



DEPRESIÓN EN ANCIANOS

Depression in elderly

*Diana Marcela Peña-Solano¹, María Isabel Herazo-Dilson¹,
José Manuel Calvo-Gómez²*

1. Residente Psiquiatría II año, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
2. Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Correspondencia: jmcalvog@unal.edu.co

Resumen

La depresión en personas mayores de 65 años tiene una alta prevalencia y produce un impacto negativo en la calidad de vida. Dentro de los factores de riesgo se destacan: duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodio depresivo previo, género femenino, demencia y condiciones médicas crónicas. Los ancianos deprimidos muestran menos ánimo triste, más ansiedad y más quejas somáticas que los jóvenes con la misma patología. El pronóstico es en general pobre, pues este trastorno en los ancianos presenta mayor tasa de recaídas y mayor mortalidad general que en las personas de otras edades. La selección del tratamiento farmacológico requiere la individualización del paciente, la consideración de sus condiciones médicas asociadas y una cuidadosa evaluación del perfil de efectos adversos e interacciones medicamentosas. En este artículo se hace una revisión de la literatura, centrada en los aspectos clínicos concernientes a la epidemiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de este trastorno, apoyada en las bases de datos electrónicas Medline y Lilacs.

Palabras clave: depresión, anciano, terapia tratamiento.

Peña-Solano DM, Herazo-Dilson MI, Calvo-Gómez JM. Depresión en ancianos. *Rev.Fac.Med.* 2009; 57: 347-355.

Summary

Depression in people older than 65 years has a high prevalence and a negative impact on quality of life. Among the risk factors for this are: bereavement, sleep disturbance, disability, prior depressive episode, female gender, dementia and chronic medical conditions. The depressed elderly show less sad mood, more anxiety and somatic complaints than depressed young patients. The prognosis is generally poor, because the disorder in the elderly has increased relapse rate, increased risk of death from suicide and overall mortality compared with people of other ages. Also is frequent comorbidity with other medical illnesses and with other psychiatric disorders, which further dims the prognosis. The selection of drug treatment requires the individualization of patient, beware of their associated medical conditions, possible drug interactions and careful evaluation of the adverse effect profile. This article is a literature review focusing on clinical aspects concerning epidemiology, diagnosis, prognosis and treatment of this disorder, for which an electronic consultation was done in Medline and Lilacs.

Key words: depression, aged, therapeutics, treatment.

Peña-Solano DM, Herazo-Dilson MI, Calvo-Gómez JM. Depression in elderly. *Rev.Fac.Med.* 2009; 57: 347-355.



Introducción

La presencia de un trastorno depresivo en personas mayores de 65 años aumenta la mortalidad en este grupo etario, produce impacto negativo en la calidad de vida y se ha constituido en un problema de salud pública en el ámbito mundial. Los adultos deprimidos tienen un funcionamiento igual o peor que quienes padecen enfermedades médicas crónicas tales como artritis, enfermedad pulmonar o diabetes (1).

La depresión incrementa la percepción de mala salud por parte del paciente anciano y la utilización de los servicios de atención primaria. Los adultos mayores deprimidos consultan al médico general dos o tres veces más que aquellos no deprimidos, lo cual aumenta de manera significativa los costos en los servicios de salud (1,2). A pesar de tan alto número de consultas, menos del 20 por ciento de los casos son diagnosticados y tratados, e incluso en aquellos que reciben tratamiento la utilidad de las intervenciones parece ser modesta (3).

El presente artículo tiene como objetivo revisar los aspectos clínicos más relevantes del trastorno depresivo en los ancianos con el fin de facilitar al médico de atención primaria las herramientas básicas para un adecuado diagnóstico y tratamiento, y de esta manera ayudar a reducir el impacto negativo de este trastorno en la comunidad.

