacciones físicas y emocionales a los mismos, entre ellas la depresión. Por otro lado, la ausencia de una relación estrecha y de confianza, ya sea con su cónyuge, con una pareja o con una amistad, aumenta el peligro de depresión. Esta situación puede combinarse con factores como el maltrato. Está demostrado que el matrimonio, hasta cierto punto, protege de la depresión, tanto a las mujeres como a los hombres. La tasa de depresión aumenta tras la pérdida del cónyuge.

*Abuso del alcohol.* Este puede provenir del intento de una persona de «enmascarar» sus síntomas depresivos, y agravar un episodio de depresión. En todo caso, el abuso del alcohol puede desembocar en una depresión en personas vulnerables. Si se

consumen cantidades excesivas de alcohol en combinación con otras sustancias adictivas, existe el riesgo de una interacción que acentúe la depresión o genere otros efectos nocivos.

## Diagnóstico

El diagnóstico del trastorno depresivo debe comenzar con una historia clínica y una exploración concienzuda que incluya una valoración neurológica y del estado mental.

Es importante destacar, de cara al diagnóstico, que la presentación de la depresión en el anciano puede ser en forma de múltiples quejas somáticas. Para el diagnóstico de la depresión se suele recurrir al empleo de pruebas de detección como instrumentos de valoración útiles, sin embargo, hemos de tener en cuenta que son herramientas de detección selectiva y no deben suplir la evaluación y la interacción con el paciente y sus familiares.

En la actualidad se cuenta con una buena cantidad de instrumentos psicológicos y psiquiátricos para evaluar la depresión, los cuales han sido validados y utilizados extensamente en poblaciones diversas.

*Escala de depresión geriátrica de Yesavag.* Es de las más usadas en el cribado de depresión en pacientes mayores. Consiste en un cuestionario de preguntas de respuesta sí/no. Se valora con un punto tanto las respuestas afirmativas para síntomas negativos, como las respuestas negativas para situaciones de normalidad. Existen dos versiones, una completa que consta de 30 ítems y una versión reducida con 15. En la versión reducida las puntuaciones por encima de 5 deben hacer pensar en la posible existencia de depresión, mientras que puntuaciones de 10 o más son muy sugerentes de un proceso depresivo establecido.<sup>42</sup>

*Escala de Goldberg.* Valora tanto síntomas depresivos como ansiosos. Se interroga al paciente sobre la presencia o ausencia, en las dos semanas previas, de cuatro síntomas en la subescala de ansiedad y otros cuatro en la de depresión. En caso de obtener una o más respuestas afirmativas en la subescala de depresión, existe la obligación de completar otro cuestionario con cinco preguntas más. En esta subescala el punto de corte se fija en 2, de forma que cifras superiores son indicativas de depresión y la intensidad será tanto más alta, cuanto mayor sea la puntuación obtenida.<sup>43</sup>

*Escala de Hamilton.* Es una escala de valoración afectiva subjetiva que consta de 21 ítems que valoran el estado anímico, la existencia de sentimientos de culpabilidad,

ideación suicida, alteraciones del ritmo de sueño, influencia del estado anímico en el trabajo y actividades habituales, cambios en el comportamiento, posible aparición de síntomas de afectación psicosomática y neuróticos. Cada respuesta positiva de los ítems explorados se valora con un punto; entre 8 y 14 puntos se orienta hacia depresiones menores, distimias, etc. Puntuaciones superiores a 14 son sugestivas de depresiones de moderadas a severas. Este test, de aplicación en atención primaria, más que como cribado de depresión en ancianos, podría usarse como segunda prueba (por ejemplo tras un test de Yesavage que sugiera depresión), para valorar la intensidad del trastorno depresivo, así como la evolución de los síntomas en relación con el tratamiento.<sup>44</sup>

*Escala de depresión de Zung.* Puede emplearse también como cribado. Hay una versión validada en español con 20 preguntas autoaplicadas, cada una de las cuales tiene cuatro posibles respuestas y a su vez, cada una de ellas tiene un valor determinado de 1 a 4. Las puntuaciones más altas se correlacionan con síntomas depresivos más intensos y presentes. Se considera una puntuación normal hasta 27 puntos; entre 28 y 41 se considera indicativo de depresión leve, valores de 42 a 53 sugieren depresión moderada y, por encima de 43, depresión grave. Se debe tener en consideración que en pacientes con trastornos cognitivos, incluso leves, estos tests psicométricos afectivos pueden dar resultados anormales. También ocurre al contrario, un test de valoración cognitiva aplicado a sujetos con cognición normal y con estado depresivo, se pueden ver alterados.<sup>45</sup>

## Tratamiento

En general, el abordaje terapéutico de la depresión del anciano no difiere del de un adulto joven. Por tanto, se dispone de técnicas de psicoterapia, psicosociales, y fármacos antidepresivos.

