



## DEPRESSION IN ELDERLY PEOPLE

**Israel Contador Castillo** <sup>(1)</sup>, **Bernardino Fernández-Calvo** <sup>(2)</sup>, **Francisco Ramos Campos** <sup>(3)</sup>,  
**Florencio Vicente Castro** <sup>(4)</sup>, **David (L.) Palenzuela** <sup>(5)</sup>

(1) University of Évora (Portugal)

(2, 3 and 5) University of Salamanca (Spain)

(4) University of Extremadura (Spain)

### ABSTRACT

Depression is one of the most common neuropsychiatric disorders in elderly people and causes sustained impairment in physical, social and psychological functioning. MEDLINE and PsycINFO databases were searched for potentially relevant articles. We focused on empirical studies and authoritative reviews published after 1990, since most progress in understanding late-life depression. The older person may describe the usual signs and symptoms of depression; however, particularly relevant is cognitive impairment. Distinguishing between cognitive deficits seen in depression and progressive dementing diseases is often difficult clinically. Even, some studies demonstrate that there is a significant relation between old-age depression and subsequent dementia. Moreover, depression causes suffering, family disruptions and increases mortality. Some progresses have been made in characterizing the presentation of late-life depression and in improving its treatment, but it continues to have detrimental consequences. Here we offer a review focus on diagnosis, prevention and management of late-life depression.

Key words: Late-life depression. Assessment. Cognitive impairment. Prevention. Treatment.

### INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva del ciclo vital, el envejecimiento se concibe como una secuencia de cambios biológicos, psicológicos y/o sociales, que se producen de manera creciente y simultánea, en el tiempo, donde se combinan ganancias y pérdidas (Baltes, 2000). En ocasiones, los cambios producidos suponen una situación de riesgo o vulnerabilidad (e.g., aislamiento social), que aumenta la probabilidad de padecer algún tipo de trastorno psicológico. Concretamente, la depresión es uno de los trastornos psicopatológicos más frecuentes y complejos en las personas mayores (Katona, 1995).



## DEPRESSION IN ELDERLY PEOPLE

La depresión es una entidad clínica, definida por el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) y la *International Classification of Diseases* (ICD-10, World Health Organization, 1992). No obstante, la depresión no es una entidad homogénea, ya que existen diferencias manifiestas entre la sintomatología clínica que presentan las personas jóvenes y mayores (Kennedy, 1995). Para ser más exactos, la depresión de inicio tardío comprende la aparición de un conjunto de síntomas en personas mayores de 65 años de edad. Así, aunque no forman parte de los criterios de diagnóstico, los cambios en el metabolismo corporal (e.g., obesidad, hipertensión, diabetes) y el deterioro cognitivo son, entre otras, características que suelen acompañar, de manera sistemática, a la depresión en las personas mayores.

En muchas ocasiones, estas características complican la identificación de los trastornos depresivos en los ancianos. El desconocimiento de la heterogeneidad en los síntomas, por un lado, y la escasa utilización de herramientas para la detección precoz, por otro, llevan a diversos errores en el diagnóstico que, a su vez, demora la puesta en marcha de la intervención más apropiada (Koenig, 2007). Incluso, algunos especialistas mantienen la creencia de que la depresión es algo normal en los ancianos, lo cual provoca que la depresión sea una entidad infravalorada en este colectivo (Schneider, Kruse, Nehen, Senf y Heuft, 2000). Los aspectos relacionados con el diagnóstico de la depresión en las personas mayores, y sus particularidades, la presentación de estrategias que nos ayuden a detectar, y prevenir nuevos episodios, junto a las opciones deseables en lo que a materia de intervención se refiere, farmacológica y psicoterapéutica, son los objetivos primordiales de esta revisión.

## MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO

A lo largo de la historia, el término depresión se ha relacionado con diferentes significados, pero lo cierto es que el diagnóstico de la depresión, en la actualidad, es eminentemente clínico y se asienta sobre la exploración de los síntomas del paciente. El diagnóstico de la depresión comprende varias entidades que se diferencian, principalmente, en cuanto a frecuencia, la intensidad y duración de los síntomas (véase tabla 1). Según el DSM-IV, los síntomas más relevantes de la depresión son: tristeza, disminución del interés, pérdida de placer, pérdida o ganancia excesiva de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, reducida habilidad de concentración y pensamientos recurrentes de suicidio o muerte. Estos síntomas deben producir un malestar clínicamente significativo en la persona y/o un deterioro en áreas importantes de su actividad (e.g., laboral y/o social). Como criterios de exclusión, se contemplan el abuso de sustancias, causas de tipo médico, la superación de un proceso de duelo y otros trastornos psiquiátricos (e.g., esquizofrenia, trastorno bipolar) que expliquen mejor la sintomatología depresiva.

