

# Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados

Juan Román Urbina Torija<sup>a</sup> / José Miguel Flores Mayor<sup>b</sup> / María Pilar García Salazar<sup>c</sup> / Luis Torres Buisán<sup>d</sup> /  
Rosa María Torrubias Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud de Atención Primaria de Azuqueca de Hena, Guadalajara, España; <sup>b</sup>Centro de Salud de Atención Primaria de Brihuega, Guadalajara, España; <sup>c</sup>Centro de Salud de Atención Primaria de Cogolludo, Guadalajara, España;

<sup>d</sup>Centro de Salud de Atención Primaria de Atienza, Guadalajara, España.

(Depressive symptoms in the elderly. Prevalence and associated factors)

## Resumen

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de los síntomas depresivos en personas mayores de 64 años y analizar su asociación con variables sociodemográficas, marcadores de fragilidad y enfermedades incapacitantes.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta. La muestra estuvo constituida por 417 personas mayores de 64 años del área sanitaria de Guadalajara, seleccionados a partir de la tarjeta sanitaria. Para estimar los síntomas depresivos se utilizó el test de Yesavage, con un punto de corte de 6 o superior. El cuestionario contenía variables sociodemográficas, clínicas y escalas evaluativas sobre deterioro cognitivo, discapacidad y riesgo social. Los criterios de fragilidad estudiados fueron: edad mayor de 80 años, ser mujer, deterioro cognitivo, discapacidad, polifarmacia, comorbilidad y riesgo social.

**Resultados:** La prevalencia de síntomas depresivos fue del 19,7% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 15,9-23,4) y tenían diagnóstico de depresión clínica el 5% (IC del 95%, 2,3-7,7). Los síntomas eran más frecuentes en el medio rural ( $p < 0,05$ ), aumentaban con la edad ( $p$  de tendencia lineal  $< 0,001$ ) y estaban asociados con el riesgo social ( $p < 0,001$ ), la comorbilidad ( $p < 0,001$ ), el deterioro cognitivo ( $p < 0,01$ ) y la discapacidad ( $p < 0,05$ ). En el análisis multivariante a partir de modelos de regresión logística, sólo la comorbilidad (odds ratio [OR] = 2,38; IC del 95%, 1,35-4,20) y el riesgo social (OR = 2,69; IC del 95%, 1,50-4,83) mostraron una asociación estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** La prevalencia de síntomas depresivos es muy elevada en las personas mayores de 64 años, 4 veces superior a la frecuencia de depresión clínica, y se asocia con el riesgo social y la comorbilidad.

**Palabras clave:** Depresión. Envejecimiento. Encuesta de salud.

## Abstract

**Objectives:** To estimate the prevalence of depressive symptoms in people older than 64 and to analyze their association with sociodemographic factors, frailty markers, and disabling diseases.

**Methods:** A survey-based, cross-sectional descriptive study was carried out. The sample was composed of 417 elderly people living in Guadalajara (Spain), selected on the basis of health cards. Depressive symptoms were assessed using Yesavage's test (cut-off: 6 or more items). The questionnaire contained sociodemographic and clinical items and evaluation scales for cognitive impairment, disability, and social risk. The frailty markers studied were age over 80 years old, female sex, cognitive impairment, disability, polypharmacy, comorbidity, and social risk.

**Results:** The prevalence of depressive symptoms was 19.7% (95% CI, 15.9-23.4) and clinical depression was diagnosed in 5% (95% CI, 2.3-7.7). Depressive symptoms were more frequent in elderly individuals living in rural environments than in those living in urban areas ( $p < 0.05$ ). These symptoms increased with age ( $p$  linear trend  $< 0.001$ ) and were associated with social risk ( $p < 0.001$ ), comorbidity ( $p < 0.001$ ), cognitive impairment ( $p < 0.01$ ), and disability ( $p < 0.05$ ). When a multivariate statistical analysis was applied using logistic regression models, only comorbidity (odds ratio [OR] = 2.38; 95% CI, 1.35-4.20) and social risk (OR = 2.69; 95% CI, 1.50-4.83) were significantly associated.

**Conclusions:** The prevalence of depressive symptoms is very high in the elderly, four times higher than a diagnosis of clinical depression. Social risk and comorbidity are strongly associated with depressive symptoms.

