

# Trastornos afectivos en el anciano

M<sup>a</sup> Dolores Díaz  
Palarea<sup>1</sup>  
Beatriz Martínez  
Pascual<sup>2</sup>  
Fernando Calvo  
Francés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Ciencias  
de la Salud.  
Universidad  
de Las Palmas  
de Gran Canaria  
<sup>2</sup>Unidad de Salud  
Mental del Puerto  
Servicios de Salud  
Mental  
Área Norte  
Gran Canaria

## Resumen

La prevalencia de los trastornos psicopatológicos en la población general se encuentra en torno al 15-25%. Tomando en consideración que el progresivo envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos demográficos más característicos de las últimas décadas, la creciente población anciana constituye, por sí misma, un grupo de riesgo donde, a los factores desencadenantes de problemas mentales que afectan en la edad adulta, se les asocian otros más específicos y característicos de la ancianidad.

En el presente trabajo se realiza una revisión de los trastornos afectivos en la población geriátrica, y se estudia de que manera se ven afectados por una serie de variables. Variables biológicas relacionadas con el propio envejecimiento, el estado de salud o el nivel funcional; variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el medio de residencia, capacidad adquisitiva o el nivel cultural, y variables psicosociales como los hábitos de vida, los rasgos de ansiedad y depresión, acontecimientos vitales estresantes o el apoyo social entre otras.

**Palabras Clave:** Envejecimiento. Ansiedad. Depresión. Estrés. Apoyo social. Capacidad funcional.

## Summary

The psychopathologic disorders present a high prevalence in the general population (15-25%). On the other hand, the populational aging is one of the demographic phenomena with a clear trend to increase. The aged population, constitutes by if same, a group of risk where, to the related factors of mental problems that affect in the adult age, there are other more specific and characteristic of the old age associated.

In the present work we present a review of the affective disorders in the geriatric population, and its relationship with different biological variables related to the own aging, the health state or the functional level; sociodemographic variables as age, sex, residence, functional ability or educational training, and psychosocial variables as life customs, anxiety and depression symptoms, vital events or social support.

**Key words:** Aging. Anxiety. Depression. Stress. Social support. Functional ability.

## Antecedentes

El progresivo crecimiento de la población mundial está condicionando un considerable cambio en la configuración demográfica actual (el crecimiento global se sitúa en el 1,4%), donde el envejecimiento poblacional, es un hecho con una tendencia clara a incrementarse en el futuro<sup>1</sup>. Esta expansión poblacional no ocurre por igual en todos los países, ni en todos los grupos de edad. En los países desarrollados se está produciendo un progresivo incremento de la población anciana en relación con otros grupos de edad, y dentro de los factores que lo determinan, debemos destacar el descenso de la mortalidad y la disminución de la tasa de natalidad. Por lo tanto, y hablando en términos generales, al referirnos al envejecimiento de un país estamos hablando tanto del número total de ancianos como, y sobre todo, del porcentaje que éstos representan dentro del total de la población. Si en el año 2000, el 16,9% de la población española era mayor de 65 años, la proyección para el 2010 se sitúa en el 18% y que supere el 20% para el 2020 (el 25% de los mismos mayores de 80 años) (INE, 999). Este envejecimiento poblacional, conlleva una serie de consecuencias que ahora mismo determinan las relaciones entre los grupos humanos que han de compartir unos recursos limitados y además, entraña importantes repercusiones en la estructura sociosanitaria de un país. El paciente anciano, por su mayor morbimortalidad, es el principal consumidor de recursos sociosanitarios, camas hospitalarias, estancias más prolongadas y mayor número de reingresos, así como, el primer consumidor de fármacos.

En las últimas décadas se han desarrollado numerosos estudios epidemiológicos que, en términos generales, revelan ciertas asociaciones entre estos trastornos psicopatológicos y otra serie de variables que actuarían como factores de riesgo, donde la edad ocupa un papel primordial<sup>2</sup>. Los trastornos psicopatológicos constituyen por sí mismos entidades de

Correspondencia:  
M<sup>a</sup> Dolores Díaz Palarea  
Departamento  
de Enfermería  
Centro de Ciencias  
de la Salud  
Universidad de Las Palmas  
de Gran Canaria  
Trasera Hospital Insular  
Dr Pasteur s/n  
35016 Las Palmas de Gran  
Canaria  
E-mail:  
ddiaz@cicei.ulpgc.es