Material y métodos

Para llevar a cabo esta revisión se realizó una búsqueda electrónica de estudios en las bases de datos Medline y Lilacs utilizando las palabras clave: depresión, anciano, desorden depresivo, tratamiento y drogas terapéuticas. Los límites de la búsqueda fueron: publicaciones de los últimos 14 años incluyendo artículos de revisión, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos contro-

lados aleatorizados y metaanálisis. Se obtuvieron en total 210 artículos, de los cuales se escogieron los que profundizaran en aspectos tales como epidemiología, fenomenología, comorbilidad y tratamiento, y que a su vez aportaran datos útiles para la práctica clínica. De esta selección se escogieron 48 artículos.

Resultados

Características clínicas de la depresión en los ancianos

La depresión en los ancianos hace referencia al síndrome depresivo observado en personas mayores de 65 años y cuyos criterios diagnósticos han sido recogidos en el *Manual de Diagnóstico y Estadístico* de la Asociación Americana de Psiquiatría en la cuarta edición revisada (DSM-IV-TR) (Tabla 1).

Las características del trastorno depresivo descritas en el DSM IV-TR corresponden a la presentación del cuadro clínico en los pacientes de la tercera edad. Sin embargo, existen algunas variaciones en este grupo. El afecto depresivo, síntoma típico de la depresión, es reportado con menor frecuencia por los ancianos deprimidos que por los pacientes más jóvenes (5,6). La depresión tiende a presentarse con más características melancólicas y en general parece ser más severa en los adultos mayores. No obstante, en las escalas que miden la apreciación subjetiva de los pacientes acerca de su depresión se han encontrado puntuaciones menores que en los jóvenes. Probablemente esto se deba a la tendencia que tienen los ancianos a aceptar los síntomas depresivos como “normales” y a la menor propensión a tener afecto triste.

Los pacientes ancianos presentan con mayor frecuencia insomnio medio y terminal, mayor pérdida de apetito, más sintomatología psicótica,

Tabla 1. Criterios del DSM IV-TR para episodio depresivo mayor

- A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto de la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer.
- Nota:** no incluir los síntomas que son claramente debidos a una condición médica general o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi a diario según lo indica el propio sujeto (ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi a diario (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (ej. un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi a diario. Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 4. Insomnio o hipersomnia casi a diario.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi a diario (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi a diario (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej. una droga, un medicamento) o una condición médica (ej. hipotiroidismo).
- E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

menos irritabilidad y menor somnolencia diurna que los pacientes jóvenes (7).

La entrevista es la herramienta de mayor utilidad para la detección del trastorno depresivo en la práctica clínica.

En los pacientes que niegan ánimo triste es útil indagar acerca de otros síntomas como: desesperanza, ansiedad, quejas de memoria, anhedonia, descuido en el arreglo personal, falta de adherencia a los regímenes farmacológicos o dietarios y quejas hipocondríacas (8).

Las quejas somáticas desproporcionadas en relación a la condición médica de base o sin ninguna etiología explicable como la hipocondriasis, son más habituales en los ancianos deprimidos que en los pacientes más jóvenes y llegan a observarse hasta en el 65 por ciento de los casos, constituyéndose en un hallazgo común en la presentación clínica de la depresión en este grupo de edad. Igualmente, la ansiedad puede ser encontrada con mayor frecuencia que el ánimo triste, lo cual ocasiona que con frecuencia se confunda el trastorno depresivo con los trastornos de ansiedad en este grupo de edad (8,9).



Epidemiología

La depresión es una enfermedad frecuente en los adultos mayores. La prevalencia total del trastorno depresivo mayor en la población geriátrica, oscila entre 1,2 y 9,4 por ciento. Si se incluyen también los individuos con síntomas depresivos que no satisfacen criterios para depresión mayor la prevalencia aumenta a cifras que llegan hasta el 49 por ciento (10,11).

La prevalencia de depresión en ancianos varía según el escenario donde se estudie. Los ancianos institucionalizados presentan una prevalencia de hasta el 42 por ciento, cifra mayor a la observada en los ancianos que habitan en la comunidad (10,12). En los pacientes hospitalizados por condiciones médicas la prevalencia de depresión también es bastante elevada, variando entre 5,9 y 44,5 por ciento, según los criterios diagnósticos que se utilicen (13,14).