**Key words:** Depression. Aging. Health survey.

Correspondencia: Juan Ramón Urbina Torija.  
Jose María Alonso Gamo, 65.  
19004 Guadalajara. España.  
Correo electrónico: jurbinat@medynet.com

Recibido: 13 de diciembre de 2005.

Aceptado: 27 de julio de 2006.

## Introducción

El envejecimiento y la depresión caminan junto a la industrialización. Es evidente que se ha producido un progresivo envejecimiento de la población, y se espera que en unas décadas los mayores de 65 años pasen a representar del 10% del total actual al 21%<sup>1</sup>. La depresión es la cuarta causa de in-

capacidad en la población activa, por detrás de las infecciones respiratorias de las vías bajas, las enfermedades perinatales y el sida, y será, probablemente, la segunda en el año 2020, tan sólo inferior a las enfermedades derivadas de la insuficiencia coronaria<sup>2</sup>.

Considerando la alta tasa de recaídas de esta enfermedad, no es de extrañar que la depresión afecte cada vez más a los ancianos y que la mayor tasa de suicidios por edad se produzca en los mayores de 70 años<sup>3</sup>. Además, las personas ancianas se suicidan con menos intentos previos<sup>4</sup> y, curiosamente, suelen visitar al médico antes de llevarlo a cabo<sup>3,5</sup>. Si la depresión se diagnostica poco, en el anciano se hace aún menos, con grados de subdiagnóstico del 32-50% y de infratratamiento del 37-50%<sup>6,7</sup>. Y es que, a pesar de la existencia de criterios claros y un consenso sobre su manejo<sup>8</sup>, el diagnóstico no es fácil, dada su habitual presentación atípica y la visión cultural de la vejez como algo triste<sup>6,9</sup>.

Hay evidencias de que la depresión no tratada tiene graves complicaciones que empeoran el pronóstico<sup>7</sup> y duplican el riesgo de fallecimiento<sup>10</sup>. Esto añade un coste económico –se trata sólo al 10% de los enfermos<sup>11</sup>– con consecuencias sociales.

Para afrontar esta situación tendríamos que realizar una prevención primaria que incidiera sobre nuestros hábitos y nuestra cultura, y aunque es cuestionable realizar un tratamiento paliativo de la infelicidad<sup>12</sup>, creemos que es una actuación que está fuera del ámbito de la medicina. Sin embargo, la prevención secundaria sí resulta una herramienta práctica en el contexto de la atención sanitaria, mediante el uso de escalas evaluativas para el diagnóstico precoz y el cribado. De las distintas posibilidades psicométricas<sup>13</sup>, la escala más utilizada, más traducida y validada en los diferentes países de nuestro entorno es la introducida por Brink y Yesavage en 1982<sup>14</sup>. Tiene unas propiedades de validez y fiabilidad similares al resto de las escalas<sup>15</sup>, pero su cumplimentación es más sencilla para los ancianos, especialmente su versión reducida de 15 ítems, también validada y utilizada en España<sup>16</sup>.

Nuestros objetivos fueron estimar la prevalencia de ancianos con síntomas depresivos, y analizar su asociación con variables sociodemográficas, clínicas y criterios de fragilidad, en el área sanitaria de Guadalajara, que es una de las más envejecidas de Europa, con un 21% de mayores, un porcentaje esperado para el conjunto de España en el año 2026<sup>17</sup> y para el resto del mundo en el 2050<sup>1</sup>.

## Métodos

Se trata de un estudio descriptivo y transversal realizado en mayores de 64 años con tarjeta individual sa-

nitaria (TIS), en el área sanitaria de Guadalajara durante enero de 2002. La muestra utilizada es la misma que sirvió para la descripción de la prevalencia del anciano de riesgo en nuestra provincia<sup>18</sup>. El tamaño muestral fue de 591 sujetos mayores de 64 años, en una población de estudio de 34.935 residentes con TIS. Se estratificó según el ámbito geográfico (urbano y rural), seleccionando aleatoriamente en cada estrato 2 zonas en el medio urbano (Guadalajara Sur y Azuqueca) y 4 zonas en el medio rural (Atienza, Brihuega, Budia y Pastrana). Posteriormente, y de forma proporcional a la distribución de los estratos, se seleccionaron los individuos.