Tabla 1.  
Factores asociados  
al proceso  
del envejecimiento

---

**Biológicos**

- Aumento de la *Vulnerabilidad a enfermar* frente a cualquier estímulo interno o externo que obligue a poner en marcha las reservas orgánicas.
- Su *reserva* fisiológica es menor.
- Sus mecanismos de *defensa* son más limitados con disminución de la capacidad de *adaptación*.
- Dificultad para *delimitar* los procesos relativos al propio envejecimiento y los relacionados con procesos patológicos.
- Padecen una mayor incidencia de enfermedades que cursan a la vez y que evolucionan a la *cronicidad*.
- La *manifestación de la enfermedad* en muchos casos es de forma atípica y solapada.
- La *terapéutica* es más compleja. Mayor requerimiento de rehabilitación y readaptación. Variación en la cinética de los fármacos. Patología múltiple.

**Funcionales**

- Variaciones motoras
- Modificaciones intelectuales y cognitivas
- Alteraciones Sensoriales
- Adaptación comportamental

**Psicosociales**

- Reajuste afectivo - emocional
  - Jubilación - inactividad laboral
  - Cambio del rol social - familiar
  - Disminución de la participación
- 

relevancia primordial, no sólo por su alta prevalencia (entre el 15 y 25%), sino porque a su vez constituyen variables determinantes en el desarrollo y evolución de otros procesos morbosos y en el incremento de la mortalidad. Dentro de los factores de riesgo de padecer algún tipo de proceso psicopatológico, cabe destacar el nivel socioeconómico, la residencia, el sexo, aspectos biológicos, o la edad entre otros. En relación a este último, en el segmento de población de mayor edad, a los factores habituales relacionados con la salud mental, se le asocian otros propios del proceso de envejecimiento que les convierte en un grupo donde la prevalencia de los problemas mentales se incrementa considerablemente<sup>3</sup>. Asimismo, además de estos factores de riesgo que podríamos denominar "clásicos", existen otros, como nivel de estrés, déficit en el apoyo social, grado de funcionalidad, salud percibida, etc..., que cada vez adquieren mayor relevancia en la población anciana.

Durante el proceso de envejecer, confluyen una serie de circunstancias tales como disminución de facultades físicas, mayor facilidad para enfermar, padecimiento de enfermedades crónicas, disminución de los recursos económicos, aislamiento, pérdida de seres queridos, etc., que pueden favorecer la apari-

ción de procesos psicopatológicos. Todo ello, otorga al anciano unas características de vulnerabilidad especial, donde la edad constituye en un importante "factor de riesgo", donde el organismo anciano desarrolla un considerable esfuerzo adaptativo<sup>4</sup>. El envejecimiento es un proceso fisiológico universal, que acontece en todos los seres vivos, irreversible e influenciado por causas externas, aunque sujeto a un cierto determinismo genético pendiente aún por identificar en su totalidad. Con el paso de los años se van produciendo una serie de cambios que irán repercutiendo sobre la capacidad funcional, psicológica y social del anciano. Dentro de las circunstancias que ocurren y concurren durante el proceso de envejecimiento fisiológico, destacamos las detalladas en la Tabla 1.

Si bien algunas investigaciones ponen de manifiesto que la vejez, en si misma, no constituye un factor de riesgo para la enfermedad mental, una serie de factores asociados a la misma si pueden ser los responsables del mayor riesgo de la población anciana a padecer trastorno mental<sup>5</sup>. En este sentido, diferentes estudios que se han llevado a cabo con respecto a las variables que determinan el grado de satisfacción con la vida, han mostrado que la edad no es un factor determinante de la misma y si lo son, en cambio, factores como la salud, las habilidades funcionales, los contactos sociales o la actividad física o de ocio, factores considerados "de riesgo" para padecer enfermedad o disminución de la autonomía en el anciano<sup>6</sup>.

