

Importancia del diagnóstico de la depresión en adultos mayores en una clínica de medicina familiar

LTS. Araceli Fernández-Vázquez,* QBP. Rocío Dávila-Mendoza,† Dra. Yolanda del Carmen Moreno-Castillo,‡ Biol. Alberto González Pedraza-Avilés§

* Clínica de Medicina Familiar "Narvarte", ISSSTE.

† Departamento Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM. Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez", ISSSTE.

‡ Médico Especialista en Medicina Familiar. Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez", ISSSTE.

§ Departamento Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM. Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez", ISSSTE.

RESUMEN

Objetivos. Determinar la prevalencia de depresión en pacientes adultos mayores y determinar su relación con factores sociodemográficos, con la presencia de enfermedades crónicas, escala de recursos sociales y su auto-percepción de salud.

Material y métodos. Estudio prospectivo, observacional y descriptivo. Estudio realizado en una clínica de primer nivel de atención. Se incluyeron 100 pacientes entre 60 y 80 años. Se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, la Escala de Recursos Sociales y el Perfil de Salud de Nottingham. Para asociar la presencia de depresión con las variables de estudio, se utilizaron las pruebas estadísticas de Kruskal-Wallis y análisis de varianza. Se utilizó el programa SPSS versión 12.

Resultados. Se estudiaron 17 pacientes hombres y 83 mujeres; 56% de los pacientes presentó hipertensión arterial, 50% diabetes mellitus, 42% sobrepeso y 34% obesidad; 66% de la población presentó depresión (30% depresión severa y 36% depresión moderada); 39% se encontró leve o moderadamente incapacitado socialmente. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de depresión y el nivel educativo de los pacientes, con la presencia de obesidad, hipertensión arterial y con todas las dimensiones del Perfil de Salud Nottingham. No se encontró asociación entre la depresión y la escala de recursos sociales.

Conclusión. La depresión en un trastorno frecuente en la población de adultos mayores con importantes repercusiones económicas, laborales y personales, por lo que es importante realizar estudios de cribado y diagnóstico en el primer nivel de atención para evitar complicaciones mayores.

Palabras clave: Depresión, adulto mayor, calidad de vida, recursos sociales.

Importance of diagnosis of depression in older adults in a family medicine clinic

ABSTRACT

Objectives. To determine the prevalence of depression in elderly patients and to determine its relationship with socio-demographic factors, with the presence of chronic illnesses, social support and their self-perception of health.

Material and methods. It was made a prospective, observational and descriptive study carried out in a primary care clinic. One hundred patients among 60 and 80 years were considered. The Geriatric Depression Scale of Yesavage, the Social Resources Scale and the Nottingham Health Profile were applied. To associate the presence of depression with the variables of study, the statistical tests of Kruskal-Wallis and one-way analysis of variance were used. Data were analyzed using the SPSS program version 12.

Results. 17 men and 83 women were included. 56% of the patients presented hypertension, 50% diabetes mellitus, 42% overweight, and 34% obesity. 66% of the population showed depression (30% severe depression and 36% moderate depression); 39% of the patients were lightly or moderately disabled socially. There was significant association between the presence of depression and the educational level of the patients, as well as with the presence of obesity, hypertension and with all the dimensions of the Profile of Health Nottingham. No association between depression and social support was found.

Conclusion. Depression is a frequent disorder among the elderly population with economic, labor and personal important repercussions, for what is important to carry out studies of screening and diagnosis in the primary care to avoid further complications.

Key words: Depression, elderly, quality of life, social support.

INTRODUCCIÓN

El problema del envejecimiento de la población y la transición epidemiológica son algunos pilares sobre los cuales se ha cimentado este dilema y sus proyecciones a futuro, asimismo es necesario tener un censo contable e indicadores que nos permitan analizar el problema del envejecimiento y la vejez misma. Los cambios estructurales en la población de 60 años tienden a incrementarse y con ello el aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad por causa de enfermedades crónicas y degenerativas, dejando en un segundo plano los padecimientos infectocontagiosos.¹

El envejecer no es sólo una condición social, sino también un proceso individual, la persona que envejece debe enfrentar condiciones cambiantes, tanto en su propio organismo como en el medio social en que vive. Cada individuo es artífice de su destino personal, puesto que labora una forma peculiar de pensar, sentir y actuar en su vejez dentro del marco definido por la sociedad a la que pertenece.²

Aunque envejecimiento y depresión no van estrechamente ligados, se ha descrito en el adulto mayor una serie de circunstancias que favorecen su aparición, como la pérdida de facultades físicas y mentales, el aislamiento y la soledad, los problemas económicos y el padecimiento de enfermedades crónicas.