Aunque los estudios coinciden en que la depresión es un trastorno psicológico frecuente en las personas mayores, los datos sobre la prevalencia son muy variados. Principalmente, las fluctuaciones en la prevalencia se explican por los criterios clínicos empleados, los instrumentos de recogida de información y la población seleccionada (Katona, 1995).

Trastorno	Síntomas	Duración
Depresión mayor	Al menos 5 síntomas, incluyendo necesariamente: a. Tristeza; b. Interés disminuido o pérdida de placer actividades	Al menos 2 semanas
Distimia	Ánimo triste persistente acompañado de, al menos, dos síntomas de depresión mayor.	Al menos 2 años

*Nota.* La depresión menor y la depresión breve recurrente son incluidas bajo la categoría de trastorno depresivo no especificado en el DSM-IV. La depresión menor no se incluye como categoría diagnóstica establecida, pero el apéndice B establece unos criterios de diagnóstico para la investigación



## NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. CALIDAD DE VIDA Y SOCIEDAD ACTUAL

Depresión menor (subsindrómica)	Al menos un síntoma cardinal de depresión mayor. No debe superar los 5 síntomas.	Al menos 2 semanas
Depresión breve recurrente	Episodios depresivos frecuentes (1 al mes) con una duración típica de 2-3 días	Durante al menos 1 año
Trastorno adaptativo (ánimo deprimido)	Ánimo depresivo, tristeza o desesperanza.	Se explica por un factor psicosocial estresante

Generalmente, la población general de personas mayores presenta unas tasas de prevalencia que oscilan entre el 1-4% para la depresión mayor, alrededor de un 2 % para la distimia y entre el 4-13% para la depresión menor (Blazer, 2003). No obstante, la sintomatología depresiva es, significativamente, más alta en aquellas personas que padecen algún tipo de enfermedad biológica, por ejemplo, hasta un 50% de los pacientes con infarto de miocardio, sometidos a un cateterismo, padecen algún tipo de cuadro depresivo (Carney y Freedland, 2003). Otras posibles causas médicas, que pueden provocar la aparición de síntomas, son: infecciones virales, problemas endocrinos (e.g., hipotiroidismo), cáncer, enfermedades cerebrovasculares, trastornos metabólicos (e.g., déficit vitamina B12) y los efectos secundarios de ciertos fármacos (Spar y La Rue, 2006). Por este motivo, el DSM-IV introduce un subgrupo de trastornos depresivos donde existe una causa médica que puede explicar el trastorno.

Para ampliar más la cuestión, los pacientes con depresión de inicio tardío, en comparación con los pacientes de comienzo precoz, presentan mayor afectación neuropsicológica (Alexopoulos, Meyers, Young, Mattis y Kakuma, 1993) y una elevada prevalencia e incidencia de demencias (Alexopoulos y Nambudiri, 1994). El patrón cognitivo más característico de los pacientes con depresión se denomina síndrome disejecutivo (Alexopoulos, Kiosses, Klimstra, Kalayam y Bruce, 2002). Este síndrome se caracteriza por una serie de alteraciones cognitivas (e.g., déficit en el control atencional) y conductuales (e.g., retardo psicomotor y dificultades en las actividades de la vida diaria), explicadas por una disfunción del funcionamiento del sistema frontoestriado. Por si no es suficiente, los pacientes con depresión, a veces, muestran un deterioro de la memoria episódica muy similar al de los pacientes con demencia tipo Alzheimer (DTA) (O' Carroll, Conwy, Ryman y Prontica, 1997).