La psicoterapia suele mostrarse muy útil en depresiones leves con poco tiempo de evolución y cuando no hay síntomas melancólicos significativos.<sup>23</sup> Cuando se combina con antidepresivos puede mejorar a pacientes con depresión grave. Se consideran más efectivas las terapias conductual y cognitiva, que las de orientación no directiva o analítica, ya que ayudan a reintegrar al paciente a su ambiente social y prevenir recaídas.<sup>46</sup>

La mayoría de los antidepresivos han demostrado su efectividad en la población anciana. El antidepresivo ideal para usar en ancianos debiera no ser cardiotoxico, carecer de efectos ortoestáticos, tener un bajo poder sedativo, no interferir en la memoria y no provocar alteraciones funcionales.<sup>47</sup>

La terapia electroconvulsiva es una forma de tratamiento eficaz, y es muy eficaz ante determinadas formas de depresión mayor y trastornos psicóticos. Con los métodos actuales, uso bajo anestesia y aplicación de fármacos que actúan sobre la placa neuromuscular, se ha convertido en un método seguro; esto permite su utilización con ciertos pacientes ancianos. La terapia electroconvulsiva induce mejoría en aproximadamente 80% de los pacientes que no responden a antidepresivos. Los principales problemas del uso de esta terapia se asocian a la posibilidad de inducir alteraciones cardíacas y a la aparición de amnesia aguda, que suele mejorar y, a veces, sólo deja leves pérdidas.<sup>46</sup>

## Depresión y deterioro cognitivo

Dos estudios en poblaciones grandes notifican que la depresión explica cerca de 1% de la varianza en el desempeño cognitivo,<sup>48,49</sup> y en otro estudio<sup>50</sup> se informa que entre 3 y 16% en adultos de 60 a 90 años. Recientemente, las investigaciones han buscado esclarecer si la relación entre depresión y diversas formas de demencia son independientes de problemas vasculares. Asimismo, se interesan por el papel específico de lesiones en la corteza, proponiendo que la depresión secundaria a esas lesiones constituiría una manifestación temprana del desarrollo de demencia. La evidencia aún es contradictoria y las investigaciones concluyen en la necesidad de realizar nuevos estudios que abarquen otras poblaciones, con enfoques diversos y con apoyo de técnicas avanzadas de neurodiagnóstico.<sup>51-54</sup>

## Comorbilidad

La evidencia científica donde se vincula a la depresión con otros problemas de salud es sorprendente. Ejemplos de problemas de salud que la investigación empírica encuentra asociados con la depresión incluyen trastornos de ansiedad, uso de drogas, suicidio, enfermedades del corazón (especialmente, infarto al miocardio), pobre respuesta inmunológica, dolor crónico, así como problemas gastrointestinales, entre otros.<sup>55-57</sup>

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial han sido identificadas como prioridades nacionales para la atención en salud, por ocupar lugares preponderantes en la mortalidad, morbilidad e incapacidad.<sup>58-60</sup> Su atención, además, se incluye entre las de mayor costo para los sistemas de seguros del país.<sup>61,62</sup> En este contexto, es importante hacer notar investigaciones que documentan las relaciones de esos problemas de salud con la depresión y las que aportan evidencia empírica sobre los beneficios de lograr reducciones en cuanto a la sintomatología depresiva de los pacientes.<sup>63-66</sup>

## Pronóstico

El pronóstico a largo plazo de la depresión en población geriátrica es favorable cuando se realiza un diagnóstico preciso y un manejo integral, considerando factores biológicos y psicosociales, así como cuando su duración es por un período de tiempo adecuado. Sin duda, se alcanzan mejores resultados cuando el paciente tiene un empleo, vive en comunidad con otros familiares, goza de un adecuado apoyo social, y durante el último año ha presentado pocos estresores vitales o cambios importantes en su vida, además de no existir otra condición médica incapacitante asociada y se realiza un cuidadoso seguimiento.<sup>67</sup>

La edad en que se presenta el primer episodio depresivo puede ser un predictor importante de pronóstico, lo mismo que la edad del adulto mayor para el episodio depresivo actual.<sup>68</sup> En algunos estudios se ha observado que los pacientes adultos mayores presentan un pronóstico más favorable que los pacientes adultos jóvenes.<sup>68</sup> Otros concluyen que la edad avanzada se asocia con síntomas depresivos persistentes. En tanto que otros investigadores muestran que el inicio temprano o tardío de la depresión no guarda relación con el pronóstico. No obstante, las evidencias más recientes señalan que la depresión de inicio tardío guarda una asociación importante con cambios vasculares cerebrales que, en general, ensombrecen el pronóstico de la depresión geriátrica.<sup>5</sup>

Algunos datos sugieren que las características del episodio depresivo pueden predecir la evolución. Se ha observado en adultos jóvenes que la presencia de síntomas psicóticos, como ideación delirante, se asocia a un pronóstico menos favorable a corto plazo. Igualmente, el pronóstico es peor en aquellos cuadros caracterizados por la presencia de agitación motora.<sup>69</sup> En general, se considera que los adultos mayores deprimidos con síntomas psicóticos, por definición, presentan un episodio más severo y tienen historia de un mayor número de episodios depresivos previos que los pacientes con depresión sin psicosis. Además, estos pacientes con síntomas psicóticos presentan una respuesta más lenta a las intervenciones farmacológicas y muestran un riesgo mayor de recaída o recurrencia.<sup>70</sup>