La depresión constituye el trastorno de ánimo más frecuente en la población anciana y un importante problema de salud, cuya prevalencia entre los adultos mayores residentes entre la comunidad oscila en un rango de 10-30% para trastornos depresivos en general y de 1 a 5% para depresión mayor,³ cuya repercusión trasciende no sólo en la calidad de vida del propio adulto mayor, sino también en la de los familiares y cuidadores. La utilización del test de depresión geriátrica de Yesavage⁴ ha demostrado ser un instrumento útil en la detección de dichos trastornos por su alta sensibilidad y especificidad. Identificar las características sociodemográficas y clínicas asociadas a síntomas depresivos contribuirá a orientar la aplicación del test en aquellos adultos mayores con más probabilidades de padecerlos.⁵

Por lo anterior, los objetivos del presente estudio fueron determinar la prevalencia de depresión en pacientes adultos mayores de la Clínica de Medicina Familiar (CMF) "Narvarte" y determinar su relación con factores sociodemográficos, padecimiento de enfermedades crónicas, escala de recursos sociales y su auto-percepción de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo en la CMF "Narvarte" del

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en México D.F. Se incluyeron 100 pacientes (muestra probabilística con nivel de precisión de 0.20) de ambos géneros, con edades entre 60 y 80 años, sin la presencia de alguna enfermedad mental, adscritos a la clínica y que aceptaron participar en el estudio.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en material de Investigación a la Salud en su Artículo 17, esta investigación se clasifica sin riesgo para el paciente y con base en el Artículo 23 de la misma ley y por tratarse de una investigación sin riesgo se puede dispensar al investigador de la obtención del consentimiento informado.

Intervenciones

A cada paciente se le realizó una ficha de identificación para obtener datos personales como: edad, género, estado civil, nivel educativo, actividad laboral y la asistencia o no a grupos. Se determinó el índice de masa corporal (IMC) y la presencia o no de alguna enfermedad crónica degenerativa como hipertensión, diabetes mellitus y dislipidemia, entre otras.

Para determinar la presencia de sobrepeso y obesidad se utilizó el criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25 y la obesidad como un IMC igual o superior a 30.⁶

Para determinar la presencia de síntomas depresivos se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) en su versión abreviada de 15 preguntas. La EDG es un instrumento validado, auto-administrado, fácil de contestar y creado específicamente para la población de adultos mayores. Un resultado de 0 a 5 sugiere ausencia de depresión, de 6 a 10 depresión moderada y de 11 a 15 depresión severa.⁷

Para evaluar los recursos sociales se aplicó la Escala de Recursos Sociales (OARS) con las siguientes categorías: excelentes recursos sociales, buenos recursos sociales, levemente incapacitado socialmente, moderadamente incapacitado socialmente, gravemente incapacitado socialmente y totalmente incapacitado socialmente.⁸

Para medir la calidad de vida se utilizó el Perfil de Salud de Nottingham (PSN), instrumento validado para medir el estado general de salud percibido por el paciente en sus seis dimensiones: energía, dolor, sueño, aislamiento social, reacciones emocionales y movilidad.⁹

Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central y de dispersión. Para

asociar la presencia de depresión con las diferentes variables de estudio, así como con la escala de recursos sociales se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Kruskal-Wallis debido a que el nivel de medición de la variable dependiente es de tipo ordinal. Para relacionar el grado de depresión con las diferentes dimensiones del PSN se utilizó la prueba estadística de Kruskal-Wallis para las dimensiones de energía, dolor, sueño y aislamiento social; para el caso de las dimensiones de reacciones emocionales y movilidad se utilizó análisis de varianza. En todos los casos con un nivel de significancia de 0.05 utilizando el programa SPSS versión 12.

Aspectos éticos

El protocolo fue presentado en la Subdirección General Médica. Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria. Jefatura de Servicios de Investigación y Medicina Genómica. Departamento de Investigación y registrado con el número 17.2008.

Los autores reconocen que la investigación se apega íntegramente a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964 y sus pos-

teriores modificaciones, así como a la Ley General de Salud en Materia de Investigación.

