

Carmen Balmón Cruz, Juan Alejandro Dorado Primo

DETECCIÓN Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS GERIÁTRICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA*

THE DETECTION AND PREVALENCE OF GERIATRIC DEPRESSIVE DISORDERS AT
PRIMARY CARE LEVEL

■ RESUMEN

El objetivo es estudiar la prevalencia de depresión geriátrica en Atención Primaria y la detección de los trastornos depresivos y de los factores que influyen, mediante un estudio transversal y descriptivo de la población consultante (262 pacientes >64 años) en un cupo del Centro de Salud Levante Sur del SAS en Córdoba. Inicialmente se les administró el Mini-Mental State Examination (MMSE), siendo excluidos 17 pacientes que presentaban un trastorno cognitivo (puntuación <15) que podría interferir con el resultado posterior. A los 245 pacientes restantes se les facilitó la Escala de screening de depresión geriátrica GDS-15 de Yesavage, el cuestionario CAGE de despistaje enólico en Atención Primaria y una Encuesta de variables sociodemográficas y de salud.

La prevalencia de depresión geriátrica obtenida ha sido del 24,49%, con una O.R. mujeres/hombres de 1,61.

Palabras clave: Depresión geriátrica. Escala de detección de depresión geriátrica. Atención Primaria.

■ SUMMARY

The objective is to study the prevalence of geriatric depression in Primary Care and the detection of depressive disorders and the factors that affect it, through a cross study and description of the target population (262 patients > age 64) in a group of patients from the Levante Sur SAS Health Center in Cordoba.

Initially the MMSE was administered, excluding 17 patients who showed cognitive disorders (score <15) that could interfere with the posterior evaluation.

The remaining 245 patients were given Yesavage's screening scale of geriatric depression GDS-15, the CAGE alcoholism questionnaire in Primary Care, and a survey of sociodemographic and health variables.

The prevalence of geriatric depression found was 24,49%, with an O.R of 1,61 in women over men.

Key words: Geriatric depression. Screening scales GDS. Primary care.

■ INTRODUCCIÓN

La Asamblea Mundial del Envejecimiento (Madrid, 2002) ha indicado que el tramo de edad que más ha aumentado en los últimos años, ha sido el de mayores de 60 años, siendo previsible que para 2025 haya 1,2 billones de personas en este grupo de edad.

Asimismo, también existe la predicción de un aumento de los trastornos depresivos en concordancia con el envejecimiento de la población con el consiguiente coste social y humano. En la actualidad la depresión ocupa el 4º lugar en cuanto a causas de morbilidad, y se prevé que en 2020 pase a ser la segunda (1).

La prevalencia de la depresión en general es del 5-6%, y en los mayores de 65 años, se estima entre el 12-15%, siendo mayor en mujeres. En los ancianos parece que los trastornos depresivos son más frecuentes que en otra época de la vida, si bien los resultados obtenidos son diversos debido a las metodologías o los criterios diagnósticos empleados (2,3). El Epidemiologic Catchment Area-ECA muestra una prevalencia inferior de sintomatología depresiva en comparación con grupos de población más joven. Sin embargo, se calcula que entre el 10-45% de las personas de más de 65 años, presentan en algún momento síntomas depresivos.

Los estudios epidemiológicos de depresión en el anciano plantean dificultades metodológicas por la variabilidad muestral y por los diferentes métodos de screening y de diagnóstico utilizados, habiéndose detectado mayor prevalencia de sintomatología depresiva en población hospitalizada (11-40%) e institucionalizada (30-75%) que en la comunitaria (4,5).

La población general infravalora la depresión y los síntomas depresivos (6). Esta falta de reconocimiento es más pronunciada en personas mayores. Con frecuencia estos pacientes no llegan al psiquiatra, no se diagnostican, o los atiende el médico general, por lo que es importante que éste sea capaz de detectarlos (7,8,9).

El motivo de consulta puede parecer nimio o no estar relacionado con el trastorno depresivo, y sí con quejas somáticas con conflictos familiares o dificultades interpersonales.