De ahí que, uno de los problemas comunes, en la práctica clínica, es diferenciar, correctamente, entre la demencia incipiente y la depresión asociada con deterioro cognitivo. Clásicamente, se ha utilizado el término ambiguo de *pseudodemencia depresiva* para referirnos a un trastorno psiquiátrico, en este caso la depresión, que emula a una demencia. Sin embargo, se ha comprobado que el deterioro cognitivo de estos pacientes persiste tras la desaparición del estado depresivo y hasta un 40% de ellos puede desarrollar una demencia (Alexopoulos et al., 1993). Por ir más allá, Jorm (2000) afirma que la depresión no solo es un factor de riesgo sino que, a veces, es un síntoma preclínico de la enfermedad.

Para resolver este problema, se han descrito algunas características que puede ayudar a diferenciar entre la depresión y la demencia. De tal modo que, los individuos con depresión primaria, a diferencia de las personas con demencia incipiente asociada a depresión, muestran más quejas subjetivas de memoria, los síntomas depresivos suelen ser más severos y persistentes, y el deterioro cognitivo es más específico (Olin et al, 2002). Además, la evaluación neuropsicológica y las pruebas complementarias, unidas al seguimiento clínico y la respuesta a la medicación antidepressiva, se convierten en fuentes básicas de información para establecer el diagnóstico diferencial entre la demencia y la depresión (Wright y Persad, 2007). No obstante, la investigación sobre nuevas medidas que consigan diferenciar entre pacientes con DTA y depresión está todavía abierta (Contador, Fernández-Calvo, Ramos, Cacho y Rodríguez, 2009).



## DEPRESSION IN ELDERLY PEOPLE

### PARTICULARIDADES DE LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ

El hecho de que la depresión se encuentre infravalorada, en las personas mayores, se debe a varias cuestiones metodológicas y conceptuales: a) una atribución errónea de los síntomas depresivos a una enfermedad médica; b) la depresión leve resulta muy difícil de identificar; c) el solapamiento de los síntomas entre la depresión y la demencia incipiente; d) la aproximación, teórica y metodológica, para evaluar los síntomas depresivos puede priorizar unos síntomas en detrimento de otros; e) los criterios nosológicos establecidos no recogen toda la heterogeneidad clínica de la depresión en la edad adulta.

En relación a este último punto, recientes aportaciones ponen de manifiesto que los síntomas afectivos, como la tristeza, son menos frecuentes en las personas mayores, siendo más prominentes los síntomas motivacionales como la apatía (Gallo y Rabins, 1999). Además, los síntomas psicológicos, a diferencia de lo que ocurre con los síntomas somáticos, son menos frecuentes en los pacientes con distimia (Oxman et al., 2000). Otros síntomas frecuentes en la depresión tardía son las alteraciones en la psicomotricidad, ansiedad e irritabilidad, trastornos del sueño y delirios, los cuales complican el curso y la evolución de la depresión (Buendía, Fernández-Calvo, Ramos y Riquelme, 2008). En suma, conocer estas características es de vital importancia ya que, en alguna medida, nos ayudarán a identificar la presencia del trastorno y la puesta en marcha de las intervenciones más apropiadas en las personas mayores. Particularmente, esto resulta dramático si tenemos en cuenta que el suicidio es dos veces más frecuente en las personas mayores que en la población general (Suicide Research Consortium, 1998).

### UN NUEVO ENFOQUE: LA PREVENCIÓN

Sabiendo que la depresión tardía es un problema de salud pública, la mayor parte de las intervenciones se han dirigido al tratamiento paliativo de los síntomas. No obstante, la identificación de un problema de salud, como es la depresión, y los factores de riesgo asociados a la misma nos permite actuar sobre el problema, incluso, antes de que aparezca (véase Whyte y Rovner, 2006). Desde la *prevención primaria*, se han puesto en marcha iniciativas como la disminución de los factores de riesgo vasculares (e.g., hipertensión, hiperlipemia, concentración de homocisteína), la terapia cognitivo-conductual para los pacientes que padecen algún tipo de enfermedad médica y la información a las personas mayores sobre las posibilidades de tratamiento.

