

Vázquez, C. y Lozoya, G. (1994). Evaluación y diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos en personas de edad. En J. Buendía (Ed.), Envejecimiento y psicología de la salud. (pp. 247-278). Madrid: Siglo XXI.  
ISBN: 84-323-0863-3.

## **TRASTORNOS ANÍMICOS EN LAS PERSONAS DE EDAD: EPIDEMIOLOGÍA, EVALUACIÓN, Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

**Carmelo Vázquez**  
Facultad de Psicología  
Universidad Complutense

**Gerardo Lozoya**  
Facultad de Psicología  
Universidad Complutense

(\*) Dirección de contacto  
Carmelo Vázquez  
Facultad de Psicología  
Universidad Complutense  
28223-Madrid

Tf. 91-3733480  
Tf. 91-3943075  
Fax: 91-394-3189  
E-mail: PSPERØ1@SIS.UCM.ES

Antes de iniciar un capítulo sobre las depresiones en los ancianos es necesario hacer unas advertencias. En primer lugar, la definición de “anciano” no es de modo alguno inequívoca, sino algo cambiante histórica y socialmente<sup>1</sup>. A lo largo de este capítulo emplearemos un concepto cronológico convencional (v.g., “persona mayor de 65 años”) pues es el punto de corte más frecuente en los estudios sobre esta población. En segundo lugar, como vamos a examinar a continuación, el concepto de “depresión” no siempre se emplea de modo preciso en muchos estudios. En tercer lugar, el título de esta contribución hace referencia a “las depresiones” admitiendo así, desde el principio, el hecho de que la depresión no es una entidad homogénea y unitaria y admitiendo también, a modo de cortesía, el término “persona de edad” que parece el preferido en España por las personas mayores de 65 años para autodenominarse<sup>2</sup>.

### **DISFORIA, SÍNDROME DEPRESIVO, Y TRASTORNOS AFECTIVOS**

El concepto de “depresión” no es inequívoco. Cuando decimos de alguien que está “deprimido”, podemos estar denominando cosas muy diferentes bajo ese único nombre. El significado más amplio del término depresión se refiere a un estado de ánimo triste, abatido, o desanimado. Este elemento disfórico está presente en muchas personas normales en muchos momentos de su vida, y también se observa en muchos cuadros médicos o psicológicos. Así pues, definir la depresión sólo atendiendo a cambios anímicos es incorrecto, conduce a una elevada tasa de diagnósticos “falsos positivos” y proporciona, por lo tanto, un índice **inespecífico** de depresión (Vázquez y Sanz, 1991).

La depresión también puede entenderse como un “sumatorio” de síntomas (o síndrome) en el que se consideren no sólo los citados componentes anímicos sino también otros síntomas (e.g., insomnio, apatía, inhibición del deseo sexual, etc.). Es muy habitual emplear escalas, cuestionarios, inventarios de síntomas, etc. para cuantificar así el nivel de depresión. Sin embargo, esta estrategia también es inadecuada para efectuar un diagnóstico específico de depresión.

---

<sup>1</sup>A finales del siglo pasado, los incipientes Psicólogos evolutivos (e.g., Chéreau, 1875) daban por hecho que el declive vital comenzaba a los 42 años y la vejez a los 56 (cf. Berrios, 1991)

<sup>2</sup>Datos procedentes del Eurobarómetro sobre los “Europeos ante el envejecimiento” de la Comunidad Europea (El País, 21 de Enero de 1993).

Incluso empleando este concepto más integrador sintomatológico, hay muchas personas que manifiestan síntomas elevados en estas escalas sin que por ello sea correcto efectuar un diagnóstico de trastorno depresivo.

Por último, la depresión puede entenderse como un cuadro clínico, o "trastorno afectivo". En este sentido, más restrictivo y riguroso, un individuo no sólo ha de manifestar una serie de síntomas depresivos determinados sino que ha de cumplir otra serie de requisitos (e.g., exclusión de causas orgánicas identificables, exclusión de trastornos mentales graves como esquizofrenia, etc.). Esta triple distinción psicopatológica entre síntoma, síndrome, y categoría diagnóstica es muy importante pues en muchas ocasiones se confunde, sesgando así los datos y la investigación resultantes.

### **Tipos de Trastornos del Estado de Ánimo**

Existen varios cuadros clínicos que tienen relación con la sintomatología depresiva (e.g., Trastorno esquizoafectivo, Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido, Trastorno de Personalidad Dependiente, Duelo no complicado, etc.). Sin embargo, en el DSM-III-R (APA, 1987) se recoge sólo una categoría dedicada exclusivamente a cuadros clínicos en los que existe un trastorno anímico básico. Dentro de esta categoría, denominada específicamente Trastornos del Estado de Ánimo, se distinguen dos grandes subcategorías: Trastornos Depresivos y Trastornos Bipolares. Los trastornos depresivos se caracterizan, en general, por la presencia de uno o más periodos de depresión (síndrome depresivo) sin que exista una historia de episodios maníacos o hipomaníacos. Los Trastornos Bipolares se caracterizan por la presencia actual o en el pasado de episodios maníacos o hipomaniacos, hayan existido o no episodios de depresión. En este capítulo nos centraremos fundamentalmente en los Trastornos Depresivos pues constituyen un 90% del conjunto de los trastornos anímicos (véase una completa revisión en Vázquez, 1990c y Vázquez y Sanz, 1991). La subcategoría diagnóstica más frecuente e importante de los Trastornos Depresivos es la "depresión mayor". Para su diagnóstico se requiere cumplir una serie de condiciones simultáneas (véase la Tabla 1), entre las que, por cierto, figuran dos criterios de exclusión muy importantes respecto al estudio de la depresión en las personas mayores. Estos dos criterios son: a) ausencia de causa orgánica iniciadora o mantenedora del cuadro, y b) trastorno no

debido a una reacción de duelo normal ante la pérdida de un ser querido. En resumen, una persona cuyo trastorno anímico sea consecuencia de una enfermedad, no debe recibir el diagnóstico de “trastorno afectivo” sino el de “trastorno orgánico del estado de ánimo” (categoría que no está incluida en el apartado de los “Trastornos del Estado de ánimo”, sino en el de los “Trastornos orgánicos”). Asimismo, la reacción de depresión relativamente frecuente ante la muerte de alguien cercano -pensemos en la viudez en este caso-, tampoco es diagnosticable dentro de esta categoría anímica.

---

TABLA 1: Criterios diagnósticos

---

Estas severas distinciones conceptuales no implican restar importancia a la sintomatología depresiva que pueda manifestar una persona. Aunque pocas personas con síntomas depresivos puedan satisfacer los criterios estrictos de “trastorno del estado ánimo”, la existencia de esa sintomatología tiene grandes repercusiones asistenciales y económicas. Como han demostrado Goldberg y Huxley (1992), en el Reino Unido los gastos asistenciales generados por los pacientes con patología psicológica (normalmente ansiosa o depresiva) detectados y tratados en el nivel de asistencia primaria, duplican los gastos generados por pacientes tratados, con la misma patología, en niveles de asistencia superiores (e.g., hospitales psiquiátricos o unidades de psiquiatría). Entre otras cosas, esa patología “menos grave”, aun no siendo diagnosticable como un cuadro clínico “completo” a veces requiere asistencia, llegando a saturar los ambulatorios y otros dispositivos de asistencia. Pero, volviendo a nuestro argumento, desde el punto de vista clasificatorio, terapéutico y pronóstico, es absolutamente incorrecto equipar apresuradamente la presencia de síntomas depresivos a un trastorno depresivo.

### **¿ES DIFERENTE LA DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS?**

Cabe preguntarse si la depresión en los ancianos es un fenómeno clínicamente similar al de la depresión en otros grupos de edad o si, por el contrario, existen peculiaridades propias y exclusivas que permitirían distinguir una “depresión típica de la vejez” .

Sin duda la edad conlleva una serie de cambios importantes en casi todos los ámbitos vitales biológicos, psicológicos, y sociales (o de roles). Por ejemplo, se observan incrementos en la enzima monoaminoxidasa (MAO), cambios neuroendocrinos, y decrementos en neurotransmisores (norepinefrina, acetilcolina, y posiblemente adrenalina) disponibles en el cerebro, aunque no hay cambios detectables en serotonina. Estos cambios implican, por ejemplo, una mayor susceptibilidad a los posibles efectos laterales nocivos de la medicación antidepresiva (Montoya, 1992). Igualmente se aprecian cambios en la cantidad y calidad del sueño: disminución de sueño de Fase IV (sueño profundo) e incrementos de pesadillas y Fase I (sueño ligero). Psicológicamente hay una serie de factores importantes que suelen acontecer (cambios en estresores, en capacidades de afrontamiento, desarrollo de ideas irracionales de culpa, inutilidad, etc.). Por último, desde el punto de vista sociológico la edad suele implicar una pérdida de roles (e.g., jubilación), estrecheces económicas, prejuicios culturales contra los ancianos, etc. Así pues, los trastornos psicológicos en el anciano han de contemplarse desde una perspectiva biopsicosocial (Stoudemire y Blazer, 1985). Estas consideraciones son importantes para evaluar y comprender de un modo integrador las emociones, conductas y cogniciones de una persona anciana deprimida.

Un aspecto que puede oscurecer un diagnóstico claro es que puede ser complicado distinguir entre los cambios normales que probablemente se dan con la edad y los cambios debidos a un estado depresivo. En efecto, los cambios evolutivos normales de la edad suelen implicar una disminución de la energía, y de las funciones sensorio-motoras, y un mayor aislamiento social. Por ejemplo, la edad suele traer, además, pérdidas de amigos, familiares, jubilación, etc. que contribuyen a un mayor aislamiento de estas personas lo que, por otra parte, se incluye como “síntoma” frecuente de la depresión. De hecho, si se observan los síntomas típicos de la depresión (Tabla 1), muchos de ellos son “compartibles” con los cambios naturales que aparecen con la edad.

### **Síntomas somáticos y depresión en personas de edad**

Aunque no existen datos suficientemente claros, la depresión de la vejez pudiera no ser totalmente equiparable a la de la juventud: se incrementa la aparición de depresiones psicóticas o delirantes, la sintomatología de culpa puede que sea menor y, sobre todo, la aparición de quejas somáticas se eleva considerablemente. Asimismo, algunos síntomas importantes en el diagnóstico de la depresión en más jóvenes pueden tener un significado clínico diferente en los ancianos. Por ejemplo, ante una conducta de lloro continuo cabe la posibilidad, en personas de edad, de que se deba más a un trastorno neurológico (e.g., ingesta de esteroides, abstinencia de alcohol, patologías del tracto corticobulbar lateral) que psicopatológico (Jenike, 1989).

