

Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado

**Jesús Alfonso Martínez-Mendoza,¹
Verónica Araceli Martínez-Ordaz,²
Carlos Gerardo Esquivel-Molina,³
Víctor Manuel Velasco-Rodríguez⁴**

¹Médico internista, Departamento de Medicina Interna, Hospital General de Zona 16

²Investigador, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica

³Médico internista, Departamento de Medicina Interna

⁴Director de Educación e Investigación

Autores 2, 3 y 4 adscritos a la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades 71

Instituto Mexicano del Seguro Social, Torreón, Coahuila

Comunicación con:
Víctor Manuel Velasco-Rodríguez.
Tel.: (01 871) 713 3969.
Fax: (01 871) 718 7956.
Dirección electrónica:
invest@internetual.com.mx

Palabras clave

- ✓ depresión
- ✓ vejez
- ✓ enfermedad crónica

Key words

- ✓ depression
- ✓ aged
- ✓ chronic disease

RESUMEN

Objetivo: determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores de 65 años hospitalizados.

Métodos: estudio transversal prospectivo, realizado en el Hospital General de Zona 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila, México, en pacientes mayores de 65 años, de uno y otro sexo, hospitalizados entre junio y diciembre de 2003. Se aplicaron las siguientes escalas: de Yesavage para depresión, de Katz y Lawton para dependencia, y de Folstein, versión Lobo, para demencia.

Resultados: se incluyeron 320 personas con edad promedio de 72 años. Diez pacientes se catalogaron como portadores de demencia (3.1 %) y fueron eliminados del estudio. Se encontró depresión en 50 % y dependencia en 62 % con la escala de Katz, y en 75 % con la de Lawton. En el análisis bivariado existió asociación entre depresión y edad mayor de 80 años, sexo femenino, hospitalización en el servicio de medicina interna, dependencia, vivir solo y presencia de enfermedades crónicas degenerativas. En la regresión logística persistió asociación con el sexo femenino, vivir solo, dependencia y estar hospitalizado en el área de medicina interna. **Conclusiones:** la prevalencia de depresión en el adulto mayor hospitalizado fue elevada. Dependier de otras personas que no pertenezcan a la familia nuclear y ser portador de patologías crónicas fueron los factores que más se asociaron.

SUMMARY

Objective: to determine the prevalence of depression and associated factors in hospitalized seniors.

Materials and methods: a prospective and transversal study was made in female and male seniors at General Hospital number 16 of the Mexican Institute of Social Security in Torreón, Coahuila, México between June and December of 2003. There were applied Yesavage, Katz, Lawton and Folstein scales.

Results: there were included 320 patients with a mean age of 72 years. Ten patients with dementia (prevalence of 3.1 %) were excluded. Depression was found in 50 % and dependence in 62% according to Katz index, and 75 % of the patients had dependence in daily life activity according to the Lawton scale. In the bivariate analysis, the following variables were associated with depression: age over 80, female gender, patients that have been hospitalized in the internal medicine department, living alone, to be dependent, and to have a chronic illness. In the multivariate analysis using logistic regression four former variables (female sex, living alone, dependence, and to be hospitalized in Internal Medicine department) had a significant association.

Conclusions: the prevalence of depression among hospitalized older patients is high. The strongest factors associated were dependence of other people and to have chronic disease.

Introducción

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20 % en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40 % en la hospitalizada; predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13 % por año.¹⁻³ Se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas de suicidio.^{4,5} Aproximadamente en 60 % de los pacientes la depresión coexiste con ansiedad.^{5,6} En el adulto mayor puede confundirse con enfermedades como hipotiroidismo y deficiencia vitamínica (de ácido fólico y vitamina B₁₂).⁷ Hay enfermedades que se asocian con depresión, como hipotiroidismo (50 %), infarto del miocardio (45 %), diabetes (8 a 28 %), Alzheimer (60 %) y enfermedad vascular cerebral (26 a 50 %).¹

El diagnóstico de depresión es básicamente clínico, de acuerdo con los criterios establecidos en la Cuarta Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).^{8,9} Existen varias pruebas de escrutinio o tamizaje; entre las más utilizadas en población mayor de 65 años se encuentra la escala de Yesavage,¹⁰ única diseñada exclusivamente para este grupo de edad y traducida al castellano y validada.^{11,12} Su versión está integrada por 30 ítems, tiene sensibilidad de 84 a 86 % y especificidad de 95 a 100 %;¹⁰⁻¹³ existen versiones acortadas de 15 e incluso cinco ítems, traducidas al español.¹⁴⁻¹⁶