De la misma forma, en pacientes geriátricos se ha sugerido que la presencia de síntomas ansiosos importantes asociados al episodio depresivo se relaciona con un pronóstico menos favorable, debido a la menor respuesta a algunos antidepresivos. Asimismo, se ha documentado que los pacientes con marcada desesperanza muestran un pronóstico menos favorable. Este grupo de pacientes es más dado a abandonar el tratamiento, a los intentos suicidas y a consumir el suicidio. Del mismo modo, se ha informado que el deterioro cognoscitivo asociado con un episodio depresivo se considera habitualmente como un indicador de mal pronóstico en adultos mayores.<sup>71</sup> El episodio depresivo que se acompaña de importante deterio-

ro cognoscitivo, como compromiso importante de la memoria, explicado por una variedad de cambios fisiológicos, puede ser el pródromo de una demencia y generalmente indica un pronóstico desfavorable.<sup>72</sup>

A su vez, los episodios depresivos en pacientes con diagnóstico de demencia afectan en forma negativa el curso de esta última. Los pacientes con demencia tipo Alzheimer con depresión mayor asociada, muestran mayores limitaciones en su funcionamiento global y en sus actividades de la vida cotidiana. Igualmente, el número de episodios depresivos previos y la duración del episodio actual pueden ser indicadores de pronóstico en adultos mayores. Se ha observado que a mayor duración del episodio depresivo al momento del diagnóstico y mayor número de episodios previos, el pronóstico es menos favorable.<sup>73</sup>

El tratamiento es otro factor importante determinante del pronóstico de la depresión en pacientes geriátricos. Los pacientes ancianos se benefician del tratamiento farmacológico al igual que los adultos de mediana edad. No obstante, algunos investigadores muestran que sólo una décima parte de los adultos mayores deprimidos residentes en comunidad reciben el manejo farmacológico indicado; además, de este grupo sólo una cuarta parte recibe dosis antidepressiva en el rango terapéutico; y concluyen que el tratamiento antidepressivo con dosis sub-óptimas se asocia a un pobre pronóstico, es decir, presentan pobre repuesta o remisión incompleta de los síntomas.<sup>47</sup>

De igual forma, algunos investigadores concluyen que el pronóstico de la depresión en pacientes geriátricos que reciben tratamiento en forma adecuada es similar al observado en poblaciones jóvenes. Este pronóstico mejora en forma importante cuando se combina farmacoterapia y psicoterapia. No obstante, es pertinente tener presente la duración y la continuación del tratamiento. Los pacientes ancianos responden en forma más lenta al tratamiento farmacológico, siendo necesario esperar un tiempo prudente para observar la respuesta deseada.<sup>74</sup>

Algunos estudios informan que hay una relación directa entre la puntuación en síntomas depresivos y la condición de salud del evaluado. Se ha notificado que los ancianos que describen su estado de salud como pobre tienen menores probabilidades de recuperarse totalmente de un episodio depresivo, a pesar de un adecuado tratamiento. Asimismo, las investigaciones muestran que el curso de la depresión es más desfavorable en aquellos pacientes que presentan depresión secundaria a otra patología médica.<sup>67</sup>

## Mortalidad

La depresión en geriatría ha sido asociada con una elevada mortalidad, es decir, incrementa de manera ostensible el riesgo de morir, por varios factores. Aún después

de controlar las muertes por suicidio esto no se explica satisfactoriamente por el alto porcentaje de enfermedades físicas entre los pacientes ancianos. Los ancianos deprimidos tienen estancias hospitalarias más prolongadas y se adhieren con mayor dificultad a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Por ejemplo, la presencia de depresión en pacientes con enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca o infarto del miocardio se asocia a una mayor morbilidad.<sup>75</sup>

Sin considerar la edad, los trastornos mentales son un factor de riesgo para la consumación del suicidio. El riesgo de suicidio se incrementa en forma considerable en aquellas personas que presentan síntomas depresivos importantes o un franco episodio depresivo mayor. No obstante, en ancianos es preciso considerar otros factores, entre otros, la existencia de pareja, el estado general de salud y la red de apoyo social. Habitualmente los pacientes geriátricos con historia de intentos de suicidio previos consultan con frecuencia los servicios de psiquiatría, ya que presentan depresión de larga evolución. Además, un estudio informa que 60% de los ancianos que se suicidaron estaban deprimidos, y sólo 25% de los mismos recibía tratamiento antidepresivo en el momento en que consumaron el suicidio.<sup>76</sup>

## La depresión como problema de salud pública

### Impacto de la depresión en la población y en los servicios de salud

Es importante también considerar que la depresión causa no sólo elevados costos en la atención, sino también considerable dolor, sufrimiento, e incapacidad entre quienes la padecen y entre sus familiares. Un estudio en 14 países y 25 916 pacientes mostró que el nivel de incapacidad asociado a la depresión era comparable, o mayor, al causado por otras condiciones médicas crónicas.<sup>77</sup>

