

C. Fernández Fernández<sup>1</sup>  
J. Caballer García<sup>2</sup>  
P. A. Saiz Martínez<sup>3</sup>  
M. P. García-Portilla González<sup>3</sup>  
S. Martínez Barrondo<sup>3</sup>  
J. Bobes García<sup>3</sup>

## La depresión en el anciano en una zona rural y su interacción con otros factores

<sup>1</sup> Centro de Salud de Proaza-Quirós  
Teverga (Asturias)  
<sup>2</sup> Servicios de Salud Mental (SESPAS)  
del Principado de Asturias

<sup>3</sup> Área de Psiquiatría  
Departamento de Medicina  
Universidad de Oviedo  
Oviedo

**Introducción.** Se quiere determinar la prevalencia de depresión en población anciana ( $\geq 65$  años) rural, libre de deterioro cognitivo y examinar las características que presentan los ancianos con probable depresión.

**Pacientes y método.** Un total de 265 personas (edad media [DE]: 76,2 [6,7] años; 60,4% mujeres) residentes en los concejos rurales de Proaza, Quirós y Santo Adriano (Asturias) fueron entrevistados. Se registraron variables sociodemográficas y clínicas y se administraron los siguientes cuestionarios: Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), Cuestionario Oviedo de Sueño (COS), Cuestionario de alcoholismo CAGE, Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) y el Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF).

**Resultados.** Se excluyeron a 23 personas por puntuar  $< 18$  puntos en el MEC. La muestra final incluye 242 sujetos (edad media [DE]: 75,59 [6,2] años; 60,3% mujeres). Presentaban probable depresión el 23,1% (30,1% mujeres frente a 12,5% hombres;  $p=0,002$ ), las prevalencias más elevadas de depresión se obtuvieron en aquellos que padecían mayor número de enfermedades físicas ( $p=0,012$ ), presentaban comorbilidad psiquiátrica ( $p=0,031$ ), puntuaban menos en el MEC ( $p=0,019$ ), presentaban mayor prevalencia de problemas de sueño ( $p \leq 0,050$ ), puntuaban más en el GHQ-28 ( $p=0,000$ ) y menos en el WHOQOL-BREF ( $p=0,000$ ).

**Conclusiones.** La prevalencia de depresión es moderadamente elevada, siendo más frecuente en mujeres, en los que viven solos, carecen de estudios, pertenecen al sector primario, padecen patología física o psíquica, presentan mayor deterioro cognitivo, peor salud general y tienen una peor percepción de su calidad de vida.

**Palabras clave:**  
Depresión. Anciano. Prevalencia. Comunidad.

*Actas Esp Psiquiatr* 2006;34(6):355-361

---

Correspondencia:  
Julio Bobes García  
Área de Psiquiatría  
Facultad de Medicina  
Julián Clavería, 6, 3.º  
33006 Oviedo  
Correo electrónico: frank@uniovi.es

## Depression in the elderly living in a rural area and other related factors

**Introduction.** We want to determine the prevalence of depression in a rural population (65 years and over) free from cognitive impairment and to evaluate related factors of late life depression.

**Patients and method.** A total of 265 persons (mean age [SD]: 76.2 [6.7] years; 60.4% females) residing in the towns of Proaza, Quiros and Santo Adriano (Asturias) were interviewed. The evaluation included sociodemographical and clinical aspects as well as the Mini-Mental State Examination Spanish version (MMSE), the Geriatric Depression Scale (GDS), the Oviedo Sleep Questionnaire (OSQ), the CAGE Questionnaire, the Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28), and the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF).

**Results.** A total of 23 subjects out of the total sample were excluded from the study due to scoring less than 18 points on the MMSE. The final sample included 242 subjects (mean age [SD]: 75.59 (6.2) years; 60.3% females). Prevalence of probable depression was 23.1% (30.1% females vs 12.5% males;  $p=0.002$ ). Depression was statistically associated with a higher number of physical diseases ( $p=0.012$ ), higher psychiatric comorbidity ( $p=0.031$ ), less cognitive impairment measured by MMSE ( $p=0.019$ ), higher prevalence of sleep disorders ( $p \leq 0.050$ ), higher score in the GHQ-28 ( $p=0.000$ ), and worse quality of life evaluated by the WHOQOL-BREF ( $p=0.000$ ).

**Conclusions.** Depression is moderately prevalent in this population. Depression is more frequent in females, those living alone, without studies, working in agricultural sector, with physical or psychiatric comorbidity, with higher cognitive impairment, and with a worse health status and quality of life perception.