La depresión puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, o bien, encubrirlo o acelerarlo, por lo que es importante el adecuado diagnóstico diferencial,¹⁷ para lo cual se utilizan pruebas como el *miniexamen cognoscitivo de Folstein*, versión de Lobo al español, cuya sensibilidad es de 87 % y especificidad de 85 %.^{18,19}

**Cuadro I
Edad, sexo, frecuencia de dependencia, demencia y depresión
en 310 adultos mayores hospitalizados**

Variable	Mediana		n	%
Edad	Media 72.9 ± 7	< 80 años	268	86.45
		> 80 años	42	13.55
Sexo				
Femenino			181	58.4
Masculino			129	41.6
Realización de actividades cotidianas				
■ Básicas				
(escala de Katz)	4.5	Dependiente	193	62.2
		Independiente	117	37.7
■ Instrumentales				
(escala de Lawton)	5.0	Dependiente	233	75.1
		Independiente	77	24.8
Demencia				
(escala de Folstein)	26	Demencia	10	3.1
		Probable demencia	47	15.1
		No demencia	263	84.8
Depresión				
(escala de Yesavage)	11	Depresión leve-moderada	133	42.5
		Depresión severa	23	7.4
		Depresión global	156	50.3

Los aspectos sociales son muy importantes en la etiología de la depresión en los adultos mayores, quienes generalmente están pensionados o dependen económicamente de otros familiares como hijos, nietos, sobrinos, por lo que además de tratamiento farmacológico requieren psicoterapia.²⁰

Dada la mayor esperanza de vida, el incremento de enfermedades crónicas degenerativas y el impacto negativo que la depresión tiene sobre la evolución de las enfermedades, consideramos importante determinar la prevalencia de depresión y los factores asociados en el paciente adulto mayor hospitalizado.

Material y métodos

Se llevó a cabo estudio descriptivo, prospectivo y transversal. El muestreo fue no probabilístico de tipo consecutivo. Se incluyeron 320 adultos mayores de 65 años de edad, de uno y otro sexo, derechohabientes, hospitalizados en el Hospital General de Zona 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Torreón, Coahuila, entre junio y diciembre de 2003, en los departamentos de medicina interna, cirugía y ortopedia, con

diferentes patologías de base, y que aceptaron participar. Previa aprobación del Comité Local de Investigación y del Subcomité de Bioética, a los participantes se les aplicó un cuestionario sobre datos sociodemográficos y las siguientes escalas validadas:

- *Escala de Yesavage*, en su versión original de 30 ítems, con la que se califica no depresión (0 a 10 puntos), depresión leve-moderada (11 a 20 puntos) y depresión severa (> 20 puntos) (anexo).
- *Miniexamen cognoscitivo de Folstein*, versión de Lobo, con el que se determina no demencia (> 20 puntos), probabilidad de demencia (14 a 19 puntos) y demencia (< 13 puntos).
- *Escalas para evaluar dependencia o independencia*: la de actividades diarias básicas de Katz (seis ítems) y la instrumental de Lawton (ocho ítems); ambas dicotómicas.²¹

No se incluyeron los pacientes con alteración del estado de alerta (estupor-coma), hipoacusia severa o afasia motora. Se eliminaron 10 personas que obtuvieron menos de 13 puntos en el minexamen cognoscitivo de Folstein y que fueron catalogadas como portadoras de demencia.

Cuadro II
Análisis bivariado de factores asociados a depresión en 310 adultos mayores hospitalizados

	Depresión	Sin depresión	%	OR	IC 95 %	χ^2	p
Sexo							
Femenino	107	74	59.11	2.44	1.54-3.86	14.45	0.000
Masculino	48	81	37.20				
Edad							
< 80	135	133	50.37	2.5	1.23-5.06	6.47	0.010
≥ 80	30	12	71.42				
Dependiente	105	88	54.40	1.60	1.01-2.54	3.96	0.046
Independiente	50	67	42.73				
Vive solo	28	13	68.29	2.41	1.21-4.78	6.32	0.012
No vive solo	127	142	47.21				
Enfermedades crónicas degenerativas							
Sí	121	34	78.06	1.85	1.12-3.06	5.76	0.016
No	102	53	65.80				
Servicio de hospitalización							
Medicina interna	82	64	56.16	1.60	1.02-2.51	4.19	0.040
Otro	73	91	44.51				

Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión, χ^2 para variables ordinales, cálculo de razón de momios (OR) e intervalos de confianza de 95 % (IC 95 %); así como análisis multivariado de factores de riesgo para depresión, mediante regresión logística para variables dicotómicas. Se usó el paquete estadístico SPSS versión 10.