Asimismo, las investigaciones han mostrado que las personas con depresión tienden a ser usuarios más frecuentes de los servicios de salud psiquiátricos y no psiquiátricos. Por ejemplo, un estudio longitudinal encontró que los costos de atención a adultos mayores con sintomatología depresiva fueron aproximadamente 50% mayores que los costos para pacientes sin sintomatología depresiva, y la diferencia mantuvo significancia estadística aún después de controlar por diferencias de edad, sexo, y condiciones crónicas de salud.<sup>78</sup>

### Las rutas de acceso a los servicios de salud

En general, todo sistema de salud busca organizar la dotación de servicios de manera eficiente. El modelo de Goldberg y Huxley<sup>79,80</sup> ha sido empleado para describir el proceso a través del cual los individuos son identificados con “desórdenes mentales”



y eventualmente utilizan servicios de salud mental. El modelo cuenta con cinco niveles y cuatro filtros que permean el cambio de un nivel inferior al siguiente, por los que pasa la población.

El primer nivel incluye a todos los individuos con un episodio de trastorno mental en la comunidad; el filtro correspondiente para el paso al segundo nivel es la respuesta del individuo y la comunidad a los síntomas como tales (v.gr., si considera que los síntomas requieren de atención). El segundo nivel incluye a los individuos con un episodio en el nivel primario de atención a la salud, que buscan ayuda; el filtro para pasar al siguiente nivel es el reconocimiento del trastorno por el médico. El tercer nivel comprende a los pacientes en primer nivel de atención a la salud con trastorno reconocido por el médico; los pacientes pueden recibir atención médica en este nivel, sin embargo, es posible que pasen al siguiente nivel si trascienden el filtro consistente en la referencia y admisión a servicios especializados de salud mental. El cuarto nivel incluye pacientes que reciben servicios especializados de salud mental, pero aún es posible que algunos pacientes requieran enfrentar un último filtro al quinto nivel, que es la referencia y admisión en hospitales psiquiátricos. Si es el caso, los pacientes accederán al quinto nivel, que incluye a los pacientes internados en hospitales psiquiátricos. En el caso de la presente investigación, el mayor interés se concentra entre el segundo y el quinto nivel, con sus respectivos filtros.

La mayoría de las personas con problemas psicosociales jamás pasan de los primeros dos niveles. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que la mayor parte de las discapacidades se observan en estos niveles, por el mayor volumen poblacional incluido.

Con respecto al filtro que permite el paso al tercer nivel en el modelo de Goldberg y Huxley, consistente en el reconocimiento de la problemática por parte del médico en la consulta general, lamentablemente las investigaciones indican que se trata de un filtro poco permeable. Por ejemplo, el Estudio sobre trastornos psicológicos en el nivel primario de atención a la salud de la Organización Mundial de la Salud,<sup>81</sup> encontró que, en promedio, aproximadamente uno de cada cuatro pacientes que solicitó servicios en unidades de atención primaria tenía un trastorno mental identificable. Los trastornos depresivos fueron los más comunes y cerca de 13% presentó síntomas de ansiedad y/o depresión, pero insuficientes en número para calificar como caso, según los criterios clínicos preestablecidos. Sin embargo, casi uno de cada dos pacientes con trastornos de ansiedad o depresión no fue identificado como caso por parte de los médicos, en todos los centros participantes del mundo, y el diagnóstico clínico por otro lado, tampoco fue suficiente para que los pacientes recibieran algún tratamiento farmacológico.<sup>82,83</sup>

A pesar del creciente interés por la depresión y la investigación en el área, persiste una baja frecuencia de diagnóstico y tratamiento adecuado, esto se puede deber a diferentes razones, por ejemplo a la creencia ampliamente difundida de que la depresión y la demencia son normales o esperadas con el envejecimiento.<sup>84</sup>

Por otra parte, la comorbilidad con problemas somáticos puede explicar directa e indirectamente una parte importante de la subestimación de la depresión. Directamente, porque los criterios jerárquicos para trastornos psiquiátricos excluyen el diagnóstico de depresión si uno o más síntomas pueden atribuirse a algún otro padecimiento;<sup>85</sup> indirectamente, porque los pacientes de edad avanzada pueden atribuir los síntomas depresivos a problemas somáticos, más que a un origen emocional, o porque el cuadro clínico puede ser confundido, o porque el uso de medicamentos para otros problemas puede afectar la presentación de la depresión en ellos.<sup>86-91</sup> Además, las diferentes presentaciones clínicas de la enfermedad tales como la depresión moderada persistente o la depresión recurrente, contribuyen a la baja frecuencia del diagnóstico y, por tanto, a la subestimación del problema.<sup>92-94</sup>

Asimismo, existen otros problemas de medición que es importante mencionar, como la tendencia entre la población de edad avanzada a informar menos frecuentemente sobre la tristeza y anhedonia.<sup>95,96</sup>

Aunado a lo anterior, es posible que la intensa carga de trabajo que enfrenta el personal médico y paramédico influya en la posibilidad de que aun cuando se reconozca sintomatología depresiva en los pacientes, no se dé inicio al tratamiento correspondiente. Por último, es posible que el médico tratante considere a la depresión como un mal menor, en comparación con posibles complicaciones en el tratamiento de otros problemas de salud por interacción farmacológica. Por todo lo anterior, una evaluación exacta de la presencia de depresión en ancianos resulta un reto en la práctica diaria. La importancia de una detección oportuna y un tratamiento eficaz radica en el hecho de que la depresión puede incrementar el riesgo de enfermar o bien retrasar la posibilidad de recuperación, además de incrementar la utilización de servicios de salud y, consecuentemente, los costos.