Uno de los hallazgos más consistentes es que, independientemente del método de medida, hay más síntomas depresivos somáticos pero igual número de cognitivos que en los jóvenes<sup>3</sup>. Los ancianos son más proclives a admitir síntomas de ansiedad y somáticos, que un estado de ánimo deprimido y esto constituye un primer problema. ¿Se deben medir o no estos síntomas somáticos? ¿Corresponden a la depresión en ancianos? ¿Constituyen sesgos de respuesta? De hecho, cuando se excluyen los síntomas somáticos de las escalas de depresión, el típico hallazgo de mayores tasas de depresión en personas mayores desaparece (Gatz et al., 1987).

Este incremento en quejas somáticas ha propiciado que muchos autores, como veremos más adelante, construyan escalas suprimiendo síntomas somáticos típicos que se evalúan en el diagnóstico normal de la depresión (e.g., problemas de sueño, preocupaciones con la salud física, agotamiento, etc.). En nuestra opinión esto es incorrecto. Al excluir estos síntomas se desvirtúa el significado clínico del cuadro clínico de la depresión. Un incremento de los síntomas o quejas somáticas en esta población puede significar tanto la manifestación de problemas físicos reales o del envejecimiento normal como un elemento característico de la expresión sintomática depresiva en edades avanzadas. En cualquier caso, ignorar estos síntomas equivale a una especie de “política del avestruz” que no afronta ni conceptual ni metodológicamente este problema.

---

<sup>3</sup>No olvidemos que un síntoma, sea somático o psicológico, consiste en una queja o preocupación por algo (e.g., el dolor). El signo, por el contrario, es la manifestación externa de un cuadro clínico (e.g., fiebre, temblores, o lloro).

En resumen, los síntomas somáticos tienen una entidad propia en la depresión del anciano. McNeil y Harsany (1989), han efectuado una serie de interesantes observaciones a este respecto:

a) La mayor presencia de síntomas somáticos en los ancianos deprimidos no se debe simplemente a que exista una mayor prevalencia de enfermedades en la tercera edad. Por ejemplo, los deprimidos ancianos sanos tienen más síntomas somáticos y cognitivos que los ancianos con enfermedades físicas<sup>4</sup>. Así pues, los síntomas somáticos (e.g., retardo psicomotor, falta de energía, etc.) propios de las enfermedades físicas, son de menor cuantía en éstas que en la depresión y, según parece, especialmente en mujeres.

b) Esta mayor presencia de síntomas somáticos en los ancianos deprimidos no se debe simplemente al proceso normal de envejecimiento pues las puntuaciones somáticas son más altas en ancianos deprimidos que en no deprimidos (Waxman et al., 1985).

c) Por último, esta “hipertrofia somática” no parece un artefacto estadístico o psicométrico. En primer lugar, se observa una alta consistencia interna en las escalas de depresión que incluyen síntomas somáticos, de modo que, por ejemplo, tasas elevadas de cognición depresiva se asocian a tasas también elevadas de síntomas físicos depresivos (Hyer et al., 1987).. En segundo lugar, esta relación tiene validez convergente pues tanto los somáticos como los cognitivos están relacionados con variables como la satisfacción con la vida (Hyer et al., 1987; Rozzoni et al., 1988).

Por lo tanto, los síntomas somáticos depresivos parecen tener un peso relativo mayor en las personas mayores que en las más jóvenes pero, en todo, caso, han de considerarse síntomas propios de la depresión y no epifenómenos laterales. En definitiva, los síntomas somáticos parecen indicadores válidos de la depresión y en modo alguno deben menospreciarse o ignorarse. Admitir abiertamente este hecho conlleva repercusiones terapéuticas. Por ejemplo, mientras que las aproximaciones terapéuticas estandar (e.g., terapia cognitivo-conductual de Beck) son efectivas para un porcentaje muy alto de pacientes depresivos jóvenes, estas terapias parecen algo menos efectivas con pacientes ancianos deprimidos. Es posible que, a la luz de las consideraciones psicopatológicas que acabamos de efectuar, sea adecuado incluir en estos pacientes una

---

<sup>4</sup>Hasta más de 2 desviaciones típicas según Gallagher et al., 1982.

aproximación más orientada hacia la mejora de los hábitos de salud a través de estrategias específicas (ejercicio, nutrición, consumo de sustancias, nicotina, hábitos de sueño, etc.).

## EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios sobre la prevalencia de trastornos psicológicos en la población de personas mayores arrojan resultados semejantes (Häffner y Welz, 1989; Häffner, Moschel, y Sartorius, 1986). Como indica la Tabla 2, aproximadamente una de cada cuatro o de cada cinco personas mayores de 65 años muestra un trastorno mental importante diagnosticable en el momento del estudio (“prevalencia puntual”). Ahora bien, estas cifras pueden ser incluso del doble en los ancianos ingresados en centros geriátricos o de asistencia. De cualquier modo, dado que estos son una minoría en términos relativos, las cifras generales apenas varían aunque se incluya esta muestra.

En general, los trastornos debidos a una causa identificable (psicosis orgánicas y síndromes orgánicos cerebrales) constituyen, en su combinación, la categoría más frecuente. El segundo gran grupo de trastornos -bajo el encabezado de “Neurosis y trastorno de personalidad”- incluiría los trastornos depresivos más comunes, los trastornos por ansiedad, y los trastornos de personalidad. Este segundo grupo constituye la segunda categoría diagnóstica en términos cuantitativos y, en su conjunto afectaría aproximadamente a un 10% de la población mayor de 65 años. Más adelante examinaremos, en concreto, la epidemiología de los trastornos afectivos. Las psicosis funcionales (esquizofrenias y trastornos maníaco-depresivos con síntomas psicóticos) tienen una menor importancia.

---

TABLA 2: Datos epidemiológicos

---

### Depresión mayor

Si el diagnóstico de “depresión” se basa sencillamente en la determinación de un punto de corte en un inventario de síntomas o cualquier otro tipo de instrumento estándar (e.g., Zung, Beck, Hamilton), las cifras, en muestras de población general, giran en torno a un 15%-20% de los

ancianos o incluso más (Blazer y Williams, 1980; Jenike, 1989)<sup>5</sup>. Sin embargo, cuando se emplean criterios diagnósticos precisos para determinar un “Depresión mayor” según el DSM-III o DSM-III-R las cifras bajan espectacularmente. En este caso, la tasa de prevalencia puntual de depresión está en torno al 5%, una cifra similar e incluso inferior a la observable en la población general adulta (Weissman y Myers, 1978; Vázquez y Sanz, 1991). Así pues, cuando se emplean criterios rigurosos de diagnóstico, no parece cierto el tópico de que las personas ancianas tengan tasas mayores de depresión que las muestras más jóvenes<sup>6</sup>.

Respecto a las mujeres, se ha sostenido que las típicas diferencias sexuales (v.g., una tasa aproximadamente doble en mujeres que en hombres a partir de la adolescencia), se atenúan con la edad e incluso llegarían a invertirse a partir de los 75-80 años (Gurland, 1976). Sin embargo, los estudios comunitarios más recientes indican que esta diferencia sexual se mantiene prácticamente para cualquier grupo de edad (Weissman y Klerman, 1985).

¿A qué obedecen estas cifras relativamente bajas de depresión en los ancianos cuando se emplean criterios rigurosos y se emplean muestras comunitarias? Una posibilidad es que las personas ancianas de nuestros días sean menos vulnerables a la depresión que las nacidas más recientemente. Es decir, podría haber un efecto de cohorte o grupo de edad. De hecho, las generaciones nacidas después de la Segunda Guerra Mundial muestran un mayor riesgo de depresión en el curso de sus vidas que las nacidas antes. Este hallazgo ha sido contrastado en diferentes países -Alemania, USA, Suecia, Nueva Zelanda- (véase Smith y Weissman, 1991). Estos cambios parecen afectar más a los hombres que a las mujeres. En estudios de seguimiento de poblaciones generales durante más de 25 años en Suecia, se ha encontrado que, en efecto, los varones nacidos más recientemente (entre 1957 y 1972) tienen diez veces más riesgo de padecer depresión que los nacidos antes (entre 1947 y 1957). En segundo lugar, es también posible que la mortalidad selectiva de las personas deprimidas, o la institucionalización también pueda afectar la tendencia a la baja de estas cifras (Klerman y Weissman, 1980), de modo que los estudios

---

<sup>5</sup>Estas cifras se refieren a la prevalencia puntual, es decir, el porcentaje de personas que un momento determinado presentan el cuadro clínico bajo estudio.

<sup>6</sup>Para cualquier grupo de edad, incluyendo los ancianos, se observa una prevalencia dos veces mayor en mujeres que en hombres (Vázquez & Sanz, 1991; Smith y Weissman, 1991).

comunitarios pudieran infraestimar las tasas de depresión en ancianos por no tener en cuenta estos casos. En cualquier caso, el dato objetivo es que comunitariamente no hay más depresión en personas ancianas que en otros grupos de edad.

Naturalmente hay ciertas variables que pueden modular estas cifras generales. Por ejemplo, los datos del estudio ECA demuestran que en la población general hay varios factores que incrementan el riesgo de depresión mayor (Smith y Weissman, 1991): a) desempleo (aunque no el estatus socioeconómico); b) vivir en una zona urbana; c) estar separado, soltero, o divorciado, sin pareja<sup>7</sup>. Estos factores evidentemente también pueden incidir en las personas mayores (por ejemplo, las dificultades financieras, o la ausencia de una residencia fija en los ancianos que viven en estancias cortas y periódicas con distintos hijos).

### **Trastornos distímicos y bipolares.**

A diferencia de la depresión mayor, parece que los índices de distimia (es decir, la presencia casi continuada de síntomas depresivos durante al menos 2 años seguidos) aumentan con la edad. (Weissman et al., 1988). En cuanto a los trastornos bipolares, los episodios maníacos tienden a convertirse en atípicos (el lenguaje es más circunstancial u obsesivo que acelerado, las ideas paranoides son más frecuentes, y la hiperactividad no es tan marcada) -cf. Stoudemire y Blazer (1985).

