

## La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención

Depression in the Elderly: a Clinical and Epidemiological Perspective from Primary Care

Sotelo-Alonso I, \* Rojas-Soto JE, \*\*Sánchez-Arenas C,\*\*\* Irigoyen-Coria A.\*\*\*\*

\* Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 7 Monclova, Coahuila. México. Profesor titular del curso de especialización en medicina familiar para médicos familiares, HGZ/UMF no 24 Nueva Rosita, Coahuila. México. \*\*\*\*\* Médico del IMSS, Coahuila. México. \*\*\*\* Profesor del Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro Numerario Academia Nacional de Medicina (México).

Correspondencia: Irma Sotelo-Alonso. Correo electrónico: liliana.lisaver@gmail.com  
Recibido: 12-10-11 Aceptado: 07-12-11

### Resumen

En atención primaria es común que exista tanto el sub-diagnóstico como el retraso en la identificación de la depresión, lo que conlleva al retraso en el tratamiento con el consecuente deterioro tanto en el bienestar de los ancianos como en la salud pública en general. Frecuentemente el médico familiar considera como causas de depresión: *las quejas de la vida rutinaria, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social, el cambio de roles y los problemas financieros comunes a miles de familias* esta situación *per se* justificaría programas de educación médica continua sobre el tema de la depresión. El paciente anciano con depresión presenta dos a tres veces más probabilidades de morir, acude mayor número de veces a los servicios de salud y en aquellos ancianos que se encuentran hospitalizados con frecuencia se complican y prolongan su estancia hospitalaria, aumentando así los costos humanos y financieros de la atención médica.

**Palabras clave:** Atención Primaria, Medicina Familiar, Ancianos.

### Abstract

In primary care there is common both sub-diagnosis and delay in identification of depression, which leads to delayed treatment with the consequent deterioration in both the welfare of the elderly and in the general public health. Often the family physician considered as causes of depression: *the complaints of routine life, inability to cope with family stress, social isolation, changing roles and financial problems common to thousands of families* in this situation *per se* justify programs continuing medical education on the subject of depression. Elderly patients with depression are two to three times more likely to die as many times go to health services and those elderly who are hospitalized are often complicated and prolonged hospital stay, increasing human and financial costs medical care.

**Palabras clave:** Primary Care, Family Medicine, Elderly.

## Introducción

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino, se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida.<sup>1-3</sup>

La depresión se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad así como la calidad de vida de los ancianos que la padecen, para el médico familiar el diagnóstico, tratamiento y en especial la prevención de la depresión nos parece que es de capital importancia en este trabajo se presentan elementos esenciales para el manejo de esta enfermedad a través de una revisión bibliográfica dirigida a las necesidades que se presentan en el primer nivel de atención.<sup>1-45</sup>

Actualmente en México se señala que dentro de los estudios de prevalencia disponibles, el 7.8 % se adjudica a episodios depresivos presentando evidencia indirecta de una probabilidad de padecer depresión en adultos mayores. Por otro lado, dentro del ámbito hospitalario -en el Instituto Nacional de la Nutrición- la frecuencia de síntomas depresivos rebasa el 30%, mientras que la frecuencia por falla cerebral por padecimientos demenciales en la consulta geriátrica es aproximadamente del 20 %.<sup>4</sup>

En lo que se refiere a la población en general, la prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 15 y 20 % y de trastorno depresivo mayor de 1 a 5 %. En pacientes hospitalizados en salas de cuidados intensivos, la prevalencia de síntomas depresivos es de 20 a 30 % y de depresión mayor de 10 a 15 %. En pacientes atendidos en instituciones gubernamentales la prevalencia de síntomas depresivos es de 30 a 40 % y de depresión mayor de 12 a 16%.<sup>4-9</sup>

En cuanto al suicidio como complicación de la depresión, se observa que su tasa se correlaciona en forma directa con la edad, siendo en promedio de 2.6/100 000, más alta de lo reportado en otras épocas de la vida. Esta cifra de suicidio puede presentarse con mayor frecuencia en el anciano; puede ser consecuencia de la participación simultánea de la depresión y otros factores como enfermedades físicas, disminución del control del impulso aunado al deterioro cognitivo, aislamiento social y/o la pérdida del cónyuge.<sup>4-9</sup>

A nivel de la atención primaria existe con frecuencia tanto el subdiagnóstico como el retraso en la identificación de la depresión, lo que conlleva al retraso en el tratamiento, impactando negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de servicios sanitarios.