Resultados

El promedio de edad de los 310 participantes fue de 72 años y predominó el sexo femenino (58 %); se encontró demencia en 3.1 % y depresión global en 50.3 %. El grado de depresión más frecuente fue leve-moderada en 133 pacientes, de los cuales 74 (23.8 %) tuvieron entre 11 y 14 puntos en la escala de Yesavage y 59 (19.0 %), entre 15 y 19 puntos; 23 pacientes tuvieron 20 puntos o más. Tanto con la escala de Katz como con la de Lawton se observó alto porcentaje de dependencia (cuadro I).

En el análisis bivariado, los factores más relacionados con depresión fueron pertenecer al sexo femenino, dependencia para realizar las actividades diarias (determinada mediante escala de Katz), estar hospitalizado en el departamento de medicina interna; vivir solo o con personas no cercanas a la familia y padecer enfermedades crónicas degenerativas (cuadro II).

Al ser analizados mediante regresión logística, todos los factores mencionados se asociaron con depresión, excepto la dependencia (cuadro III).

Discusión

La prevalencia de depresión en los adultos mayores hospitalizados es elevada; en la literatura oscila de 21.4 a 56 %. La gran variación en los informes se debe a que muchos de los estudios en los que se aplica la escala de Yesavage (en su versión original de 30 ítems o en su forma abreviada), están encaminados a muestras poblacionales de servicios del primer nivel de atención, son pequeñas o incluyen pacientes ambulatorios.^{1-3,8,22-25} También hay diferencias si el estudio se realiza en determinados servicios, como en Urgencias, donde se ha encontrado prevalencia de 30 % en población mayor de 18 años, sin diferenciación por grupos de edad.²⁶ En servicios de rehabilitación visual se ha observado 26.9 % en personas mayores de 65 años.²⁷ En el presente estudio es alto 7.4 % de depresión severa (20 o más puntos de la escala de Yesavage); si el punto de corte se establece en puntuaciones de 15 o más, se incrementa en forma sustancial a 26.45 %, significativamente superior a 16 % reportado por García Serrano y colaboradores.⁸ Si bien es cierto que

Cuadro III
Regresión logística de factores asociados con depresión en 310 adultos mayores hospitalizados

	OR	IC 95 %	Wald	p	Colinealidad	
					Tolerancia	FIV
Sexo femenino	2.55	1.56 - 4.16	14.209	0.000	0.999	1.001
Vive solo	2.68	1.15 - 5.74	6.490	0.011	0.944	1.059
Dependencia	1.7	1.02 - 2.84	4.079	0.043	0.888	1.126
Hospitalización	1.45	1.06 - 1.98	5.697	0.017	0.846 ^a	1.182
en medicina interna*			0.269 ^b	3.711		
Padecimientos crónicos*	2.051.05-4.024.359		0.038	0.888 ^a	1.126	
			0.285 ^b	3.506		

*Variables con gran colinealidad
^aAnálisis en forma independiente de ambas variables
^bAnálisis con las dos variables en el modelo

las puntuaciones entre 11 y 14 indican trastornos del ánimo más que depresión leve, al incluirlas la prevalencia de depresión global se incrementa a 50.3 % (cuadro I), también superior a 31 % reportado por García Serrano.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señala que 9.1 % de los encuestados ha padecido un trastorno afectivo alguna vez en la vida; 4.8 % corresponde a episodios de depresión mayor o menor. Estas cifras no son contrastables con nuestro estudio, ya que la Encuesta Nacional se efectuó en población abierta, incluyó pacientes de 18 años de edad en adelante y la proporción de sujetos participantes mayores de 65 años fue muy pequeña (31 pacientes, 1.3 % de la muestra).²⁸