Respecto a los trastornos bipolares, aunque las tasas actuales son tan bajas como en otros grupos de edad, quizás sea esperable encontrar más ancianos con estos trastornos en el futuro puesto que también se está demostrando un efecto cohorte de aumento de tasas de bipolares en los nacidos después de la Segunda Guerra Mundial.

## **ESQUEMA DIAGNÓSTICO**

### **¿Evaluación categorial o dimensional?**

---

<sup>7</sup>Otros estudios menos extensos han encontrado, sin embargo, que partir de los 55 años el riesgo de manifestar síntomas depresivos se incrementa con la pobreza, y disminuye con el nivel educativo y el tamaño de la vivienda (cf. Stoudemire y Blazer, 1985).

Es importante reconocer adecuadamente la depresión en los ancianos pues disminuye las expectativas de vida y sobre todo empobrece la calidad de vida (incrementa la malnutrición, la agitación, el riesgo de trastornos cardíacos, etc.)- Jenike, 1989. Para una evaluación adecuada de la depresión se han de tener en cuenta una serie de precisiones diagnósticas. Como hemos indicado en otras ocasiones (e.g., Vázquez, 1986, 1991), **nunca** se debe efectuar un diagnóstico en base a las puntuaciones obtenidas en cualquiera de las escalas diagnósticas existentes (véase una revisión en Vázquez y Sanz, 1991). Estas escalas miden simplemente sintomatología depresiva. Pero esta sintomatología es inespecífica. Una puntuación elevada puede aparecer en trastornos afectivos pero también en trastornos de ansiedad, trastornos esquizofrénicos, trastornos de adaptación, y en casi cualquier cuadro psicopatológico. La sintomatología depresiva es ubicua a través y a lo largo de prácticamente todas las categorías diagnósticas existentes y, lo que también es muy importante, está también presente en muchas enfermedades y dolencias físicas. Por otro lado, aproximadamente sólo la mitad de las personas con una alta puntuación en las típicas escalas de depresión manifiestan problemas de adaptación importantes (Link y Dohrenwend, 1980). Por lo tanto, aunque las escalas y cuestionarios son de enorme utilidad en la cuantificación de la sintomatología depresiva nunca pueden tener una finalidad diagnóstica. Desgraciadamente, muchos estudios sobre depresión en ancianos se han efectuado sobre estas premisas incorrectas.

En consecuencia, una evaluación adecuada de los trastornos afectivos debería incluir idealmente tanto un sistema de diagnóstico categorial como un método de cuantificación de síntomas que nos permita evaluar la gravedad del trastorno. De modo general, la propuesta diagnóstica que nosotros efectuamos consiste en tres apartados: a) Diagnóstico clínico categorial; b) evaluación de sintomatología; y c) evaluación de otras áreas de funcionamiento de interés.

A. Formulación categorial. En primer lugar, es deseable proporcionar un diagnóstico tipo DSM-III, DSM-III-R, RDC (Vázquez, 1990a,b)<sup>8</sup>. Este diagnóstico puede efectuarse simplemente

---

<sup>8</sup>Incluso puede ser deseable efectuar un diagnóstico siguiendo las pautas de dos o más de estos sistemas dado que no son absolutamente coincidentes. Por ejemplo, como han demostrado Gallagher et al. (1992), a pesar de su aparente similitud, el DSM-III-R y los RDC son menos restrictivos que el DSM-III (APA, 1980) para el diagnóstico

siguiendo las indicaciones diagnósticas de estos sistemas de clasificación mediante un sencillo “checklist” de síntomas, semejante al mostrado en la Tabla 1, o bien, cuando se trate de protocolos de investigación más rigurosos, empleando entrevistas estructuradas que proporcionen este tipo de diagnóstico. Estas entrevistas (e.g., SADS, DIS, etc., véase De Pablo et al., en prensa), proporcionan una detallada información psicopatológica del paciente, incrementan la fiabilidad del diagnóstico efectuado, permiten la comparabilidad de los resultados con los de otros estudios rigurosos publicados, y proporcionan diagnósticos categoriales reconocidos.

B) Evaluación dimensional. Además de esta evaluación categorial, es deseable incluir una evaluación dimensional de los síntomas. Es decir, dado que se supone que la sintomatología depresiva varía en intensidad a lo largo de un continuo, es conveniente valorar la gravedad de los síntomas. Más adelante revisaremos con más detalle los principales instrumentos existentes y las ventajas e inconvenientes de cada una de estas estrategias.

C) Evaluación de otras áreas. Un protocolo de evaluación estándar debería incluir medidas adicionales de otras áreas de interés, sobre todo si se tiene en cuenta que, a igualdad de síntomas, el funcionamiento general de un anciano con depresión es peor que el de un joven deprimido (Jenike, 1989). En este sentido, puede ser interesante la evaluación de estrategias de afrontamiento o “coping” (Vázquez, Crespo, y Ring, en prensa), niveles de desesperanza (Beck et al., 1974), acontecimientos vitales, nivel de funcionamiento en las actividades de la vida diaria (e.g., autocuidado, movilidad, alimentación, etc.), nivel de actividades placenteras/displacenteras (Copeland y Wilson, 1989; Montoya, 1992). Naturalmente, la viabilidad de estas medidas depende del contexto, tipo de paciente, nivel cultural, disponibilidad de tiempo y adecuación de las medidas a personas de edad, lo que no siempre es posible desgraciadamente (Copeland y Wilson, 1989)<sup>9</sup>.

---

de la melancolía (un subtipo de depresión mayor en el que predominan síntomas vegetativos y un estado de ánimo más decaído).

<sup>9</sup>Un aspecto bastante descuidado de la literatura es que el uso de conceptos y términos también varía con el tiempo, y los cuestionarios, escalas, etc. están repletos de nombres y categorías relativamente nuevas y desconocidas o poco utilizadas por personas mayores. Sería conveniente investigar más sobre la “legibilidad” (en inglés, “readability”) de estos instrumentos para su aplicación en grupos de edad específicos.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

### **Consideraciones generales**

Muchas enfermedades y condiciones médicas pueden inducir estados anímicos depresivos o simular sus síntomas (e.g., fatiga, insomnio, falta de apetito, etc.). Además, muchos medicamentos muy utilizados para tratar dolencias tan comunes como la hipertensión pueden también favorecer la aparición de síntomas depresivos (e.g., reserpina o metildopa). En el diagnóstico diferencial de los Trastornos del Estado de Ánimo hay que considerar no sólo trastornos físicos (véase Vázquez, 1990c) sino también psicopatológicos. Este diagnóstico se efectuará en función de la persistencia de los síntomas, su inicio (e.g., ¿qué apareció antes?) y su gravedad. La vía diagnóstica fundamental es la entrevista. Es necesario preguntar detenidamente acerca de los tratamientos psiquiátricos recibidos (terapias electroconvulsivas, fármacos, hospitalizaciones,...), historia médica, e historia familiar de depresión. Igualmente se requiere un examen detallado de los estresores psicosociales existentes. En línea con lo que hemos señalado al comienzo de este capítulo, no sólo es adecuado sino necesario efectuar un análisis de las quejas somáticas presentadas. De hecho, aunque estresores como el divorcio, la separación, o la viudez ayudan a explicar la aparición de síntomas depresivos, el factor individual con más peso en los ancianos es la salud física (Murrell et al. 1983; Esser y Vitaliano, 1988).

### **Condiciones y enfermedades físicas**

En este apartado, la regla más importante para efectuar un diagnóstico diferencial es asumir que los problemas médicos no son estables. Además, no debemos fiarnos de un diagnóstico médico dado (que a veces es incierto o insuficiente). En la medida de lo posible, pues, hemos de explorar detalladamente la condición médica del paciente y, ante una duda razonable, remitirle a especialistas.

Jenike (1989) ha formulado una serie de principios generales de diagnóstico diferencial:

1. Necesidad de un examen cognitivo estructurado y adecuado (e.g., el conocido Minimental es una de las pruebas más utilizadas como "screening" inicial)
2. Administración de nuevo de pruebas cognitivas cuando el estado de ánimo experimente la máxima mejoría, con el fin de analizar si éste depende del trastorno orgánico

(recordemos que un estado depresivo debido a un trastorno médico no se considera como “trastorno afectivo”).

3. Examen neurológico detallado (que puede descubrir Parkinson, diskinesia tardía, o déficits en funcionamiento cortical superior).
4. Cautelas ante posibles toxicidades o interacciones tóxicas de fármacos y psicofármacos como, por ejemplo, los IMAO (Montoya, 1992). Si es posible, determinar niveles de droga en sangre y elegir los fármacos menos tóxicos en caso de duda.

Aunque hay muchas enfermedades que pueden afectar y/o confundirse con un trastorno anímico (véase la Tabla 3), no hay que exagerar con la mala salud de los ancianos. Por ejemplo, los ancianos padecen menos enfermedades agudas que los jóvenes aunque, y esto sí es un factor de riesgo para la aparición de síntomas depresivos, padecen más trastornos crónicos. De hecho, al menos un 20-35% de los ancianos con enfermedades crónicas concurrentes están deprimidos. En todo caso, el impacto de la enfermedad viene modulado por varios elementos: a) buena integración social; b) jubilación satisfactoria; c) situación financiera desahogada, y d) ambiente estimulante (Jenike, 1989).

Un aspecto médico muy importante en las personas de edad es la conservación de la movilidad y de las funciones visuales y auditivas. Aproximadamente un 20% de las personas mayores de 65 años presentan problemas funcionales en estas áreas. En estos casos, la tasa de trastornos mentales es de 2 a 3 veces mayor que en ancianos normales (Cooper y Sosna, 1983, cf. Häffner y Welz, 1989). Además, para un 30% de las personas con problemas perceptivos y/o motores estos suponen un deterioro físico grave o muy grave. En estos casos de mayor gravedad, las tasas de trastornos mentales son entre 5 y 6 veces mayor que en los ancianos sanos<sup>10</sup>.

---

Tabla 3: Condiciones médicas

---

---

<sup>10</sup>A más del 65% de personas en esta condición se les diagnosticó un “trastorno mental”, mientras que sólo un 10% de ancianos normales presentaban trastornos de este tipo (Cooper & Sosna, 1983).

### Trastornos psiquiátricos

Los trastornos depresivos se pueden confundir también con otros trastornos psicopatológicos en los que pueden existir también síntomas depresivos intensos (Tabla 4). Igualmente, como creemos que ya hemos dejado claro, es necesario especificar el tipo de trastorno afectivo (fundamentalmente, bipolar, ciclotimia, trastorno depresivo mayor, y distimia). A continuación señalamos algunos de estos cuadros que exigen un diagnóstico diferencial (véanse más detalles en Vázquez y Sanz, 1991):

1. **Trastorno maníaco depresivo:** En estos casos el episodio depresivo, cuando aparece, es prácticamente indistinguible del que se da en las depresiones mayores.