Frecuentemente el médico familiar considera como causa de depresión las quejas de la vida rutinaria, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros por lo cual se considera justificado no prescribir tratamiento alguno, cuando realmente esta incapacidad puede estar condicionada por la misma depresión.

## Prevalencia de depresión en ancianos

De acuerdo al DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales) la depresión se define como aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y deses-

peración, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores.

En Estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión oscila entre el 6% y el 20 %, aunque en Italia asciende hasta el 40%. En el caso de México, hasta el 2005, la prevalencia fue de 5.8% en las mujeres, y 2.5% en los hombres, incrementándose con la edad. Sin embargo otros estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada; y la incidencia de casos nuevos por años es de aproximadamente 15%. Bello <sup>12</sup> ha observado una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de 4.5%, con 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres.

El envejecimiento puede afectar de forma variable la cognición, la memoria, la inteligencia, la personalidad y la conducta. Sin embargo, muchos cambios en la salud mental son difíciles de atribuir al envejecimiento en sí y a menudo son resultado de la enfermedad. Las disminuciones en la capacidad mental o en el rendimiento (como la cognición, o la conducta) que se consideran relacionadas con la edad se deben a veces a problemas tratables (por ejemplo la depresión, el hipotiroidismo), la rápida disminución de la cognición casi siempre se debe a una enfermedad. <sup>12-14</sup>

### **Efectos del envejecimiento sobre la salud mental**

Los efectos del envejecimiento sobre la salud mental también pueden relacionarse con factores socio-ambientales, incluido el entorno asistencial. La depresión es uno de los factores de riesgo más comunes para el suicidio. Las mayores tasas de suicidio en EUA se observan entre las personas de 70 años o más.

En los varones blancos, el suicidio es 45% más frecuente entre los de 65-69 años, más del 85% entre los de 70-74 años, y más de tres veces y media entre los de 85 años o de mayor edad. Hasta el 70 % de los ancianos que consumaron el suicidio habían visitado a su médico de atención primaria en las cuatro semanas anteriores. <sup>12-15</sup>

El síndrome depresivo es un trastorno del afecto, el cual puede presentarse como parte de diferentes entidades clínicas específicas con episodio depresivo mayor, trastorno bipolar, distimia, ciclotimia, reacción de ajuste con ánimo depresivo o a manera de un trastorno orgánico depresivo (depresión secundaria). Los factores psicológicos de riesgo son similares en todos los grupos de edad e incluyen la culpa y los patrones de pensamiento negativos. La disfunción cognitiva es otro factor de riesgo importante.

Además de los factores físicos y psicosociales se pueden mencionar algunos factores etiológicos que condicionan una serie de cambios en el sistema nervioso central, transformaciones propias del envejecimiento como: la disminución de las neuronas en regiones específicas (sistema límbico) decremento de neurotransmisores e incremento de su catabolismo por aumento de la monoaminoxidasa cerebral, entre otros.

Los episodios de depresión breve, frecuentes en los ancianos, incluyen síntomas depresivos moderadamente graves y que son coherentes con los criterios (DSM-IV), excepto por su duración de aproximadamente 2 semanas. Los síntomas pueden no tener un origen claro y desaparecer de forma espontánea, produciéndose así los episodios en ciclos cada vez más rápidos. Algunos ancianos experimentan un breve periodo, que se prolonga por varios días con síntomas depresivos graves, secundarios a situaciones como las etapas de adaptación y/o duelo. La adaptación a una enfermedad crónica grave o la pérdida del cónyuge o compañero estos suelen ser con frecuencia el origen de estos síntomas; los afectados se recuperan con el tiempo o cuando desaparece el factor que genera el estrés.<sup>1,2</sup>

Debido a la transición demográfica y epidemiológica que ocurre en México, se ha incrementado el número de adultos mayores, representando hasta el 2005 en aproximadamente el 5.4 % de la población, se calcula entre el 10 y 12% para el año 2025. Es probable que para el 2050 represente la cuarta parte de la población, debido a que en la vejez, las capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud aumentan. Por ello, las situaciones psicosociales pueden cambiar en un anciano desde que se jubila, hasta que alcanza la condición de muy viejo, dependiendo de la evolución de su salud, de su autonomía y de las crisis que le puedan afectar.<sup>3</sup>

Con respecto a la variabilidad de la sintomatología depresiva, se han propuesto diferentes modos para identificarla y clasificarla, así mismo, la depresión ha sido hasta ahora ambiguamente definida, no existe acuerdo en los problemas básicos como la naturaleza categórica o dimensional de la clasificación.