La asociación de depresión con el sexo femenino (cuadro II) es controversial. Algunos autores han indicado predominio de episodios depresivos en la mujer,^{28,29} con una razón mujer:hombre de 2:1,²⁵ similar a nuestros hallazgos a pesar de que esos estudios incluyen población abierta, mayor de 18 años y no se hace énfasis específico en el adulto mayor de 65 años. Gutiérrez Lobos³⁰ refiere que aun cuando el predominio de la mujer existe, el patrón de presentación está influido por el estado marital y la edad de la persona, de manera que la relación 3:1 que se observa en personas casadas entre los 30 y 50 años, disminuye a 1:1 en las menores de 30 y mayores de 50 años de edad. En las personas no casadas, el patrón es diferente: 2:1 en jóvenes, 2.5:1 en edad media y 1:1 en mayores de 55 años. En nuestro estudio, al analizar grupos mayores o menores de 75 años en función de su estado marital, siempre predominó la mujer como portadora de cuadros depresivos en una relación de 2.5:1. Las diferencias en los resultados pueden explicarse por variaciones en los patrones psicosociales y culturales de las poblaciones. Algunos estudios comparativos de seguimiento han demostrado mortalidad superior en pacientes del sexo masculino con depresión mayor.^{1-3,22}

La asociación de depresión con estar hospitalizado en el servicio de medicina interna puede explicarse porque este tipo de pacientes con mayor frecuencia cursa con enfermedades crónicas degenerativas concomitantes. Lo an-

terior se apoya al analizar la colinearidad de estar hospitalizado en medicina interna y tener enfermedades crónicas, con bajo valor de tolerancia al considerarse en conjunto y elevación del mismo al hacerlo por separado (cuadro III). Diversos autores han estudiado la asociación de depresión con enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, cardiopatía isquémica,^{31,32} hipotiroidismo,³³ enfermedad vascular cerebral,³⁴ enfermedad de Alzheimer, Parkinson,^{1,4} cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión y artritis.³⁵

Además de mayor frecuencia de depresión en pacientes que padecen alguna de las patologías mencionadas, la asociación es de doble vía ya que la depresión a su vez puede favorecer una evolución más tórpida y un peor pronóstico de las enfermedades crónicas y de la incapacidad funcional,³⁶⁻³⁸ por ejemplo: en adultos mayores deprimidos se ha observado disminución de linfocitos con respuesta inmunológica disminuida,³⁹ y una relación inversa de la multimorbilidad o comorbilidad con la calidad de vida de los sujetos con depresión;⁴⁰ además, la depresión incrementa sustancialmente el uso de medicamentos y se asocia con recuperación más lenta, mayor recurrencia y discapacidad psicosocial.⁴¹

La dependencia en las actividades diarias y la discapacidad (62 % con escala de Katz y 75 % con escala de Lawton) son factores que se asocian con depresión²⁵ y están en estrecha relación con las enfermedades crónicas. Se menciona que cuando la discapacidad y la dependencia suceden en etapas más tempranas de la vida, se asocian más con depresión.³⁵

Por otra parte, las personas que viven solas o con personas no cercanas al núcleo familiar (sobrinos, ahijados, etcétera) se deprimen más que quienes cuentan con apoyo familiar más cercano^{42,43} (cuadro II). Esta situación pudiera explicarse porque la soledad y la falta de convivencia social y familiar⁴⁴ en personas mayores que dependen económicamente de otros individuos, aunadas a la discapacidad y a enfermedades crónicas, alteran en forma importante la esfera psicosocial,² con sentimientos de inutilidad y desánimo.

En conclusión, hay tres aspectos que se debe tener en cuenta:

- De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en su estudio del costo global de enfermedades, en países desarrollados la depresión en los pacientes mayores de 65 años hospitalizados será la segunda causa de morbilidad y mortalidad en el año 2020, después de la cardiopatía isquémica.⁴⁵
- La depresión tiene un impacto negativo en la salud de los pacientes y en los costos de atención médica. Se estima que para el año 2040 en Estados Unidos la población adulta mayor deprimida consumirá 50 % de los gastos destinados a los servicios de atención a la salud.⁴⁶
- La depresión tiene un origen multicausal, con asociación de varios factores que interactúan y conducen en forma conjunta a detrimento de la calidad de vida de este grupo de pacientes.^{35,36,40}

Dado lo anterior, es conveniente que en los hospitales existan programas sistemáticos de detección del estado depresivo en el adulto mayor al ingreso hospitalario, para estar en posibilidad de efectuar intervenciones psicosociales oportunas que ayuden a mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad y la mortalidad,^{41,44} como los establecidos para los pacientes con cáncer.⁴⁷ Se requieren más estudios para analizar el costo-beneficio de implementar estas estrategias de apoyo.