2. **Alcoholismo:** Algunos alcohólicos tienen una historia de Trastorno Afectivo y la ingesta puede ser una respuesta, un modo inadecuado de “enfrentamiento” de síntomas depresivos.

4. **Duelo:** El duelo no complicado puede incluir tanto síntomas depresivos como somáticos (sensación de ahogo, sentimiento de vacío en el abdomen, falta de tensión muscular,...) y cognitivos (e.g., pensar que la vida no tiene sentido). Sin embargo, a pesar de que existen muchos tópicos sobre cómo los seres humanos reaccionan ante desgracias irreparables (véase Vázquez, Crespo, y Ring, en prensa), lo cierto es que sólo el 17% de las personas que han perdido a un/a esposo/a o a alguien muy cercano están clínicamente deprimidas 1 año después (Clayton, 1974). Igualmente, a los 30 días de la muerte del esposo, un 88% de las personas que enviudan se sienten tristes. Pero sólo un 35% presenta una depresión diagnosticable con criterios operativos estrictos, tipo DSM-III (véase Wortman y Silver, 1989).

Así pues, ante una situación como ésta, el clínico no debe alarmarse. Hay que estar alerta pero no sobreenfatizar el riesgo psicopatológico de estas personas. En todo caso, esta alerta debería estar más dirigida a hombres que hacia mujeres en general, pues en ellos hay un riesgo potencial más alto de conductas suicidas, y a otros grupos especialmente vulnerables: alcohólicos, personas con apoyo social limitado, etc.

4. **Demencias.** Las demencias están todavía incluidas dentro de las clasificaciones de los trastornos mentales puesto que cursan con muchos síntomas psicológicos y, sobre todo, aún no existen tests diagnósticos de laboratorio sensibles ni específicos para este trastorno. A veces, un

trastorno diagnosticado como depresión puede ser, en realidad, una demencia (“pseudodepresión”). Lo más frecuente, sin embargo, es que un cuadro que inicialmente tiene el aspecto de una demencia (pérdida significativa de memoria, dificultad en mantener la atención, labilidad emocional, etc.) sea en realidad un trastorno afectivo (“pseudodemencia”). Se ha demostrado que, en algunos estudios, hasta un 50% de los diagnósticos de demencia eran en realidad depresiones.

El diagnóstico diferencial, ante un cuadro de este tipo, es delicado y requiere una observación longitudinal del caso. Se es especialmente proclive al error cuando predominan síntomas afectivos y cognitivos (memoria) sobre otros síntomas. Existen algunas pautas generales, aunque no infalibles, para diagnosticar diferencialmente ambos cuadros (Wells, 1979; Jenike, 1989) -véase la Tabla 5.

---

TABLA 4: Condiciones psiquiátricas

---

---

TABLA 5: DEMENCIA vs. DEPRESIÓN

---

Ahora bien la situación se complica por dos razones. En primer lugar, porque también puede realmente coexistir un problema demencial y un trastorno afectivo. No obstante, los datos en este área son muy confusos. Según algunos estudios los pacientes de tipo Alzheimer no muestran depresión clínica -lo que sugiere un sorprendente efecto “protector”- mientras que en otros estudios las tasas de depresión, empleando incluso criterios DSM-III, se elevan hasta el 85%. Como viene siendo habitual, parece que las diferencias entre estas cifras depende mucho de las definiciones de depresión y de demencia utilizadas y de los métodos de medida de ambos conceptos (véase una discusión en Esser y Vitaliano, 1988). En segundo lugar, algún estudio longitudinal ha demostrado que en pacientes ancianos en general una depresión puede ser un predictor de una demencia ulterior. En concreto un 57% de una muestra de 225 pacientes remitidos a una clínica de demencia y a los que se les dió el diagnóstico de depresión y no demencia, desarrolló realmente una demencia en un periodo de 3 años (Reding et al., 1985).

### **Evaluación del suicidio**

Aunque las cifras de depresión clínica sean igual en los ancianos que en grupos de edad más jóvenes e incluso más bajas respecto al grupo de edad de más riesgo depresivo (es decir, el comprendido entre los 30-50 años), las tasas de suicidio son definitivamente mayores en las personas mayores que en las jóvenes. Por ejemplo, las tasas de suicidio consumado en el grupo de edad de personas mayores de 85 años, es cuatro veces mayor que el observable en los jóvenes. La ideación o conducta suicida han de explorarse siempre que se evalúe la depresión. Una indicación de que existen pensamientos suicidas, sea a través de la entrevista, una escala, o bien a través de terceras personas, ha de situar a ese síntoma como prioritario en exploraciones sucesivas y el diseño de un tratamiento (véase el Capítulo correspondiente en este mismo libro).

### **INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACION DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO.**

A continuación efectuaremos un repaso de aquellos instrumentos más frecuentemente utilizados para evaluar depresión en ancianos (véase la Tabla 6). Las técnicas más empleadas son la entrevista, el autoinforme, el autorregistro y la observación.

---

TABLA 6: INSTRUMENTOS

---

#### **1) ENTREVISTAS.**

La entrevista es el instrumento principal de interacción y exploración con el sujeto (Silva, 1992). En este apartado nos centraremos sólo en algunos tipos de entrevista orientadas a la búsqueda de información clínica en personas mayores. Desde el punto de vista de la formulación de un diagnóstico categorial tipo DSM-III-R, es recomendable el uso de pautas de entrevista altamente estructuradas como la SADS (Spitzer y Endicott, 1978) o la SCID (Spitzer y Williams, 1987) -véase Vázquez y Sanz, 1992; Vizcarro, 1992). Al margen de estas entrevistas conducentes a una etiqueta diagnóstica, existen entrevistas de amplio espectro específicamente diseñadas para ancianos: la CARE y la OARS.

##### **1.1) CARE (Comprehensive Assessment and Referral Evaluation, Gurland y cols, 1977).**

Se trata de un instrumento de evaluación general capaz de identificar las variables psicológicas y el contexto social en el que el fenómeno depresivo acontece. Incluye ítems que permiten evaluar al anciano en sus vertientes médica, nutricional, estado mental y socioeconómico.

Los ítems específicos que evalúan depresión inciden principalmente en el estado de ánimo y su duración. También incluye la detección de síntomas de naturaleza vegetativa y su duración e intensidad; sentimientos de "autodesprecio", riesgo de suicidio y síntomas de carácter psicótico que ayudan a realizar un diagnóstico diferencial. También suministra información sobre niveles funcionales de actividad del sujeto (Kane y Kane, 1981).

La duración media de toda la entrevista es de 90 minutos aproximadamente, pero sus autores dan un rango que va desde los 45 minutos hasta las 2,5 horas. Se puntúa siguiendo un criterio de presencia/ausencia del ítem que el entrevistador ha de valorar. Ante información confusa o incompleta se añade una interrogación. La prueba original consta aproximadamente de 1.500 ítems que fueron reducidos a 314 en su versión final (Gallagher, 1986).

Algunas de las **ventajas** más sobresalientes son las siguientes: a) Buena calidad psicométrica reflejada en una alta fiabilidad interjueces; b) buenas validez aparente y discriminante; c) su característica de entrevista de amplio espectro permite separar con cierta claridad la sintomatología debida a influencias somáticas (enfermedades) o la debida a los efectos secundarios de la medicación; d) además es un instrumento diseñado específicamente para su uso con ancianos; e) aún no tratándose de una entrevista diagnóstica, se puede utilizar como complemento a un sistema clasificatorio fiable (DSM-III-R; RDC; ICD-10); f) se ha desarrollado un modelo de entrevista más reducido y más específico para evaluar depresión exclusivamente, la Short-Care (Gurland, Golden, Teresi y Challop, 1984); g) está diseñada específicamente para mantener la participación del anciano en la entrevista incluso cuando ésta se prolonga relativamente en el tiempo. Según sus autores, su diseño permite reducir los niveles de ansiedad y estrés tanto en el sujeto evaluado como en el evaluador en la situación de evaluación; h) es interesante y fácilmente comprensible para el anciano; i) la evaluación de síntomas psiquiátricos obvios está camuflada con ítems de contenido somático o referentes a cuestiones sociales.

Por otra parte los **inconvenientes** que plantea son: a) Es necesario que el personal evaluador tenga conocimiento completo de todo el instrumento, aunque su intención sea evaluar

exclusivamente un área concreta; b) al abarcar muchas y muy diferentes áreas pierde especificidad y profundidad; c) la CARE no está diseñada para evaluar depresión específicamente.

1.2) **OARS** (Olders American Resources and Services Questionnaire; Fillembaum y Smyer, 1981) y **ODS** (OARS Depression Scale).

Esta útil entrevista se administra aproximadamente en una hora y proporciona información sobre cinco ámbitos: recursos sociales, económicos, salud mental (bienestar psiquiátrico, presencia de organicidad), salud física y actividades de la vida diaria.

A las respuesta dadas por el sujeto en cada ámbito, un evaluador (entrenado) puntúa cada dimensión según una escala de 6 puntos, donde 1 equivale a un "funcionamiento excelente" y 6 a un "funcionamiento totalmente deteriorado". Estas puntuaciones pueden ser combinadas de muy diversas maneras, dando lugar a una gran versatilidad, aunque en muchas ocasiones tal variedad puede generar mucha confusión, requiriendo una cuidadosa interpretación de las mismas.

La escala total consta de 105 ítems, incluyendo 18 ítems para evaluar síntomas depresivos en el anciano constituyendo la llamada Escala de Depresión OARS (ODS).

Entre sus principales **ventajas** destacan: a) Es una entrevista amena y fluida, b) presenta una buena calidad psicométrica (alta fiabilidad interjueces, buena validez concurrente y discriminante).

Los **inconvenientes** que presenta se pueden resumir en dos aspectos: a) no identifica correctamente a ancianos deprimidos no institucionalizados; b) tampoco evalúa duración de los síntomas ni ideación o conductas suicidas.

## 2) OBSERVACIÓN.

Según Fernández-Ballesteros (1992), no existe evidencia de que esta técnica sea utilizada frecuentemente para evaluar la depresión en el anciano. Sin embargo recomienda el uso de la Lista de Conductas de Autocuidado (Williams, Barlow y Agras, 1982) como posible procedimiento complementario de Observación.

