

## Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos

Antonio Riquelme Marín, José Buendía Vidal y Ana I. López Navas  
Universidad de Murcia

La depresión es uno de los trastornos psicológicos de mayor importancia en población gerontológica, sin embargo, en muchos casos las alteraciones depresivas pueden pasar desapercibidas o enmascaradas ante las quejas somáticas del anciano, o sus síntomas ser atribuidos al propio proceso de envejecimiento. A esto hay que añadir que el paciente anciano tiende a no pedir ayuda especializada en centros de salud mental. El diagnóstico correcto de los problemas emocionales del anciano deprimido se convierte, por tanto, en una cuestión de extraordinaria importancia. En el presente trabajo se presenta un nuevo instrumento específico para la evaluación de la depresión en ancianos, que cuenta, entre otras características, con la ventaja de requerir un tiempo mínimo de aplicación y pocos conocimientos de psicopatología. Los resultados iniciales apuntan una extraordinaria sensibilidad y especificidad respecto a criterios DSM-IV-TR, no obstante, se señala la necesidad de realizar nuevos estudios con un mayor volumen de población clínica.

*Development and validation of a psychometric instrument for the assessment of elderly depression.* Depression is one of the main the psychological disorders in the gerontological population. However, in many cases the depressive alterations can go unnoticed or masked by the elderly's somatic complaints; or even the depressive symptoms can be ascribe to the own aging process. Moreover, it has to be added that old patients tend not to request help to specialised mental health centres. Therefore, the correct diagnosis of the depressed elderly's emotional problems becomes into a question of extraordinary importance. In this work is presented a new specific instrument for the evaluation of depression in the elderly people which has, among other characteristics, the advantage of requiring a little time to its application and a low knowledge on psychopathology. The initial results show an extraordinary sensitivity and specificity regarding to DSM-IV-TR criteria. Nevertheless, further studies with a higher number of clinical populations are necessary to confirm and enlarge these preliminary results.

La depresión constituye uno de los principales problemas de salud en población gerontológica. Pese a que existen importantes diferencias en las estimaciones de los múltiples trabajos realizados sobre epidemiología de las alteraciones depresivas en ancianos, podría convenirse que aproximadamente en el 7% de los casos es posible señalar la presencia de un trastorno depresivo (uniendo al trastorno depresivo mayor y al trastorno distímico los trastornos adaptativos con estado de ánimo deprimido) (Snowdon, 2001; Serby y Yu-Mi, 2003).

A los datos anteriores deberíamos incluir un intervalo que, según distintos estudios, oscila entre un 15 y un 30% de casos en los que es posible distinguir la presencia de sintomatología depresiva clínicamente relevante, sin que se cumplan los criterios diagnósticos DSM para el establecimiento de un trastorno depresivo (Sable, Dum y Zisook, 2002).

Decir por lo tanto que los trastornos depresivos en su conjunto, tanto las alteraciones clínicamente diagnosticables, como los síndromes depresivos, suponen un problema de especial relevancia en población gerontológica implica resaltar una certeza que se impone cotidianamente en la atención a ancianos. No obstante, el impacto de las manifestaciones depresivas en ancianos no actúa solamente en forma directa, sino que también influye negativamente sobre la salud, tanto a nivel físico como psicológico de manera indirecta.

La detección de sintomatología depresiva asociada a cualquier patología física es práctica habitual en la clínica gerontológica. Se conoce desde hace ya bastante tiempo que los ancianos con problemas depresivos asociados a patología física presentan una mayor probabilidad de hospitalización respecto a quienes padecen enfermedades similares sin estados depresivos asociados (Kay, Beamish y Roth, 1964) e incluso que el tiempo de hospitalización es superior en tales casos (Schneider y Plopper, 1984).

Ya en los años sesenta se puso de manifiesto la necesidad de estudiar la compleja relación existente entre condición física y alteración depresiva en los ancianos. Así, por ejemplo, Williamson señaló en 1964 que los trastornos depresivos en los ancianos pueden fácilmente pasar desapercibidos, al considerarse desde la evaluación médica que las manifestaciones o quejas depresivas que típicamente suelen realizar los ancianos no son otra cosa que mani-

festaciones del propio proceso del envejecimiento. En esta misma línea, en un trabajo dirigido por Williamson (1964), se señalaba que el 71% de los ancianos deprimidos no recibían un reconocimiento como tales por parte de su médico, y que sólo del 3 al 14% recibían algún tipo de tratamiento.