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes en la atención geriátrica y, a la vez, es una de las que más afectan el entorno del paciente y de su familia. Asimismo, puede predisponer o condicionar la evolución de muchas enfermedades y de procesos de rehabilitación, pudiendo causar deterioro funcional (10), mental y social con descenso en la calidad de vida (11,12) y discapacidad, elevando el riesgo de muerte prematura (13) no solo por el posible incremento de suicidios, sino por la enfermedad somática y la disminución de defensas con alteraciones inmunitarias (14,15). Prolonga las estancias hospitalarias (16) y tiene repercusiones sociales y económicas elevadas, sobre todo en costes indirectos, ya que genera numerosas consultas, ingresos, tratamientos y bajas laborales (17,18).

En los últimos años de la vida se producen pérdidas de distinta índole (físicas, económicas y psicosociales), que, junto a cambios biológicos, pueden predisponer a la aparición de depresión.

Existen diversos factores sociodemográficos y de estado de salud que se asocian con la presencia de sintomatología depresiva en los estudios comunitarios. Así, la depresión es más frecuente en las mujeres (aunque se iguala con los hombres a partir de los 80 años), el bajo nivel de escolaridad, el estado civil de divorciado, separado o viudo (especialmente en los varones), la elevada comorbilidad y cuando existe bajo soporte social (5).

Se observa una relación entre la presencia de depresión y un peor estado de salud especialmente en las mujeres, medido por la capacidad funcional, comorbilidad, número elevado de visitas al médico o alto número de fármacos prescritos. Determinadas enfermedades crónicas, en especial el Accidente Cerebro-Vascular y la enfermedad de Parkinson, se asocian a mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva.

Asimismo se ha encontrado relación entre depresión mayor de inicio tardío y suicidio en ancianos, siendo los factores que contribuyen a éste la premeditación, vivir solo, baja renta económica, sexo masculino, raza blanca, ser mayor de 75 años, tener alteraciones cognitivas, enfermedades graves, consumo de drogas o alcohol, historia de intentos previos, conducta impulsiva y pérdidas recientes de tipo familiar o sociolaboral.

Es interesante resaltar que más del 75% de los ancianos que se suicidan habían visitado a su médico durante el mes previo a su muerte, y un tercio lo hizo durante la semana anterior (13).

Por otro lado, los síntomas depresivos tienen peor pronóstico cuando están asociados a una enfermedad crónica invalidante y a fragilidad extrema en pacientes ancianos muy deteriorados.

El diagnóstico de los trastornos depresivos en el anciano es difícil por su forma de presentación, en ocasiones atípicas (siendo frecuentes las somatizaciones, que pueden orientar la búsqueda hacia procesos orgánicos), por la atribución errónea a enfermedades coexistentes, a los efectos secundarios de algunos fármacos o al propio proceso de envejecimiento. Cuando se logra identificar la enfermedad, sólo se inicia el tratamiento en menos de un tercio de los casos, o se hace de forma insuficiente.

En general se considera que los trastornos depresivos más frecuentes en el anciano son los adaptativos, generalmente relacionados con la discapacidad, otras enfermedades médicas, y los inducidos por fármacos.

La depresión geriátrica puede ser un nuevo episodio en una persona que la tuvo previamente, o bien, observarse por primera vez a esta edad, estando ambas formas de presentación repartidas por igual, aunque para algunos, las formas tardías serían las más frecuentes (19), con predominio de formas unipolares (20).

Entre los rasgos diferenciales de la depresión en los ancianos destacan episodios más prolongados y resistentes al tratamiento, mayor frecuencia de agitación, ansiedad, irritabilidad, insomnio, estreñimiento, somatizaciones y pérdida de apetito y peso, elementos paranoides más habituales y mayor riesgo de suicidio, alteraciones cognitivas y cronicidad.

Este estudio pretende detectar, analizar e investigar la prevalencia depresiva geriátrica en el ámbito de la Atención Primaria de salud, poniéndola en relación con diferentes variables sociodemográficas y de salud, así como con el abuso enólico y con trastornos por deterioro cognitivo, mediante un estudio transversal y descriptivo.

■ MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra utilizada incluye a todos los pacientes geriátricos (>64 años) de un cupo ambulatorio en un Centro de Salud del SAS de un barrio populoso de la ciudad de Córdoba, que acuden a consulta médica durante un trimestre, independientemente del motivo de la misma, mediante cita previa con su médico de A.P., y que han sido 262.

De los numerosos tests de screening existentes para la depresión geriátrica, quizás el más conocido y uno de los instrumentos de elección sea el GDS, que posee escasos ítems somáticos, evitando interferencias de síntomas originados por enfermedades médicas y centrándose con aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo. Su sensibilidad y especificidad disminuyen con la presencia de deterioro cognitivo, por lo que no es útil en pacientes con demencia y puntuación inferior a 15 en el Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein de 1975 (21).

A los pacientes estudiados se les ha administrado el Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein en la consulta, validado en nuestro medio por Lobo en 1979 bajo el nombre de Mini Exámen Cognoscitivo, y a aquéllos que han obtenido una puntuación superior a 15 se les ha facilitado, para su autoadministración en casa, un cuestionario con la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage de 15 ítems, el CAGE para despistaje de alcoholismo y una encuesta de variables sociodemográficas y de salud. Se les entregaba en una consulta y se le pedía lo trajesen cumplimentado la próxima vez que acudiesen al Centro de Salud, para que las respuestas fuesen meditadas.

La escala GDS original consta de 30 ítems (22) y está traducida y adaptada al castellano (23,24). Sin embargo, debido a la dificultad por parte de los pacientes mayores de soportar exploraciones prolongadas y al escaso tiempo disponible en la asistencia diaria, se han desarrollado y validado versiones más cortas (de 4, 5, 10 y 15 ítems) con rangos similares en sensibilidad y especificidad (25).

Nosotros hemos utilizado una versión intermedia, la de 15 ítems (26), adaptada y validada al castellano (27) en diferentes medios socioculturales, que utiliza como punto de corte una puntuación >5 para la detección de síntomas depresivos, con una

sensibilidad del 85,3%, una especificidad del 85,5% y un elevado valor predictivo negativo. Consta de 15 preguntas afirmativas/negativas para evitar en lo posible la disminución de concentración y el cansancio del paciente.

La presencia de una puntuación elevada en un cuestionario de screening indica que ese paciente es portador de síntomas depresivos, sin permitir un diagnóstico específico entre los diferentes trastornos depresivos, que tendrá que realizarse en una actuación posterior por medio de una anamnesis estructurada en ausencia de alteraciones cognitivas importantes.

Para el despistaje de posibles casos de alcoholismo hemos utilizado el CAGE, si bien existen también otras pruebas que pueden desarrollar este cometido (28). Se trata de un eficaz instrumento de cribaje de trastornos relacionados con el abuso de alcohol en Atención Primaria, por su aceptable sensibilidad y especificidad, su bajo coste, su buena aceptación por el usuario y su rápida administración.

Hemos diseñado además, de forma específica para este estudio, un cuestionario de variables sociodemográficas con preguntas de carácter cerrado y semiabiertas tanto cuantitativas como cualitativas, en las que se recogen aspectos sociales, económicos, clínicos y psicológicos de cada uno de los pacientes participantes. Entre ellas destacan sexo, edad, estado civil, personas de convivencia, nivel de estudios, actividad laboral desarrollada, localidad de nacimiento y, en su caso, fecha de cambio de residencia a la localidad actual, frecuencia de visita al médico de familia, enfermedades actuales, antecedentes personales y familiares de tipo depresivo, etc.

A efectos comparativos hemos definido dos grupos:

- GRUPO 1: formado por los 185 pacientes cuya puntuación en el Yesavage ha sido <6 y por lo tanto se presupone que no padecen ningún síndrome depresivo.
- GRUPO 2: incluye los 60 pacientes presuntamente deprimidos que han obtenido en la Escala de Yesavage una puntuación > 5 .

A las variables cuantitativas de la Encuesta, les hemos aplicado medidas de tendencia central y dispersión, percentiles y cuartiles. En algunos casos hemos establecido comparaciones y grado de correlación.