En el caso de la salud mental, en este colectivo, se complica por la mayor dificultad en la detección y diagnóstico de trastornos mentales y más específicamente en el área afectiva, tal como el padecimiento de ansiedad, depresión o trastornos adaptativos. Estas entidades suelen cursar enmascaradas en los ancianos y muchas veces solapadas con los frecuentes problemas físicos o funcionales. Dentro de los trastornos psicopatológicos, los más frecuentes en el anciano son los trastornos emocionales (ansiedad y depresión)

Aunque la ansiedad forma parte del conjunto normal de reacciones que prepara al organismo para la acción, y por lo tanto con valor adaptativo, cuando pierde su función adaptativa, por exceso de intensidad, frecuencia y duración, da lugar a limitaciones de mayor o menor gravedad en los sujetos que la padecen, convirtiéndose en ansiedad patológica. Los trastornos de ansiedad ocupan hoy el primer lugar, a nivel mundial, en los índices de incidencia/prevalencia entre todos los trastornos psíquicos. Las consecuencias de estos trastornos en los ancianos son que aumenta la mortalidad, disminuye la calidad de vida,

reduce el rendimiento cognitivo, agrava los cuadros depresivos e incrementa el riesgo de suicidio<sup>7</sup>. Los trastornos relacionados con la ansiedad son muy frecuentes en los ancianos y pueden resultar difíciles de tratar. Acompañan a numerosos cuadros clínicos, tanto somáticos como psicopatológicos, en ocasiones como síntoma principal y, además, provocan síndromes ansiosos específicos<sup>8</sup>. Sin embargo, la ansiedad no siempre se identifica como tal al quedar enmascarada en somatizaciones diversas, por no explorarse de forma adecuada o por ir asociada a síntomas afectivos a los que se les concede más relevancia. En este sentido los niveles de comorbilidad de los trastornos de ansiedad y de depresión, tanto en la población anciana como en la población más joven, son altos<sup>9</sup>. La comorbilidad de los trastornos psicopatológicos ocurre en el 80% de los casos, siendo lo más frecuente la aparición conjunta de trastornos de ansiedad y depresión. Con respecto a los trastornos de ansiedad relacionados con la presencia de enfermedades físicas, se ha sugerido que la presencia de un trastorno de ansiedad sería el reflejo del estrés producido por la enfermedad física<sup>7</sup>.

Un aspecto particular de los trastornos de ansiedad es la ansiedad ante la muerte. Si bien los ancianos no presentan niveles altos de ansiedad ante la muerte, cuando aparece se relaciona con vivir en instituciones, tener niveles bajos de integridad del yo y el padecimiento de mayor número de problemas físicos y psicológicos<sup>8</sup>.

Con respecto a la depresión, según la OMS la frecuencia de la misma en la población general oscila entre el 3% y el 5%, lo que supone una población en torno a 250 millones de personas afectadas. La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos. El término depresión forma parte del vocabulario de uso corriente, identificándose muchas veces la depresión con ánimo triste, desánimo, abatimiento o incluso con la pena; pero estos estados disfóricos pueden ser solamente un síntoma que aparezca de forma aislada o junto con otros síntomas pueden cursar en algunas enfermedades orgánicas, como la demencia<sup>10</sup>, o pueden ser efectos secundarios a tratamientos farmacológicos. En este caso es preciso hablar de "síndrome depresivo". Por último, la depresión en un sentido más restrictivo puede ser un cuadro clínico que forma parte de los trastornos del estado de ánimo y para su diagnóstico es preciso que cumpla los criterios diagnósticos establecidos en las clasificaciones al uso y en este caso hablamos de depresión mayor<sup>2</sup>.

La depresión en el anciano puede ser un nuevo episodio en una persona que la tuvo previamente, o bien observarse por primera vez a esta edad. Corres-

ponde aproximadamente la mitad a uno y a otro tipo, aunque para algunos autores, las formas tardías llegan al 80%<sup>11</sup>.

Su presencia disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades físicas y acorta la esperanza de vida<sup>12</sup>. Se eleva el riesgo de muerte prematura, no sólo por el incremento posible de los suicidios, sino por aparición de enfermedades somáticas<sup>13</sup>.

La depresión en el anciano presenta algunas características diferentes a la depresión del adulto joven debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que conlleva la edad. Sin embargo, la depresión del anciano se conoce mal y esto se debe a que la mayoría de los estudios sobre los trastornos afectivos se efectúan en la población joven. Pero, se puede decir que la atipicidad y la heterogeneidad son la norma en la clínica afectiva de la tercera edad<sup>11</sup>. Hay que destacar, por tanto, la mayor dificultad en la detección y diagnóstico de los trastornos mentales en los ancianos, y más específicamente en el área afectiva. Estas entidades suelen cursar enmascaradas, muchas veces solapadas con otros problemas de alta incidencia en la población anciana, como las enfermedades crónicas e invalidantes. La detección precoz y su abordaje comienza en la comunidad, donde los servicios sanitarios, desde la Atención Primaria, proporcionan el primer nivel de apoyo y prevención de la enfermedad mental en el anciano. Esta necesidad se viene apuntando en diferentes estudios realizados recientemente<sup>14-16</sup> y que redundaría en una mejora de la calidad de vida de las personas mayores<sup>17</sup>.