## 3) AUTOINFORMES.

Los autoinformes constituyen el grueso de la instrumentación utilizada para la evaluación de la depresión en el anciano. Además de las dificultades inherentes a este tipo de pruebas (sesgos de respuesta, deseabilidad social etc), se pueden presentar ciertos contratiempos cuando se administran a personas de edad (Fernández-Ballesteros, 1992; Bromley, 1990; Kane y Kane, 1981; Copeland y Wilson, 1989; La Rue, 1992). En principio estas escalas suelen estar diseñadas para ser autoaplicadas, con lo que es el propio anciano quien debe "completar la escala". En este sentido, si se trabaja con ancianos institucionalizados el evaluador puede encontrarse con que los problemas sensoriales, fatigabilidad, pruebas excesivamente largas, ítems complejos, etc. pueden dificultar enormemente la tarea. Si bien entre los ancianos no recluidos esta situación también puede presentarse, el deterioro no está tan acusado y el nivel de funcionamiento a todos los niveles es superior, por lo que las consecuencias no son tan negativas.

Las situaciones de respuesta en las que el sujeto ha de elegir una entre varias alternativas también tiende a confundir con mayor facilidad al anciano (La Rue, 1992). Algunos investigadores proponen en estos casos que dichas pruebas se administren verbalmente, pero tal procedimiento, en el caso de varias alternativas de respuesta, puede generar más confusión.

Los propósitos del evaluador han de estar muy claros antes de seleccionar la/s pruebas más indicada/s y acomodarla/s a sus intereses. Se plantea la necesidad de contar con pruebas específicamente diseñadas para la población geriátrica o al menos que las que se utilicen con estas muestras estén convenientemente validadas (Bromley, 1990). Retomaremos estos argumentos más adelante. En este apartado obviaremos una revisión a fondo de los instrumentos más frecuentes (Beck, Zung, Hamilton, MMPI y DACL) por existir en castellano diversas fuentes a las que el lector interesado puede acudir (e.g., Conde y Franch, 1984; Vázquez y Sanz, 1992; del Barrio, 1992). Simplemente indicaremos algunas sugerencias sobre el uso de estos instrumentos en personas mayores.

### 3.1) **Escala de Zung. SDS** (Self-rating Depression Scale; Zung, 1965).

La SDS es una escala simple y fácil de utilizar. Consta de 20 ítems generados en base a criterios de diagnóstico clínico (similares en contenido a los criterios diagnósticos del DSM-III). Explora las áreas cognitiva, afectiva y sobre todo la fisiológica. Ha sido ampliamente utilizada con

propósitos de investigación en gerontología y ha generado muchas críticas (Fernández-Ballesteros, 1992; Bromley, 1990; La Rue, 1992). El sujeto ha de valorar cada ítem con una escala tipo Likert puntuada de 1-4. Es una escala que requiere poco tiempo y en la versión heteroaplicada no necesita especial adiestramiento (Conde y Franch, 1984).

Según el autor la validez de la escala está comprobada y muestra altas correlaciones con la escala de Hamilton, el BDI y la escala de depresión del MMPI y , además, es útil y válida para la evaluación de la depresión en el anciano Gaylord y Zung (1989). Sin embargo, otros autores efectúan numerosas críticas a este instrumento: determinados ancianos pueden encontrarse en desventaja cuando se le enfrenta a situaciones de respuesta de elección múltiple, dado que es el propio anciano el que ha de "completar la escala" (La Rue, 1992). La administración de este tipo de pruebas de modo verbal incrementa notablemente la sensibilidad de la misma, aunque reconoce La Rue, esta escala puede resultar molesta para su administración oral. Cuando es administrada a modo de entrevista el problema es la "falta de aplicación estándar y ... una situación algo incómoda debido a la existencia de un cierto número de preguntas que pueden resultar embarazosas de responder por el sujeto". (Fernández-Ballesteros, 1992, p.332). En realidad el problema puede consistir en que no es muy apropiado presentar verbalmente este tipo de escalas. La SDS tampoco parece discriminar bien entre pacientes depresivos, psicóticos y enfermedad física grave.

Tampoco parece discriminar bien entre distintos niveles de intensidad de depresión. Tiende a sobreestimar depresión al confundir síntomas somáticos con envejecimiento normal. Por su origen psiquiátrico parece hacer más hincapié en síntomas somáticos (La Rue, 1992).

### 3.2) **Inventario de Depresión de Beck. BDI** (Beck Depression Inventory; Beck et al 1961).

Esta escala consta de tiene 21 ítems que son evaluados mediante cuatro alternativas de respuesta indicando una progresiva intensidad de los síntomas. Incluye ítems que evalúan diferentes aspectos entre los que destacan: el humor; pesimismo y culpa; falta de satisfacción; pérdida de energía, apetito, peso y libido etc; si bien hace especial hincapié en los síntomas cognitivos de la depresión. Existen varias versiones de esta prueba con sólo 13, 7 y 3 ítems. La primera de éstas (Beck, 1974) es utilizada con ancianos físicamente enfermos y con baja tolerancia a estas situaciones de examen (La Rue, 1992). Tiene una correlación alta con la versión original de

21 ítems de la que se extrajo. Montorio (1990) ha validado y baremado una versión abreviada de 15 ítems con una muestra de ancianos institucionalizados. Según el autor parece tener alta calidad psicométrica (alta consistencia interna, buena fiabilidad test-retest y validez convergente con la escala de Lubin). Conde y Franch (1984) tienen adaptada la prueba para población española si bien, en nuestra opinión, contiene algunos cambios de dudosa validez respecto al original lo que hace recomendable utilizar una versión más actualizada (cf. Vázquez y Sanz, 1993).

Kane y Kane, (1981) indican que el procedimiento de administración correcto consiste en ir leyendo al anciano cada uno de los ítems. El anciano tendrá una copia de la prueba durante el tiempo de administración. Otros autores también recomiendan la administración oral de la prueba a los ancianos. En estos casos recomiendan la simplificación de las frases para facilitar el recuerdo de las alternativas de respuesta (Gallagher et al, 1980).

En general se puede decir que sus **ventajas** más sobresalientes son: a) buena calidad psicométrica (Beck et al, 1987; Vázquez y Sanz, 1993), b) detecta cambios en la intensidad de la depresión con el paso del tiempo, especialmente cognitivos; c) discrimina bien entre grupos de pacientes (utilizando como criterio la "profundidad de la depresión"), Kane y Kane, 1981; d) valora preferentemente la intensidad de los síntomas antes que su frecuencia, lo cual puede favorecer la respuesta de los ancianos (Yesavage, 1986); e) enfatiza más los cambios cognitivos (Vázquez, 1986); f) finalmente, cubre prácticamente todos los ítems diagnósticos contemplados en el DSM-III-R (Vázquez y Sanz, 1991).

Los **inconvenientes** potenciales que presenta este instrumento son los siguientes: a) confusión y fatiga en ancianos con problemas de memoria y b) posibles reservas para responder al ítem referido a la sexualidad.

**3.3) Listas de Adjetivos para la Depresión. DAACL** (Depression Adjectives Checklist, Lubin 1981).

Se trata de listas de adjetivos agrupadas en varias formas distintas (A, B, C, D). La tarea del sujeto consiste en identificar aquéllos que mejor se ajusten a su estado de ánimo. En sujetos normales el tiempo que lleva completar cada una de las formas oscila entre 2,5 y 3 minutos. Se trata de un autoinforme, pero en la versión original, los propios autores indican que en casos

excepcionales, cuando el sujeto no es capaz de completar por sí mismo la prueba (no sabe leer o tiene dificultades visuales o motoras), el examinador puede proceder a leer cada uno de los adjetivos y recoger la respuesta del sujeto "sí" o "no". No existen diferencias significativas entre las formas autoaplicada y heteroaplicada (Lubin, 1981). Algunos ítems de esta prueba son: solo, triste, pobre, agotado, muerto, melancólico, esperanzado, desgraciado, brillante.

Lubin realizó una versión reducida de 14 ítems extraídos de la versión original. En España, Montorio (1990), ha realizado una adaptación de esta prueba para su uso con ancianos institucionalizados. Parece gozar de buenas propiedades psicométricas (alta fiabilidad test-retest y buena validez convergente con el BDI). Otra versión española, para uso en población general, es la realizada por Avila (1984, 1985); en este caso, el formato empleado es Estado/Rasgo, con 34 adjetivos cada uno.

Las principales **ventajas** del DACL son: a) es breve y fácil de administrar; b) goza de buenas propiedades psicométricas; c) existen varias adaptaciones en España, una de ellas para ancianos.

También presenta algunos **inconvenientes**: a) en las instrucciones se insta al sujeto a trabajar "lo más rápidamente posible"; b) la diferencia generacional que separa al anciano de la prueba puede llevar a utilizar adjetivos que en realidad no son apropiados para etiquetar el estado afectivo del anciano (Bromley, 1990). En general se trata de un instrumento sin ningún valor diagnóstico, careciendo de valor alguno para este cometido. Simplemente evalúa estado de ánimo de manera muy inespecífica.

### 3.4) **Escala de Hamilton. HAMD** (Hamilton Depression Rating Scale; Hamilton 1967).

Este instrumento tiene dos versiones en cuanto a su formato de aplicación, de manera tal que puede aplicarse a modo de entrevista estructurada o a modo de autoinforme. En el formato de entrevista, este instrumento requiere un evaluador entrenado. La prueba consta de 21 ítems -en su versión original y más utilizada- que tratan de evaluar presencia e intensidad de la depresión. Se puntúa mediante una escala tipo Likert. La Escala de Hamilton fué desarrollada inicialmente para investigar los resultados que los nuevos fármacos tenían sobre el fenómeno depresivo, por ello se centra más bien en síntomas de carácter vegetativo (La Rue, 1992). Existe una adaptación española realizada por Conde y Franch (1984).

Algunas de las principales **ventajas** que presenta son: a) el formato de entrevista supone que es el evaluador quien completa la prueba, facilitando la tarea al anciano; b) es sensible a los cambios en la sintomatología, especialmente somática; c) en general goza de buenas propiedades psicométricas (fiabilidad y consistencia interna elevadas y alta validez concurrente con BDI y SDS).

Entre los **inconvenientes** que presenta destacan: a) al evaluar muchos ítems somáticos, tiende a sobreestimar la depresión en este grupo de sujetos (Bromley, 1990); b) requiere un evaluador muy bien formado (en el formato de entrevista).