**Key words:**  
Depression. Elderly. Prevalence. Community.

## INTRODUCCIÓN

La población de la gran mayoría de los países occidentales está experimentando un proceso de envejecimiento progresivo debido principalmente a la disminución de la tasa de natalidad y al aumento de la longevidad<sup>1</sup>. Si, como es previsible, la esperanza de vida se mantiene o se incrementa, en España pasaríamos de 6,3 millones de ancianos en el año 2002 a 8,1 millones en el año 2025, siendo entonces cuando la población anciana representaría el 20% de la población general. Cada vez más el envejecimiento de la población hace que los problemas de salud mental en los ancianos adquieran una importancia de primera magnitud, ya que la patología psiquiátrica tiene una elevada prevalencia en las personas ancianas. Dentro de los trastornos psiquiátricos en este grupo de edad, la depresión constituye, junto con la demencia, el diagnóstico más frecuente<sup>2-5</sup>, oscilando en un rango del 10-30% para los trastornos depresivos en general, incluyendo formas menores y mayores de depresión<sup>6-10</sup>. Existen diversos factores que pueden modificar la expresión del trastorno depresivo en el anciano: algunos de éstos surgen del propio proceso de envejecimiento, otros se deben a diferencias generacionales acerca de la forma de percibir la salud física y psicológica y otras diferencias ocurren debido al frecuente solapamiento entre los trastornos depresivos y la enfermedad física<sup>11-17</sup>, así como casos en los que la presentación es a base de quejas somáticas fundamentalmente<sup>8,18</sup>, no pudiendo olvidarnos tampoco de la frecuente situación de aparición de síntomas cognitivos en el contexto de un episodio depresivo<sup>19-21</sup>. Su repercusión fundamental sobre la salud es evidente: produce una importante discapacidad<sup>22,23</sup> y sufrimiento en las personas que la presentan, está asociada en un alto porcentaje de casos al suicidio<sup>8,18,24</sup> y genera importantes gastos sanitarios y sociales<sup>12,25</sup>. A pesar de su frecuencia y de la discapacidad que genera, es un hecho evidente que la depresión en el anciano permanece infradiagnosticada e infratratada, lo cual es particularmente lamentable dado el elevado riesgo de cronicidad y recurrencia que conlleva asociado<sup>12,15,16</sup>. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de depresión en la población de 65 años y más que viven en una zona rural y la asociación de los trastornos del humor con otras variables para tratar de determinar el perfil del anciano que más probablemente presente un trastorno depresivo a lo largo de su vida.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo y transversal realizado sobre una muestra de 299 personas extraída de población general comunitaria de una zona rural de Asturias que engloba los concejos de Proaza, Quirós y Santo Adriano entre septiembre de 1999 a diciembre de 2001. Se trata de una población de 3.055 habitantes que reside en pequeños núcleos rurales, de los cuales el 28,97% son personas mayores de 64 años, según los datos remitidos por el Departamento de Estadística del Área Sanitaria IV de Oviedo, que incluyó todos los habitantes que cumpliendo la

edad determinada, además, estaban afiliados a la Seguridad Social. Los criterios de inclusión son: a) ser mayor de 64 años; b) figurar inscrito en la Seguridad Social en julio de 1998, y c) haber sido seleccionado entre los 885 sujetos posibles mediante muestreo aleatorio simple. En todos los casos se solicitó el consentimiento informado a los participantes. Los criterios de exclusión son: la presencia de deterioro cognitivo, valorado a través del Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), descartando a aquellas personas cuya puntuación en el mismo fuera de 17 puntos o menos. A las personas elegidas se les comunicó la intención del estudio y se solicitó su participación en él, con un índice de participación del 100%.

Para la determinación del tamaño de la muestra se utilizó un modelo estadístico de muestreo para poblaciones finitas que emplea un amplio número de variables conocidas, el programa informático MEDPRE (Métodos Epidemiológicos para la Investigación en Salud Pública, 1998) elaborado por los profesores Cueto, Hernández y Casariego, del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Oviedo, siendo de una gran fiabilidad<sup>27</sup>. Se calculó un tamaño muestral asumiendo una prevalencia del 30%, un error de 0,05 y un intervalo de confianza del 95%. El tamaño de la muestra recomendado fue de 236 personas, pero se incrementó hasta 299 personas ante la posibilidad de personas que no pudieran participar en el estudio por negativa al mismo o por otros motivos de pérdida de esos sujetos. Se realizaron un total de 265 entrevistas (105 hombres y 160 mujeres), ya que 34 personas no pudieron ser entrevistadas porque 20 fallecieron durante el estudio y 14 habían cambiado de domicilio.