Tres décadas más tarde, Evans, Copeland y Dewey, en un formidable trabajo realizado a principios de la década de los noventa (1991), muestran cómo los trastornos depresivos en ancianos pueden coexistir con la enfermedad física de distintas formas, y que ambas condiciones deben encontrar tanto un diagnóstico como un tratamiento adecuado.

En la actualidad, conocemos que las alteraciones depresivas además del malestar subjetivo e incapacitación inherentes no sólo suponen un mal pronóstico para la enfermedad física, sino que incluso se relacionan con una disminución en la esperanza de vida y con déficits a nivel del sistema inmunológico (Ensinck et al, 2002, Pulska, Phakala, Laippala y Kivelä, 1999; Saz y Dewey, 2001). No obstante, y pese a su importancia, el diagnóstico de los trastornos depresivos continúa siendo una tarea especialmente difícil en el caso de los ancianos.

A las dificultades relacionadas con la diferenciación entre sintomatología depresiva y manifestaciones propias del proceso de envejecimiento o al enmascaramiento somático de síntomas depresivos (Stage, Bech, Kragh-Sørensen, Nair y Katona, 2001) cabe unir las dificultades en la evaluación clínica de la depresión en la vejez (Kales y Valenstein, 2002; Serby y Yu-Mi, 2003) y la contradicción entre los resultados obtenidos según se empleen criterios clínicos o psicométricos (Sable, Dunn y Zisook, 2002).

Habida cuenta, por lo tanto, de la necesidad de contar con instrumentos para la evaluación de la depresión en ancianos que sean ágiles y, por tanto, susceptibles de ser utilizados en atención primaria, pero que al mismo tiempo recojan las características específicas de la depresión en esta población, y, por si lo anterior fuera poco, presenten una alta validez convergente con los criterios clínicos, nos hemos planteado la tarea de construir y validar un instrumento que pudiera responder a las demandas anteriores y que se desarrolle a partir de la realidad de nuestro contexto cultural.

## Método

### Participantes

Los datos empleados en el presente trabajo han sido extraídos de una investigación más amplia sobre epidemiología de la depresión a través del envejecimiento adulto. Dicho estudio se ha realizado sobre la población de la Región de Murcia (España). De manera más concreta, el grupo de personas que participan en el trabajo que aquí presentamos es de 237, tomando como criterio de inclusión que la edad fuera superior a 64 años. De esta forma, y de acuerdo con la población de referencia, la muestra empleada está formada por 113 hombres y 124 mujeres, es decir, el 47,7% son hombres y el 52,3% son mujeres. La media de edad de la muestra total es de 71,8 años, con una desviación típica de 5,55. En el grupo de los hombres la media de edad es de 72,1 y la desviación típica de 5,95, en el caso de las mujeres la media de edad es de 71,3 y la desviación típica de 5,81.

### Instrumentos

En el presente artículo haremos referencia a los siguientes instrumentos incluidos en una batería más amplia de evaluación:

Escala CES-D (Radlof, L.S.1977).

Entrevista clínica estructurada (criterios DSM-IV-TR).

Inventario de síntomas depresivos (elaboración propia).

Para la realización del inventario de síntomas se realizó una extensa revisión de la literatura psicológica. Dicho inventario finalmente comprende un total de 56 síntomas, expresados en 58 ítems en los que se recogen los criterios clínicos de los sistemas DSM-IV-TR y CIE-10. Junto a los criterios de estos dos sistemas diagnósticos se realizó una revisión de contenido de los principales instrumentos psicométricos para evaluación de la depresión (BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; CES-D, Radlof, L.S.1977; MADRS, Montgomery, S.A., Asberg, M., 1979; HRSD, Hamilton, 1967; E.A.D.G., Goldberg, Bridges, Duncan-Jones y Grayson, 1988; SDS, Zung, 1965; y SCL-90-R Derogatis, 1983). La revisión cualitativa de estos instrumentos nos permitió incorporar nuevos ítems cuyo objetivo era constatar la presencia/consistencia de sus correspondientes síntomas. En este sentido, la valoración de los síntomas se realizó según su presencia durante las dos últimas semanas, con las opciones de respuesta Nunca, Casi nunca, Con frecuencia, la mayor parte del tiempo.