### 3.5) **MMPI** (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Hathaway y Mackinley, 1951).

La escala total cuenta con 566 ítems, de los cuales 60 evalúan depresión MMPI-D. El formato de respuesta es Verdadero/Falso. En general no parece tener grandes ventajas sobre otros instrumentos, presenta más bien varios **inconvenientes**: a) Si bien las propiedades psicométricas de esta prueba parecen ser buenas, se critica la utilización de la subescala de depresión fuera del conjunto de la prueba total ya que entonces pierde propiedades, b) no parece discriminar bien entre un estado transitorio y uno permanente de depresión -lo cual es uno de los aspectos claves en la evaluación del anciano- (Gallagher y Thompson, 1983) y c) parece mostrar cierta tendencia a sobreestimar la depresión en el anciano, pero dado que no ha sido estandarizada para la población anciana su utilización no tiene mucho sentido (Bromley, 199 ; La Rue, 1992).

### 3.6) **Escala de Depresión Geriátrica. GDS** (Geriatric Depression Scale; Yesavage et al, 1983).

Esta escala fué desarrollada específicamente para ancianos. La versión original de la prueba consta de 30 ítems y su formato de respuesta es Sí/No. En su construcción se emplearon 100 ítems generados por personal experto que se aplicaron con el formato ya indicado a una muestra de sujetos. Se efectuó un filtrado de aquellos ítems cuya correlación era pequeña y no significativa llegando así al formato actual. Evalúa el estado de ánimo de manera extensa y

también incluye ítems para evaluar otras áreas relevantes tales como quejas de carácter cognitivo y conducta social.

Ha sido validada con dos criterios independientes: la Escala de Hamilton y la de Zung con buenos resultados. También presenta buenas correlaciones con el BDI (Fernández-Ballesteros, 1992). Asimismo se han llevado a cabo estudios de correlación con subescalas del 16PF, MMPI y con pruebas proyectivas como el TAT y el SAT entre otras.

En cuanto a su sensibilidad y especificidad los resultados parecen contradictorios. Fernández-Ballesteros indica la existencia de resultados no homogéneos en este sentido para ancianos con niveles medios de depresión. Sin embargo La Rue (1992) parece más optimista y señala "una sensibilidad y especificidad relativamente altas en la identificación de ancianos con el diagnóstico clínico de depresión" (p.262). En general los datos que se manejan a este respecto oscilan entre el 80% y el 95% indicando que no es inferior, al menos igual o superior, que el resto de las pruebas con las que ha sido comparada. Según estos resultados psicométricos parece un buen instrumento.

Algunos autores critican la ausencia de datos sobre la fiabilidad interjueces, algo importante dado el carácter subjetivo de la evaluación de síntomas en la versión heteroaplicada. Actualmente los estudios que se realizan sobre este particular señalan correlaciones del 0,97 entre ambos modos de aplicación.

Yesavage ha realizado una versión abreviada de esta prueba que consta de 15 ítems (Sheikh y Yesavage, 1986). Sin embargo no parece tener las propiedades psicométricas adecuadas que permitan la sustitución de la GDS original (Fernández-Ballesteros, 1992). En España González y Szurek (1988, 1990) han traducido, adaptado y baremado la escala para la población geriátrica española. Su versión consta de 20 ítems extraídos de la escala original mediante estudios estadísticos y psicométricos apropiados. Del total de 20 ítems, 14 se formularon en sentido directo y 6 en inverso, con lo cual se mantiene la proporción original. Esta versión se administra a modo de entrevista semiestructurada, en la que el evaluador puntúa cada ítem según una escala tipo Likert en la que se proponen 4 alternativas, de 0-3; donde 0 indica que el anciano está completamente en desacuerdo con el contenido del ítem y 3 indicaría un total acuerdo con dicho contenido o bien que la ocurrencia de dicho ítem acontece siempre en la vida del sujeto.

Las principales **ventajas** que presenta este instrumento son las siguientes: a) buena calidad psicométrica; b) como autoinforme, la GDS es completada por los ancianos mejor que la escala de Zung; c) es fácil de aplicar y lleva muy poco tiempo (sobre unos 20-25 minutos); d) diferencia con claridad entre ancianos deprimidos y no deprimidos -incluso aunque padezcan enfermedad física o alguna forma de demenciación- (Gallagher et al, 1983).

Los **inconvenientes** que presenta son: a) las muestras utilizadas en su baremación proceden, casi en su totalidad, de ancianos institucionalizados, por lo que hay que ser prudentes en la aplicación de este instrumento fuera de este ámbito; b) ignora síntomas somáticos y, c) aún faltan estudios completos sobre su validez y su potencial valor diagnóstico.

### 3.7) **HSCL** (Hopkins Symptom Checklist, Derogatis et al, 1974).

Aunque menos utilizado como método de evaluación de la depresión, el HSCL se emplea en muchos protocolos de investigación sobre la salud mental de las personas mayores. Se trata de un autoinforme que consta de 90 ítems que hacen referencia muy directa y clara a la existencia de síntomas diversos . Dispersados entre estos ítems se encuentran 13 cuestiones que pretenden evaluar depresión en el anciano. Es fácilmente administrable a sujetos de edad.

La prueba se puntúa según una escala tipo Likert con 5 posibles valores, de 0 a 4. Parece un instrumento capaz de captar el cambio en la mejoría de los síntomas depresivos. Sus ítems parecen tener validez aparente respecto al humor depresivo y tiene escasos ítems de contenido somático (Kane y Kane, 1981).

### 3.8) **CES-D** (Center for Epidemiological Studies of Depression, Radloff (1977).

Esta prueba consta de 20 ítems que han sido seleccionados a partir de varias escalas de depresión, como la subescala de depresión del MMPI, el SDS de Zung o el BDI. Se evalúa la frecuencia con que el ítem en cuestión ocurre durante la última semana en la vida del sujeto. Su uso primordial se centra en la investigación epidemiológica del fenómeno depresivo, ofreciendo datos sobre la incidencia del mismo en la población general. También ha sido utilizada como método de screening (Santacreu, J. 1987).

### 3.9) **ESCALA ANALOGICA VISUAL** (Visual Analogic Scale, Aitken, 1969).

Se trata de que el sujeto evalúe su estado de ánimo marcando sobre una línea de 10 centímetros en la que se encuentran dos polos "pésimo" y "óptimo". La puntuación se obtiene midiendo con una regla, desde el polo izquierdo, la marca efectuada por el sujeto .

Las **ventajas** que presenta este método es que permite una evaluación rápida y continua del estado de ánimo. Es sensible a los estados depresivos, pero no a otros estados de ánimo. Parece mostrar buenas correlaciones con BDI, SDS y la escala de Hamilton (Vázquez y Ring, 1993). La principal **desventaja** es que la evaluación del estado de ánimo obtenida por este método es muy superficial (Vázquez y Sanz, 1991).

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Muchos de los instrumentos revisados han sido diseñados y validados utilizando muestras de ancianos hospitalizados o residentes en centros geriátricos y por ello no son sensibles para detectar el cambio en ancianos normales (por cierto, un grupo de personas mucho más frecuente de lo que nuestros "sesgos clínicos" a veces nos dejan ver).

El principal problema con el que se enfrenta el clínico cuando evalúa depresión en el anciano es el diagnóstico diferencial entre demencia y depresión y muchas veces con el propio proceso de envejecimiento normal. Los instrumentos diseñados sin tener en cuenta estos aspectos no podrán discriminar bien entre este tipo de variables (Kane y Kane, 1981). "El problema adquiere dimensiones más importantes cuando se añade la variable baja escolarización. Cuando exista deterioro cognitivo, éste "...puede distorsionar las respuestas del anciano en el proceso de evaluación de su estado motivacional o afectivo, así como alterando la comprensión de las preguntas o instrucciones suministradas, o siendo incapaz de formular la respuesta apropiada. Las incapacidades motoras y sensoriales y la falta de familiaridad con la situación, pueden obstaculizar la evaluación" (Bromley, 1990) (p.87). Pero insistimos, estas situaciones se presentan principalmente cuando se evalúan a ancianos hospitalizados o residentes en centros especializados.

El efecto intergeneracional o de cohorte constituye otra variable que puede distorsionar la evaluación. Generaciones diferentes tienen características diferentes. El lenguaje empleado puede

generar confusión e incompreensión (Fernández-Ballesteros, 1992; Copeland y Wilson, 1989). Esto exige investigar la “inteligibilidad” (readability) de los instrumentos empleados. Además, en un sentido semejante, las referencias a la preocupación por la salud o la muerte y por el interés sexual o la pérdida de la libido parecen tener significados distintos en estas edades, siendo más significativos en el grupo de jóvenes que en los más viejos.

Sobre el eterno debate sobre si la presencia de indicadores somáticos es adecuada o no en estas escalas (Zemore, 1979; Harper, 1990; Bromley, 1990) ya hemos explicado que no nos parece apropiado ignorar sin más toda esta sintomatología, por cuanto constituye un elemento importante que siempre debe evaluarse.

En definitiva, la evaluación del anciano todavía presenta algunos problemas serios. Uno es el desconocimiento de lo que podríamos llamar el envejecimiento normal. Sin una clara visión de este proceso es difícil discriminar si un acontecimiento determinado constituye una patología o no es más que una consecuencia de un envejecimiento natural en el sujeto. Por otra parte la mayoría de los instrumentos se centran principalmente en el ámbito referido a la morbilidad psiquiátrica y todo el conjunto de problemas asociados que conlleva, olvidándose generalmente de evaluar las potencialidades positivas, las habilidades que posee el anciano para hacer frente a los problemas cotidianos de salud física, mental o sociales con los que ha de enfrentarse diariamente (véanse las excelentes reflexiones de Copeland y Wilson, 1989). Es como si existiera un sesgo en la evaluación y el investigador o el clínico pretendieran descubrir por qué el anciano lo hace mal y no, por el contrario, por qué a pesar de los muchos inconvenientes a los que han de enfrentarse, consiguen sobrevivir con éxito.

El aislamiento, soledad, falta de actividad e inquietud intelectuales, la falta de información de lo que ocurre a su alrededor etc, son características comunes del estilo de vida de algunas instituciones cuyos efectos a largo plazo sobre el funcionamiento cognitivo y afectivo de estas personas están en el fondo de muchas de las alteraciones que sufre el anciano; el declive y la decadencia a las que se ven empujados se refleja en muchas investigaciones que toman como muestra a estas personas, trabajos que tienden a reforzar los prejuicios y las actitudes negativas para con las personas de edad (Bromley, 1990).