RESULTADOS

Se realizó un muestreo probabilístico de 100 pacientes a través de una tabla de números aleatorios con base en la hoja de consulta programada, con una edad comprendida entre los 60 y 80 años de la CMF "Narvarte", con una media de 66.47 y una desviación estándar de 5.02, de los cuales 17 fueron del género masculino y 83 del género femenino. El 49% de los pacientes refirieron ser jubilados y/o pensionados (Cuadro 1).

En relación a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, 56% de los pacientes presentó hipertensión arterial, 50% de los pacientes diabetes mellitus, 42% presentaron sobrepeso y 34% algún grado de obesidad, según diagnóstico de la OMS (Cuadro 2).

Con respecto a la presencia de depresión medida según la escala corta de Yesavage, 30% de los pacientes presentaron depresión severa y 36% depresión moderada.

En relación a los resultados de la escala de recursos sociales (OARS), para su análisis las seis

Cuadro 1. Características de la población de estudio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Grupos de edad (años)			
60 a 66	57	57	57
67 a 73	34	34	91
74 a 80	9	9	100
Total	100	100	
Género			
Masculino	17	17	17
Femenino	83	83	100
Total	100	100	
Estado civil			
Soltero	7	7	7
Casado o unión libre	52	52	59
Viudo	29	29	88
Nivel educativo			
Hasta 6 años	26	26	26
Hasta 9 años	28	28	54
De 10 en adelante	46	46	100
Total	100	100	
Actividad laboral			
Trabaja	17	17	17
Nunca trabajó	34	34	51
Jubilado/pensionado	49	49	100
Total	100	100	
Asistencia a grupos			
Sí	31	31	31
No	69	69	100
Total	100	100	

Cuadro 2. Presencia de enfermedades crónico degenerativas en la población de estudio.

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Obesidad			
Normal	24	24	24
Sobrepeso	42	42	26
Obesidad	34	34	100
Total	100	100	
Hipertensión			
Sí	56	56	56
No	44	44	100
Total	100	100	
Dislipidemias			
Sí	24	24	24
No	76	76	100
Total	100	100	
Diabetes mellitus			
Sí	50	50	50
No	50	50	100
Total	100	100	

Cuadro 3. Resultados de las escalas de depresión de Yesavage y de recursos sociales (OARS).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Escala de depresión			
Normal	34	34	34
Depresión moderada	36	36	70
Depresión severa	30	30	100
Total	100	100	
Recursos sociales			
Excelentes o buenos recursos	36	36	36
Leve o moderadamente incapacitado	39	39	75
Grave o totalmente incapacitado	25	25	100
Total	100	100	

calificaciones se agruparon de la siguiente manera: Un primer grupo para aquellos pacientes que obtuvieron excelentes o buenos recursos; un segundo grupo que unió a los pacientes leve o moderadamente incapacitados y en los que se obtuvo la frecuencia más alta (39%). Y un tercer grupo con los pacientes graves o totalmente incapacitados y cuya frecuencia fue de 25% (Cuadro 3).

Para asociar los resultados de depresión con las variables de estudio y debido al nivel ordinal de la variable dependiente (depresión), se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Kruskal-Wallis, encontrándose una asociación únicamente con el nivel educativo de los pacientes con respecto a las variables sociodemográficas y con la presencia de obesidad e hipertensión arterial, al asociarse con las enfermedades crónico degenerativas (Cuadro 4).

No se encontró asociación estadística significativa entre la depresión y la escala de recursos sociales.

Según los resultados del Perfil de Salud de Nottingham (PSN) en la población de estudio, se obtuvieron altas calificaciones (peor calidad de vida) en reacciones emocionales $\bar{x} = 56.71$ y sueño $\bar{x} = 52.60$ y las mejores calificaciones en las dimensiones de energía $\bar{x} = 29.99$ y aislamiento social $\bar{x} = 41.80$.

Para asociar la presencia de depresión en cada una de las dimensiones del PSN de autoevaluación de calidad de vida, y debido al nivel de medición escalar de esta última variable, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, presentándose una distribución normal sólo en las dimensiones de reacciones emocionales y movilidad, utilizando en este caso análisis de varianza y para las otras cuatro dimensiones sin una distribución normal, la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Para las seis dimensiones se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de depresión y las dimensiones del PSN (Cuadro 5).