### Procedimiento

La recogida de información se ha realizado por muestreo estratificado y aleatorio a través de la visita domiciliar de entrevistadores previamente familiarizados con la batería de investigación a través de un seminario de formación.

Tabla 1  
Síntomas depresivos

Inquietud psicomotora	Disminución autoeficacia
Aislamiento social	Dificultad toma decisiones
Anhedonia (2)	Indefensión
Aumento apetito	Apreensión ansiosa
Disminución apetito	Irritabilidad
Auto crítica	Llanto
Autoconcepto negativo	Temores injustificados
Alucinaciones	Somatizaciones
Delirios	Parasomnias
Desesperanza	Disminución actividad
Problemas interacción social	Problemas concentración
Baja satisfacción con la vida	Pesimismo (expectativas negativas)
Entecimiento psicomotor	Preocupaciones injustificadas
Apatía	Problemas memoria
Astenia	Hipocondría
Hipersomnia	Sentimiento vacío/incapacidad sentir
Insomnio medio	Sentimientos culpa
Insomnio primario	Sentimientos fracaso
Insomnio secundario	Sentimientos inutilidad
Tristeza	Sentimientos pérdida
Ideación suicida (2)	Síntomas vegetativos
Baja autoestima	Tentativa suicidio
Entecimiento cognitivo	Aumento peso
Baja presión habla	Pérdida peso
Comportamiento autolesivo	Inhibición afectiva/motivacional
Consumo sustancias tóxicas	Abulia
Pérdida interés	Disminución interés sexual
Pensamientos negativos pasado	Variación diurna estado de ánimo
Sentimientos de ser una carga	

## Resultados

Hemos realizado un análisis factorial sobre 57 ítems del inventario de síntomas de elaboración propia aplicada como instrumento de evaluación de la depresión. El objetivo de esta prueba fue determinar aquellos ítems que más se ajustaban para la medida de la depresión en los ancianos, y cuáles eran sus componentes principales.

El análisis factorial se realizó mediante la extracción de componentes o factores principales, de rotación Varimax con normalización de Kaiser, mostró coeficientes de extracción con un rango de 0,822 a 0,205 de valor negativo.

La matriz de componentes rotados nos da un total de cuatro factores, los cuales explican un total del 61,115% de la varianza explicada.

Factor 1: Problemas de rendimiento, explica el 18,62%.

Factor 2: Autoconcepto, explica el 18,55%.

Factor 3: Problemas de sueño, explica el 14,43%.

Factor 4: Ideación suicida, explica el 9,5%.

El Factor 1 está compuesto por siete ítems, explicando el 18,622% de la varianza. Los ítems son los siguientes:

1. *Ha empeorado su eficacia al hacer las cosas.*
2. *Se ha sentido especialmente enlentecido a nivel de movimientos.*
3. *Ha disminuido su nivel de actividad.*
4. *Se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más fácilmente de lo habitual.*
5. *Ha tenido más problemas de memoria de lo habitual.*

Tabla 2  
Análisis factorial de los síntomas

	Rendimiento	Auto-crítica	P. sueño	Ideación suicida
Disminución autoeficacia	.822			
Enlentecimiento psicomotor	.771			
Disminución actividad	.742			
Astenia	.715			
Problemas de memoria	.528			
Problemas de concentración	.525			
Enlentecimiento cognitivo	.520			
Baja autoestima		.736		
Sentimientos de culpa		.719		
Sentimientos de fracaso		.675		
Pérdida de autoconfianza		.646		
Autocrítica negativa		.641		
Sentimientos de inutilidad		.617		
Indefensión (personal)		.590		
Insomnio primario			.840	
Insomnio			.828	
Insomnio secundario			.799	
Parasomnias			.667	
Ideación suicida (forma)				.890
Ideación suicida (posibilidad)				.832
Ideación suicida (codta. autolesiva)				.340
% Varianza	18.622	18.557	14.432	9.504
% Varianza total explicada	18.622	37.179	51.611	61.115

6. *Ha tenido especiales problemas para poder concentrarse en lo que hacía.*

7. *Ha notado su pensamiento especialmente enlentecido.*

Los ítems están expuestos de mayor a menor explicación de la varianza. El intervalo se sitúa entre 0,822 y 0,520. Este factor se denominó Problemas de rendimiento.