## Factores determinantes de los trastornos afectivos en el anciano

La prevalencia de la depresión de la población anciana que vive en comunidad revelan una gran disparidad de resultados, oscilando las tasas entre el 5% y el 20%, pudiendo duplicarse en la población anciana institucionalizada<sup>18,19</sup>. Además existe una mayor comorbilidad en este tipo de población, de manera que alrededor del 47% de los ancianos diagnosticados de depresión mayor también presentan criterios de trastorno por ansiedad, y el 26% de los que presentan trastornos de ansiedad cumplen criterio de depresión mayor<sup>20,21</sup>.

Si entramos a analizar cuáles son los determinantes relacionados con la salud mental, vemos que a lo largo de las últimas décadas se ha puesto de manifiesto la importancia relativa de determinadas varia-

bles que han sido relacionados con el desarrollo de trastornos afectivos en la población geriátrica, y que las podemos agrupar en tres grandes bloques:

### **Biológicas**

En relación a los aspectos biológicos, un factor de riesgo muy estudiado es el estado de salud que distintas investigaciones señalan como una variable que juega un papel relevante en el desarrollo y evolución de los cuadros depresivos en la población anciana. Las enfermedades médicas crónicas y los trastornos sensoriales son muy frecuentes en esta población, enfermedades que, en relación a la discapacidad que producen, provocan un estrés psicológico elevado<sup>22</sup>. Y como muestran diversos estudios, las situaciones generadoras de estrés crónico pueden causar patología mental<sup>23,4,24</sup>. Dentro de las enfermedades médicas que afectan con mayor frecuencia a los ancianos cabe hacer una mención especial a las alteraciones cognitivas, ya que un porcentaje alto de pacientes deprimidos presentan déficits cognitivos difícilmente distinguibles de la demencia. Por otro lado, las demencias pueden cursar de forma que los síntomas simulen una depresión<sup>3</sup>. Con todo esto queremos señalar la compleja relación que guardan entre sí la depresión y la demencia<sup>10</sup>, relación a tener en cuenta a la hora de afrontar el tratamiento de estas patologías.

Lee, *et al.*<sup>25</sup> estudiando una muestra de mayores de 60 años, encontraron que las personas diagnosticadas con una enfermedad médica, comparadas con las que no, tendían a mostrar mayores puntuaciones en sintomatología depresiva, encontrando que la comorbilidad tendía a una relación lineal positiva entre número de enfermedades diagnosticadas y la intensidad de la sintomatología depresiva. Dentro del estado de salud se han constatado como factores de riesgo la historia de enfermedad cardiovascular y el reumatismo<sup>19</sup>; el incremento del declinar cognitivo<sup>26</sup>, especialmente la pérdida de capacidad en el procesamiento de la información<sup>27</sup>; y los problemas sensoriales<sup>28</sup> entre otros.

El estado funcional está emergiendo como un factor de riesgo de trastornos afectivos cada vez más relevante en la población geriátrica<sup>21,29</sup>. Kiosses y cols.<sup>30</sup> estudiaron 126 pacientes ancianos sin demencia y con depresión mayor unipolar, encontrando que el deterioro de las actividades instrumentales de la vida diaria estaba significativamente asociado con la edad, el sexo, carga médica, severidad de la depresión, e iniciación/perseveración. Se ha mostrado también que el elevado riesgo de depresión asociado con la incapacidad es mayor para los pacientes con mayores niveles de neuroticismo<sup>31,32</sup>.

### **Sociodemográficas**

En lo que respecta al factor sexo, numerosos trabajos han concluido que las mujeres son las más afectadas por los trastornos afectivos en general y en ancianos esta diferencia se incrementa<sup>19,28,33</sup>. Sin embargo, otros estudios apuntan hacia un acercamiento en la prevalencia de trastornos afectivos en relación al sexo, donde se van igualando en función a la edad<sup>3</sup>. La edad es, por otro lado, un factor que confiere gran variabilidad, hasta tal punto que ha generado por sí misma una especialidad psicológica, la psicopatología evolutiva, evidenciando como las manifestaciones psicopatológicas cambian en función de la edad.