Las entrevistas se realizaron en la consulta de su localidad o en su domicilio en el caso de encontrarse discapacitados. La homogeneidad de la entrevista y su estandarización mediante criterios de comunicación verbal, no verbal, empatía y barreras ambientales, se llevó a cabo mediante la grabación de las 5 primeras entrevistas y su posterior corrección por los investigadores del estudio<sup>19</sup>. Se envió una carta de invitación explicando las características del estudio, y después se contactó telefónicamente para concertar el lugar y el momento de la entrevista<sup>18,19</sup>.

La escala de valoración geriátrica de depresión (Geriatric Depression Scale de Yesavage), en su versión reducida de 15 ítems, utiliza un punto de corte de 6 o más para considera un resultado positivo, y ha sido validada en España<sup>16</sup>.

El cuestionario se estructuró en 3 apartados: variables sociodemográficas (edad, sexo y ámbito geográfico), asistenciales (toma de medicamentos durante al menos 6 meses, enfermedades crónicas diagnosticadas y no resueltas reflejadas en la historia clínica) y escalas evaluativas.

Para la valoración funcional se utilizó el índice de Barthel<sup>20</sup>, con un punto de corte en 80 o inferior, en el que se consideraba dependiente al paciente que tenía puntuaciones en este rango. La valoración cognitiva se realizó con la versión española del test de Folstein<sup>21</sup>, considerándola positiva con un punto de corte de 24 (de 23 para población analfabeta). La valoración de la situación sociofamiliar se llevó a cabo mediante la escala de Díaz-Palacios<sup>22</sup>, con un punto de corte de 10 o superior para considerar riesgo social.

Consideramos los siguientes marcadores de fragilidad<sup>18,23</sup>:

– Tres o más enfermedades incapacitantes (comorbilidad). Se consideraron enfermedades incapacitantes las que originan una pérdida funcional en la vida diaria. Se incluyeron las siguientes: accidente cerebrovascular (ACV) con secuelas, infarto agudo de miocardio y/o insuficiencia cardíaca, enfermedad de Parkinson, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad osteomuscular que el enfermo refiere con dolor limitante de función, déficit visual a pesar de lle-

var lentes correctoras, déficit auditivo en un lugar ruidoso a pesar de llevar audífono, diabetes en tratamiento, obesidad (índice de masa corporal  $\geq 30$ ), demencia y depresión diagnosticada por un psiquiatra o geriatra de área, en cualquiera de los diagnósticos incluidos en la revisión del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-III-R). La depresión diagnosticada no fue incluida en el análisis como enfermedad incapacitante y tan sólo se utilizó su «prevalencia de punto» en el momento de la encuesta para comparar sus valores con la presencia de síntomas depresivos detectados por el test.

- Seis o más fármacos de acción sistémica, usados diariamente en los últimos 6 meses (polifarmacia).
- Ser mujer.
- Deterioro cognitivo detectado por el test de Folstein.
- Discapacidad detectada por el índice de Barthel.
- Riesgo social según la escala de Díaz-Palacios.

Para el análisis bivalente se utilizó como prueba de significación estadística la  $\chi^2$ . El análisis multivariante se realizó mediante regresión logística; la variable dependiente fueron los síntomas depresivos, y las variables independientes los datos sociodemográficos, la comorbilidad, la polifarmacia, el riesgo social, el deterioro cognitivo y la discapacidad. Utilizamos el *software* estadístico Epiinfo v.6.2 módulo Csample y SPSS v.4.0. Los intervalos de confianza (IC) se determinaron con un error tipo I del 5%, y teniendo en cuenta el efecto de diseño.

## Resultados

Participaron en el estudio 417 personas, lo que supone una tasa de respuesta del 70,6%. La no respuesta se distribuyó de la siguiente forma: un 55,4% no localizados, un 36,9% no aceptaron, un 17% no pudieron ser entrevistados a causa de una hipoacusia grave o una demencia avanzada y un 7,7% habían sido institucionalizados o habían fallecido. La muestra obtenida no presentó diferencias significativas respecto a la población en cuanto a las variables de edad, sexo y ámbito de residencia.

No se observó un mayor número significativo de mujeres (un 51,4%) pero sí de residentes en el medio rural (56,7%; IC del 95%, 52,0-61,3), que además eran de mayor edad –el 67,2% de los que tenían más de 80 años vivían en el medio rural–. La mayoría de la población (un 47,2%) tenía edades comprendidas entre 70 y 80 años, y los mayores de 85 representaban un 12,7% de la población.