Haciendo un breve resumen de lo expuesto en este capítulo, se puede señalar lo siguiente:

- 1) Necesidad de efectuar diagnósticos categoriales (tipo DSM-III-R) y dimensionales en la misma persona.
- 2) No despreciar síntomas somáticos como si fuesen irrelevantes para la depresión.
- 3) Es imprescindible un diagnóstico diferencial con trastornos físicos, demencia y/o el propio proceso de envejecimiento normal.
- 4) Empleo de pruebas especialmente adaptadas en el caso de que las condiciones lo requieran (e.g., pacientes geriátricos, dificultades sensoriales, bajo nivel educativo, etc.).
- 5) Asegurarse de que las pruebas son inteligibles y no están sujetas a problemas de cohorte.

**BIBLIOGRAFIA.**

- Aitken (1969). Measurement feeling using visual analogue scales. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 62, 989-993.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). Diagnostic and Statistical Manual-III. Washington: American Psychiatric Press. (Trad. en Ed. Masson, 1984).
- American Psychiatric Association (APA). (1987). Diagnostic and Statistical Manual-III-Revised. Washington: American Psychiatric Press. (Trad. en Ed. Masson, 1988).
- Avila, E.A. (1984). DACL. Edición experimental. Departamento de Psicodiagnóstico. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Beck, A.T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal ideation: The scale for suicide ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 343-352.
- 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, 451-571.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., y Texler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 861-865.
- Berrios, G. (1991). Affective disorders in old age: A conceptual history. International Journal of Geriatric Psychiatry, 6, 337-346.
- Blazer, D. y Williams, C.D. (1980). Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. American Journal of Psychiatry, 137, 439-444.
- Blazer, D.G. (1985). Síndromes depresivos en Geriatría. Madrid: Doyna.
- Breckenridge, J.N., Gallagher, D, Thompson, L.W. y Peterson, J. (1986). Characteristic depressive symptoms of bereaved elders. Journal of Gerontology. Vol 41, 2. 163-168.
- Bromley, D.B. (1990). Behavioral gerontology. central issues in the psychology of aging. Nueva York. John Wiley & Sons.
- Brown, J.H., Enteleff, P., Barakat, S. et al. (1986). Is it normal for terminally ill patients to desire death? American Journal of Psychiatry, 143, 208-211.
- Bulbena, A. (1990). Pseudodemencia depresiva. En J. Vallejo y C. Gastó (Eds.), Ansiedad y depresión. Barcelona: Salvat.
- Clayton, P. J. (1974). Mortality and morbidity in the first year of widowhood. Archives of General Psychiatry, 30, 747-750.
- Cohen, G.D. (1991). Envejecimiento cerebral. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Conde, L.V y Franch, J.I (1984). Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos. Barcelona: Upjohn.
- Copeland, J.R. y Wilson, K.C. (1989). Rating scales in old age psychiatry. En C. Thompson (Ed.), The instruments of psychiatric research. New York: Wiley.
- Copeland, J.R.M. y Wilson, K.C.M. (1989). Rating scales in old age psychiatric. En C. Thompson (Ed.). The Instruments of psychiatric research. Nueva York: John Wiley & Sons.

- del Barrio, M.V. (1992). Evaluación de las características psicopatológicas. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), Introducción a la Evaluación Psicológica (Vol. 2). Madrid: Pirámide.
- Derogatis, L.R., Lipma, R.A., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H. y Covi, L. (1974). The Hopkins symptom checklist (HSCL): A measure of primary symptom dimensions. Pharmacopsychiatry, 7, 79-110.
- Erna, P., Badash, D., Beran, B., Kosovsky, R y Kleinhauz, M. (1977). Incidence of mental illness in the aged: Unmasking the effects of a diagnosis of chronic brain syndrome. Journal of the American Geriatric Society, 25, 371-375.
- Esser, S.R. y Vitaliano, P.P. (1988). Depression, dementia, and social supports. International Journal of Aging and Human Development, 26, 289-301.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). Introducción a la evaluación psicológica II. Madrid. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J.M y Díaz, P. (1992). Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Barcelona. Martínez Roca.
- Fillenbaum, G.G. y Smyer, M.A. (1981). The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. Journal of Gerontology, 36, 428-34.
- Foster, J.M y Gallagher, D. (1986). An exploratory study comparing depressed and nondepressed elders' coping strategies. Journal of Gerontology, Vol 41, 1, 91-93.
- Gallagher, D.E. y Thompson, L.W. (1982). Treatment of major depressive disorder in older adult outpatients with brief psychotherapies. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19, 482-490.
- Gallagher, D. (1983). The Beck depression inventory and Research Diagnostic Criteria: Congruence in an older population. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 51, 6, 945-946.
- Gallagher, D. (1986). Assessment of depression by interview methods and psychiatric rating scales. En L.W. Poon (Ed.). Handbook for clinical memory assessment of older adults. Washington. D.C.: APA.
- Gallagher, D. y Thompson, L.W. (1983). Depression. En P.M. Lewinsohn y L. Teri (Eds.). Clinical geropsychology: New directions in assessment and treatment. Nueva York. Pergamon Press.
- Gallagher, D., Thompson, L.W. y Levy, S.M. (1980). Clinical psychological assessment of older adults. En L.W. Poon (Ed.): Aging in the 1980's: Selected contemporary issues in the psychology of aging. Washington, D.C.: APA.
- Gallagher-Thompson, D., Futterman, A., Hanley-Peterson, P. et al. (1992). Endogenous depression in the elderly: Prevalence and agreement among measures. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 300-303.
- Gatz, M., Pedersen, N.L., y Harris, J. (1987). Measurement characteristics of the mental health scale from the OARS. Journal of Gerontology, 42, 332-335.

- Gaylord, S.A. y Zung, W.W.K. (1989). Trastornos afectivos en el envejecimiento. En L.L Carstensen y B.A. Edelstein (Eds.), Gerontología clínica. El envejecimiento y sus trastornos. Barcelona: Martínez Roca.
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1992). Common mental disorders. London: Routledge.
- González Felipe, M.A. y Szurek Soler, S. (1990). La geriatric depression scale (G.D.S) como instrumento para la evaluación de la depresión en el anciano: Bases de la misma y modificaciones introducidas para la adaptación de la prueba a la realidad psicogeriatrica española. En Diagnóstico y evaluación psicológica. Libro de comunicaciones del II Congreso Oficial de Psicólogos, Area 7. Valencia: Colegio oficial de psicólogos, 330-310).
- Guggenheim, F.G. (1987). Suicide. En T.P. Hackett y N.H. Cassem, N.H. (Eds.), Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, pp. 250-263. St. Louis: Mosby.
- Gurland, B.J. (1976). The comparative frequency of depression in various adult age groups. Journal of Gerontology, 31, 283-292.
- Gurland, B.J. (1980). The assessment of the mental health status of older adults. En J.E. Birren y R.B. Sloane (Eds.). Handbook of mental health and aging. Englewood Cliffs, N.J.: Prince-Hall.
- Gurland, B.J. y Wilder, D.E. (1984). The CARE interview revisited: development of an efficient systematic clinical assessment. Journal of Gerontology, 39, 129-37.
- Gurland, B.J., Golen, R.R., Teresi, J.A. y Challop, J. (1984). The SHORT-CARE: an efficient instrument for the assessment of depression, dementia and disability. Journal of Gerontology, 39, 166-169.
- Gurland, B.J., Kuriansky, J., Sharpe, L., Simon, R., Stiller, P y Birkett, P. (1977). The comprehensive assessment and referral evaluation (CARE)- rationale, development and reliability: Part II. A factor analysis. International Journal of Aging and Human Development, 8,9-42.
- Häfner, H. , Moschel, G. y Sartorius, N. (1986). Mental health in the elderly. New York: Springer.
- Häfner, H. y Welz, R. (1989). Social and behavioural determinants of mental disorders. En D. Hamburg y N. Sartorius (Eds.), Health and behaviour: Selected perspectives, pp. 1-44. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. British Journal of Social and Clinical Psychology, 6, 278-96.
- Harper, R.G., Kotik-Harper, D y Kisby, H. (1990). Psychometric assessment of depression in an elderly general medical population. Over-or underassessment?. The Journal of Nervous and Mental Disease, 178,2.
- Hathaway, S.R y Mckinley, J.C. (1951). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Manual (revisado). Psychological Corporation, Nueva York.
- Hathaway, S.R. y Mckinley, J.C. (1943). The Minnesota multiphasic personality inventory. Nueva York: APA.

- Hughes, J.R., O'hara, M.W y Rehm, L.P. (1982). Measurement of depression in clinical trial: an overview. Journal of Clinical Psychiatry, 43, 85-8.
- Hyer, L., Gouveia, I., Harrison, W.R. et al. (1987). Depression, anxiety, paranoid reactions, hypocondriasis, and cognitive decline of later-life patients. Journal of Gerontology, 42, 92-94.
- Jenike, M.A. (1989). Geriatric psychiatry and psychopharmacology: A clinical approach. Chicago: Year Book Medical Publishers.
- Kane, R.A. y Kane, R.L. (1981). Assessing the elderly. A practical guide to measurement. Massachusetts. Lexiton Books.
- Klerman, G.L. y Weissman, M.M. (1980). Depression among women: Their nature and causes. En M. Guttentag (Ed.), The mental health of women (pp. 57-92). New York: Academic.
- La Rue, A. (1992). Aging and neuropsychological assessment. Nueva York. Plenum Press.
- Link, B. y Dohrenwend, B. (1980). Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the U.S. En B.P. Dohrenwend et al. (Eds.), Mental illness. New York: Praeger.
- Lubin, B. (1967). Depression adjective checklists. San Diego, CA: Educational and industrial testing service.
- Lubin, B. (1981). Depression adjective checklists: Manual, 2ª ed. San Diego, CAL: Educational and industrial testing service.
- Matt, J., Vázquez, C., y Campbell, K. (1992). Mood-congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 12, 227-256.
- McNeil, J.K. y Harsany, M. (1989). An age difference view of depression. Canadian Psychology, 30, 608-615.
- Montorio, C. (1990). Evaluación psicológica en la vejez: Instrumentación desde un enfoque multidimensional. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Montoya, J. (1992). Cuadernos geriátricos (Vol. 3: Trastornos de la conducta en la tercera edad). Madrid: Lab. Delagrance.
- Moriwaki, S.Y. (1974). The affect balance scale: A validity study with aged samples. Journal of Gerontology, 29, 73-78.
- Murrell, S.A., Himmelfarb, S., y Wright, K. (1983). Prevalence of depression and its correlates in older adults. American Journal of Epidemiology, 117, 173.
- National Center for Health Statistics (1985). Advance Report of Final Mortality Statistics. NCHS Monthly Vital Statics Report, 34, 6.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. Psychological Bulletin, 101, 259-282.
- Osgood, N.J. (1988). Suicide in the elderly. Carrier Foundation Letter (Nº 133)
- Pablo de, F., Albacete, A., Meroño, A. et al. (1993, en prensa). Validez de la versión española del Diagnostic Interview Schedule: Tercera Edición Revisada? Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría.