La *prevención secundaria* requiere la puesta en marcha de aquellas intervenciones que nos permitan minimizar su progresión y las complicaciones de la depresión. Diferentes estudios han demostrado que las intervenciones, farmacológicas y psicológicas, ayudan a prevenir la recurrencia de los trastornos deprimidos una vez que habían remitido (Bartels, Dums y Oxman, 2003). No obstante, uno de los problemas más importantes, en este nivel de prevención, es al desarrollo de *estrategias de screening* que nos permitan detectar los casos de manera precisa. Mulrow et al. (1995) refieren que la sensibilidad de algunas escalas para detectar la depresión mayor oscila entre el 84% de sensibilidad y el 72% de especificidad. Estos datos avalan que las escalas disponibles no detectan todos los casos clínicos, y que algunos pacientes con cuadros depresivos menores son mal diagnosticados. En cualquier caso, la incorporación de escalas de depresión en la rutina médica diaria ayuda a mejorar el diagnóstico, pero las pruebas de rastreo no deben considerarse como un elemento suficiente para iniciar el tratamiento y deben acompañarse de una estrategia clínica adecuada (Coyne, Thompson, Palmer, Kagee y Maunsell, 2000).

Finalmente, la *prevención terciaria* persigue el tratamiento adecuado de la enfermedad con el objetivo de restablecer, en la medida de lo posible, el estado de salud. El control adecuado de la sintomatología permite mejorar la calidad de vida y las consecuencias asociadas al padecimiento de la depresión,



## NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. CALIDAD DE VIDA Y SOCIEDAD ACTUAL

entre ellas el suicidio. En el apartado 2.5. abordaremos las estrategias más útiles para la intervención en las personas con depresión pero, antes de llegar a este punto, es necesario comprender cuales son los aquellos modelos científicos que mejor explican la sintomatología depresiva en las personas mayores.

## INTEGRACIÓN DE MODELOS EXPLICATIVOS

Actualmente, la causa de la depresión es desconocida, de tal forma que existen diferentes modelos, desde el ámbito médico y psicológico, que tratan de explicar la aparición y el mantenimiento de los síntomas depresivos. En este sentido, la depresión es una entidad compleja, que no se explica por una causa única, ya sea genética, bioquímica o psicosocial, sino por multiplicidad de factores. Generalmente, se asume la existencia de una serie de factores de vulnerabilidad que, en interacción con los sucesos estresantes, incrementan la posibilidad de sufrir un trastorno depresivo (Hammen, 2005). Es importante resaltar que estos factores, del tipo que sean, no son excluyentes entre sí y su importancia debe ser ponderada, individualmente, en función de los datos obtenidos en la historia clínica, la sintomatología, las pruebas complementarias y la eficacia de la intervención. A modo de reseña, presentamos algunas de las hipótesis que han tenido más impacto en el estudio de la depresión.

Las *hipótesis biológicas* han sufrido un fuerte auge durante los últimos 25 años (Blazer, 2003). Algunas de las más contrastadas son: a) *Genéticas*: asumen que la prevalencia de los trastornos depresivos es mayor cuando existen antecedentes familiares. b) *Bioquímicas*: las carencias en el metabolismo de ciertos neurotransmisores (principalmente la adrenalina, la serotonina y la adrenalina) causan los estados depresivos; c) *Endocrinas*: plantean que la disfunción en el eje hipotálamo-hipófisis-glándula suprarrenal, que regula la secreción hormonal, y otras glándulas (e.g., tiroides) generan los síntomas depresivos d) *Orgánicas*: proponen que ciertas enfermedades (e.g., vasculares) se asocian con la aparición de estados depresivos. A pesar de todo el volumen de investigación que se ha generado sobre las hipótesis biológicas, éstas presentan algunas carencias tales como: a) no se han identificado, aún, ningún marcador genético de la depresión; b) la restauración de los niveles normales en ciertos neurotransmisores no correlaciona, necesariamente, con la supresión del estado depresivo. c) la causa orgánica no es una condición *sine qua non* para la aparición de los síntomas.