Un estudio realizado por la Universidad del Valle en el año 2000 encontró que la depresión mayor es una de las causas más frecuentes de consulta en los pacientes ancianos (15). Por otra parte, un estudio transversal realizado en el año 2004 mostró que los grupos de edad con mayor proporción de personas deprimidas en los 12 meses previos a la encuesta fueron el de 46 a 60 años y el de 61 años o más (16).

Factores de riesgo

En un metaanálisis en el que se combinaron los resultados de 20 estudios prospectivos realizados con sujetos de la comunidad entre los 58 y 85 años se halló que los factores de riesgo significativos para depresión en ancianos son: duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodio depresivo previo y género femenino (17). Estudios llevados a cabo con ancianos institucionalizados, como en el Canadian Study of Health

and Aging (CSHA) y el Amsterdam Groningen Elderly Depression Study (AGED) reportaron factores de riesgo similares a los apreciados en pacientes de la comunidad, entre los que se destacan: dolor, enfermedad cerebrovascular, pobre soporte social, eventos vitales negativos y percepción de un cuidado inadecuado (10,12,18).

Curso y pronóstico

Una revisión sistemática reciente concluyó que la depresión en ancianos tiene un pronóstico pobre. Las tasas de remisión y respuesta al tratamiento farmacológico y a la terapia electroconvulsiva (TEC) son similares a las encontradas en los adultos de edad media, pero los ancianos con trastorno depresivo mayor tienen mayor riesgo de recaídas que la gente joven, esto es especialmente cierto para aquellos cuyo primer episodio ocurrió en edades tempranas, lo cual ensombrece aún más el pronóstico (5,19).

La evidencia en estudios de comorbilidad ha sugerido que el tiempo para alcanzar la remisión puede ser mayor y las tasas de remisión menores cuando una enfermedad médica concomitante está presente. Por lo tanto, es probable que los pacientes que presentan simultáneamente un cuadro clínico de depresión y una condición médica general requieran tratamientos farmacológicos más prolongados (19). El deterioro cognitivo, la gravedad del episodio depresivo, la presencia de comorbilidad y la discapacidad son factores de peor pronóstico (20).

Las tasas de mortalidad por suicidio en ancianos son mayores que en personas jóvenes, variando entre el 5 y el 10 por ciento, siendo los trastornos afectivos un factor de riesgo independiente y significativo para suicidio en este grupo de edad (21). El 85 por ciento de los pacientes ancianos con depresión mayor que se suicidan pertenecen al sexo masculino. El suici-

dio en ancianos se caracteriza por estar antecedido de un menor número de amenazas y el empleo de métodos más letales que lo reportado en edades más tempranas. Otros factores de riesgo asociados al suicidio en ancianos son: ser viudo o divorciado, vivir solo, abuso de sustancias y eventos vitales estresantes de índole financiera o interpersonal (22).

La evidencia actual ha mostrado que la presencia de la enfermedad depresiva en los ancianos aumenta la mortalidad en este grupo de edad no sólo como resultado de las lesiones autoinflingidas sino por causas diferentes (23, 24, 25).

Comorbilidad

En el adulto mayor con depresión es usual la presencia de comorbilidad tanto de condiciones médicas generales como psiquiátricas, constituyéndose la depresión como un factor de riesgo y de peor pronóstico para varias enfermedades (26). A su vez, la presencia de patologías médicas son un factor de riesgo para desarrollar depresión durante la vejez (11, 27). Entre las condiciones médicas que merecen especial atención se destacan las siguientes:

Enfermedades cerebrovasculares. Recientemente se han descrito dos síndromes depresivos asociados a enfermedad cerebrovascular: depresión vascular y depresión postevento cerebrovascular. La primera hace referencia a la depresión que se inicia en los adultos mayores asociada a factores de riesgo vascular, déficit neuropsicológico y hallazgos en las imágenes cerebrales de resonancia magnética consistentes en hiperintensidades en la sustancia blanca de los ganglios basales y el lóbulo frontal. La depresión postevento cerebrovascular se considera como aquella que aparece después de un evento clínicamente evidente y se asocia a lesiones del hemisferio izquierdo (28, 29).