## Método

A todas las personas que participaron en el estudio se les pasaron en sus domicilios los siguientes cuestionarios.

Cuestionario AD HOC conteniendo los datos sociodemográficos y clínicos del entrevistado. Dicha información es verificada posteriormente mediante la historia clínica del sujeto.

Para valorar el estado cognitivo se utilizó el MEC<sup>28</sup>, adaptación española del *Mini-Mental State Examination*<sup>29</sup>, estableciéndose el punto de corte en 17/18 puntos en este estudio, que se corresponde con «déficit cognoscitivo cierto/probable déficit». Para el análisis estadístico se ha prescindido de los sujetos que presentan en el MEC una puntuación de 17 puntos o menos (23 personas), por tanto son incluidas en el presente estudio un total de 242 personas.

Cuestionario Oviedo de Sueño (COS)<sup>30</sup> es una breve entrevista semiestructurada de ayuda diagnóstica para los trastornos del sueño de tipo insomnio e hiperinsomnio según los criterios DSM-IV y CIE-10.

Cuestionario de alcoholismo CAGE<sup>31</sup>. Este cuestionario está enmarcado dentro de los cuestionarios de detección de abuso o dependencia alcohólica formado por cuatro preguntas. El criterio de alcoholismo probable se establece en 2 puntos o más.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) en su versión abreviada (15 ítems)<sup>32</sup> para la detección del estado depresivo en el anciano. Para su interpretación cualitativa se establece como probable el diagnóstico de depresión con una puntuación superior a 5.

Cuestionario de Salud General (GHQ) de Goldberg es un instrumento de cribado para detectar trastornos psiquiátricos actuales en su versión española de 28 ítems<sup>33</sup>. Cada subescala tiene un total de 7 ítems; el punto de corte se ha establecido en 6/7 puntos; a más puntuación más posibilidad de ser caso; no determina la gravedad ni el tipo de trastorno.

Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, versión abreviada (WHOQOL-BREF), proporciona una forma abreviada de evaluación de calidad de vida. Contiene un total de 26 preguntas con dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general, y un perfil de cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. El instrumento se centra en la calidad de vida percibida del sujeto<sup>34</sup>.

## RESULTADOS

Se calcula la prevalencia de trastornos depresivos (definidos como el porcentaje de pacientes con una puntuación superior a 5 en la GDS). Se evalúa la asociación de cada una de las variables sociodemográficas y clínicas del anciano con el ser o no ser probable caso de depresión.

El estudio incluye un total de 265 personas mayores de 64 años cuya media de edad es de 76,2 (DE: 6,7) años. Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra estudiada se presentan en las tablas 1 y 2. En referencia a los diagnósticos médicos, la media de enfermedades físicas padecidas es 3,5 (DE: 1,4), con un valor mínimo de 0 y un máximo de 5 o más; las patologías más prevalentes son las relacionadas con el aparato circulatorio (66,4%) (176 personas) y con el aparato locomotor (51,7%) (137 personas), y el consumo medio de fármacos para su patología física es de 2,2 (DE: 1,7), con un valor mínimo de 0 y máximo de 5 o más. Los fármacos más consumidos son los cardiovasculares (56,2%) (149 personas). La media de enfermedades psíquicas padecidas por los integrantes de la muestra es de 0,3 (DE: 0,5), con un valor mínimo de 1 y máximo de 3, siendo los trastornos de ansiedad los más prevalentes (10,6%) (28 personas). El consumo medio de psicofármacos es de 0,2 (DE: 0,5), con un mínimo de 0 y un máximo de 3, siendo los más consumidos los tranquilizantes (7,5%) (20 personas), seguidos por los antidepresivos (5,3%) (14 personas). En un segundo paso se ex-

Tabla 1	Características sociodemográficas	
	%	N
<b>Sexo</b>		
Femenino	60,4	160
Masculino	39,6	105
<b>Estado civil</b>		
Casados	48,3	128
Solteros	20	53
Viudos	30,6	81
Divorciados/separados	1,1	3
<b>Convivencia</b>		
Solos	26,4	70
Cónyuge/pareja	35,8	95
Cónyuge/pareja e hijos	11,7	31
Hijos	11,7	31
Otros familiares	14,3	38
<b>Nivel de estudios</b>		
Sin estudios	7,5	20
Estudios primarios	91,7	234
Estudios secundarios	0,4	1
Estudios superiores	0,4	1
<b>Profesión</b>		
Sector primario	72,1	191
Sector secundario	7,2	19
Sector terciario	11,7	31
Amas de casa	8,3	22
Resto	0,8	2

cluyó del estudio a 23 personas (8,7%) por obtener una puntuación en el MEC inferior o igual a 17 puntos, por lo cual el estudio se centró en las 242 personas restantes (edad media [DE]: 75,59 [6,2] años; 60,3% mujeres).