Los estudios realizados en relación al estado civil y el desarrollo de trastornos afectivos revelan que las personas viudas y del sexo masculino constituyen el principal grupo de riesgo<sup>3</sup>.

Han sido numerosos los autores que han argumentado la influencia de la situación económica sobre la salud mental y la respuesta al tratamiento<sup>24</sup>, demostrando una mayor prevalencia de depresión en los niveles socioeconómicos más bajos y una relación inversa entre la amplia variedad de trastornos psicopatológicos y el estatus socioeconómico, encontrando además que las mujeres y los grupos minoritarios son los más desfavorecidos. Los ancianos, por su pérdida de nivel adquisitivo en relación a la jubilación, presentan también más riesgo de enfermedad mental<sup>3</sup>. La concurrencia de una enfermedad crónica invalidante o con alto riesgo de mortalidad y la falta de ingresos económicos mínimos para cubrir las necesidades básicas, incrementan la asociación entre el desarrollo de depresión y el déficit económico<sup>34</sup>. Sin embargo, estudios recientes sobre la asociación entre el desarrollo de depresión y el déficit económico en la población mayor, revelan como la madurez y la experiencia podrían ser factores que expliquen una asociación menos significativa entre la dificultad económica y la depresión. También el nivel cultural se encuentra asociado con el desarrollo de trastornos afectivos. Así González, *et al.*<sup>35</sup>, estudiando una muestra de americanos mayores de 60 años de origen mexicano, encontraron que la prevalencia de la depresión fue mayor entre los sujetos menos favorecidos culturalmente.

El medio de residencia constituye otro factor implicado en el desarrollo de trastornos psicopatológicos, demostrándose mayores índices de prevalencia entre las personas residentes en zonas urbanas y en los inmigrantes<sup>35</sup>. Asimismo, la prevalencia de la depresión de la población anciana puede duplicarse en la población institucionalizada<sup>18,19</sup>. Las mayores tasas

de depresión en pacientes institucionalizados pueden estar en relación, además de con el hecho de que las personas que viven en residencias suelen tener deterioro físico y social importante, con la sensación de aislamiento, pérdida de autonomía, intimidad, autoestima o proyectos de futuro, así como con vivir la institucionalización como un abandono<sup>36</sup>.

### Psicosociales

La presencia de eventos estresantes y en particular la muerte de uno de los cónyuges (viudedad) constituyen en sí mismos un factor de riesgo de padecer trastornos afectivos en la población geriátrica<sup>28</sup>. No obstante el reajuste psicológico tras la pérdida del cónyuge depende de las características de la relación previa. El nivel de ansiedad desarrollado después de la viudedad es significativamente mayor para aquellos que habían mantenido una relación de dependencia, y la intensidad del sentimiento de nostalgia fue mayor para aquellas personas que previamente habían mantenido una relación de pareja más estrecha y de dependencia<sup>37,38</sup>.

Kraaij y Wilde<sup>39</sup> encontraron que el estado de ánimo en estas edades estaba relacionado con el relato de circunstancias socioeconómicas negativas tanto como con el abuso emocional y el trato negligente durante la infancia, así como a circunstancias socioeconómicas negativas, abuso sexual, abuso emocional, trato negligente, relaciones estresantes y problemas de conducta durante la etapa adulta tardía. Las puntuaciones en depresión eran especialmente elevadas cuando los sujetos relataban la experiencia de muchos eventos durante la etapa adulta y adulta tardía. Y por encima de eso, el efecto de la interacción entre el número de eventos vitales negativos experimentados en la infancia y en la etapa adulta, indicaban que había una asociación mucho más poderosa entre el número de eventos vitales negativos experimentados en la etapa adulta y los síntomas depresivos en la vejez, que para aquellos que experimentaron mayor número de eventos vitales negativos en la infancia o que para aquellos que no los experimentaron.