Enfermedad coronaria. La depresión es considerada actualmente como un factor de riesgo similar a la diabetes o la hipertensión para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares como infarto de miocardio, falla cardíaca y eventos cerebrovasculares (27,30,31).

Cáncer. Diferentes tipos de cáncer se han asociado a la presencia de trastorno depresivo en adultos mayores. El cáncer de páncreas, pulmón y cuello, son los más comúnmente asociados a este trastorno. Los trastornos depresivos son más frecuentes y severos a medida que el cáncer progresa (11,27).

Enfermedades neurológicas. La prevalencia de depresión en ancianos con enfermedades neurológicas es del 10 al 40 por ciento, siendo un poco mayor en la enfermedad de Parkinson (32). En esta enfermedad los síntomas depresivos suelen preceder al inicio de los síntomas motores y es común sub o sobrediagnosticar la depresión.

El primer caso ocurre cuando erróneamente se atribuye la apatía, el retardo psicomotor y el compromiso cognoscitivo a la enfermedad de Parkinson, mientras que se suele sobrediagnosticar cuando las características propias de la enfermedad como la hipomimia facial, la hipofonía y la lentitud motora se interpretan como parte del cuadro clínico del trastorno depresivo.

La enfermedad de Alzheimer se asocia frecuentemente a depresión. En las etapas incipientes de la enfermedad la asociación es del 10 por ciento, y en casos más avanzados del 60 por ciento o más. Sin embargo, en estos pacientes los síntomas depresivos suelen ser menos graves que en la población que no padece dicha patología. Es importante tener en cuenta que la asociación de deterioro cognoscitivo leve con depresión se considera un fuerte predictor para demencia de tipo Alzheimer (33,34).



La presentación clínica de la depresión en ancianos suele incluir compromiso cognoscitivo, lo cual se ha denominado pseudodemencia. Si bien estas manifestaciones cognoscitivas son similares a las que ocurren en el paciente con una verdadera demencia, revierten una vez se da el tratamiento adecuado a la depresión, de ahí deriva su nombre (29).

Otras enfermedades neurológicas que cursan con depresión en ancianos son la enfermedad de Huntington y el trauma craneoencefálico (11, 35).

Comorbilidad psiquiátrica. Los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias y alcohol son las patologías psiquiátricas que con mayor frecuencia se asocian a la enfermedad depresiva en los ancianos (36,37).

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento del trastorno depresivo mayor en los ancianos consisten en mejorar la calidad de vida, optimizar el funcionamiento, lograr la remisión de los síntomas y prevenir las recaídas y recurrencias (38). Muchos pacientes no logran la recuperación completa de un episodio con el tratamiento y continúan presentando síntomas residuales que, aunque no cumplen criterios para depresión mayor, se convierten en un fuerte predictor de recaídas y de riesgo suicida. Se hace necesario lograr la remisión completa del cuadro clínico y el tratamiento adecuado de la sintomatología residual en caso de que persista (39). En la actualidad se cuenta con tres herramientas para el tratamiento de la depresión: la farmacoterapia, la psicoterapia y la terapia electroconvulsiva (TEC). Los psicofármacos se han constituido en el pilar del tratamiento del trastorno depresivo moderado a severo, ya sea que se implementen como monoterapia o acompañados de psicoterapia.

El tratamiento de la depresión comprende tres fases. La fase inicial del tratamiento se denomina aguda y el objetivo en ella es la remisión de los síntomas. En esta fase se implementan las diversas medidas terapéuticas, ya sea psicoterapia o farmacoterapia o una combinación de ambas modalidades. Los antidepresivos tienen un período de latencia de dos a tres semanas para el inicio de su acción antidepresiva, y el grado máximo de reducción sintomática se da por lo general entre la semana ocho y la doce. Cuando se ha logrado una mejoría significativa se pasa a la fase de continuación, en la cual se debe mantener el antidepresivo a la misma dosis durante un lapso de tiempo que varía entre los cuatro y nueve meses, con el fin de prevenir recaídas. Si el paciente ha presentado más de dos episodios depresivos, después de la fase de continuación debe pasar a una tercera fase: la de mantenimiento, en la cual se continúa el antidepresivo de manera indefinida con el propósito de prevenir recurrencias (40).