Agradecimientos

Al doctor Ricardo Esquivel Castruita, por su participación en la realización de este estudio.

Referencias

1. Raj A. Depression in the elderly. *J Postgrad Med* 2004;115(6):26-42.
2. Santillana-Hernández SP, Alvarado-Moctezuma LE. Depresión en población adulta mayor. *Rev Med IMSS* 1999;37(2):111-115.
3. Alfaro A, Acuña MM. Depresión en la atención primaria en adultos mayores. *Gerontol Geriatr* 2000;2(3):18-21.
4. Ritchie K, Gilham C, Ledesert J, Touchon J, Kotzki PO. Depressive symptomatology and regional blood flow in elderly people with sub-clinical

- cognitive impairment. *Age Ageing* 1999;28:385-391.
5. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician* 1999;60(3):820-826.
6. Heinze G, Escalante CA, Ferendez L, Galli E, León C, Moreno RA, et al. The coexistence of depression and anxiety. *Salud Mental* 1999;22(3):1-4.
7. Rakel RE. Depression. Primary care. *Clin Office Practice* 1999;26(2):211-224.
8. García-Serrano MJ, Tobías-Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano en riesgo. *Aten Primaria* 2001;27(7):484-488.
9. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
10. Yesavage JA, Brink TL, Rise T. Development and validation of a geriatric depression screening scale. A preliminary report. *J Psychiatry Res* 1983; 17:37-49.
11. Backer FM, Espino DV. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican American elders. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12(1):21-25.
12. Fernández-Sanmartín MI, Andrade C, Molina J, Muñoz PC, Cerrel B, Rodríguez M, et al. Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:279-287.
13. García-Muñoz C, Rivera J. Valoración geriátrica en atención primaria. *Jano* 1997;52:2217-2226.
14. Meara J, Hobson P. Use of the GDS-15 geriatric depression scale as a screening instrument for depressive symptomatology in patients with Parkinson disease and their carers in the community. *Age Aging* 1999;28:35-38.
15. Martínez-de la Iglesia J, Onis-Vilches MC, Dueñez-Herrero R, Aguado-Taberné C, Albert-Colomer C, Luque-Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado para el cribado de depresión en mayores de 65 años. Adaptación y validación. *Med Fam* 2002;12:620-630.
16. Martínez-de la Iglesia J, Onis-Vilches MC, Dueñez-Herrero R, Aguado-Taberné C, Albert-Colomer C, Arias-Blanco MC. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Aten Primaria* 2005;35(1):14-21.
17. Lundquist RC, Berners A, Olsen CG. Comorbid disease in geriatric patients: dementia and depression. *Am Fam Physician* 1997;55(8):2687-2694.
18. Lobo A, Ezquerro F, Gómez F, Sila JM, Seva A. El miniexamen cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Acta Neurol Psiquiatr* 1975;7:180-202.
19. Folstein MF, Folstein SE, Mc High PR. Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.