La prevalencia de síntomas depresivos fue del 19,7% (IC del 95%, 15,9-23,4), y un 5,6% (IC del 95%, 3,6-

**Tabla 1. Prevalencia de síntomas depresivos**

Variables	Número de sujetos	Sujetos con síntomas depresivos	Prevalencia de síntomas depresivos (%)	IC del 95%
Sexo				
Hombre	202	39	19,3	3,7-34,9
Mujer	215	43	20	11,5-28,5
Ámbito				
Urbano	184	27	14,7	10,1-19,2
Rural	233	55	23,6	7,3-39,9
Edad (años)				
65-69	89	10	11,2	2,3-20,2
70-74	102	17	16,7	8,3-25,0
75-79	97	22	22,7	11,6-33,7
80-84	76	16	21	11,4-30,7
85-89	33	11	33,3	2,5-64,1
> 90	20	6	30,3	19,6-40-4
Comorbilidad	126	39	31	18,7-43,2
Polifarmacia	78	20	25,6	8,8-42,5
Riesgo social	83	29	34,9	20,8-49,1
Deterioro cognitivo	92	28	30,4	15,5-45,3
Discapacidad	45	15	33,3	21,6-45,1
Enfermedades				
Osteomuscular	149	27	18,1	9,4-26,9
Diabetes	9	20	26	16,2-35,8
EPOC	77	40	22,5	9,5-35,5
Obesidad	36	10	27,8	13,2-42,4
Déficit visual	34	12	35,3	19,2-51,4
ACV	26	10	38,5	19,8-57,2
Enfermedad cardíaca <sup>a</sup>	40	9	22,5	12,0-33,0
Hipoacusia	20	4	20	1,6-38,1
Parkinson	10	4	40	21,3-58,7
Total	417	82	19,7	15,9-23,4

ACV: accidente cerebrovascular; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IC: intervalo de confianza.

<sup>a</sup>Infarto de miocardio y/o insuficiencia cardíaca.

8,4) tuvieron una puntuación mayor de depresión estable. El 5% de los sujetos (IC del 95%, 2,3-7,7) tenían diagnóstico de depresión confirmada por el especialista de área.

La prevalencia de síntomas depresivos fue mayor en el medio rural ( $p < 0,05$ ) y en las personas de más edad ( $p$  de tendencia lineal  $< 0,001$ ) (tabla 1). También se observó mayor frecuencia en personas que tenían comorbilidad ( $p < 0,001$ ), riesgo social ( $p < 0,001$ ), deterioro cognitivo ( $p < 0,01$ ) y discapacidad ( $p < 0,05$ ). En las enfermedades que se registraron como incapacitantes, las personas con déficit visual ( $p < 0,01$ ) y

Tabla 2. Factores asociados con síntomas depresivos

Variables estudiadas	Odds ratio cruda	IC del 95%	p	Odds ratio ajustada <sup>a</sup>	IC del 95%	p
Hombre	1			1		
Mujer	1,04	0,64-1,69	ns	0,95	0,56-1,60	ns
Ámbito urbano	1			1		
Ámbito rural	1,79	1,08-2,98	< 0,05	1,52	0,87-2,65	ns
Edad (años)						
65-69	1			1		
70-74	1,58	0,68-3,65	ns	1,3	0,54-3,15	ns
75-79	2,31	1,02-5,27	< 0,05	1,86	0,80-4,32	ns
80-84	2,1	0,88-2,35	ns	1,21	0,48-3,00	ns
≥ 85	3,73	1,55-8,94	< 0,01	2,1	0,81-5,48	ns
Comorbilidad	2,58	1,19-3,15	< 0,001	2,38	1,35-4,20	< 0,01
Polifarmacia	1,54	0,86-1,78	ns	1,04	0,53-2,04	ns
Riesgo social	2,84	1,93-4,30	< 0,001	2,69	1,50-4,83	< 0,001
Deterioro cognitivo	2,19	1,45-3,33	< 0,01	1,42	0,77-2,61	ns
Discapacidad	2,27	1,29-4,03	< 0,05	1,29	0,58-2,87	ns

IC: intervalo de confianza; ns: estadísticamente no significativo.