Las variables cualitativas han sido sometidas a pruebas de estadística básica, con tablas de frecuencias, determinación y comparación de porcentajes y pruebas de asociación mediante la Chi cuadrado.

Asimismo, las variables cuantitativas se han transformado en cualitativas, aplicándosele también la batería estadística para este tipo de variables.

Se ha aceptado un nivel de significación estadística del 5%, considerando rechazada la hipótesis nula si $p < 0,05$.

Hemos utilizado el procesador de textos de Word, el programa estadístico Sigma plus, el programa de gráficos Excel y el procesador de textos Word.

■ RESULTADOS

De los 262 pacientes evaluados inicialmente con el MMSE, 17 (6,48%) han obtenido una puntuación por debajo de 15 que podría revelar un déficit cognitivo con interferencias en el resultado de la evaluación con la Escala de Yesavage, por lo que han sido excluidos de la valoración posterior. A los restantes 245 se les ha facilitado el material de autoevaluación en casa consistente en una encuesta de variables sociodemográficas y de salud, la Escala GDS de 15 ítems de Yesavage, y el Cuestionario CAGE de despistaje enólico en Atención Primaria.

De los 245 pacientes evaluados por las diferentes pruebas, 60 han obtenido una puntuación en la Escala de Yesavage >5 , lo que indicaría la presencia de una posible depresión, que en porcentaje se corresponde con el 24,49%, siendo de 39,42% en mujeres y 15,21% en hombres (GRÁFICO 1). De ellos, 14 pacientes ya habían sido diagnosticados de síndrome depresivo y seguían tratamiento psicofarmacológico, lo que indicaría que los nuevos casos depresivos que habrían pasado inadvertidos serían 46, lo que supone el 18,78 % de los pacientes examinados.

La puntuación media en la Escala de Yesavage de los pacientes del Grupo 1 es 2.60 y en el Grupo 2 es 9,72 (GRÁFICO 2), con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

La edad media del Grupo 1 ha sido de 73,85 años, con una desviación típica de 5,42, valor mínimo de 65 y máximo de 84. El Coeficiente de variación es 7,33 y el error estándar de la media 0,40. La moda es 74 con una frecuencia de 16, los cuartiles 70 y 78 respectivamente, y la mediana y percentil 50 es 74.

En el Grupo 2 la edad media 72,15 años, con una desviación típica es 4,77 un valor mínimo de 65 y máximo de 81 con un rango de 16. El coeficiente de variación es 6,61 y el error estándar de la media es 0,61. La moda es 71 con una frecuencia de 9, la mediana y percentil 50 es 71 y los cuartiles son 68 y 76.

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de ambos grupos ($p < 0,05$).

La media del número de enfermedades de todo tipo presente en el Grupo 1 es 1,84 y la del Grupo 2 de 2,17 (GRÁFICO 3), existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre ambos.

El tiempo medio que tardan en visitar a su médico de familia los pacientes del Grupo 1 es de 20.95 días y los del Grupo 2 es de 18,67 días.

Al realizar el coeficiente de correlación entre las variables cuantitativas del Grupo 1, se obtiene que a mayor edad los pacientes presentan mayor frecuentación a su médico de Familia, mayor número de enfermedades y mayor puntuación en la Escala de Yesavage.

La correlación entre las variables de los pacientes del Grupo 2 sólo existe entre mayor edad y mayor frecuentación.

Atendiendo a la edad, hemos realizado dos subgrupos. El primero de pacientes con 65-74 años y el segundo de >74 años. En el Grupo 1 hay 108 pacientes (58,38%) que se corresponden con el primer subgrupo y 77 pacientes (41,62%) con el segundo. En el Grupo 2 hay 40 pacientes que tienen <75 años (66,67%) y 20 pacientes (33,33%) > 74 años.