La puntuación obtenida en la GDS muestra que el 23,1% (56 personas) de la muestra tiene una puntuación superior a 5, con una alta probabilidad de presentar un trastorno depresivo. La puntuación media obtenida por las personas consideradas probable caso fue 8,3 (DE: 2,3), con un valor máximo de 14 puntos y un mínimo de 6. Para estudiar el perfil del paciente anciano que tiene una mayor probabilidad de presentar un trastorno del humor a lo largo de su vida se relacionaron todas las variables con la puntuación obtenida en la GDS. Los resultados con los que se encontró una correlación estadísticamente significativa se presentan en las tablas 3 y 4. La prevalencia de depresión según la GDS es más elevada en mujeres (30,1 frente a 12,5%;  $p=0,002$ ), en personas que viven solas (33,3 frente a 19,3%;  $p=0,033$ ), en los que no poseen estudios (61,5 frente a 21,0%;  $p=0,002$ ) y en los que pertenecen al sector primario (26,7 frente a 13,6%;

Tabla 2		Características clínicas		
		%	N	
<b>Enfermedad física</b>				
Presencia	Sí	96,6	256	
	No	3,4	9	
Tratamiento	Sí	84,2	223	
	No	15,8	42	
Número de enfermedades	<3	24,2	64	
	≥3	75,8	201	
<b>Enfermedad psíquica</b>				
Presencia	Sí	26,0	69	
	No	74,0	196	
Tratamiento	Sí	15,8	42	
	No	84,2	223	
Número de enfermedades	<2	97,0	257	
	≥2	3,0	8	

$p=0,048$ ). Con respecto a las variables clínicas estudiadas, se observa que las prevalencias más elevadas de depresión las obtuvieron quienes padecen un mayor número de enfermedades físicas ( $p=0,012$ ), los que padecen alguna enfermedad psíquica ( $p=0,038$ ), los que padecen mayor número de enfermedades psíquicas ( $p=0,031$ ) y los que reciben tratamiento por enfermedad psíquica diferente de depresión ( $p=0,000$ ). Igualmente se asocian de forma estadísticamente significativa con padecer depresión las siguientes variables: obtener una puntuación inferior en el MEC ( $p=0,019$ ), presentar un diagnóstico de probable caso según el GHQ-28 ( $p=0,000$ ), considerar tener una peor calidad de vida y una mayor insatisfacción con su salud y obtener puntuaciones inferiores en el resto de las áreas del WHOQOL-BREF ( $p=0,000$ ). Del mismo modo se observa que los probables casos de depresión presentan una mayor prevalencia de diferentes problemas de sueño, como dificultad para conciliar el sueño ( $p=0,018$ ), problemas para despertar a la hora habitual ( $p=0,013$ ), excesiva somnolencia ( $p=0,019$ ), aumento de latencia en conciliación del sueño ( $p=0,005$ ), despertar precoz ( $p=0,011$ ), ronquidos con ahogo ( $p=0,012$ ) o pesadillas ( $p=0,046$ ). No se observó asociación estadística con la puntuación obtenida en el cuestionario CAGE.

## DISCUSIÓN

Para el estudio de posibles trastornos del humor en población anciana existen estudios<sup>14,35-37</sup> previos que utilizan la GDS por su facilidad de aplicación, su validación en nuestro medio y sus características de sensibilidad y especificidad óptimas para la población anciana. Los resultados en la bibliografía son muy diversos, con cifras que oscilan entre