<sup>a</sup>Odds ratio ajustada por el resto de variables.

con antecedentes de accidente cerebrovascular con secuelas ( $p < 0,05$ ) tenían también prevalencias más altas de síntomas depresivos.

Por último, en el análisis de regresión logística (tabla 2), ajustando simultáneamente por todas las variables independientes, sólo se encontró asociación con el riesgo social (*odds ratio* [OR] = 2,69; IC del 95%, 1,50-4,83) y la comorbilidad (OR = 2,38; IC del 95%, 1,35-4,20).

## Discusión

Una de cada 5 personas mayores de 64 años tiene síntomas depresivos. La magnitud de la prevalencia estimada con una metodología similar varía considerablemente, entre el 8 y el 36,2%<sup>3,5,24</sup>, y nuestros valores se acercan a los observados en Albacete<sup>25</sup>, Cataluña<sup>26</sup> y Leganés (Madrid)<sup>27</sup>. Por otro lado, la prevalencia de depresión clínica, de un 5%, es similar también a la de otros estudios realizados en nuestro entorno<sup>5,28,29</sup>.

En nuestro estudio no hemos observado diferencias entre sexos. La depresión en la mujer suele ser más prevalente, pero su diferencia respecto al hombre disminuye con la edad, de tal manera que según los ámbitos puede igualarse<sup>28</sup>, a pesar de su menor mortalidad por suicidio<sup>10</sup>. Así se ha descrito en comunidades urbanas<sup>27</sup> y en revisiones recientes, donde la discapacidad y el riesgo social desplazan a las diferencias de sexo y edad, según ésta va aumentando<sup>30</sup>.

Respecto a la mayor presencia de síntomas depresivos en la población rural, hay pocos estudios que analicen esta relación. En una encuesta realizada en el sur de Francia<sup>31</sup>, no se observó una mayor prevalencia de depresión en el medio rural cuando se ajustó por otro tipo de factores sociales, como el aislamiento. En nuestro estudio parece deberse a la presencia de sujetos más mayores, con más enfermedades y más dependientes socialmente.

Otro dato de gran interés es la asociación entre los síntomas depresivos y el riesgo social. Aunque los factores socioambientales actúan como desencadenantes y/o como cofactores de cronificación y de muerte por depresión<sup>5,10,32</sup>, sólo se ha cuantificado la capacidad explicativa de la depresión por una mala dinámica familiar<sup>33</sup> y la presencia durante varios meses de sucesos vitales estresantes<sup>34</sup>. Por otra parte, la falta de apoyo social es un cofactor causal y pronóstico, como lo demuestra el papel protector que tiene la práctica comunitaria de rituales religiosos en la aparición y la remisión de síntomas depresivos<sup>35</sup>. Los factores de relación y apoyo social, se encuentran claramente vinculados en la literatura médica a la presencia de síntomas depresivos.

En cuanto al deterioro cognitivo y su relación con los síntomas depresivos en las personas mayores, un estudio transversal realizado en Londres<sup>36</sup> en los años noventa mostró también una asociación, aunque de mayor magnitud que la nuestra. Otro trabajo de seguimiento realizado en Leganés, también en los años no-

venta, demostró que la depresión era un factor pronóstico de deterioro cognitivo<sup>37</sup>. Por tanto, nuestros resultados corroboran los datos de la bibliografía, a pesar de lo controvertido de su relación. Algunas revisiones recientes acotan la diferencia entre pseudodemencia depresiva y demencia como entidades clínicas distintas, aunque aceptan la existencia de un mayor riesgo de demencia después de una pseudodemencia<sup>38</sup>. Sin embargo, en estudios de seguimiento<sup>39,40</sup> se ha demostrado la existencia de una lesión neurológica común de la sustancia blanca cerebral subcortical en el anciano, tanto para la depresión de inicio tardío como para la demencia y que tiene su origen en una comorbilidad vascular no resuelta. En nuestro estudio, además, la fuerte asociación de los síntomas depresivos con el riesgo social y la comorbilidad desplazan al deterioro cognitivo como factor asociado, lo que sugiere la necesidad de realizar estudios de seguimiento que clarifiquen la relación causal.

La comorbilidad por enfermedades que producen discapacidad también está fuertemente asociada, y de manera independiente, con la presencia de síntomas depresivos. Esto se observa también en otros estudios, tanto para la aparición de depresión<sup>41</sup> como para su cronificación<sup>42</sup>. En un metaanálisis reciente, la discapacidad explica la depresión después de 2 años de seguimiento, siendo el tercer factor en cuanto a fuerza de asociación, por detrás del duelo y los trastornos del sueño<sup>32</sup>.