En la actualidad existe una amplia gama de psicofármacos antidepresivos que no muestran mayores diferencias en cuanto a eficacia (Tabla 2). Una revisión sistemática publicada en Cochrane en el año 2009, en donde se analizaron los estudios que compara varias clases de antidepresivos, concluyó que la eficacia de los diferentes grupos es similar, en especial los antidepresivos tricíclicos comparados con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). La principal diferencia entre estos grupos de psicofármacos radica en la tasa de abandono del tratamiento, que según la misma revisión, es mayor para los tricíclicos y se asocian al peor perfil de efectos adversos (39,41).

Los efectos adversos de los antidepresivos tricíclicos que causan mayor tasa de abandono y con los que se debe tener mayor precaución

Tabla 2. Clases de fármacos antidepresivos

GRUPO DE ANTIDEPRESIVOS	NOMBRES GENÉRICOS
IMAO*	Fenelzina, tranilcipromina, isocarboxacida
TRICÍCLICOS	Amitriptilina, imipramina, clomipramina, nortriptilina
ISRS**	Fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, escitalopram
IRSN***	Venlafaxina, duloxetina
ATÍPICOS	Trazodone, bupropión, mirtazapina

*Inhibidores de la monoamino-oxidasa. ** Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *** Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina

en los ancianos son: hipotensión ortostática, trastornos del ritmo cardíaco, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria, boca seca, sedación, aumento de peso y un mayor riesgo de desarrollar un cuadro de delirium. Por su lado, los trastornos gastrointestinales: náuseas, diarrea, disfunción sexual, insomnio, temblor y ansiedad, se encuentran entre los efectos adversos secundarios a la administración de los ISRS (38,41,42).

El tratamiento de primera línea para este grupo etario son los ISRS dado su mejor perfil de efectos adversos que suele derivar en una menor tasa de abandono. Entre estos, el escitalopram cuenta con una mínima acción sobre otro tipo de receptores y una menor posibilidad de interacción farmacológica con otros medicamentos, constituyéndose en una buena elección para este tipo de pacientes (43).

La administración de los inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina, como la venlafaxina, es considerada segura en los ancianos y su perfil de efectos adversos es similar al de los ISRS. Sin embargo, es importante tener en cuenta el riesgo potencial de ocasionar cambios en la frecuencia cardíaca y generar crisis hipertensivas. Otras opciones farmacológicas en personas de la tercera edad las constituyen la mirtazapina y el bupropión, la primera por la

poca interacción con otros medicamentos y el bupropión por su menor riesgo de producir efectos sexuales adversos (44).

En conclusión, la selección de un tipo especial de antidepresivo requiere la individualización del paciente, la consideración de sus condiciones médicas asociadas, la respuesta previa a un tipo de tratamiento y, por supuesto, la preferencia del paciente. Además, es de suma relevancia considerar los cambios en la absorción, distribución y metabolismo de los fármacos que se dan en el organismo de los adultos mayores, lo cual implica tener mucha precaución con la polimedición y la potencial interacción medicamentosa que se pueda presentar (45). Las dosis iniciales de los antidepresivos deben ser bajas y es recomendable realizar una titulación gradual, “iniciar lento e ir lento” (29,38).

La psicoterapia es otro componente muy importante del tratamiento de la depresión en los pacientes ancianos. La mayoría de publicaciones resaltan la eficacia de la psicoterapia en el manejo de la depresión en ancianos y la comparan con la del tratamiento farmacológico. Sin embargo, recomiendan tomar estas conclusiones con precaución, dadas las limitaciones metodológicas de los ensayos realizados concernientes al tema (46, 47,48).