Tabla 3		Depresión (GDS). Variables sociodemográficas y clínicas			
Prueba chi cuadrado (correlaciones estadísticamente significativas $p \leq 0,05$ )					
	N	Probable caso de depresión		Probable no caso de depresión	
		%	N	%	N
<b>Sexo</b>					
Varón	96	12,5	12	87,5	84
Mujer	146	30,1	44	69,9	102
<b>Convivencia</b>					
Solos	66	33,3	22	66,7	44
Acompañados	176	19,3	34	80,7	142
<b>Formación académica</b>					
Sin estudios	13	61,5	8	38,5	5
Con estudios	229	21,0	48	79,0	181
<b>Profesión</b>					
Sector primario	176	26,7	47	73,3	129
Resto de sectores	66	13,6	9	86,4	57
<b>Padece enfermedad psíquica (diferente de depresión)</b>					
Sí	39	35,9	14	64,1	25
No	192	19,3	37	80,7	155
<b>Tratamiento por enfermedad psíquica</b>					
Sí	33	48,5	16	51,5	17
No	209	19,1	40	80,9	169
<b>Prueba t de Student (correlaciones estadísticamente significativas <math>p \leq 0,05</math>)</b>					
	N	Media	Desviación estándar		
<b>Número de enfermedades físicas</b>					
No caso de depresión	186	3,4	1,5		
Caso de depresión	56	3,9	1,2		
<b>Número de enfermedades psíquicas</b>					
No caso de depresión	186	0,2	0,4		
Caso de depresión	56	0,3	0,5		

un 5 a un 36%. Este estudio obtiene unas cifras de prevalencia de depresión moderadamente altas, presentando un diagnóstico de «probable caso de depresión» el 23,1% (56 per-

Tabla 4		Depresión (GDS) (MEC, WHOQOL-BREF, GHQ-28)			
Prueba <i>t</i> de Student (correlaciones estadísticamente significativas $p \leq 0,05$ )					
	N	Media	Desviación estándar		
<b>Puntuación obtenida en el MEC</b>					
Probable no caso de depresión	186	28,6	3,3		
Probable caso de depresión	56	27,1	4,4		
<b>Calidad de vida (W-B)</b>					
Probable no caso de depresión	186	3,5	0,5		
Probable caso de depresión	56	2,9	0,7		
<b>Salud general (W-B)</b>					
Probable no caso de depresión	186	3,2	0,7		
Probable caso de depresión	56	2,3	0,8		
<b>Salud física (W-B)</b>					
Probable no caso de depresión	186	13,6	2,3		
Probable caso de depresión	56	11,1	2,6		
<b>Salud psicológica (W-B)</b>					
Probable no caso de depresión	186	12,4	1,8		
Probable caso de depresión	56	9,5	1,7		
<b>Relaciones sociales (W-B)</b>					
Probable no caso de depresión	186	13,5	1,6		
Probable caso de depresión	56	12,0	1,2		
<b>Ambiente (W-B)</b>					
Probable no caso de depresión	186	13,2	1,3		
Probable caso de depresión	56	12,0	1,4		
Prueba chi cuadrado (correlaciones estadísticamente significativas) $p \leq 0,05$					
	N	Probable caso de depresión		Probable no caso de depresión	
		%	N	%	N
<b>Salud general (GHQ-28)</b>					
Probable no caso	209	14,4	30	85,6	179
Probable caso	33	78,8	26	21,2	7
<b>Calidad de vida (W-B)</b>					
Mala	16	87,5	14	12,5	2
Normal	118	28,8	34	71,2	84
Buena	108	7,4	8	92,6	100
<b>Salud general (W-B)</b>					
Insatisfecho	67	52,2	35	47,8	32
Normal	106	15,1	16	84,9	90
Satisfecho	69	7,2	5	92,8	64

sonas), coincidiendo con las de diversos autores<sup>1,3,6-10,38</sup>, que señalan prevalencias similares en muestras geriátricas mayores de 65 años, aunque también se hace referencia a cifras superiores<sup>8,9,14,15,35,39-41</sup>, pudiendo explicarse estas últimas por tratarse de pacientes atendidos en atención primaria, institucionalizados u hospitalizados, donde las tasas de depresión suelen ser mayores que las encontradas en población general. También cabe la comparación con aquellas investigaciones con tasas inferiores<sup>42-45</sup>, que puede deberse ya no sólo a las características muestrales, sino a la utilización de otros instrumentos para la evaluación.

No representa un hallazgo inesperado la mayor proporción de mujeres entre los pacientes deprimidos, ya que éste es un fenómeno constante en los estudios epidemiológicos<sup>3,15,43,46-50</sup>. Se observó una mayor prevalencia en las personas que viven solas, como describen Swenson et al.<sup>43</sup> en un estudio de población anciana rural. Además, el hecho de vivir solo se ha relacionado asiduamente con menor apoyo social. El menor apoyo social guarda una relación estrecha con el menor nivel de salud mental y figura como factor de riesgo para la depresión<sup>13,17,51-53</sup> como se observa también en este estudio. Entre las personas que carecían de estudios se obtuvieron las cifras más elevadas de depresión, lo que concuerda con otros estudios epidemiológicos<sup>4,49,54</sup>, incluso de características muestrales similares<sup>43</sup>. Esto explicaría también que las personas pertenecientes al sector primario sufrieran más depresiones, ya que éstos tienen una menor formación académica.