La depresión no posee el carácter de una entidad homogénea, la diversidad de sus causas ha hecho considerarla como un grupo de enfermedades cuyo común denominador es el abatimiento del estado de ánimo; el concepto de depresión ha tenido un proceso mediante el cual se han logrado tipificar subtipos de depresión.<sup>15</sup>

El avance más conciso sobre el trastorno depresivo lo ha logrado la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que mediante una descripción y diferenciación fenomenológica ha conjuntado en un capítulo denominado “trastornos del estado de ánimo” diversas entidades clínicas cuya característica principal es una alteración del humor.

Existen síntomas asociados entre los que destacan a nivel psicológico: el llanto fácil o los accesos de llanto desencadenados por estímulos triviales.<sup>3</sup> Las posibilidades de adaptarse a las situaciones, sobre todo si son nuevas, están determinadas en los ancianos por:

- su pasado
- su salud
- sus capacidades de comunicación y sus respuestas.

Sobre el pasado nada se puede hacer, pero sobre los demás factores si se puede influir mediante las actuaciones de los cuidadores o convivientes. Espontáneamente, los mayores suelen reunirse en grupos para convivir en su tiempo libre o de ocio, por tener intereses comunes y una subcultura compartida; por ello, concurren voluntariamente a clubes o centros sociales diurnos y se incorporan a diversos quehaceres, más o menos activos o pasivos, desde simples partidas de juegos a viajes programados.

Entre los trastornos médicos relacionados con la depresión en el adulto mayor se pueden citar:

- las enfermedades neoplásicas
- enfermedades cardiovasculares
- trastornos endocrinos
- trastornos neurológicos
- enfermedades metabólicas y/o de la nutrición
- infecciones como la hepatitis, infección por VIH, herpes zoster, etc.
- abuso de alcohol, cocaína u otras drogas ilícitas
- efectos adversos de algunos fármacos como los antihipertensivos

Está demostrado que algunas circunstancias psicoecológicas influyen en la conducta de los ancianos, así, en su bienestar y confort y en la forma de manifestarse en muchos actos de la vida diaria influye la territorialidad o espacio personal de que disponen, tanto si están en familia, en una residencia u hospital, planteando unas necesidades de espacio e intimidad mínimas para desenvolverse como persona con cierta libertad o discreta autonomía.<sup>5</sup>

### **Trastorno distímico**

El DSM-IV define al trastorno distímico como crónico, persistente y moderadamente grave, como un estado de ánimo deprimido, con dos o más síntomas adicionales (alteraciones del sueño, disminución del apetito, sentimientos de desesperanza, letargo). Los síntomas deben persistir durante al menos dos años, pero sin ser lo bastante graves como para constituir un episodio depresivo mayor.<sup>23</sup>

Es importante distinguir, en algunos casos, entre depresión y un trastorno mental orgánico por ejemplo la demencia incipiente). En la relación demencia-depresión, se presentan varias circunstancias:

- a) ambos cuadros, pueden presentarse de manera simultánea, no son excluyentes;
- b) la depresión puede acompañarse de alteraciones cognitivas sin tratarse de un trastorno demencial;
- c) la demencia puede acompañarse de síntomas depresivos o afectivos aislados sin llegar a integrarse el síndrome depresivo y menos aún una entidad nosológica afectiva específica, los pacientes que son portadores de trastornos demenciales sufren con frecuencia (40 a 50%) de trastornos depresivos, ameritando tratamiento.<sup>7</sup>

La ingesta habitual de fármacos y la poli farmacología -frecuentemente utilizada- a menudo con compuestos que llevan asociados sedantes centrales, pueden ser también causa de estados depresivos. La depresión puede, también, aparecer en el comienzo de un cuadro de demencia y en ocasiones simularlo, como en la pseudo demencia depresiva.<sup>8</sup>

La valoración del estado mental (VM) debe formar parte del proceso de valoración integral (clínica, funcional, mental y social) del anciano. Las áreas principales e inexcusables de la VM son dos: el estado cognitivo (que comprende la demencia, el estado confusional y la alteración de memoria asociada a la edad) y el afectivo. Las personas con ingresos más bajos corren un mayor riesgo de depresión.