DISCUSIÓN

La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población anciana. Los trastornos depresivos afectan aproximadamente a 10% de los adultos mayores que viven en la comunidad y entre 15 a 35% de los que viven en centros comunitarios.^{5,10} Sin embargo, el diagnóstico de la función afectiva es uno de los grandes retos en la valoración geriátrica. Las características con las que se presenta la enfermedad en este grupo de edad, hacen que se diagnostique poco y se trate menos.

Estudios longitudinales han comprobado que la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores se asocia con un mayor número de visitas al médico, de uso de fármacos, de utilización de los servicios de urgencias y de costos globales como pacientes ambulatorios.¹¹

Existen múltiples instrumentos de evaluación que facilitan la identificación de probables casos de episodio depresivo mayor; aunque ninguno de ellos sustituye la evaluación clínica cuidadosa que conforma el diagnóstico.¹² Para facilitar la detección temprana de episodios depresivos en adultos mayores se diseñó la escala de Yesavage para Depresión Geriátrica de quince ítems (GDS-15), que se desarrolló a partir de la revisión de una escala previa de 30 ítems (GDS-30).

Este instrumento considera las particularidades de presentación clínica de este trastorno en adultos mayores.¹³

La validez concurrente de la escala comparada con diagnóstico psiquiátrico ha sido demostrada en adultos mayores de la comunidad, en los que reciben tratamiento psiquiátrico y en los institucionalizados,¹⁴ también ha sido probada su validez y fiabilidad en población de adultos mayores consultante de los servicios de atención primaria.¹⁵ El límite depresión/no depresión se sitúa en 14 puntos, con una sensibilidad de 80% y una especificidad de 100%.¹³

El personal de salud de atención primaria es un elemento clave para establecer de forma precoz el estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como cognitivo.

Es importante mencionar que en la actualidad la clasificación diagnóstica de la OMS es la más utilizada en el mundo y constituye un referente obligado para analizar los resultados de estudios epidemiológicos. Por lo anterior, la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología recomienda seguir estos parámetros para describir y analizar estudios epidemiológicos que se realicen en nuestro país.

En relación a la prevalencia, en este estudio 66% de la población presentó algún grado de depresión según el instrumento utilizado, 30% con

Cuadro 4. Asociación entre la presencia de depresión y las variables de estudio.

Variable	Kruskal-Wallis	Valor de significancia	Probabilidad
Edad	2.408	0.300	ENS
Género	0.318	0.853	ENS
Estado civil	5.008	0.082	ENS
Nivel educativo	30.371	0.000	ES
Actividad laboral	2.993	0.224	ENS
Asistencia a grupos	2.49	0.288	ENS
Obesidad	6.826	0.033	ES
Hipertensión	6.642	0.036	ES
Dislipidemias	5.998	0.050	ENS
Diabetes mellitus	1.634	0.442	ENS
Otras enfermedades	1.68	0.432	ENS

ENS: Estadísticamente no significativo. ES: Estadísticamente significativo.

Cuadro 5. Asociación entre la presencia de depresión y las seis dimensiones del Perfil de Salud de Nottingham.

Dimensión	Prueba	Valor de significancia	Probabilidad
Energía	KW	0.000	ES
Dolor	KW	0.000	ES
Sueño	KW	0.024	ES
Aislamiento social	KW	0.009	ES
Reacciones emocionales	ANOVA	0.000	ES
Movilidad	ANOVA	0.004	ES

KW: Kruskal-Wallis. ES: Estadísticamente significativa. ANOVA: Análisis de varianza

depresión severa y 36% con moderada, Márquez Cardoso y cols.¹⁶ en un estudio con 277 adultos mayores de una clínica del primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), obtuvieron 72.1% de pacientes con depresión, sin definir el grado de la misma. Tapia Mejía y cols.¹⁷ en 123 pacientes, pero utilizando la escala de depresión de Calderón Narváez, reportaron 32.5% con depresión leve, 44.5% con depresión moderada, 2.5% con depresión severa y sólo menos de 20% tuvieron calificación normal. Existe similitud entre los resultados reportados en México; sin embargo, a excepción del estudio reportado por da Silva Lima y cols.,¹⁸ quienes refieren en 438 pacientes usuarios del primer nivel de atención médica, 35% con depresión leve, 39% con depresión severa y sólo 26% sin depresión, estos resultados resultan muy elevados si los comparamos con los reportados con la literatura internacional. Por ejemplo, Cerdá-Díaz y cols.⁵ en Albacete, España, con 787 adultos mayores, obtuvieron una prevalencia de depresión de 22.6%; otros autores, aplicando la misma escala en adultos mayores que consultan los servicios de atención primaria, obtuvieron prevalencias de 9.69 a 32%.^{14,15}