En relación con el número de enfermedades que presentan los pacientes de ambos grupos de estudio hemos observado una diferencia estadísticamente significativa en la categoría de ninguna enfermedad a favor del Grupo 1, ($p < 0,001$), y una diferencia significativa a favor del Grupo 2 en la categoría de padecer 3 enfermedades diferentes ($p < 0,05$), no existiendo diferencias en las categorías de padecer una o dos enfermedades.

La frecuentación al médico de familia en el Grupo 1 es cada 21 días y en el Grupo 2 cada 18 días, siendo la frecuentación mensual del Grupo 1 de 1,43 y la del Grupo 2, de 1,67 (GRÁFICO 4). Existe una diferencia estadísticamente significativa en la categoría Bimensual a favor del Grupo 1 ($p < 0,05$), no existiendo ningún paciente del Grupo 2 que visite a su médico con una frecuencia superior a las cuatro semanas.

En relación con el género de los pacientes, en el Grupo 1 hay 89 mujeres (48,11%) y 96 hombres (51,89%), y en el Grupo 2 se contabilizan 37 mujeres (61,67%) y 23 hombres (38,33%) (GRÁFICO 5), existiendo una O.R. de 1,61 a favor de las mujeres en cuanto a la probabilidad de padecer un síndrome depresivo.

En relación con el nivel de estudios llama la atención la ausencia en ambos grupos de universitarios. Existe una diferencia significativa en el Grupo 1 a favor de ningún estudio ($p < 0,01$) y a favor de estudios primarios en el Grupo 2 ($p < 0,05$).

En antecedentes personales de depresión existe una diferencia significativa favorable al Grupo 2 ($p < 0,001$), no existiendo diferencias en ambos grupos con respecto a antecedentes de depresión familiar (GRÁFICO 6).

Con respecto al CAGE, ha sido positivo sólo en 4 casos. Una vez aplicada la Escala de Yesavage han resultado pertenecer 3 al Grupo 2 y 1 al Grupo 1.

En cuanto a los resultados obtenidos mediante la asociación de variables cualitativas con la CHI CUADRADO en el Grupo 2 (pacientes con puntuación > 6 en la Escala de Yesavage de probables casos positivos de depresión), existen las siguientes asociaciones estadísticamente significativas entre variables:

- Hombres y mujeres viudos ($p < 0,05$).
- Pacientes con tres enfermedades diferentes ($p < 0,05$).
- Las dos anteriores simultáneamente ($p < 0,05$).
- Pacientes viudos que van a su Médico de Familia con una frecuencia semanal ($p < 0,001$).
- Pacientes que viven solos con frecuentación semanal a su Médico de Familia ($p < 0,001$).

- Pacientes que viven con su cónyuge y sólo tienen una enfermedad ($p < 0,05$)
- Pacientes que viven solos y tienen más de 75 años. ($p < 0,05$).
- Pacientes con tres enfermedades y estudios primarios ($p < 0,05$).
- Frecuentación semanal al Médico de Familia en pacientes que viven solos ($p < 0,001$) y son viudos ($p < 0,001$).

■ DISCUSIÓN

De los 262 pacientes evaluados inicialmente mediante el MMSE, 17 (6,48%) han obtenido una puntuación inferior a 15, lo que podría indicar un déficit cognoscitivo importante que distorsionaría los resultados de la Escala de Yesavage. Por ello, estos pacientes se han excluido del resto de batería de pruebas.

Este porcentaje del 6,48% de pacientes con un trastorno cognitivo coincide con datos que revelan una prevalencia de estos déficits en pacientes mayores de 65 años entre el 5 y el 10% (29). Otros estudios como los de Clarke, Ylikoski, Uihman y Larson en cambio ofrecen cifras más elevadas entre un 10-30 %, lo que se explica al utilizar como punto de corte en el MMSE 23/24.

De los 60 pacientes, 14 ya habían sido diagnosticados de síndrome depresivo y seguían tratamiento psicofarmacológico, lo que indicaría la detección de posibles nuevos casos depresivos que habrían pasado inadvertidos.