La intervención psicoterapéutica sola o combinada con tratamiento farmacológico puede mejorar los síntomas de depresión en el adulto mayor, sobre todo la combinación de ambos es eficaz en la depresión moderada a severa.

La psicoterapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal han demostrado en ensayos clínicos aleatorios ser tan eficaces como la terapia farmacológica en casos seleccionados como en la depresión moderada. Las terapias corporales y psicomotrices, familiares y actividades socio terapéuticas, son sobre todo de utilidad preventiva.<sup>9</sup> Sin duda el uso de instrumentos o escalas de valoración cognitiva en el primer nivel de atención podrían facilitar una exploración rápida y sistemática de la situación mental de los ancianos, debido a que permiten obtener resultados homologables y reproducibles.

### **Instrumentos rápidos de valoración del estado afectivo**

Existen varias escalas de depresión, algunas de ellas para su uso específico en adultos mayores. Las de mayor difusión son la *Geriatric Depression Scale* (GDS) de Brink y Yesavage y la *Rating Scale for Depression* de Hamilton. Estas escalas incluyen ítems sobre humor, insomnio, ansiedad, inhibición, culpabilidad y pensamientos de muerte, síntomas somáticos, síntomas paranoides, compulsivos, etc. Sin embargo, su utilidad se enfoca como posible instrumento de tamizaje y como medida de respuesta del tratamiento, y no se debe utilizar como diagnóstico, ya que este, sobre todo en la depresión es meramente clínico.<sup>7,10,11</sup> Dichas encuestas se realizan entrevistando al paciente o por medio de cuestionarios auto administrados.

La depresión mayor, con o sin melancolía, incluye un síntoma central de estado de ánimo disfórico o pérdida de interés, mas al menos cuatro de los síntomas siguientes: alteraciones del sueño (normalmente, disminución del mismo) perturbación del apetito, pérdida de peso, retraso psicomotor, ideación suicida, mala concentración, sentimientos de culpa y pérdida de interés en las actividades habituales (si no es el síntoma central). Existe melancolía si predominan sobre estos síntomas la falta de interés por el ambiente social, la variación diurna (es decir sentirse peor durante una parte del día, generalmente por la mañana), y la agitación o el retraso psicomotor.

En algunos casos predominan los rasgos psicóticos en la depresión mayor, sobre todo ideas delirantes de enfermedad o sentimientos de culpa sobre algunas acciones, pensamientos o acontecimientos ya pasados. En la depresión psicótica es más prevalente a una edad avanzada que a la mitad de la vida, los síntomas psicóticos son similares entre los ancianos y los pacientes jóvenes, aunque en el adulto mayor suele tener más síntomas y es menos probable que experimente auto reproches y culpa.<sup>12,13</sup>

Existen también otras pruebas para identificar la depresión ya que esta puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, o bien, encubrirlo o acelerarlo, por lo que es importante el adecuado diagnóstico diferencial<sup>14</sup>, para lo cual se utilizan pruebas como el mini examen cognoscitivo de Folstein, versión de Lobo al español, cuya sensibilidad es de 87 % y especificidad de 85 %.<sup>11,32</sup> La gran variación de resultados en este tipo de pruebas, 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 que son precisamente la mayor cantidad de pacientes que atienden los médicos de familia.<sup>24</sup>

A manera de conclusión podemos decir que el panorama expuesto en esta investigación documental justifica *per se* un vigoroso y audaz programa de educación médica continua para los médicos familiares de México -responsables de la salud de importantes grupos de población- especialmente de los núcleos integrados por ancianos.