El apoyo social parece desempeñar un importante papel en moderar/mediar el impacto de los eventos vitales estresantes sobre la salud en general, encontrándose tasas de mortalidad (para todas las causas) más elevada entre las personas caracterizadas por escaso apoyo social<sup>24</sup>. Recientemente, Zhang y Hayward<sup>38</sup> estudiando los efectos negativos de la ausencia de hijos sobre las tasas de depresión y el sentimiento de soledad en personas de 70 o más

años, encontraron que este factor por sí solo no los aumentaba. Sin embargo, los efectos de esta relación estaban mediados por la variable sexo, tal que los hombres sin hijos divorciados, viudos o que nunca habían contraído matrimonio, manifestaban unas tasas significativamente más altas de depresión y soledad comparados con mujeres en parecidas circunstancias. Por otro lado, MC Innis y White<sup>40</sup> han encontrado como el sentimiento de soledad y el aislamiento social, constituye un importante factor de riesgo de enfermedad mental en ancianos que viven en la comunidad. En este sentido, se han estudiado diferentes aspectos relacionados con el apoyo social en población geriátrica, como son el tamaño de la red social, la composición de la misma, la frecuencia de contactos sociales, la satisfacción con el apoyo social, tipo de apoyo (emocional versus instrumental), y la ayuda prestada a terceros<sup>41,42</sup>.

### Conclusiones

1. Los trastornos afectivos aumentan su incidencia con la edad.
2. Un elevado porcentaje de trastornos afectivos en los ancianos no son diagnosticados y/o tratados, cursando enmascarados y complicando la evolución de otros procesos orgánicos.
3. Durante la vejez confluyen circunstancias que le hacen más vulnerables a padecer enfermedad mental sobre las que hay que incidir desde una actuación socio-sanitaria.
4. La dependencia funcional, el declinar cognitivo, insuficientes recursos económicos, el aislamiento social y la institucionalización son factores de riesgo de enfermedad mental en los ancianos.
5. El buen afrontamiento de la vejez, los hábitos de vida saludables, la actividad psicosocial y una red de apoyo social funcional son factores protectores de trastornos afectivos.

### Bibliografía

1. Woo J, Ho C, Yu ALM, LAU J. An Estimate of Long-Term Care Needs and Identification of Risk Factors for Institutionalizations Among Hong Kong Chinese Aged 70 Years and Over. *Journal of Gerontology* 2000; 55(2): M64-M69.
2. Ramos F, Jiménez P. Salud y Envejecimiento. Madrid: UNED-FUE, 1999.
3. López JA. La Depresión en el Paciente Anciano. *Geriatrionet.com* 2001;3(2).