En general se considera que la sintomatología depresiva en la población geriátrica comunitaria oscilaría entre el 8-25% (1,30,31,32,33), aunque en nuestro medio existen estudios que excederían estos límites. Así, mientras Lobo y cols. (34) encuentran una prevalencia del 4,8% de trastornos depresivos en población geriátrica comunitaria, Fernández-San Martín y cols. (35) utilizando el GDS-30 han encontrado un porcentaje de «casos de depresión» del 31,25%.

Con respecto al CAGE, ha sido positivo sólo en 4 casos de la muestra. Una vez aplicada la Escala de Yesavage han resultado pertenecer 3 al Grupo 2, lo que equivaldría al 5%. No hemos encontrado otros estudios que evalúen esta prueba en población geriátrica. En población general en el medio de la asistencia primaria, se encuentran cifras muy dispares que van entre el 5% de casos positivos encontrados por Iacoponi y cols. en 1989 y las ofrecidas por Sadek en 1991 con un 55,9%.

La edad media del Grupo 1 ha sido de 73,85 años y la del Grupo 2 de 72,15 años, existiendo una diferencia significativa entre las medias de edad de ambos grupos ($p < 0,05$). No se ha podido constatar como en otros estudios un incremento progresivo de las puntuaciones obtenidas en el test de screening con el incremento de la edad (36). En cambio, coincidimos con otras observaciones en que una franja etaria destaca sobre el resto (37,38).

Pacientes con puntuación >5 en la GDS-15 padecen de forma significativa mayor número de enfermedades, existiendo una asociación estadísticamente significativa

entre pacientes con tres enfermedades diferentes, lo que coincidiría con hallazgos de otros estudios (3).

La frecuentación al Médico de Familia es mayor en pacientes del Grupo 2, al igual que en numerosos estudios (39,40,41,42), existiendo una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) en pacientes que viven solos con frecuentación semanal a su Médico de Familia y una correlación entre mayor frecuentación y mayor edad.

En relación con el número de enfermedades que presentan los pacientes hemos encontrado una diferencia significativa a favor del Grupo 2 en la categoría de padecer 3 enfermedades diferentes ($p < 0,05$), coincidente con la comorbilidad de la depresión ya descrita de ancianos (43).

En cuanto a la frecuentación al médico de familia, no existe ningún paciente del Grupo 2 que visite a su médico con una frecuencia superior a las cuatro semanas.

En relación con el sexo de los pacientes, en el Grupo 2 hay 37 mujeres (61,67%) y 23 hombres (38,33%), existiendo una O.R. de 1,61 en las mujeres frente a los hombres de padecer un síndrome depresivo. Otros autores han encontrado en mujeres una O.R. de depresión de 1,8 en relación a los hombres, si bien en población general y no geriátrica (36), dato congruente que podría estar en relación con la equiparación que se produciría en los porcentajes de depresión de ambos sexos en las últimas décadas de la vida (5).

En cuanto al estado civil en los dos grupos las categorías mayoritarias son casados (80%) y viudos (16%), no existiendo diferencias significativas entre categorías, lo que coincide con otros estudios (44).

En Antecedentes Personales de depresión existe una diferencia significativa favorable al Grupo 2 ($p < 0,001$), no existiendo diferencias en ambos grupos con respecto a Antecedentes Familiares de depresión. Algunos autores consideran que la influencia genética resulta menor para las depresiones que se inician después de los 65 años (45).

Analizando la asociación de variables cualitativas mediante el Chi cuadrado en el Grupo 2 obtenemos el siguiente perfil de depresión geriátrica en Atención Primaria: Mujeres de 72 años, viudas que viven solas con estudios primarios, que tienen al menos tres enfermedades, con frecuentación semanal al médico de familia y antecedentes depresivos.