## Intervenciones de nivel primario

La depresión afecta, más que ningún otro problema de salud mental, a un gran número de ancianos. La evidencia sugiere que el tratamiento de la depresión en población anciana es efectivo, ya sea con fármacos, psicoterapia o ambos. Sin embargo, las personas ancianas frecuentemente no reciben tratamiento óptimo, o bien, no reciben ninguno.

Diversos factores pueden influir en la probabilidad de que un paciente reciba o no atención específica para hacer frente a síntomas depresivos. Por tanto, son

necesarias diversas intervenciones a fin de atender todos los factores en su complejidad. La literatura científica ofrece evidencia de que ciertas intervenciones pueden resultar favorables.<sup>97-102</sup> Sin embargo, la literatura también abunda en cuanto a intervenciones, a veces muy similares a las comentadas anteriormente, para las que la evidencia falló en brindar soporte sobre su eficacia.<sup>103-105</sup> Más allá de reconocer la complejidad de la problemática, no debiera descartarse la posibilidad de que la falla pueda deberse a deficiencias en el diseño de los estudios (grupos no comparables, muestras de tamaño insuficiente y bajo poder estadístico para detectar una diferencia, en caso de que la hubiera), su implementación (falta de rigurosidad para apegarse al diseño original, “contagio” entre grupos experimental y control), más allá de deficiencias en el diseño de la intervención (simplismo reduccionista, insuficiente «cantidad» de intervención, insuficiente duración, rechazo del personal por razones ideosincráticas y jerárquicas). Además, no deben descartarse las posibles complicaciones que pueden aparecer secundarias a las intervenciones, especialmente farmacológicas.<sup>106,107</sup>

La presente propuesta se orienta a enfrentar dos problemas muy importantes: a) la dificultad para reconocer la depresión, tanto para el paciente como para el médico; y, b) una vez que se reconoce la depresión, dar inicio a la respuesta médica. Esta puede incluir desde agregar una nota en el expediente clínico para posterior seguimiento del paciente, la solicitud de nuevas entrevistas diagnósticas a fin de confirmar o descartar la presencia de depresión, el inicio de alguna forma de tratamiento específico, así como la referencia a alguna otra instancia de diagnóstico y/o tratamiento.

## Referencias

1. Aneshensel CS. The natural history of depression symptoms: Implications for psychiatric epidemiology. *Res Commun Ment Health* 1985;5: 45-75.
2. Weissman MM, Sholomskas D, Pottenger M, Prusoff BA, Locke BZ. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A validation study. *Am J Epidemiol* 1977; 10(3):203-214
3. Weissman MM, Klerman GL. The chronic depressive in the community: Unrecognized and poorly treated. *Compr Psychiatry* 1977;1(6):523-532.
4. Alexopoulos GS, Young RC, Meyers BS, Abrams RC, Shamoia CA. Late-onset depression. *Psychiatr Clin North Am* 1988;11(1):101-15.
5. Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C. Persistence and remission of depressive symptoms in late life. *Am J Psychiatry* 1991;148(2):174-8.
6. Steiner D, Marcopulos B. Depression in the elderly. Characteristics and clinical management. *Nurs Clin North Am.* 1991;26(3):585-600.
7. Meyers BS, Alexopoulos GS. Depresión geriátrica. *Clin Med North Am* 1998;(4): 901-23.