El primer y segundo factor explican porcentajes muy similares del total de la varianza, ya que el primero se sitúa en el 18,622% y el segundo en el 18,557%. Dada la significación de los ítems recogidos en este factor, le hemos denominado Autoconcepto. El rango máximo es de 0,736 y mínimo de 0,590, los ítems incluidos son los siguientes:

8. *Ha pensado que, en comparación con los demás, es usted una persona poco valiosa.*

9. *Ha tenido sentimientos de culpa.*

10. *Ha tenido sentimientos de fracaso.*

11. *Ha perdido confianza en sí mismo.*

12. *Se ha criticado a sí mismo.*

13. *Se ha sentido inútil.*

14. *Ha creído que usted era incapaz de resolver sus problemas.*

El tercero de los factores explica el 14,432% de la varianza y agrupa aquellos ítems que hacen referencia a los problemas de sueño. La puntuación máxima fue de 0,840 y la mínima de 0,667.

15. *Le ha costado dormirse más de lo habitual.*

16. *Ha dormido menos horas de lo habitual.*

17. *Se ha despertado antes de lo habitual.*

18. *Ha tenido pesadillas, o su sueño ha sido intranquilo.*

El cuarto y último factor explicó un total de 9,504% de la varianza, la puntuación máxima fue de 0,890 y el mínimo de 0,340. La denominación fue Ideación suicida, y los ítems incluidos fueron los siguientes:

19. *Ha pensado en la forma en la que podría quitarse la vida.*

20. *Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida.*

21. *Se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo.*

Finalmente, tras los resultados del análisis factorial permanece un grupo de 21 ítems, oscilando el rango del sumatorio de sus puntuaciones entre 21 y 84.

El conjunto de 21 ítems resultante es el siguiente:

1. *Se ha criticado a sí mismo.*

2. *Ha pensado que, en comparación con los demás, es usted una persona poco valiosa.*

3. *Se ha sentido especialmente enlentecido a nivel de movimientos.*

4. *Se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más fácilmente de lo habitual.*

5. *Ha dormido menos horas de lo habitual.*

6. *Se ha despertado antes de lo habitual.*

7. *Le ha costado dormirse más de lo habitual.*

8. *Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida.*

9. *Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida.*

10. *Ha perdido confianza en sí mismo.*

11. *Ha notado su pensamiento especialmente enlentecido.*

12. *Se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo.*

13. *Ha empeorado su eficacia al hacer las cosas.*

14. *Ha creído que usted era incapaz de resolver sus problemas.*

15. *Ha tenido pesadillas o su sueño ha sido intranquilo.*

16. Ha disminuido su nivel de actividad.
17. Ha tenido especiales problemas para poder concentrarse en lo que hacía.
18. Ha tenido más problemas de memoria de lo habitual.
19. Ha tenido sentimientos de culpa.
20. Ha tenido sentimientos de fracaso.
21. Se ha sentido inútil.

El análisis de fiabilidad alpha de Cronbach del total de casos (N= 235) para los 21 ítems nos da un resultado de 0,9071, constándose con ello una elevada consistencia interna.

En cuanto a la correlación del inventario con las puntuaciones obtenidas en la escala de depresión CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) obtenemos una correlación de Pearson de 0,743, nivel de significación  $p < 0,01$ .

Por lo que se refiere a la capacidad inventario como instrumento de «screening», si bien los resultados obtenidos resultan extraordinariamente alentadores, han de ser tomados con la necesaria cautela, dado que en el total de la muestra estudiada tan sólo se cuenta con 14 casos en los que se pueda hablar de un trastorno depresivo según criterios clínicos DSM. No obstante, y a manera de apunte, de los resultados recogidos en la siguiente tabla cabe resaltar que en el 89% de los casos se hizo una clasificación correcta, obteniéndose una sensibilidad de 92,85 y una especificidad superior al 88% (88,68).

De esta forma, para el conjunto de los trastornos depresivos [depresión mayor (2 casos), distimia (11 casos) y trastorno depresivo no especificado (1 caso)], el inventario de síntomas obtendría el valor 43 como puntuación óptima de corte. En este punto la sensibilidad sería de 92,85% y la especificidad de 88,68%. Si eleváramos el punto de corte a 44 se produciría un ligero aumento de la especificidad a 90,49%, pero iría acompañado de un notable descenso en la sensibilidad, siendo de un 85,71%.