Actualmente, la presentación de un modelo, que pueda dar una respuesta integrada a la sintomatología depresiva, requiere la combinación de factores. Mismamente, ciertos postulados indican que el estrés, la depresión mayor y la enfermedad médica están estrechamente relacionados. Según McEwan (2003), la respuesta del organismo al estrés provoca un exceso en la activación del sistema adrenérgico cortical, que debilita nuestro sistema inmunológico y nos hace más vulnerables a diferentes enfermedades como la obesidad, debilitación ósea, atrofia de células cerebrales y la depresión. Por otro lado, existen una gran variedad de factores psicosociales que aumentan la vulnerabilidad a la respuesta depresiva, por ejemplo, el sexo femenino, el bajo status socioeconómico, pérdida de salud física, alcoholismo, la presencia de discapacidad, el aislamiento social, la institucionalización, el proceso del duelo, el neuroticismo y el estilo cognitivo pesimista entre otros (véase Karel, 1997). En suma, la persistencia de ciertos cambios en el metabolismo cerebral (e.g., hipometabolismo de las estructuras neocorticales dorsales e hipermetabolismo de estructuras ventrales del sistema límbico) nos indican que hay factores biológicos que predisponen y mantienen el estado depresivo (Mayberg, 2001).

Finalmente, desde la psicología, se han propuesto diferentes teorías y modelos que tratan de ahondar en los mecanismos que explican la instauración y el mantenimiento de la depresión. Los *enfoques conductuales* se asientan, principalmente, sobre los principios del condicionamiento operante. Ferster (1965) y Lewinsohn (1974) resaltan que la principal característica de la depresión es la falta de refuerzo positivo contingente con la conducta, por un lado, y la conducta de evitación a los estímulos aversi-



## DEPRESSION IN ELDERLY PEOPLE

vos, o simplemente la reducción del número de conductas, por otro. Dentro de *los enfoques cognitivos*, el modelo de Beck (1967) es, probablemente, uno de los más conocidos. Los modelos cognitivos plantean que el modo de procesar la información (e.g., *triada cognitiva negativa*) es la variable que mejor explica la aparición de la depresión. Por otro lado, las aproximaciones centradas en el *enfoque cognitivo-social* se han concentrado en los conceptos de atribución causal (interna, global y estable) y la desesperanza como factores de vulnerabilidad (Alloy et al., 2006). Finalmente, dentro del *enfoque cognitivo-conductual*, más centrado en la interacción del individuo con el ambiente, destacan los modelos de autocontrol. Según Bandura (1986), la depresión es el resultado de unas bajas expectativas de autoeficacia (creencia de que uno puede ejecutar una determinada conducta con éxito) y altas expectativas de resultados (creencia de que un comportamiento me llevará a un resultado).

## INTERVENCIÓN

El tratamiento de la depresión, en las personas mayores, pasa por controlar los síntomas depresivos, con el objetivo final de optimizar la calidad de vida del paciente. A la hora de plantearnos las pautas de intervención, debemos considerar tanto las intervenciones psicoterapéuticas como las farmacológicas. En este sentido, existe una evidencia, más que contrastada, sobre la efectividad de las intervenciones de tipo farmacológico y psicológico en este tipo de trastornos (Bartels et al., 2003). No obstante, la terapia electro-convulsiva puede ser una opción útil siempre y cuando no haya una respuesta al tratamiento, exista un riesgo de suicidio y/o la depresión sea de grado severo con síntomas psicóticos.

Por lo que respecta al tratamiento con fármacos, los estudios sugieren que la intervención con anti-depresivos tricíclicos y los inhibidores de recaptación selectiva de la serotonina, con niveles de eficacia similares, son los tratamientos de elección a esta edad (véase Karel y Hinrichsen, 2000). Este tipo de intervenciones resultan especialmente efectivas en la fase inicial, pero la práctica clínica ha demostrado que el tratamiento farmacológico tiene efectos más duraderos siempre y cuando no se interrumpa, evitando lo que se conoce como "*síndrome de discontinuidad*". El avance de la farmacología, en los últimos años, ha logrado no solo reducir la sintomatología a niveles aceptables, sino que las dosis de fármacos sean mejor toleradas, de forma cualitativa y cuantitativa, por las personas mayores. Así, existen tratamientos diana que funcionan con igual eficacia a cualquier edad (Salzman, Wong y Wright, 2002). Esto hace que el tratamiento farmacológico sea muy operativo, especialmente, una vez que se han superado muchos problemas de toxicidad e intolerancia al fármaco en las personas mayores.