Dentro de los planteamientos psicoterapéuticos, los tipos de intervención que cuentan con mayor evidencia son la psicoterapia cognitivo-conductual, la terapia cognitiva, la psicoterapia centrada en soluciones y la interpersonal (29, 38,44,48).

La TEC es otra herramienta importante a tener en cuenta en el tratamiento de los cuadros de depresión en este grupo etáreo. Hoy en día se ha constituido en una opción segura, con mínimos riesgos para los pacientes, y está indicada en el tratamiento de la depresión con síntomas psicóticos, pacientes con grave riesgo de suicidio, cuadros refractarios al tratamiento farmacológico y en casos de buena respuesta previa a este tipo de procedimiento (11,29).

Conclusión

La depresión es una patología seria y frecuente en los ancianos que, además de ocasionar sufrimiento y deterioro en la calidad de vida de quien la padece y su familia, se suele constituir en un factor de riesgo de morbilidad en este grupo de edad. A pesar de la elevada prevalencia del trastorno, usualmente es subdiagnosticado y subtratado. Tiene diferencias significativas en cuanto a presentación clínica, semiología, pronóstico y tratamiento, con respecto al trastorno depresivo observado en otros grupos etarios. El conocimiento y la familiarización del médico y el personal sanitario con dicho trastorno y sus particularidades, son necesarios con el fin de poder realizar la detección y tratamiento oportuno del mismo, y de esta forma reducir el impacto negativo que tiene en el paciente, la familia y la comunidad en general.

Referencias

1. **Gurland BJ.** Depression and disability in the elderly: reciprocal relations and changes with age. *Int J*

2. **Anderson DN.** Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age Ageing.* 2001; 30: 13-17.
3. **Mc Cusker J.** Effectiveness of treatment of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med.* 1998; 158: 705-712.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision DSM IV-TR.* 4th ed. Washington: APA; 2000.
5. **Hussain MM.** Aged Related characteristics of depression. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005; 13: 852-860.
6. **Alexopoulos GS.** Depression and other mood disorders. *Clin Geriatr.* 2000; 8: 69-82.
7. **Brodsky H.** Age and gender in the phenomenology of depression. *Am J Geriatr Psychiatry,* 2005; 13: 589-596.
8. **Gallo JJ.** Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician.* 1999; 60: 820-826.
9. **Kim Y.** Differential functioning of the Beck Depression inventory in late life depression: use of item response theory. *Psychol Aging.* 2002; 17: 379-391.
10. **Dejrnes JK.** Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113: 372-387.
11. **Beyer J.** Managing Depression in Geriatric Populations. *Ann Clin Psychiatry.* 2007; 19: 221-238.
12. **Jongenelis K.** Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord.* 2004; 83: 135-42.
13. **Kock RM.** The prevalence of depression in elderly medical inpatients. *J Affect Disord.* 1995; b 21; 33 (2): 77-82.
14. **McCusker J.** The prevalence and correlates of Major and Minor depression in Older Medical inpatients. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53: 1344-1353.
15. **Reyes-Ortiz CA, Moreno CH.** Diagnósticos más frecuentes en la consulta ambulatoria de geriatría del Hospital Universitario del Valle. *Colomb Med.* 2000; 31(4): 153-157.
16. **Gómez-Restrepo C, Bohórquez A.** Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública.* 2004; 16: 378-386.
17. **Cole MG.** Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2003; 160: 1147-1156.
18. **Ostbye T.** Prevalence and predictors of depression in