Respecto a la alta frecuencia de síntomas depresivos en enfermedades como el ACV y el déficit visual, el primero está claramente vinculado a la depresión y a su evolución, tanto por un posible origen común<sup>40</sup> como por ser causa de discapacidad<sup>41</sup>. La discapacidad del déficit visual, como cualquier pérdida sensorial, es un factor de riesgo conocido para la depresión<sup>43</sup>.

Nuestro estudio tiene importantes limitaciones. Por una parte, el escaso tamaño de la muestra no permite estimar con suficiente poder estadístico las variables y las categorías con una frecuencia baja. Por otra parte, el diseño transversal del estudio no permite establecer una relación causal, desconociendo la secuencia temporal sobre si el sujeto con síntomas depresivos lo es como consecuencia de un riesgo social o su situación social es secundaria a su incapacidad para afrontar las dificultades del envejecimiento en su estado depresivo. En este sentido, creemos que sería conveniente desarrollar en nuestro entorno diseños longitudinales que describan el proceso natural de envejecimiento y sus consecuencias clínicas y sociales.

Consideramos que la frecuencia de síntomas depresivos en los mayores de una comunidad envejecida, como la de Guadalajara, sugiere la existencia de un «fenómeno iceberg», en cuanto a que la mayoría de los sujetos con síntomas pasan desapercibidos para el sistema sanitario. La presencia de síntomas depre-

sivos se asocia con factores socioambientales (riesgo social) y comorbilidad, lo que sugiere la necesidad de detectar la depresión en el manejo social y clínico de los enfermos.

## Agradecimientos

Este estudio fue financiado por el Instituto de Ciencias de la Salud de La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, con número de expediente: 02056-00.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a las personas encuestadas y a sus cuidadores, por la dedicación de su tiempo y su colaboración, así como a los profesionales del área sanitaria, por su apoyo en los distintos momentos del desarrollo de la encuesta.

## Bibliografía

1. Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2002;37 Suppl 2:12-36.
2. World Health Organization. Informe de Salud Mental en el Mundo 2001. Capítulo 1 [citado 2 Nov 2005]: Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index3.html>
3. Blazer DG. Depresión. En: Beers M.H, Berkow R, editores. *Manual Merck de Geriatria.* Madrid: Harcourt [edición electrónica] 2001 [citado 4 Ene 2005]: Disponible en: [http://www2.univadis.net/opencms/opencms/publicaciones/manuales/5/4/Cap\\_033](http://www2.univadis.net/opencms/opencms/publicaciones/manuales/5/4/Cap_033)
4. Andraca F. Suicidio en adultos mayores: generalidades. *Geriatrka.* 1998;14:17-23.
5. Torres RM, Vázquez O. Aspectos epidemiológicos de la depresión en el anciano. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, editor. *Depresión en el anciano.* Barcelona: Editorial Glosa; 2002. p. 23-6.
6. García Solano F. Midiendo la prevalencia de la depresión. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36:127-30.
7. Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1182-9.
8. Charney DS, Reynolds CF, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, et al. Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:664-72.
9. Herrera Tejedor J. La depresión en el anciano. *Aten Primaria.* 2000;26:339-46.
10. Saz P, Dewey ME. Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001;19:622-30.
11. Hughes D, Morris S, McGuire A. The cost of depression in the elderly. Effects of drug therapy. *Drugs Aging.* 1997;10:59-68.
12. Charlton BG, Mckenzie K. Treating unhappiness-society needs palliative psychopharmacology. *Br J Psychiatry.* 2004; 185:194-5.
13. Sapurido XL, Gómez DE, Pulido MT. Procedimientos de evaluación psicológica de la depresión en la vejez. *Geriatrka.* 1999;15:349-57.
14. Sheik JL, Yesavage JA. Geriatric depression scales: recent evidence and development of a shorter version. *Clin Geront.* 1986;5:165-73.