En cuanto a la intervención psicosocial o psicoterapéutica, hay una gran variedad de intervenciones: cognitivo-conductuales, psicoterapia interpersonal, psicodinámica, terapia de revisión de la vida, psicoterapia de grupo y de familia. En general, Karel y Hinrichsen (2000) señalan que el cuerpo de la investigación científica sobre la eficacia de la psicoterapia en las personas mayores es escaso. Algunas observaciones clínicas apuntan que la experiencia vital de los mayores les hace ser un tanto escépticos frente a la psicoterapia, en particular, con la psicodinámica. Por ello, es importante llevar algún tipo de intervención psicoeducativa que permita mejorar la adherencia al tratamiento psicoterapéutico, ya sea de un tipo u otro.

Una de las intervenciones que ha demostrado más eficacia es la terapia cognitivo-conductual. Así, las estrategias basadas en la de "acción" (e.g., excursiones o actividades deportivas) ayudarán a superar algunos de los factores que precipitan y mantienen la depresión en las personas mayores como la soledad y la inutilidad. Las personas mayores *activas* tienen más sensación de control de sus vidas y eso incrementa el optimismo, o las ilusiones positivas como defiende Taylor (1989), un antídoto contra la depresión (véase Baltes y Baltes, 1986). Finalmente, la terapia de revisión de la vida es una de las pocas psicoterapias desarrolladas, específicamente, para personas mayores. Esta terapia permite, reflexionando sobre cómo han sido sus vidas, alcanzar una mayor auto-aceptación de sí mismos.



## NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. CALIDAD DE VIDA Y SOCIEDAD ACTUAL

## CONCLUSIONES

De acuerdo con los planteamientos realizados, hemos llegado a las siguientes conclusiones principales: a) La depresión es una entidad clínica frecuente con una serie de particularidades, en la edad adulta, que suelen pasar desapercibidas para la familia y los especialistas. b) La depresión es un síndrome infravalorado que se asocia con diferentes causas médicas y, particularmente, con el deterioro cognitivo. c) El diagnóstico diferencial de la depresión y la demencia sigue siendo un reto en la actualidad. d) Conocer la heterogeneidad de la sintomatología, en la depresión tardía, es fundamental para identificar la presencia del trastorno depresivo y poner en marcha las intervenciones más apropiadas. e) La intervención sobre la sintomatología depresiva requiere un cambio de paradigma pasando desde el tratamiento a la prevención. f) Actualmente, no existe un modelo de causa única que explique la depresión. g) La implementación de una estrategia de intervención requiere siempre una evaluación individualizada del caso. h) Generalmente, la combinación adecuada de las terapias, farmacológica y psicoterapéutica, puede ser de gran utilidad en tratamiento y prevención de la depresión en las personas mayores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Mattis, S., y Kakuma, T. (1993). The course of geriatric depression with reversible dementia: a controlled study. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1693-1699.
- Alexopoulos, G.S., Kiosses, D.N., Klimstra, S., Kalayam, B., y Bruce, M. L. (2002). Clinical presentation of the "depression-executive dysfunction syndrome" of late life. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *10*, 98-106.
- Alexopoulos, G. S., y Nambudiri, D. E. (1994). Depressive dementia: Cognitive and biologic correlates and the course of illness. En V. Olga, B. Emery, y Oxman, T.E. (Eds.), *Dementia: Presentations, Differential Diagnosis and Nosology* (pp. 321-335). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Whitehouse, W.G., Hogan, M.E., Panzarella, C., y Rose, D.T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*, 145-156.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baltes, M. M., y Baltes, P.B. (1986) *The psychology of control and aging*. Hillsdale, N.Y.: LEA.
- Baltes, P.B. (2000) Autobiographical reflections: from development methodology and life-span psychology to gerontology. En J.E. Birren, y J.F. Schroots (Eds.): *A history of gerontopsychology in autobiography* (pp. 7-26). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bartels, S.J., Dums, A.R., Oxman, T.E., Schneider, L.S., Arean, P.A., et al. (2003). Evidence-based practices in geriatric mental health care: An overview of systematic reviews, meta-analyses, and strategies for implementation. *Psychiatric Clinics of North America*; *26*, 971-990.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *Journals of Gerontology. Series A: Biological, Sciences and Medical Sciences*, *58*, 249-265.
- Buendía, J., Fernández-Calvo, B., Ramo, F. y Riquelme, A. (2008). Trastornos asociados a la vejez. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Edición revisada, Vol. II). Madrid:



## DEPRESSION IN ELDERLY PEOPLE

Mc Graw Hill.