- elderly Canadians: The Canadian Study of Health and Aging. *Chronic Dis Can.* 2005; 26: 93-99.
19. **Mitchell AJ.** Prognosis of depression in old age compared to middle age: A systematic review of comparative studies. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1588-1601.
 20. **Cole MG.** Prognosis of Depression in Elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 1999; 156: 1182-1189.
 21. **Conwell Y.** Risk factors for suicide later-life. *Biol Psychiatry.* 2002; 52: 193-204.
 22. **Conwell Y, Turvey C.** Risk factors for later-life suicide: a prospective community based study, *Am J Geriatr psychiatry.* 2002; 10: 398-406.
 23. **Schuls R, Drayer R.** Depression as a Risk factor for non suicide mortality. *Biol Psychiatry.* 2002; 52: 205-225.
 24. **Wulsin L.R, Vaillant GE.** A Systematic Review of the Mortality of Depression. *Psychosom Med.* 1999; 61: 6-17.
 25. **Beach RS.** Association between depression and mortality in older adults: the cardiovascular health study. *Arch Intern Med.* 2000; 160: 1761-1768.
 26. **Lotrich FE, Pollock BG.** Aging and clinical pharmacology: implications for antidepressants. *J Clin Pharmacol.* 2005; 45: 1106-1122.
 27. **Krishnan KR, DeLong M.** Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biol Psychiatry.* 2002; 52: 559-588.
 28. **Newberg AR, Davydow DS.** Cerebrovascular disease basis of depression: Post-stroke depression and vascular depression. *Int Rev Psychiatry.* 2006; 18: 433-441.
 29. **Alexopoulos G.** Depression in the elderly. *Lancet.* 2005; 365: 1961-70.
 30. **Koen Van der Kooy.** Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007; 22: 613-626.
 31. **Grace SL, Abbey SE.** Effect of depression on five-year mortality after an acute coronary syndrome. *Am J Cardio.* 2005; 96: 1179-1185.
 32. **Carson A, Margolin R.** Depression in older patients with neurologic illness: Causes, recognition, management. *Cleve Clin J Med.* 2005; 72: S52-64.
 33. **Vajda F, Solinas C.** Current approaches to management of depression in Parkinson's Disease. *Journal of Clinical Neuroscience.* 2005; 12: 739-743.
 34. **Apostolova LG, Cummings JL.** Psychiatric Manifestations in Dementia Continuum. *American Academy of Neurology.* 2007; 13: 165-179.
 35. **Menzel JC.** Depression in the elderly after traumatic brain injury: a systematic review. *Brain Inj.* 2008; 22: 375-80.
 36. **Dagmar V, Marja J.** Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *J Affect Disord.* 2008; 106: 29-44.
 37. **Lenze EJ, Mulsant BH.** Comorbidity of depression and anxiety disorders in later life. *Depress Anxiety.* 2001; 14: 86-93.
 38. **Serby M, Yu M.** Overview: Depression in the elderly. *Mt Sinai J Med.* 2003; 70: 38-44.
 39. **Hybels CF, Blazer DG.** Partial remission: A common outcome in older adults treated for major depression. *Geriatrics.* 2006; 61: 22-26.
 40. **Kaplan H, Sadock BJ.** Comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia. Williams and Wilkins. 2004.
 41. **Mottram PG, Wilson K.** Antidepressants for depressed elderly. *Cochrane database of systematic rev.* 2009; 1. Art No. CD003491.
 42. **Kirby D, Ames D.** Hyponatraemia and selective serotonin re-uptake inhibitor in elderly patients. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001; 16: 484-493.
 43. **Berra C, Torta R.** Therapeutic of antidepressant use in the elderly rationale. *Arch. Gerontol Geriatr.* 2007; 83-90.
 44. **Koder DA, Brodaty H.** Cognitive therapy for depression in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1996; 11: 97-107.
 45. **Alexopoulos G, Carla M.** Placebo-controlled Study of Relapse Prevention with Risperidone Augmentation in Older Patients with Resistant Depression. *Am J Geriatr Psychiatry* January. 2008; 161: 21-30.
 46. **Pinquart M, Duberstein P.** Treatments for Later-Life Depressive Conditions: A Meta-Analytic Comparison of Pharmacotherapy and Psychotherapy. *Am J Psychiatry.* 2006; 163: 1493-1501.
 47. **Wolf NJ, Hopho DR.** Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. *Clinic Psychol Rev.* 2008; 28: 131-61.
 48. **Bortolotti B, Menchetti M.** Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008; 30: 293-302.