La relación entre depresión y enfermedad somática es un proceso complejo, ya que ambas patologías pueden aparecer simultánea o independientemente y se pueden exacerbar o enmascarar, respectivamente; los pacientes con mayores niveles de estrés tienen un mayor riesgo de padecer un trastorno depresivo<sup>12-15,17,48,55</sup>, resultados que concuerdan con los aquí hallados. Otros estudios coinciden con describir una mayor prevalencia de posible depresión en este grupo de edad<sup>43</sup>. Entre las características de la depresión en el anciano destaca una mayor frecuencia de deterioro cognitivo, congruente este resultado con lo hallado en la bibliografía<sup>4,13,52,56</sup>. Se encontraron más casos de depresión entre aquellos que tenían diferentes quejas de sueño. El trastorno de sueño es una constante y frecuentemente uno de los primeros síntomas de depresión, apareciendo esta opinión en otros trabajos<sup>8,18,57</sup>. Igualmente se observó que entre aquellas personas diagnosticadas de probable caso según el GHQ-28 existía una mayor prevalencia de probable caso de depresión y obtenían puntuaciones superiores en el citado cuestionario que aquellas que presentaban un diagnóstico de probable no caso. Los resultados obtenidos en el WHOQOL-BREF ponen de manifiesto que a medida que empeoraba la calidad de vida aumentaba la prevalencia de depresión; lo mismo sucede en el apartado de salud general, donde se observa que a medida que crece el grado de insatisfacción con la salud aumenta la prevalencia de depresión, al igual que en el resto de las áreas del WHOQOL-BREF (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente),