### Discusión

A partir de los resultados obtenidos destacaremos varios aspectos que, a nuestro parecer, pueden merecer especial mención.

En primer lugar, por lo que se refiere a las características psicométricas del instrumento de evaluación propuesto en el presente trabajo, es importante destacar que hemos obtenido un alto coeficiente de consistencia interna estimado mediante la prueba alpha

de Cronbach, superior a 0,9. (0,907). Así, podemos comparar este indicador con el de otras escalas de depresión, como la escala de depresión GDS de Yesavage, Brink y Rose (alpha 0,85), escala de depresión de Beck (alpha 0,82), o la escala de Hamilton (alpha 0,86).

Mención especial merece la estructura factorial obtenida. Concretamente de los cuatro factores extraídos, capaces de explicar en conjunto más del 60% de la varianza (61,11%), el primer factor al que hemos denominado como problemas en el rendimiento (en tanto que disminución de la efectividad), explica por sí solo el 18,62% del total de la varianza. Es más, a lo largo del desarrollo de todo el análisis factorial, este factor ha ido «compitiendo» con el siguiente en capacidad explicativa (autocrítica, 18,55%).

La relevancia adquirida por la disminución en la eficacia personal en la estructuración de cuadros depresivos en la vejez nos parece un aspecto de ineludible interés. Repetidamente, se ha destacado que los cambios asociados al proceso de envejecimiento normal (disminución de capacidad sensorial, enlentecimiento psicomotor, cambios ligados a los patrones de sueño, etc.) pueden constituir la base para el desarrollo de cuadros depresivos en ancianos cuando a su percepción se unen vivencias de incapacidad. Por nuestra parte, quisiéramos resaltar que si bien este planteamiento nos parece adecuado, la dimensión sociocultural puede adquirir aquí una especial relevancia. Esta dimensión podría explicar que, dado que la «competencia personal» es un valor social importante, la percepción de una disminución de autoeficacia puede fácilmente asociarse a estereotipos sociales negativos en nuestra cultura, y por lo tanto pueda actuar como un elemento altamente depresógeno. Sería especialmente interesante en este sentido la aplicación transcultural del inventario inicial de síntomas y poner a prueba la influencia de estos factores de tipo cultural no sólo en el desarrollo o no de alteraciones depresivas, sino también en la configuración misma de estas alteraciones.

Tras «problemas en el rendimiento» y «autoconcepto», los problemas de sueño y el comportamiento suicida cierran el análisis factorial como dos componentes que conjuntamente explican más del 25% de la varianza.

Retomando las cualidades psicométricas del inventario propuesto cabe destacar que la correlación obtenida con la versión española del CES-D no es especialmente elevada ( $R_{xy} = 0,743$ ;  $P < 0,01$ ). Una detenida mirada a la estructura factorial de nuestro inventario comparando ésta con los trabajos realizados sobre la estructura del cuestionario CES-D puede servir para explicar que la correlación entre ambos instrumentos no sea más elevada. El hecho, por ejemplo, de que en el cuestionario CES-D tan sólo aparezcan dos ítems relacionados con el apetito y la falta de energía, como ítems en los que se valoran «síntomas somáticos», nos recuerda que este instrumento no ha sido concebido específicamente para la evaluación de la depresión en población gerontológica, si bien ha sido aplicado en múltiples ocasiones para comparar la presencia de sintomatología depresiva a lo largo del desarrollo adulto.

Por lo que se refiere a la capacidad discriminativa respecto a casos clínicos de depresión, los datos obtenidos en el estudio señalan resultados bastante esperanzadores, con una sensibilidad de 92,85 y una especificidad de 88,68 para un punto de corte de 43.

Estos datos se muestran especialmente interesantes si son comparados con la capacidad explicativa mostrada por las CES-D en población gerontológica (Zunzunegui, Desgado, Pérez, Yagüe, Illescas y León, 1998) o incluso por la escala geriátrica de depresión (Yesavage, Brink y Rose, 1983) como instrumento específico

*Tabla 3*  
Concordancia entre casos reales y estimados de depresión

		DSM-IV-TR		
		No	Sí	Total
Inventario depresión	No	196	1	218
	Sí	25	13	17
Total		221	14	235

*Tabla 4*  
Sensibilidad y especificidad para el valor 43 como punto de corte

	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Trastorno depresivo (DSM-IV-TR)	92,85	88,68

para esta población, ya sea en sus versiones extensas o abreviadas (Sharp y Lipsky, 2002; Almeida y Almeida, 1999). No obstante, somos conscientes de las limitaciones del presente estudio, en el que únicamente hemos contado con un grupo de 14 personas que reunían criterios clínicos de depresión, circunstancia que, evidentemente, no nos permite establecer una delimitación clara en conjunto y menos aún para cuadros específicos, ya sea de depresión mayor, distimia u otras alteraciones depresivas clasificadas en diferentes apartados.