Por último, decir una vez analizado este estudio, que existe una elevada prevalencia de depresión geriátrica en Atención Primaria que permanece infradiagnosticada.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. OMS: The World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope.
2. Dorado Primo, J.A.; Balmón Cruz, C.; Sarramea Crespo, F. y otros. «Análisis de demanda en el ESM de Andújar: Evolución y estudio comparativo a los 20 años de apertura». *Rev. A.E.N.* 2002; XXII, 84: 141-54.
3. Mulsant, B.; Ganguli, M. «Epidemiology And Diagnosis Of Depression In Late Life». *J. Clin. Psychiatry*, 1999; 60 (Suppl 5): 7-12.
4. Blazer, D. Depresión. En: Abrahams, W.; Berkow, R. Editores. *Manual Merck de Geriatria*. Barcelona: Ediciones Doyma; 2001. p. 310-1.
5. Koenig, H.; Blazer, D. «Epidemiology of geriatric affective disorders». *Clin. Geriatr. Med.* 1992; 8; 235-51.
6. Panashos, I.A.; Stamouli, S.; Rogakou, E. y otros. *Depress Anxiety*, 2002; 15(3): III-6.
7. Small, G. «Recognition and treatment of depression in the elderly». *J. Clin. Psychiatry*, 1991; 52 (supl.6): 11-22.
8. Ruiz Doblado, S. «Depresión en atención primaria: influencia de variables clínicas y sociodemográficas en la prescripción de psicofármacos». *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 1997; 24 (5): 119-25.
9. Landa Goñi, J; Espinosa Almendro, J.M.; Álvarez Solar, M. y otros. Síndromes Geriátricos: Depresión en el anciano. *Programas Básicos de Salud*. Madrid, Doyma, 2000; 8: 73-84.
10. Shah, A.; Phongsathom, V.; Bielawska, C. y otros. «Screening for depression among geriatric inpatients with short versions of the geriatric depression scale». *Intern. J. Geriatric Psychiatry*, 1994; 11: 915-8.
11. Blazer, D. «Psychiatry And the Oldest old». *Am J. Psychiatry*, 2000; 157 (12): 1915-24.
12. Rosvner, B. «Depression and increased risk of mortality in the nursing home patient». *Am. J. Med*, 1993; 94 (supl.5A): 19-22.
13. Lebowitz, B.; Pearson, J.; Scheneider, L. y otros. «Diagnosis and treatment of depression in late life: Consensus Statemen update». *JAMA*, 1997; 278 (14): 1186-90.
14. Engedal, K. «Mortality in the elderly-a 3 year follow-up of an elderly community sample». *Int. J. Geriatr Psychiatry*, 1996; 11: 467-71.
15. Draper, B. «Attempted suicide in old age». *Int. J. Geriatr Psychiatry*, 1996; 11: 577-87.
16. Ramsay, R.; Wright, P; Katz, A. y otros. «The detection of psychiatric morbidity and its effect on outcome in acute elderly medical admissions». *Int. J. Geriatr. Psychiatr*, 1991; 6: 861-6.
17. Meyers, B. «Geriatric depression». *Curr Opin Psychiatry*, 1994; 7: 337-41.
18. Burvill, P.; Hall, W. «Predictors of increased mortality in elderly depressed patients». *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 1994; 9: 219-27.