En relación a los factores de riesgo y la presencia de depresión, existe cierta controversia con respecto a la edad, algunos autores refieren un aumento del padecimiento conforme aumenta la edad,^{19,20} mientras que otros mencionan una disminución del mismo.²¹ En este estudio no encontramos relación significativa en los grupos de edad, aunque se presentó una disminución en la prevalencia conforme aumentó la edad. Márquez Cardoso y cols.¹⁶ tampoco encontraron dicha relación.

Con respecto al género, la mayoría de los autores refieren que la depresión es más frecuente en las mujeres, Cerdá Díaz y cols.⁵ reportaron una relación de 3:1, pero no realizaron análisis estadístico para validar. El mencionado Márquez Cardoso¹⁶ encontró diferencias estadísticas significativas a favor del género femenino. En este trabajo se tuvo una mayor prevalencia en las mujeres (34.9 vs. 29.4%) pero sin diferencias significativas. La depresión en la mujer suele ser más prevalente, pero su diferencia con respecto al hombre disminuye con la edad, de tal manera que según los ámbitos puede llegar a igualarse.

Para el estado civil, la mayor prevalencia de depresión se presentó en los viudos, coincidiendo con lo reportado con otros autores,^{5,22} aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Está ampliamente documentado que la situación de soledad y tristeza producida por la muerte del cónyuge se ha definido como un factor que influye de forma importante en la aparición de la depresión en los adultos mayores.

La única variable sociodemográfica que se relacionó con significancia estadística a la depresión fue el nivel educativo de los pacientes, aumentando ésta al disminuir los grados de escolaridad. Esta misma situación fue reportada por Taqui M y cols.²³

En relación a las comorbilidades y su asociación con la presencia de depresión, en este estudio encontramos relación estadísticamente significativa con la presencia de obesidad e hipertensión arterial, no así con diabetes mellitus. Maharaj y cols.²⁴ tampoco hallaron asociación con la presencia de DM por sí sola; sin embargo, cuando las comorbilidades se encuentran presentes en un mayor número, la diferencia sí resulta estadísticamente significativa, situación que concuerda con lo reportado por Cerda Díaz y cols.⁵

Con respecto a la relación entre los valores de la escala de recursos sociales y la depresión, no encontramos asociación estadísticamente significativa, Cerda Díaz y cols.⁵ concluyen que no se demostró que el hecho de vivir solo estuviera relacionado con la presencia de depresión e incluso Chan y cols.²⁵ refieren que el soporte social no es un fuerte predictor del score total de depresión.

Lo que sí es un hecho y quedó demostrado en este trabajo, es la fuerte relación existente entre la presencia de depresión y la calidad de vida relacionada con la salud, ya que en todas las dimensiones de PSN se encontró una asociación estadísticamente significativa, lo cual concuerda prácticamente con casi todos los autores revisados en la literatura, tal es el caso de da Silva y cols.¹⁸ quienes refieren que de todas las variables analizadas en su estudio, la severidad de la depresión fue la variable mayormente relacionada con una mala calidad de vida autopercibida. Chan y cols.²⁶ reportan también que las personas con depresión tuvieron una pobre percepción de su calidad de vida.

Uno de los mayores problemas en atención primaria la constituyen los “estados depresivos” que incluyen una amplia variedad de estudios afectivos anómalos. Esta situación es preocupante desde el punto de vista socio-sanitario por sus enormes repercusiones económicas, laborales, personales y, sobre todo, porque la mayoría de tales trastornos podrían beneficiarse de un tratamiento adecuado. De aquí la importancia de realizar estudios de cribado y diagnóstico en el primer nivel de atención, principalmente en este grupo poblacional, que permitan cuantificar esta patología y así evitar complicaciones posteriores mayores.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a la C. Erika Oropeza Martínez por su apoyo en la elaboración del escrito.