Quisiéramos, por último, concluir señalando el interés que podría tener la realización de nuevos estudios en los que se pusieran a prueba los siguientes aspectos:

- a) La capacidad del instrumento para discriminar correctamente entre población clínica y población normal.
- b) Las diferencias que posiblemente pudieran obtenerse en la aplicación transcultural de esta prueba, que en principio parece bastante sensible a este tipo de aspectos.
- c) Su capacidad diagnóstica y utilidad en casos de ancianos con depresiones crónicas o recurrentes y depresiones de inicio tardío.
- d) La variación en las cualidades psicométricas al dicotomizar las opciones de respuesta.

### Referencias

- Almeida, O.P. y Almeida, S.A. (1999). Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 858-865.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Derogatis, L.R. (1983). SCL-90-R. Administration, scoring and procedures. *Manual-II*. Towson (MD): Clinical Psychometric Research.
- Ensink, K.T., Schuurman, A.G., Van den Akker, M., Metsemakers, F.M., Kester, A.D., Knottnerus, J.A. y Buntinx, F. (2002). Is there an increased risk of dying after depression? *American Journal of Epidemiology*, 156, 1.043-1.048.
- Evans, M.E., Copeland, J.R.M. y Dewey, M.E. (1991). Depression in the elderly in the community: effect of physical illness and selected social factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 787-795.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. y Grayson, D.A. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 97, 897-899.
- Hamilton M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal Social Clinical of Psychology*, 6, 278-296.
- Kales, H.C. y Valenstein, M. (2002). Complexity in late-life depression: impact of confounding factors on diagnosis, treatment and outcomes. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 15, 147-155.
- Kay, D.W.K., Beamish, R. y Roth, M. (1964). Old age mental disorder in Newcastle upon tyne. Part 1. A study of prevalence. *British Journal of Psychiatry*, 110, 146-158.
- Montgomery, S.A. y Asberg, M. (1979). A new depression rating scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-289.
- Pulska, T., Pahkala, K., Laippala, P. y Kivelä, S. (1999). Follow up study of longstanding depression as predictor of mortality in elderly people living in the community. *British Medical Journal*, 318, 432-433.
- Radloff, J.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Riquelme, A. (1997). *Depresión en residencias geriátricas: un estudio empírico*. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Sable, J.A., Dunn, L.B. y Zisook, S. (2002). How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics*, 57, 18-35.
- Saz, P. y Dewey, M. (2001). Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 622-630.
- Schneider, L. y Plopper, M. (1984). Geropsychiatry and consultation-liason services. *American Journal of Psychiatry*, 141, 721-722.
- Serby, M. y Yu Mi, M. (2003). Overview: depression in the elderly. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 70 (1), 38-44.
- Sharp, L.K. y Lipsky, M.S. (2002). Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *American Family Physician*, 66 (6), 1.001-1.008.
- Snowdon, J. (2001). Is depression more prevalent in old age? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 782-787.
- Stage, K.B., Bech, P., Kragh-Sørensen, P., Nair, N.P.V. y Katona, C. (2001). Differences in symptomatology and diagnostic profile in younger and elderly depressed inpatients. *Journal of affective disorders*, 64, 239-248.
- Williamson, J., Stokoe, I.H., Gray, S., Fish, M., Smith, M. y McGhee (1964). Old people at home: the unreported needs. *Lancet* 1 (1), 1.117-1.120.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L. y Rose, T.L. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatry Research*, 17, 37-49.
- Zung, W.W. (1965). A self rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.
- Zunzunegui, M.V., Delgado, M., Pérez, E., Yagüe, A., Illescas, M.L. y León, V. (1998). Validación de la escala CES\_D para la medida de la sintomatología depresiva en una población de personas mayores española. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 8, 156-161.