donde el grupo que presenta un diagnóstico de probable caso de depresión presentaba una menor puntuación que el grupo diagnosticado como probable no caso. Esta relación entre la calidad de vida y la depresión ha sido señalada por diversos estudios<sup>58-62</sup>. Los trastornos del humor en general y, particularmente, el trastorno depresivo generan no sólo un importante sufrimiento personal, sino que también provocan discapacidad y morbimortalidad más elevada para el paciente<sup>63</sup> y una sobrecarga para la familia, la sociedad y los servicios sanitarios. Todo ello implica un alto coste de recursos económicos y personales. La aplicación de medidas preventivas pertinentes, así como el adecuado tratamiento de los pacientes y sus familias permitirá disminuir tanto los costes directos como indirectos de estas enfermedades, y evitar el sufrimiento que genera una atención inadecuada<sup>64</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Davies AM. Epidemiology and the challenge of ageing. *Int Epidemiol* 1985;14:9-19.
- Carbonell C. La depresión en el anciano. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:1-2.
- Copeland JRM, Beekman ATF, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Cross-cultural comparison of depressive symptoms in Europe does not support stereotype of aging. *Br J Psychiatry* 1999;174:322-9.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C. The Prevalence of Dementia and Depression in the Elderly Community in a Southern European Population. The Zaragoza study. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:497-506.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Roy JF. El estado del proyecto EURODEM: epidemiología de las demencias en Europa. En: Martínez JM, Pascual LF, editores. *Alzheimer 2003: ¿Qué hay de nuevo?* Madrid: Aula Médica, 2003; p.13-20.
- Cerda R, López-Torres J, Fernández C, López MA, Otero, A. Depresión en personas ancianas. Factores asociados. *Aten Primaria* 1997;19:12-7.
- Copeland JRM, Beekman ATF, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Depression in Europe: geographical distribution among in older people. *Br J Psychiatry* 1999;174:312-21.
- Lázaro del Nogal M, Rivera Casado JM. Comentario al artículo: depresión en el anciano. Aspectos etiológicos y clínicos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:10-1.
- Agüera Ortiz L. Epidemiología de la depresión en la edad avanzada. *Monografías de Psiquiatría* 2002;3:3-10.
- Cervilla JA. Depresión y enfermedad vascular. *Monografías de Psiquiatría* 2002;3:21-5.
- Prats M. Aspectos clínicos de la depresión en el anciano. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, editor. *Depresión en el anciano*. Barcelona: Glosa, 2002; p. 27-34.
- Luber MP, Meyers BS, Williams-Russo PG, Hollenberg JP, DiDomenico TN, Charlson ME, et al. Depression and Service Utilization In Elderly Primary Care Patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9:169-76.
- Stuck AE, Walther JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hobmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999;48:445-69.
- Evans S, Katona C. Epidemiology of depressive symptoms in elderly Primary Care attenders. *Dementia* 1993;4:327-33.
- Usall I, Rodié J. Diferencias de género en los trastornos del estado de ánimo: una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr* 2001;29:269-74.
- Roth M. Aspectos clínicos, biológicos y sociales de las depresiones en la tercera edad. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:32-7.
- Agüera Ortiz L, González Parra S, Sánchez Piedra R, Palomo T. Patronos de uso ambulatorio de los antiguos y nuevos antidepresivos en pacientes geriátricos con depresión. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:343-52.
- Lázaro del Nogal M, Ribera Casado JM. Comentario al artículo: depresión en el anciano. Aspectos etiológicos y clínicos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:10-1.
- Rodríguez Sánchez JM, Legascue de Larrañaga I, Carrasco Pereira JL. Diagnóstico diferencial entre seudodemencia depresiva, demencia frontal y demencia subcortical: estudio de un caso. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32:60-4.
- Barjau Romero JM, Guerrero-Prado D, Vilorio Jiménez A, Vega Piñero M, Chinchilla Moreno A. Seudodemencia depresiva: fronteras diagnósticas. *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30:43-53.
- Agüera Ortiz L. La interfase depresión demencia. *Monografías de Psiquiatría* 2002;3:16-21.
- Femia EE, Zarit SH, Johanson B. The Disablement Process in Very Late Life: a study of the Oldest-Old In Sweden. *J Gerontology* 2001;1:12-23.
- Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989;262:914-19.
- Bobes García J, Bascarán Fernández MT, Saiz Martínez PA, García-Portilla González MP, Bousoño García M. Prevención del suicidio en edades involutivas. En: Bobes García J, Saiz Martínez PA, G-Portilla González MP, Bascarán Fernández MT, Bousoño García M, editores. *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica, 2004; p. 370-81.
- Ciurana R. Detectar la depresión: el primer paso hacia un tratamiento más eficaz. *Aten Primaria* 2002;29:329-37.
- Bobes J, Saiz PA, González MP, Bousoño M. Depresión en el anciano. En: Bobes J, Saiz PA, González MP, Bousoño M, editores. *Psicogeriatría*. Madrid: Grupo Aula Médica, 1997; p. 38-50.
- González MP. Trastornos del sueño y salud general: evaluación en las edades involutivas en Oviedo. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo. Dpto. Medicina. Área Psiquiatría. Oviedo, 1992.
- Lobo A, Ezquerro J, Gómez-Burgada F, Sala JM, Seva Díaz A. EL Mini-Examen Cognoscitivo (un «test» sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1979;7:189-202.
- Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-Mental-State a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- Bobes J, González MP, Saiz PA, Bascarán MT, Iglesias C, Fernández JM. Propiedades psicométricas del Cuestionario Oviedo de Sueño (COS). *Psicothema* 2000;12:107-12.
- Ewing JA, Rouse BA. Identifying the hidden alcoholic. Presentación al 29<sup>th</sup> Congreso Internacional de Alcohol y Drogodependencias. Sydney, Australia, 1970.

32. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49.
33. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in Spanish population. *Psychol Med* 1986;16:135-40.
34. Lucas R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergón, 1998.
35. D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: the acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. *Fam Pract* 1994;11:260-6.
36. Mullan E, Katona P, D'Ath P, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. II: Detection and fitness for treatment: a case record study. *Fam Pract* 1994;11:267-70.
37. Staab JP, Datto CJ, Weinrieb RM, Gariti P, Rynn M, Evans DL. Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings. *Med Clin North Am* 2001;85:579-96.
38. Bhatnagar K, Frank J. Psychiatric disorders in elderly from the Indian sub-continent living in Bradford. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:907-12.
39. Johnston M, Wakeling A, Graham N. Cognitive impairment, emotional disorder, and length of stay of elderly patients in a district general hospital. *Br J Med Psychol* 1987;60:133-40.
40. García L, Mérida F, Mestre I, Gallego MD, Duarte AJ, Mesa RG, et al. La depresión del anciano y el papel de la dinámica familiar. *Aten Primaria* 2000;25:62-9.
41. Calcedo Barba A. Comentario al artículo: depresión en el anciano. Aspectos etiológicos y clínicos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28: 12-3.
42. Del Burgo Fernández JL, Andrés Mayor MJ, Martínez García S, González Martín Palomino ML. Diagnosis of depressive syndromes in primary health care. A study using CET-DE (short version). *Rev Sanid Hig Publica (Madr)* 1991;65:223-31.
43. Swenson CJ, Baxter J, Shetterly SM, Scarbro SL, Hamman RF. Depressive symptoms in Hispanic and non-Hispanic white rural elderly: the San Luis Valley Health and Aging Study. *Am J Epidemiol* 2000;152:1048-55.
44. Martín Pérez C, Pedrosa García R, Herrero Martín JJ, de Dios Luna del Castillo J, Ramírez García P, Sáez García JM. Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural. *Aten Primaria* 2003; 31:39-46.
45. Patten SB, Stuart HL, Russell ML, Maxwell CJ, Arboleda-Flórez J. Epidemiology of major depression in a predominantly rural health region. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:360-5.
46. De la Gándara JJ. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:389-94.
47. Copeland JRM, Beekman ATF, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Depression symptoms in late life assessed using de EURO-D scale. *Br J Psychiatry* 1999;174:329-45.
48. Agüera Ortiz LE, González Parra S, Sánchez Piedra R, Palomo T. Patrones de uso ambulatorio de los antiguos y nuevos antidepresivos en pacientes geriátricos con depresión. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:342-52.
49. Ruíz-Doblado S. Prevalence of depressive symptoms and mood disorders in primary care: a Spanish rural study. *Int Soc Psychiatry* 1999;45:180-9.
50. Urbina Torija JR, Flores Mayor MJ, García Salazar MP, Rodríguez Estremera E, Torres Buisan L, Torrubias Fernández RM. El anciano de riesgo en la provincia de Guadalajara. *Aten Primaria* 2004; 34:293-9.
51. García MJ, Tobías J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Aten Primaria* 2001;27:484-8.
52. Cervilla JA, Prince MJ. Cognitive impairment and social distress as different pathways to depression in the elderly; a cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:995-1000.
53. Chinchilla Moreno A. Depresión en la edad avanzada: aspectos terapéuticos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:14-25.
54. Aragonés E, Gutiérrez MA, Pino M, Lucena C, Cervera J, Garreta I. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;27:623-28.
55. Crespo D, Gil A, Porras A. Prevalencia de los trastornos depresivos en psiquiatría de enlace. *Actas Esp Psiquiatr* 2001;29:75-83.
56. Herrera J. La depresión en el anciano. *Aten Primaria* 2000;26: 339-46.
57. Mateos R, Mazaira J, Páramo M, Balbas C, Rodríguez A. Trastornos del sueño y conducta de enfermedad. En: *Trastornos del sueño. III Simposio Internacional sobre Trastornos del Sueño*. Oviedo, 1989; p. 242-9.
58. Tomás C, Moreno LA, Germán C. Factores que determinan la percepción de salud y la calidad de vida en personas mayores de 75 años. *Gac Sanit* 1999;13:9030-1.
59. Xavier FMF, Ferraza MPT, Argimon I, Trentini CM, Poyares D, Bertolucci PH et al. The DSM IV «Minor depression» disorder in the oldest-old: prevalence rate, sleep patterns, memory function and quality of live y elderly people of Italian descent in Southern Brazil 2002. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:107-16.
60. Ibáñez E, García-Riaño D. Metodología y diseños escalares en calidad de vida y depresión. En: Bobes J, Cervera S, Seva A, editores. *Calidad de vida y trastornos depresivos*. Sevilla: Congreso Nacional de Psiquiatría, 1995: p. 21-27.
61. Maddux RE, Delrahim KK, Rapaport MH. Quality of life in geriatric patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectr* 2003;8(12 Suppl. 3):35-47.
62. Mecocci P, Cherubini A, Mariani E, Ruggiero C, Senin U. Depression in the elderly: new concepts and therapeutic approaches. *Aging Clin Exp Res* 2004;16:176-89.
63. Ganguli M, Dodge HH, Mulsant BH. Rates and predictors of mortality in aging, rural, community-based cohort: the role of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:1046-52.
64. Vázquez-Barquero JL, Herrán A, De Santiago A. Epidemiología de los trastornos del humor. En: *Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*, editores. *Trastornos del humor*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2000; p. 235-60.