19. Ojen, R. Van; Hooijier, Ch. Jonkeer, C. y otros. «Late-life depressive disorder in the community, early onset and the decrease of vulnerability with increasing age». *J. Affect. Disord.*, 1995; 33: 159-66.
20. Serna de Pedro De La, I. *Manual de Psicogeriatría* clínica. Barcelona, Masson: 2000.
21. Mcgivney, S.; Mulvihill, M.; Taylor, B. «Validating the GDS. Depression screen in the nursing home». *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1994; 42: 490-2.
22. Yesavage, J.; Brink, T.; Rose, T. y otros. «Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report». *J. Psychiatr. Res.*, 1983; 17: 37-49.
23. Izal, M.; Montorio, I. «Adaptation of the Geriatric Depression Scale in Spain: a preliminary study». *Clinical Gerontologist*, 1993; 13 (2): 83-91.
24. Fernández-San Martín, M.; Andrade, C.; Muñoz, P. y otros. «Validación de la versión española de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en atención primaria». *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 2002; 17 (3): 279-87.
25. Pomeroy, I.; Clark, C.; Philp, I. «The effectiveness of very short scales for depression screening in elderly medical patients». *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 2001; 16: 321-6.
26. Shelk, J.; Yesavage, J. «Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version». En: Brink, T., editor. *Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention*. Nueva York: Haworth Press; 1986.
27. Martí, D.; Miralles, R.; Llorach, I. y otros. «Trastornos depresivos en una una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage». *Rev. Esp. Geriatria Gerontol*, 2000; 35(1): 7-14.
28. Allen, J.P.; Reimert, D.F. y Volk, R.J. «El test de identificación de trastornos del uso del alcohol: Una ayuda para la detección de problemas de alcohol en atención primaria». *Prev. Med.*, 2001; 33 (5): 428-33.
29. Espinosa Almendro, J.M.(Coord.) «Síndromes geriátricos». En: *Programas básicos de salud*. Madrid, Doyma, 2000: 95-107.
30. Blazer, D.G. «Depresión». En Abrahams W.B., Berrkow, T. Edit. *Manual Merk de Geriatria*. Barcelona: Ediciones Doyma, 2001: 310-1.
31. Koenig, H.G.; Blazer, D.D. «Epidemiology of geriatric affective disorders». *Clin. Geriatr. Med.*, 1992; 8: 235-51.
32. Sloss, E.M.; Solomon, D.H.; Shekelle, P.G. y otros. «Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable older adults». *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2000; 48 (4): 363-9.
33. Ames, D. «Depressive disorders among elderly people in long term institutional care». *Aus & New Zeal J. Psychiatry*, 1993; 27 (3): 379-91.
34. Lobo, A.; Saz, P.; Marcos, G. y otros. «The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a Southern European Population: The Zaragoza study». *Arc. Gen. Psychiatry*, 1995; 52 (6): 497-506.

35. Fernández-San Martín, M.I.; Andrade, C.; Moína, J. y otros. «Validación de la versión española de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en atención primaria». *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 2002; 17 (3): 279-87.
36. Álvarez Gálvez, E.; Crespo Hervás, M.D. «Detección de trastornos psicopatológicos en Atención Primaria: resultados de un estudio epidemiológico en una consulta ambulatoria». *Anales de Psiquiatría*. Arán, 2002; 18 (9): 398-406.
37. Vázquez Barquero, J.L.; Wilkinson, G.; Williams, P. «Mental health and medical consultation in primary care settings». *Psychol. Med.*, 1990.
38. Robins, L.H.; Herlizer, J.E.; Weissman, M.M. y otros. «Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites». *Arch. Gen. Psychiatry*, 1984; 41: 949-58.
39. López Torres, J.; Escobar, F.; Fernández, C. «Trastornos mentales y utilización de las consultas de medicina general». *At. Primaria*, 1991; 10 (3): 665-70.
40. Cortés, J.A.; Peñalver, C.; Alonso, J. y otros. «Prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas». *At. Primaria*, 1993; 11 (9): 459-65.
41. Regier, D.A. «One month prevalence of mental disorders in the USA». *Arch. Gen. Psychiatry*, 1988; 45: 977-86.
42. Hoepfer, E.W.; Nycz, G.R.; Regier, D.A. «Diagnosis of mental disorders in adults and increased use of health services in four outpatients settings». *Am. J. Psychiatry*, 1980; 137: 207-12.
43. Cervilla Ballesteros, J.A. «Trastornos depresivos». En: *Psiquiatría geriátrica*. Barcelona, Masson, 2001: 333-59.
44. Nielsen, A.C.; Williams, T.A. «Depression in ambulatory medical patients». *Arch. Gen. Psychiatry*, 1980; 37 (9): 999-1004.
45. Mendlewicz, J.; Boron, M. «Morbidity risks in subtypes of unipolar depressive illness». *Br. J. Psychiatry*, 1981; 139: 463-6.

Dra. Carmen Balmón Cruz
Psiquiatra. C.S. Levante-Sur. Córdoba
 Dr. Juan Alejandro Dorado Primo
Psiquiatra. E.S.M. Andújar (JAÉN)

Correspondencia:

Dra. Carmen Balmón Cruz
 Centro de Salud Levante Sur
 C/. Sagunto s/n
 Tif.: 957 76 43 56
 14010 CÓRDOBA