20. Faison WE, Stephens DC. Prevalence and treatment of depression in the elderly. *Clin Geriatr* 2001;9(11):46-52.
21. Álvarez M, De Alaiz A, Brun E, Cabañeros J, Calzon M, Cosío I, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años según el índice de Katz. *Fiabilidad del método. Aten Primaria* 1992; 10:812-816.
22. Schoevers RA, Geerlings MI, Beekman ATF, Penninx BWJH, Deeg DJ, Jonker C, et al. Association of depression and gender with mortality in old age: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Br J Psychiatry* 2000;177(Suppl):336-342.
23. Raccio-Robak N, McErlean MA, Fabacher DA, Milano PM, Verdile VP. Socioeconomic and health status differences between depressed and nondepressed ED elders. *Am J Emerg Med* 2002;20(2):71-73.
24. Meldon WS, Emerman CL, Moffa DA, Schubert DS. Utility of clinical characteristics in identifying depression in geriatric ED patients. *Am J Emerg Med* 1999;17:522-525.
25. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto-Masis D, Gil-Laverde JFA, Rondón-Septúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica* 2004;16(6):378-386.
26. Kumar A, Clark S, Boudreaux ED, Camargo CA. A multicenter study of depression among emergency department patients. *Acad Emerg Med* 2004;11(12):1284-1289.
27. Horowitz A, Reinhardt JP, Kennedy GJ. Major and subthreshold depression among older adults seeking vision rehabilitation services. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(3):180-187.
28. Medina-Mora ME, Borges G, Lara-Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Feliz-Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26(4):1-16.
29. Dickens CM, Percival C, McGowan L, Douglas J, Tomenson B, Cotter L, et al. The risk factors for depression in first myocardial infarction patients. *Psychol Med* 2004;34(6):1083-1092.
30. Gutiérrez-Lobos K, Scherer M, Anderer P, Katschnig H. The influence of age on the female/male ratio of treated incidence rates in depression. *BMC Psychiatry* 2002;2:3.
31. Fielding R. Depression and acute myocardial infarction: a review and reinterpretation. *Soc Sci Med* 1991;32:1017-1027.
32. Frasure-Smith N, Lespérance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation* 2000;101: 1919-1924.
33. Hermann D, Hewer W, Lederbogen F. Testing the association between thyroid dysfunction and psychiatric diagnostic group in an iodine-deficient area. *Rev Psychiatr Neurosci* 2004;29(6):444-449.
34. Kales HC, Maixner DF, Mellow AM. Cerebrovascular disease and late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(2):88-98.
35. Schnittker J. Chronic illness and depressive symptoms in late life. *Soc Sci Med* 2005;60(1):13-23.
36. Schoevers RA, Deeg DJ, van Tilburg W, Beekman AT. Depression and generalized anxiety disorder: co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13(1):31-39.
37. Lauzon C, Beck ChA, Huynh T, Dion D, Racine N, Carignan S, et al. Depression and prognosis following hospital admission because of acute myocardial infarction. *CMAJ* 2003;168(5):547-552.
38. Marzari C, Maggi S, Manzato E, Destro C, Noale M, Bianchi D, et al. Depressive symptoms and development of coronary heart disease events: the Italian longitudinal study on aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60(1):85-92.
39. Mc Guire L, Jainice K, Glaser K, Glaser R. Depressive symptoms and lymphocyte proliferation in older adults. *J Abnorm Psychol* 2002;11(1):192-197.
40. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:51.
41. Hirschfeld RM. The comorbidity of major depression and anxiety disorders: recognition and management in primary care. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2001;3:244-254.
42. Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, Beekman AT, van der Mast RC, Westendorp RG. Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *Am J Psychiatry* 2005;162(1):178-180.
43. Adams KB, Sanders SA, Auth EA. Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging Ment Health* 2004;8(6):475-485.
44. Shu-Chuan JY, Yea-Ying L. Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BMC Health Serv Res* 2003;3:9.
45. Murria CJL, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020. *Global burden of disease study. Lancet* 1997;349: 1498-1504.
46. Unutzer J, Patrick DL, Simon G, Grembowski D, Walter E, Rutter C, et al. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. *JAMA* 1997;277(20): 1618-1623.
47. Carlson LE, Bultz BD. Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:8. 

**Anexo
Escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión de 30 ítems)**

Ítem	Pregunta	
1.	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	No
2.	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	Sí
3.	¿Siente que su vida está vacía?	Sí
4.	¿Se encuentra a menudo aburrido?	Sí
5.	¿Tiene esperanza en el futuro?	No
6.	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	Sí
7.	¿Tiene a menudo buen ánimo?	No
8.	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	Sí
9.	¿Se siente feliz muchas veces?	No
10.	¿Se siente a menudo abandonado?	Sí
11.	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	Sí
12.	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	Sí
13.	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	Sí
14.	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí
15.	¿Piensa que es maravilloso vivir?	No
16.	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	Sí
17.	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	Sí
18.	¿Está muy preocupado por el pasado?	Sí
19.	¿Encuentra la vida muy estimulante?	No
20.	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	Sí
21.	¿Se siente lleno de energía?	No
22.	¿Siente que su situación es desesperada?	Sí
23.	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	Sí
24.	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	Sí
25.	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	Sí
26.	¿Tiene problemas para concentrarse?	Sí
27.	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	No
28.	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	Sí
29.	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	No
30.	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	No

Un punto por cada respuesta afirmativa