15. Salamero M, Marcos T. Factor study of the Geriatric Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1992;86:283-6.
16. Martí D, Miralles R, Llorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillem J, et al. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2000;35:7-14.
17. Rodríguez P, Sancho MT. Nuevos retos de la política social de la atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1995;30:141-52.
18. Urbina J, García MP, Flores JM, Rodríguez E, Torres L, Torrubias RM. El anciano de riesgo en la provincia de Guadaluajara. *Aten Primaria.* 2004;34:293-9.
19. Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1988. p. 191-210.
20. Mahoney FR, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Arch Phys Med Rehabil.* 1965;14:61-5.
21. Lobo A, Ezquerro J, Gómez Burgada F, Sala JM, Seva A. El minixamen cognoscitivo (un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr.* 1986;7:189-202.
22. García González JV, Díaz Palacios E, Salamanca García A, Cabrera González D, Menéndez-Caicoya A, Fernández Sánchez A, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria.* 1999;23:434-40.
23. González Montalvo JI, Alarcón MT, Salgado Alba A. Medicina preventiva de las personas mayores. *Medicine (Madr).* 1995;6:3854-61.
24. Pando M, Aranda C, Alfaro N, Mendoza P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36:140-4.
25. Cerdá R, López-Torres J, Fernández C, López MA, Otero A. Depresión en personas ancianas. Factores asociados. *Aten Primaria.* 1997;19:32-43.
26. López I, Roset M, Iglesias B, González L, Rodríguez P, Fuentes M. Aplicación de un protocolo de valoración geriátrica en atención primaria: comparación con los datos de la historia clínica. *Aten Primaria.* 2000;25:630-3.
27. Zunzunegui MV, Beland F, Yácer A, León V. Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33:195-205.
28. Del Moral EJ, Puigdemont D, Serrano D, Pérez J. Depresión en el anciano. *Epidemiología, clínica y diagnóstico.* Jano. 1995;49:79-84.
29. Mingote C, Aragües M. Depresión en el anciano. Actualizaciones en neurología, neurociencias y envejecimiento. 2003;1:205-60.
30. Fountoulakis KN, O'Hara R, Lacovides A, Camilleri CP, Kaprinis S, Kaprinis G et al. Unipolar late-onset depression: a comprehensive review. *Ann Gen Hosp Psychiatry [edición electrónica]* 2003 [citado 2 Ene 2005]; Disponible en: <http://www.general-hospital-psychiatry.com/content/2/1/11>
31. Dufouil C, Dartigues JF, Fuhrer R. Symptômes dépressifs chez les personnes âgées: comparaison entre des populations rurales et urbaines. *Rev Épidém Santé Publique.* 1995;43:308-15.
32. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2003;160:1147-56.
33. García L, Mérida F, Mestre I, Gallego MD, Duarte AJ, Mesa RG, et al. La depresión del anciano y el papel de la dinámica familiar. *Aten Primaria.* 2000;25:226-9.
34. Kraaij V, Arensman E, Spinhoven P. Negative life events and depression in elderly persons: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2002;57:87-94.
35. Hahn CY, Yang MS, Yang MJ, Shih CH, Lo HY. Religious attendance and depressive symptoms among community dwelling elderly in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004;19:1148-54.
36. Cervilla JA, López-Ibor MI, Martínez-Raga J, Prince MJ. Depresión y deterioro cognitivo: un estudio transversal de comorbilidad. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr.* 1997;25:11-6.
37. Zunzunegui MV, Béland F, Gornemann I, Del Ser T. La depresión como factor predictor del deterioro cognitivo en las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1999;34:125-34.
38. Barjau JM, Guerra-Prado D, Vega M. Seudodemencia depresiva: implicaciones clínico terapéuticas. *Med Clin (Barc).* 2001;117:703-8.
39. Comijs HC, Jonker C, Beekman A, Deeg D. The association between depressive symptoms and cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001;16:361-7.
40. Kuo HK, Lipsitz LA. Cerebral white matter changes and geriatric syndromes: is there a link? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004;59:818-26.
41. Alexopoulos GS, Vrontou C, Kakuma T, Meyers BS, Young RC, Kla E, et al. Disability in geriatric depression. *Am J Psychiatry.* 1996;153:877-85.
42. Kivela SL, Viramo P, Pakkala K. Factors predicting chronicity of depression in elderly primary care patients. *Int Psychogeriatr.* 2000;12:183-94.
43. Prats M. Aspectos clínicos de la depresión en el anciano. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, editor. Depresión en el anciano. Barcelona: Editorial Glosa; 2002. p. 27-34.