8. Shua-Haim JR, Sabo MR, Comsti E, Gross JS. La depresión en los ancianos. *Trib Med* 1998; 97(89):59-71.
9. Beck AT, Role of fantasies in psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 1970;150(1):3-17.
10. Seligman E. Indefensión. Madrid: Editorial Debate, 1981.
11. Blazer D. Depression in the elderly. *N Engl J Med*. 1989;19;320(3):164-6.
12. Kaplan HI, Saddock BJ, Grebb JA. Sinopsis de psiquiatría. 7a. edición. Buenos Aires: Panamericana, 1996: 1183.
13. Kendler KS, Gardner CO. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry*, 1998. 155:172-177
14. Florenzano R, Acuña J, Fullerton C, Castro C. Results from the Santiago de Chile Centre. In: Üstün TB, Sartorius N, ed. *Mental illness in general health care: An international study*. New York: John Wiley & Sons, 1995:247-284.
15. Coryell W, Endicott J, Keller MB. Predictors of relapse into major depressive disorder in a nonclinical population. *Am J Psychiatry*. 1991;148(10): 1353-8.
16. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measure* 1992; 7:343-51.
17. Koenig HG, Blumenthal J, Moore K. New version of brief depression scale. *J Am Geriatr Soc* 1995;43(12):1447.
18. Kennedy GJ. The geriatric syndrome of late-life depression. *Psychiatr Serv* 1995;46(1): 43-8.
19. Olmos-Rivera A. Prevalencia de depresión en adultos mayores del sureste veracruzano. *Jornadas de Pasantes en Servicio Social, Hospital General de Zona No. 36, IMSS. Coatzacoalcos: IMSS, 2002.*
20. Gutiérrez LM, Martínez R, Sotres D, Hurley D, Ponce de León R, García-Ramos G, Ostrosky F, Alonso E (1997). Prevalencia de la enfermedad de Alzheimer en sujetos de 65 y más años de edad en el área urbana de la Ciudad de México: estudio epidemiológico. México: Wyeth Laboratorios. Documento no publicado.
21. Reyes S. Population Ageing in the Mexican Institute of Social Security: Health Policy and Economic Implications. México: IMSS-Fundación Mexicana para la Salud 2001.
22. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermudez E, Saldivar-Hernández GJ. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental* 1999;2:7-17.
23. Blazer DG. Trastornos Psiquiátricos. Depresión en Manual Merck de Geriatria. Barcelona. Ed. Doyma 2001;33:310-319.
24. Von Korff M, Ormel J, Katon W, Lin EH, Disability and depression among high utilizers of health care. A longitudinal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(2):91-100.
25. Kivellä SL. Depression and physical and social functioning in old age. *Acta Psychiatr Scand* 1994;Suppl 377:73-76.
26. House JS, Kahn RL. Measures and concepts of social support. In *social Support and Health* (ed. S. Cohen and S.L. Syme), Academic Press: New Cork, 1985:83-108.
27. Monroe SM. The Social Environment and Pscopathology. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1988;5:347-366.
28. Brown GW, Harris TO, Hepworth C, Robinson R. Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. II. A patient enquiry. *Br J Psychiatry*. 1994;165(4):457-65.

29. Checkley S. Neuroendocrine Mechanisms and the Precipitation of Depression by Life Events. *British Journal of Psychiatry Suppl* 1992;(15):7-17.
30. Álvarez-Uría M. El papel de la genética en el origen de las afecciones mentales. XXXV Reunión de AEPIJ, Puerto de la Cruz; 1997.
31. Agüera L, Hernán I. *Psiquiatría Geriátrica en Tratado de Psiquiatría* 1 ed. Barcelona: Masson 1999;52:907-14.
32. Cole MG. The prognosis of depression in the elderly. *CMAJ*. 1990;143(7):633-9.
33. Kivela SL, Pakkala K, Eronen P. Depressive symptoms and signs that differentiate major and atypical depression from dysthymic disorder in elderly Finns. *Int J Geriatr Psychiat* 1989;4:79-85.
34. Bruce ML, Leaf PJ. Psychiatric disorders and 15 month mortality in a community sample of older adults. *Am J Public Health* 1989;79(6):727-30.
35. Shua-Haim JR, Sabo MR, Comsti E, Gross JS. La depresión en los ancianos. *Trib Med* 1998;97: 59-71.
36. Gottfries CG. Is there a difference between elderly and younger patients with regard to the symptomatology and aetiology of depression? *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13 Suppl 5:S13-8.
37. Baldwin RC. Depressive illness. En: Jacoby R, Oppenheimer C, ed. *Psychiatry in the elderly*. Londres: Oxford Press, second edition. 1997: 536-573.
38. Rabins PV. Miscellaneous psychiatric disorders. En: Hazard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG, ed. *Principles of geriatric medicine and gerontology*. Nueva York: McGraw Hill, 1999: 1365-1369.
39. Allen H, Burns A. Non-cognitive features of dementia. *Reviews in Clinical Gerontology* 1995;5:59-75.
40. Kukull WA, Larson EB, Reifler BV, Lampe TH, Yerby MS, Hughes JP. The validity of 3 clinical diagnostic criteria for Alzheimers disease. *Neurology* 1990;40(9): 1364-69.
41. Aneshensel CS, Stone JD. Stress and depression: a test of the buffering model of social support. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39(12): 1392-6.
42. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression rating scale: a preliminary report. *J Psych Res* 1983;17:27.
43. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ* 1988;297 (6653):897-9.
44. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62
45. Zung WW. The Depression Status Inventory: An Adjunct to the Self-Rating Depression Scale. *J Clin Psychol* 1972; 28:539-543.
46. Reynolds CF, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Morycz RK et al. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1992; 149(12):1687-92.
47. Heeren TJ, Derksen P, van Heycop Ten Ham BF, Van Gent PP. Treatment, outcome and predictors of response in elderly depressed in-patients. *Br J Psychiatry* 1997; 170:436-40.