## Referencias

1. Trastornos Psiquiátricos, La vejez y la salud mental, Evaluación Geriátrica, Manual Merck de Geriatria, Segunda Edición, pp. 40 - 54, 307 - 323. 1990.
2. Douglas CN. Depresión en el adulto mayor. Instituto de Geriatria. Disponible en el sitio: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>.
3. Meléndez Moral C, Tomas Miguel JM, Navarro Pardo E. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista, Manheim. Salud Pub México 2007; 49 (6):408–12.
4. D'Hyever C, Gutiérrez Robledo LM. Geriatria. México: El Manual Moderno, 2006.
5. Cid Sáenz M. Patología Mental: delirium, Trastornos afectivos y por ansiedad. Jiménez Herrero F. Psicología del Anciano, Trastornos psíquicos menores. Alcoholismo y vejez. En: Salgado Alba A, Guillen Llera F, Rupierez Cantara I. Manual de Geriatria, Tercera Edición, Barcelona, Masson Salvat 1990. pp. 99-112.
6. Enfermedades Mentales (Psicosis y Neurosis seniles). En: Nicola de Pietro, Geriatria. México: El Manual Moderno. 1983. pp. 265-69.
7. Martínez M, Martínez O, Verónica A, Esquivel M, Velasco R. Víctor M. Prevalencia de Depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2007; 45 (1): 21-28.
8. Sosa Ortiz AL. Depresión, En: Rodríguez R., Morales J, Encinas Trujillo, D'Hyver C. Geriatria. México: McGraw Hill Interamericana, 2005. pp. 216 - 223, 323 - 325.
9. Alzheimer y otras demencias del anciano, PAC PSQUIATRIA 2. Programa de actualización continua. México: Intersistemas. 2000.
10. Salgado A. Conceptos Valoración Geriátrica. En: Salgado A., Guillen F. El Manual de Geriatria. México. Salvat editores. 1992: 32-7.
11. Valoración Mental. González Montalvo J.I. En: Salgado Alba A, Guillen Llera F, Rupierez Alcántara M. Fundamentos Prácticos de la Asistencia al Anciano, Barcelona, Masson Salvat. Pp. 65 – 73. 1992.
12. Bello M, Puentes RE. Medina M. Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública de México. 2005; 47. Suplemento 1.
13. Recognition and initial assessment of Alzheimer's disease and related dementias: Clinical Practice Guideline. Washington D.C. US: Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research, 1969.
14. Raj A. Depression in the elderly. J Postgrad Med 2004;115(6):26-42.
15. Santillana-Hernández SP, Alvarado-Moctezuma. LE. Depresión en población adulta mayor. Rev Med IMSS 1999;37(2):111-115.
16. Alfaro A, Acuña MM. Depresión en la atención primaria en adultos añosos. Gerontol Geriatric 2000;2(3):18-21.
17. 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.
18. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. Am Fam Physician 1999;60(3):820-826.
19. 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.
20. Rakel RE. Depression. Primary care. Clin Office Practice 1999;26 (2):211-224.

21. 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.
22. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
23. 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
24. 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.
25. 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.
26. García-Muñoz C, Rivera J. Valoración geriátrica en atención primaria. *Jano* 1997;52: 2217-26.
27. 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.
28. Martínez-de la Iglesia J, Onis-Vilches MC, Dueñez-Herrero R, Aguado-Taberné C, AlbertColomer 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;12:620-30.
29. Martínez-de la Iglesia J, Onis-Vilches MC, Dueñez-Herrero R, Aguado-Taberné C, AlbertColomer 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.
30. Lundquist RC, Berners A, Olsen CG. Comorbid disease in geriatric patients: dementia and depression. *Am Fam Physician* 1997;55(8):2687-94.
31. Lobo A, Ezquerro F, Gómez F, Sila JM, Seva A. El minexamen cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Acta Neurol Psiq* 1975;7:180-202.
32. 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;12:189-98.
33. Faison WE, Stephens DC. Prevalence and treatment of depression in the elderly. *Clin Geriatr* 2001;9(11):46-52.
34. Álvarez M, De Alaiz A, Brun E, Cabañeros J, Calzon M, Cosio I, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Aten Primaria* 1992; 10:812-16.
35. 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):336-42.
36. 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.
37. Meldon WS, Emerman CL, Moffa DA, Schubert DS. Utility of clinical characteristics in identifying depression in geriatric ED patients. *Am J Emerg Med* 1999;17:522-25.
38. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto-Masis D, Gil-Laverde JFA, Rondón-Sepúlveda M, DíazGranados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica* 2004;16(6):378-86.
39. Kumar A, Clark S, Boudreaux ED, Camargo CA. A multicenter study of depression among emergency department patients. *Acad Emerg Med* 2004;11(12):1284-89.
40. Horowitz A, Reinhardt JP, Kennedy GJ. Major and subthreshold depression among older adults seeking vision rehabilitation services. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(3):180-87.
41. 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.



42. 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):1083-92.
43. Gutiérrez-Lobos K, Michael Scherer M, Peter Anderer P, Heinz Katschnig. The influence of age on the female/male ratio of treated incidence rates in depression. *BMC Psychiatry*. 2002; 2: 1-8. Published online 2002 January 22.
44. Fielding R. Depression and acute myocardial infarction: a review and reinterpretation. *Soc Sci Med* 1991;32:1017-27.