4. Riquelme A. *Depresión en Residencias Geriátricas: Un Estudio Empírico*. Murcia: Universidad de Murcia, 1997.
5. Robert E, Roberts PhD, George A, *et al*. Does Growing Old Increase the Risk for Depression?. *Am J Psychiatry* 1997;154(10):1384-90.
6. Zamarrón MD. Satisfacción con la Vida en Personas Mayores que viven en sus Domicilios y en Residencias, Factores Determinantes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35(S2):17-29.
7. Balkom AJLM, Beekman ATF, Beurs E, Deeg DJH, van Dyck R, van Tilburg W. Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:37-45.
8. Fortner BV., Neimeyer RA. Death Anxiety in Older Adults: A Quantitative Review. *Death Studies* 1999;23:387-411.
9. Gallo JJ, Lebowitz BD. The Epidemiology of Common Latelife Mental Disorders in the Community. Themes for the New Century. *Psychiatric Services* 1999;50(9):1158-66.
10. Forsell Y, Winblad B. Major Depression in a Population of Demented and Nondemented Older People: Prevalence and Correlates. *JAGS* 1998;46:27-30.
11. Rivera JM. *Manual Práctico de psicogeriatría*. Madrid: Grupo Aula Médica, 1995.
12. Monforte JA, Fernández C, Díez J, Toranzo I, Alonso MM, Franco MA. Prevalencia de la Depresión en el Anciano que Vive en Residencias. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1998;33:13-20.
13. Pulska T, Pahkala K, Laippala P, Kivelä SL. Major Depression as a Predictor of Premature Deaths in Elderly People in Finland: a Community Study. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97:408-11.
14. Callahan CM. Quality improvement research on late life depression in primary care. *Med Care* 2001;39(8):772-84.
15. Khandelwal SK. Depressive disorders in old age. *J Indian Med Assoc* 2001;99(1):39,42-4.
16. Luber MP, Meyers BS, Williams-Russo, *et al*. Depression and service utilization in elderly primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9(2):169-76.
17. Shmueli Y, Baumgarten M, Rovner B, Berlin J. Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. *Int Psychogeriatr* 2001;13(1):63-73.
18. Burrows, AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Philips C. Development of a Minimum Data Set-Based Depression Rating Scale for Use in Nursing Homes. *Age and Ageing* 2000;29:165-72.
19. Ambo H, Meguro K, Ishizaki J, *et al*. Depressive symptoms and associated factors in a cognitively normal elderly population: the Tajiri Project. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16(8):780-8.
20. Beekman AT, De Beurs E, Van Balkom AJ, Deeg DJ, Van Dyck R, Van Tilburg W. Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry* 2000;157(1):89-95.
21. Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM, *et al*. The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9(2):113-35.
22. Ormel J, Kempen GJM, Penninx BWJH, Brilman EI, Beekman ATF, Van Sonderen E. Chronic Medical Conditions and Mental Health in Older People: Disability and Psychosocial Resources Mediate Specific Mental Health Effects. *Psychol Med* 1997;27:1065-077.
23. Henderson AS, Korten E, Jacomb PA, *et al*. The Course of Depression in the Elderly: a Longitudinal Community-based Study in Australia. *Psychol Med* 1997;27:119-29.
24. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Impairment, Disability and Handicap as Risk Factors for Depression in Old Age. The Fospel Oak Project V. *Psychol Med* 1997;27:311-21.
25. Lee Y, Choi K, Lee YK. Association of comorbidity with depressive symptoms in community-dwelling older persons. *Gerontology* 2001;47(5):254-62.
26. Li Y, Meyer JS, Thornby J. Depressive symptoms among cognitively normal versus cognitively impaired elderly subjects. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16(5):455-61.
27. Comijs HC, Jonker C, Beekman AT, Deeg DJ. The association between depressive symptoms and cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16(4):361-7.
28. De Beurs E, Beekman AT, Deeg DJ, Van Dyck R, Van Tilburg W. Predictors of change in anxiety symptoms of older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Psychol Med* 2000;30(3):515-27.
29. Bruce ML. Depression and disability in late life: directions for future research. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9(2):102-12.
30. Kiosses DN, Klimstra S, Murphy C, Alexopoulos GS. Executive dysfunction and disability in elderly patients with major depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9(3):269-74.
31. Oldehinkel AJ, Bouhuys AL, Brilman EI, Ormel J. Functional disability and neuroticism as predictors of late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9(3):241-8.
32. Ormel J, Oldehinkel AJ, Brilman EI. The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. *Am J Psychiatry* 2001;158(6):885-91.
33. Stordal E, Bjartveit M, Dahl NH, Kruger O, Mykletun A, Dahlaa. Depression in relation to age and gender in the

- general population: the Nord-Trondelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatr Scand* 2001;104(3):210-6.
34. Mirowsky J, Ross CE. Age and the effect of economic hardship on depression. *J Health Soc Behav* 2001; 42(2):132-50.
35. Gonzalez HM, Haan MN, Hinton L. Acculturation and the prevalence of depression in older Mexican Americans: baseline results of the Sacramento Area Latino Study on Aging. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(7):948-53.
36. Llewellyn-Jones RH, Baikie KA, Smithers H, Cohen J, Snowdon J, Tennant CC. Multifaceted Shared Care Intervention for Late Life Depression in Residential Care: Randomised Controlled Trial. *BMJ* 1999;19: 676-82.
37. Carr D, House JS, Kessler RC, Nesse RM, Sonnega J, Wortman C. Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: a longitudinal analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000; 55(4): S197-207.
38. Zhang Z, Hayward MD. Childlessness and the psychological well-being of older persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001;56(5):S311-20.
39. Kraaij V, De Wilde EJ. Negative life events and depressive symptoms in the elderly: a life span perspective. *Aging Ment Health* 2001;5(1):84-91.
40. McInnis GJ, White JH. A phenomenological exploration of loneliness in the older adult. *Arch Psychiatr Nurs* 2001;15(3):128-39.
41. Chi I, Chou KL. Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *Int J Aging Hum Dev* 2001;52(3):231-52.
42. McCall WV, Reboussin BA, Rapp SR. Social support increases in the year after inpatient treatment of depression. *J Psychiatr Res* 2001;35(2):105-10.