REFERENCIAS

1. Louis ST. Comportamiento anormal. 4a Ed. San Francisco: McGraw-Hill; 1996, p. 345-73.
2. Amparo B, Bonifacio S, Francisco R. Manual de psicopatología 2. México: McGraw-Hill; 1995, p. 308-26.
3. Conde VJM, Bescos S. Los trastornos afectivos de los ancianos y su tratamiento con antidepresivos heterocíclicos. *An Psiquiatría* 1993; 9(2): 94-112.
4. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-1983; 17(1): 37-49.
5. Cerdá DR, López-Torres HJ, Fernández OC, López VMA, Otero PA. Depresión en personas ancianas. Factores asociados. *Aten Primaria* 1997; 19(1): 12-7.
6. World Health Organization. Technical Report series 797: Diet, nutrition and the prevention of chronic disease. WHO study group. Genova; 1990, p. 203.
7. Fernández-San Martín MI, Andrade-Rosa C, Molina JD, Muñoz PE, Carretero B, Rodríguez M, Silva A. Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17(3): 279-87.
8. Grau FG, Eiroa PP, Cayuela DA. Versión española del OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Aten Primaria* 1996; 17(8): 486-95.
9. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res* 1994; 3(6): 385-93.
10. Campo-Arias A, Urruchurtu MY, Solano MT, Vergara PA, Cogollo MZ. Consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructo de la Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15) en Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla (Col)* 2008; 24(1): 1-9.
11. Cooper-Patrick L, Crum RM, Ford DE. Characteristics of patients with major depression who received care in general medical and specialty mental health settings. *Med Care* 1994; 32(1): 15-24.
12. Martínez de la Iglesia J, Onís VMC, Dueñas HR, Albert CC, Aguado TC, Luque L. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam* 2002; 12(10): 620-30.
13. Incalzi RA, Cesari M, Pedone C, Carbonin PU. Construct validity of the 15-item geriatric depression scale in older medical inpatients. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2003; 16(1): 23-8.
14. Evans S, Katona C. Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attendees. *Dementia* 1993; 4(6): 327-33.
15. Van Marwijk H, Arnold I, Bonnema J, Kaptein A. Self-report depression scales for elderly patients in primary care: a preliminary study. *Fam Pract* 1993; 10(1): 63-5.
16. Márquez CE, Soriano SS, García HA, Falcón GMP. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Aten Primaria* 2005; 36(6): 345.
17. Tapia-Mejía MS, Morales-Hernández JJ, Cruz-Ortega RM, De la Rosa-Morales V. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. *Rev Enferm IMSS* 2000; 8(2): 87-90.
18. da Silva Lima AF, de Almeida Fleck MP. Subsyndromal depression: an impact on quality of life? *J Affect Disord* 2007; 100(1-3): 163-9.
19. Urbina TJR, Flores MJM, García SMP, Torres BL, Torrubias FRM. Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* 2007; 21(1): 37-42.
20. Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, Brater DC, Hui SL, Tierney WM. Depression in late life: the use of clinical characteristics to focus screening efforts. *J Gerontol* 1994; 49(1): M9-14.
21. Saunders PA, Copeland JR, Dewey ME, Gilmore C, Larkin BA, Phaterpekar H, Scott A. The prevalence of dementia, depression and neurosis in later life: the Liverpool MRC-ALPHA Study. *Int J Epidemiol* 1993; 22(5): 838-47.
22. Madianos MG, Gournas G, Stefanis CN. Depressive symptoms and depression among elderly people in Athens. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 320-6.
23. Taqui AM, Itrat A, Qidwai W, Qadri Z. Depression in the elderly: does family system play a role? A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2007; 7: 57.
24. Maharaj RG, Reid SD, Misir A, Simeon DT. Depression and its associated factors among patients attending chronic disease clinics in southwest Trinidad. *West Indian Med J* 2005; 54(6): 369-74.
25. Chan SW, Chiu HF, Chien WT, Thompson DR, Lam L. Quality of life in Chinese elderly people with depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21(4): 312-8.
26. Chan S, Jia S, Chiu H, Chien WT, R Thompson D, Hu Y, Lam L. Subjective health-related quality of life of Chinese older persons with depression in Shanghai and Hong Kong: relationship to clinical factors, level of functioning and social support. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008 [Epub ahead of print].

Recibido: Octubre 12, 2008.

Aceptado: Febrero 18, 2009.