- Carney, R.M., y Freedland, K.E (2003). Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Biological Psychiatry*, 54, 241-7.
- Contador-Castillo, I., Fernández Calvo, B., Cacho, .J., Ramos, F, Rodríguez-Pérez, R. (2009). Alteración de la memoria no verbal en la demencia tipo Alzheimer: ¿adquisición u olvido?. *Psicothema*, 21, 15-20.
- Coyne, J. C., Thompson, R., Palmer, S. C., Kagee, A., & Maun-sell, E. (2000). Should we screen for depression? Caveats and potential pitfalls. *Applied and Preventive Psychology*, 9, 101-121.
- Ferster, C.B. (1965). Classification of behavior pathology. En U. Krasner (Ed.), *Research in Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Gallo, J.J., y Rabins, P.V. (1999). Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*, 60, 820-6.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Jorm, A., F. (2000). Is depression a risk factor for dementia or cognitive decline? *A review. Gerontology*, 46, 219-227.
- Karel, M. J. (1997). Aging and depression: Vulnerability and stress across adulthood. *Clinical Psychology Review*, 17, 847-879.
- Karel, M., y Hinrichsen, G. (2000). Treatment of Depression in late life: psychotherapeutic interventions. *Clinical Psychology Review*, 29, 707-729.
- Katona, C., L., E. (1995). *Depression in old age*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Kennedy, G.J. (1995). The geriatric syndrome of late-life depression. *Psychiatric Services*, 46, 43-8.
- Koenig, H.G. (2007). Physician attitudes toward treatment of depression in older medical inpatients. *Aging & Mental Health* 11, 197-20.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioural approach to depression. En R.J. Friedman y M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, DC: Winston & Sons.
- Mayberg, H. (2001). Depression and frontal-subcortical circuits: Focus on prefrontal-limbic interactions. En D.C. Lichten y J.L. Cummings (Eds.): *Frontal-Subcortical Circuits in Psychiatric and neurological disorders* (pp. 177-206). - New York: The Guilford Press
- McEwan, B.S. (2003). Mood disorders and allostatic load. *Biological Psychiatry*, 54, 200-07.
- Mulrow, C.D., Williams, J.W. Jr., Gerety, M.B., Kerber, C.A., Ramirez, G. (1995). Case-Finding Instruments for Depression in Primary Care Settings. *Annals of Internal Medicine*, 122, 913-921.
- O'Carroll, R.E., Conway, S., Ryman, A., y Prentice, N. (1997). Performance on the delayed word recall test (DWR) fails to differentiate clearly between depression and Alzheimer's disease in the elderly. *Psychological Medicine*, 27, 967-971.
- Olin, J.T., Katz, I.R., Meyers, B.S., Schneider, L.S., y Lebowitz, B.D. (2002b). Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 129-141.
- Oxman, T.E., Barrett, J.E., Sengupta, A., J, W., y Cornell, J. (2000). The relationship of aging to dysthymia in primary care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 318-326.
- Salzman, C., Wong, E., Wright, B.C. (2002). Drug and ECT treatment of depression in the elderly, 1996-2001: a Literature Review. *Biological Psychiatry*, 52, 265-284
- Schneider, G., Kruse, A., Nehen, H.G., Senf, W., y Heuft, G. (2000). The prevalence and differential diagnosis of subclinical depressive syndromes in inpatients 60 years and older. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 251-60.
- Spar, J.E., y La Rue, A. (2006). *Clinical Manual of Geriatric Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Suicide Research Consortium (1998). *Suicide Fact Sheet*. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health: Centers for disease control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Taylor S. E. (1989). *Positive Illusions*. New York: Basic Books. (Trad. castellana Martínez Roca, 1991).



NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. CALIDAD DE VIDA Y SOCIEDAD ACTUAL

- Whyte, E.M., y Rovner, B. (2006). Depression in late-life: shifting the paradigm from treatment to prevention. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 746-51.
- World Health Organization (1992). *Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva. World Health Organization.
- Wright, S.L., y Persad, C (2007). Distinguishing Between Depression and Dementia in Older Persons: Neuropsychological and Neuropathological Correlates *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20, 189-198.

*Fecha de recepción: 28 febrero 2009*

*Fecha de admisión: 19 marzo 2009*