48. Earles JL, Connor LT, Smith AD, Park DC. Interrelations of age, self-reported health, speed, and memory. *Psychol Aging* 1997;12(4):675-83.
49. Rabbitt P, Donlan C, Watson P, McInnes L, Bent N. Unique and interactive effects of depression, age, socioeconomic advantage, and gender on cognitive performance of normal healthy older people. *Psychol Aging* 1995;10(3):307-13.
50. Perlmutter M, Nyquist L. Relationship between self-reported physical and mental health and intelligence performance across adulthood. *J Gerontol* 1990;45(4):P145-55.
51. Geerlings MI, Schoevers RA, Beekman AT, Jonker C, Deeg DJ, Schmand B, Ader HJ, Bouter LM, Van Tilburg W. Depression and risk of cognitive decline and Alzheimers disease. Results of two prospective community-based studies in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2000;176:568-75.
52. Hargrave R, Reed B, Mungas D. Depressive syndromes and functional disability in dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2000;13(2):72-7.
53. Lloyd AJ, Grace JB, Jaros E, Perry RH, Fairbairn AF, Swann AG, O'Brien JT, McKeith IG. Depression in late life, cognitive decline and white matter pathology in two clinico-pathologically investigated cases. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16(3):281-7.
54. Mauricio M, O'Hara R, Yesavage JA, Friedman L, Kraemer HC, Van De Water M, Murphy GM. A longitudinal study of apolipoprotein-E genotype and depressive symptoms in community-dwelling older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8(3):196-200.
55. Burvill PW. Recent progress in the epidemiology of major depression. *Epidemiol Rev* 1995;17(1):21-31.
56. Gallo JJ, Rabins PV, Lliffo S. The Research Magnificent in late life: Psychiatric epidemiology and the primary health care of older adults. *Int J Psychiatry* 1997;27(3):185-204.
57. Wagner FA, Gallo JJ, Delva J. Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? *Salud Publica de México* 1999;41(3):189-202.
58. Borges-Yañez AS, Gómez-Dantés H, Gutiérrez-Robledo LM, Fabián-San Miguel G, Rodríguez R. Utilización de servicios hospitalarios por la población anciana de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 1996;38(6):475-486.
59. Castro V, Gómez-Dantés H, Negrete-Sánchez J, Tapia-Conyer R. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud Publica Mex* 1996;38(6):438-447.
60. Ruiz-Arregui L, Rivera-Márquez JA. Características de la morbilidad en población mexicana de avanzada edad: Un análisis de la Encuesta Nacional de Salud 1988. *Salud Publica Mex* 1996;38(6):430-437.
61. Bobadilla JL, Frenk J, Cowley P, Zurita B, Querol J, Villarreal E et al. Economía y salud: documentos para el análisis y la convergencia. El universal de servicios de salud. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
62. Villareal-Ríos E, Montalvo-Almaguer G, Salinas-Martínez AM, Guzmán-Padilla JE, Tovar-Castillo NH, Garza-Elizondo ME. Costo en el primer nivel de atención. *Salud Publica Mex* 1996;38(5):332-340.
63. Milani RV, Lavie CJ. Behavioral differences and effects of cardiac rehabilitation in diabetic patients following cardiac events. *Am J Med* 1996;100(5):517-523.

64. Pratt LA, Ford DE, Crum RM, Armenian HK, Gallo JJ, Eaton WW. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction. Prospective data from the Baltimore ECA follow-up *Circulation* 1996;94(12):3123-3129.
65. Wassertheil-Smoller S, Applegate WB, Berge K, Chang CJ, Davis BR, Grimm R et al. Change in depression as a precursor of cardiovascular events. SHEP Cooperative Research Group (Systolic Hypertension in the elderly). *Arch Intern Med* 1996;156(5):553-561.
66. Glassman AH, Shapiro PA. Depression and the course of coronary artery disease. *Am J Psychiatry* 1998;155(1):4-11.
67. Coryell W, Endicott J, Keller M. Major depression in a nonclinical sample. Demographic and clinical risk factor for first onset. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(2):117-25.
68. Hughes DC, DeMallie D, Blazer DG. Does age make a difference in the effects of physical health and social support on the outcome of a major depressive episode. *Am J Psychiatry* 1993;150: 728-33.
69. O'Leary DA, Lee AS. Seven year prognosis in depression. Mortality and readmission risk in the Nottingham ECT cohort. *Br J Psychiatry* 1996; 169(4) :423-9.
70. Flint AJ, Rifat SL. Two-year outcome of psychotic depression in late life. *Am J Psychiatry* 1998;155(2):178-83.
71. Flint AJ, Rifat SL. Anxious depression in elderly patients. Response to antidepressant treatment. *Am J Geriatr Psychiatry* 1997; 5(2): 107-15.
72. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with "reversible dementia": a controlled study. *Am J Psychiatry* 1993; 150(11):1693-9.
73. Halloran E, Prentice N, Murray CL, O'Carroll RE, Glabus MF, Goodwin GM et al. Follow-up study of depression in the elderly. Clinical and SPECT data. *Br J Psychiatry* 1999;175: 252-8.
74. Stoudemire A, Hill CD, Morris R, Lewison BJ. Long-term outcome of treatment-resistant depression of older adults. *Am J Psychiatry* 1993;150(10): 1539-40.
75. Vaillant GE. Natural history of male psychological health, XIV: relationship of mood disorder vulnerability to physical health. *Am J Psychiatry* 1998;155(2):184-91.
76. Blazer D. Suicide risk factors in the elderly: an epidemiological study. *J Geriatr Psychiatry*, 1991;24(2): 175-90.
77. Ormel J, VonKorff M, Utsun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures: Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 1994;272(22):1741-1748.
78. Unützer J, Patrick DL, Simon G, Grembowski D, Walker E, Rutter C et al. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. *JAMA* 1997;277(20):1618-1623.
79. Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community: The pathway to psychiatric care. London: Tavistock Publications, 1980 .
80. Huxley P, Warner R. Case management, quality of life, and satisfaction with services of longterm psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43(8):799-802.
81. Sartorius N, Ustun TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, Von Korff M, Wittchen HU. An international study of psychological problems in primary care.

- Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on Psychological Problems in General Health Care. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(10):819-24.
82. Gater R, Almeida e Sousa D, Barrientos G, Caraveo J, Chandrashekar CR, Dhadphale M et al. The pathways to psychiatric care: A cross-cultural study. *Psychological Medicine* 1991;21(3):761-774.
  83. Sartorius N, Üstun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care. *Br J Psychiatry Suppl* 1996;(30):38-43.
  84. Pollit B, O'Connor DW, Anderson I. Mild Dementia: perception and problems. *Ageing and Society* 1989;9:261-275.
  85. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association 1993.
  86. Baker FM. A contrast: geriatric depression versus depression in younger age groups. *J Natl Med Assoc* 1991;83(4):340-344.
  87. Henderson AS. Does aging protect against depression? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29(3):107-109.
  88. Knauper B, Wittchen HU. Diagnosis major depression in the elderly: Evidence for response bias in standardized diagnostic interviews? *Journal of Psychiatr Res* 1994;28(2):147-164.
  89. McCreia D, Arnold E, Marchevsky D, Kaufman BM. The prevalence of depression in meriatric medical outpatients. *Age and Ageing* 1994;23(6):465-467.
  90. Heithoff K. Does the ECA underestimate the prevalence of late-life depression? *J Am Geriatri Soc* 1995;43(1):2-6.
  91. Holroyd S, Anita H, Clayton A. Measuring Depression in the elderly: Which Scale is Best? *Medscape Mental Health* 2000;2(4). <http://www.medscape.com/viewarticle/430554>.
  92. Angst J. Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1993;8 Suppl 1:21-5.
  93. Frances A. Recurrent brief depression, dysthymia and melancholia. Workshop report. *Int Clin Psychopharmacol* 1993;7(3-4):197-200.
  94. Gallo JJ, Ravins PV, Anthony JC. Subsyndromal depression: age differences in the symptoms of depression. *Am J Psychiatry*. En prensa.
  95. Gallo JJ, Anthony JC, Muthen BO. Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analysis. *J. Gerontol* 1994;49(6):251-264.
  96. Gallo JJ, Ravins PV, Anthony JC. Sadness in older persons: a 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol. Med* 1999;29(2):341-350.
  97. Rand EH, Badger LW, Coggins DR. Toward a resolution of contradictions. Utility of feedback from the GHQ. *Gen Hosp Psychiatry* 1988;10(3):189-96.
  98. Muñoz RF, Ying YW, Bernal G, Perez-Stable EJ, Sorensen JL, Hargreaves WA, Miranda J, Miller LS. Prevention of depression with primary care patient: a randomized controlled trial. *Am J Community Psychol* 1995;23(2):199-222.



99. Reuben DB, Maly RC, Hirsch SH, Frank JC, Oakes AM, Siu AL, Hays RD. Physician implementation of and patient adherence to recommendations from comprehensive geriatric assessment. *Am J Med* 1996;100(4):444-451.
100. Robinson P, Katon W, Von Korff M, Bush T, Simon G, Lin E, Walker E. The education of depressed primary care patients: what do patients think of interactive booklets and a video? *J Fam Pract* 1997;44(6):562-571.
101. Kick, SD. An educational intervention using the Agency for Health Care Policy and Research Depression Guidelines among internal medicine residents. *Int J Psychiatry Med* 1999;29(1):47-61.
102. Lin EH, Simon GE, Katon WJ, Russo JE, Von Korff M, Bush TM, Ludman EJ, Walker EA. Can enhanced acute-phase treatment of depression improve long-term outcomes? A report of randomized trials in primary care. *Am J Psychiatry* 1999;156(4):643-645.
103. Scott C, Tacchi MJ, Jones R, Scott J. Acute and one-year outcome of a randomised controlled trial of brief cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1997;171:131-134.
104. Livingston G, Yard P, Beard A, Katona C. A nurse-coordinated educational initiative addressing primary care professionals' attitudes to and problem-solving in depression in older people-a pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15(5):401-405.
105. Whooley MA, Stone B, Soghikian K. Randomized trial of case-finding for depression in elderly primary care patients. *J Gen Intern Med* 2000;15(9):293-300.
106. Healy D, Langmaak C, Savage M. Suicide in the course of the treatment of depression. *J Psychopharmacol* 1999;13(1):94-9.
107. Healy D. The case for an individual approach to the treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 2000;61 Suppl 6:6:18-23.