- Peña-Casanova, J. (1991). Programa integrado de exploración neuropsicológica "Test Barcelona". Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas. Barcelona: Masson.
- Reding, M., Haycox, J. y Blass, J. (1985). Depression in patients referred to a dementia clinic: A three-year prospective study. Archives of Neurology, *42*, 894-896.
- Robins, L.N., y Helzer, J.E. (1986). Diagnosis and clinical assessment: The current state of psychiatric diagnosis. Annual Review of Psychology, *37*, 409-432.
- Rozzoni, R., Bianchetti, A., Carabellese, C. et al. (1988). Depression, life events, and somatic symptoms. The Gerontologist, *28*, 229-232.
- Salthouse, T.A. (1991). Theoretical perspectives on cognitive aging. Lawrence Erlbaum.
- Santacreu, J. (1987). Evaluación conductual de la depresión. En Fernández-Ballesteros, R. y Carrobes, J.A. (Eds.). Evaluación Conductual. Metodología y Aplicaciones, pp 440-474. Madrid: Pirámide.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1991). Trastornos depresivos (II): Productos, operaciones, proposiciones, y estructuras cognitivas. En A. Belloch y E. Ibáñez (Ed.), Manual de Psicopatología (Vol. 2, pp. 717-784). Valencia: Promolibro.
- Savage, R.D y Britton, P.G. (1967). A short scale for the assessment of mental health in the community aged. British Journal of Psychiatry, *113*, 521-523.
- Sheikh, J.I y Yesavage, J.A. (1986). Geriatric depression scale (G.D.S): Recent evidence and development of a shorter version. En T.L. Brink (Ed.). Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention. Nueva York: Haworth Press.
- Silva, F. (1992). La entrevista. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), Introducción a la Evaluación Psicológica (Vol. 1). Madrid: Pirámide.
- Spitzer, R.L y Endicott, J. (1978). NIMH clinical research branch collaborative program on the psychobiology of depression: Schedule for affective disorders and schizophrenia.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B y Gibbon, M. (1987). Structured clinical interview for DSM-III-R-outpatient version (SCID-OP, 1/4/87). Biometrics research department. Nueva York Psychiatric Institute.
- Stoudemire, A. y Blazer, D.G. (1985). Depression in the elderly. En E.E. Beckham y W.R. Leber (1985). Handbook of depression, pp. 556-586.. Homewood, Illinois: Dorsey Press.
- Vázquez, C. (1986). Escalas evaluadoras de la depresión: Limitaciones conceptuales y metodológicas. Revista de Psicología General y Aplicada, *41*, 101-113.
- Vázquez, C. (1990a). Fundamentos teóricos del diagnóstico y la clasificación. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría. Madrid: MacGraw-Hill
- Vázquez, C. (1990b). Sistemas de clasificación en Psicopatología. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría. Madrid: MacGraw-Hill .
- Vázquez, C. (1990c). Trastornos del estado de ánimo (I): Aspectos clínicos. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), Psicología médica, Psicopatología, y Psiquiatría (Vol. 2, pp. 901-934). Madrid: McGraw Hill.

- Vázquez, C. (1991). El objeto de la Psicopatología: ¿Signos, síntomas, o conductas?. En J. Buendía (Ed.), Psicología Clínica y Salud: Desarrollos actuales. Murcia: Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Vázquez, C. y Ring, J. (1993, en prensa). Are dysfunctional attitudes stable? Personality and Individual Differences.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch y E. Ibáñez (Ed.), Manual de Psicopatología (Vol. 2, pp. 785-875). Valencia: Promolibro.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1993). Análisis factorial del Inventario de Depresión de Beck (BDI). Facultad de Psicología, Universidad Complutense.
- Vázquez, C., Crespo, M., y Ring, J. (en prensa). Estrategias de afrontamiento. En J. Guimón, G. Berrios y A. Bulbena (Eds.), Medición en Psiquiatría. Barcelona: Salvat.
- Vizcarro, C. (1992). Clasificación y criterios diagnósticos de la conductas anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), Introducción a la Evaluación Psicológica (Vol. 2). Madrid: Pirámide.
- Waxman, H.M., McCreary, G., Weinrit, R. y Carner, E. (1985). A comparison of somatic complaints among depressed and non-depressed older persons. The Gerontologist, 25, 501-507.
- Weissman, M.M. y Klerman, G.L. (1985). Sex differences in the epidemiology of depression. Archives of General Psychiatry, 34, 98-111.
- Weissman, M.M., Leaf, P.J., Bruce, M.L. y Florio, L. (1988). The epidemiology of dysthymia in five communities: Rates, risks, comorbidity, and treatment. American Journal of Psychiatry, 145, 815-819.
- Weissman, M.M. y Myers, J.K. (1978). Affective disorders in a United States community: The use of RDC in an epidemiological survey. Archives of General Psychiatry, 35, 104-131.
- Wells, C.E. (1979). Pseudodementia. American Journal of Psychiatry, 136, 895-900.
- Williams, J.G., Barlow, D.H y Agras, W.S. (1972). Behavioral measurement of severe depression. Archives of General Psychiatry, 27, 330-333.
- Wortman, C.B. y Silver, R.C. (1989). The myths of coping with loss. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 349-357.
- Yesavage, J.A. (1986). The use of self-rating depression scales in the elderly. en L.W. Poon (ed.). Handbook for clinical memory assessment of older adults. Washington. D.C: APA.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L.: Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adeley, M.B. y Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal of Psychiatry Research, 17, 37- 49.
- Zemore, R. y Eames, N. (1979). Psychic and somatic symptoms of depression among young adults, institutionalized aged and non-institutionalized aged. Journal of Gerontology, 34, 716-22.



**A. DURANTE** al menos 2 SEMANAS, presencia de al menos 5 de los siguientes síntomas, incluyendo el 1 o el 2 necesariamente:

- 1) Estado de ánimo deprimido.
- 2) Disminución del placer o interés.
- 3) Aumento o disminución de peso/apetito.
- 4) Aumento o disminución del dormir
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- 6) Fatiga o pérdida de energía.
- 7) Sentimientos de inutilidad o culpa
- 8) Problemas de concentración o toma de decisiones
- 9) Ideas de muerte o de suicidio.

- B.** 1) Origen no orgánico.  
2) No debido a duelo normal.

**C.** Ausencia de delirios no depresivos

**D.** Ausencia de esquizofrenia

---

**Tabla 1.** Resumen de los criterios diagnósticos de “episodio depresivo mayor” según el DSM-III-R (APA, 1987).

AREA	Autores	N	PSICOSIS ORGÁNICA S	SÍNDROMES ORGÁN. LIGEROS	PSICOSIS FUNCION.	NEUROSIS Y TRAST. DE PERSON.	TOTAL
R.U. (urbana)	Sheldon (1983)	369	3.9	11.7	---	12.6	28.2
Nueva Escocia (rural)	Primrose (1962)	222	4.5	---	1.4	12.6	---
ISLANDIA (rural)	Nielsen (1962)	978	3.1	15.4	3.7	6.8	29.0
R.U. urbana)	Kay et al. (1964)	443	5.7	5.7	2.4	12.5	26.3
R.U. (urbana)	Parsons (1965)	228	4.4	---	2.6	4.8	---
ALEMANIA (semi-rural)	Dilling y Weyerer (1980)	295	8.5	8.5	3.4	10.2	23.1
ALEMANIA (urbana)	Cooper y Sosna (1983)	519	6.0	5.4	2.2	10.8	24.4

**Tabla 2.** Prevalencia (en porcentajes) de trastornos mentales en la población general mayor de 65 años. (Adaptado de Häfner y Welz, 1989).

- Efectos de sustancias y medicamentos** (hormonas, antihipertensivos,...)
  - Enfermedades del S.N.C.** (Parkinson, demencias, procesos expansivos,...)
  - Alteraciones metabólicas y endocrinas** (déficit de vitamina B12, hipotiroidismo,...)
  - Enfermedades incapacitantes** (Todas)
  - Infecciones** (gripe, hepatitis vírica, sífilis, VIH)
  - Enfermedades autoinmunes** (reumas,..)
  - Cánceres** (páncreas, digestivos, pulmonar, hipófisis,...)
  - Otras** (anemia, cirrosis, colitis ulcerosa,..)
- 

**Tabla 3.** Condiciones médicas a considerar en el diagnóstico diferencial de un Trastorno del Estado Ánimo. (Adaptado de Vázquez, 1990a)

TRASTORNO MENTAL ORGÁNICO  
Demencia multiinfarto  
Demencia degenerativa  
Inducido por fármacos y sustancias  
Síndrome afectivo orgánico

TRASTORNO DELIRANTE (Paranoia)

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

ABUSO DE ALCOHOL o de SUSTANCIAS

TRASTORNO POR ANSIEDAD

TRASTORNO SOMATOFORME  
Hipocondría  
Dolor psicógeno

TRASTORNO DE AJUSTE CON ÁNIMO DEPRIMIDO

TRASTORNOS DEL SUEÑO

---

**Tabla 4.** Algunos trastornos psicopatológicos a considerar en el diagnóstico diferencial de un Trastorno del Estado Ánimo en personas mayores de edad. (Adaptado de Vázquez y Sanz, 1991)

	<u><b>Depresión</b></u>	<u><b>Demencia</b></u>
<b>Comienzo del trastorno.</b>	Puede estimarse con cierta precisión.	No puede estimarse con precisión.
<b>Curso clínico.</b>	Rápida progresión de síntomas.	Lenta progresión de síntomas.
<b>Duración.</b>	Corta.	Indeterminada.
<b>Antecedentes psiquiátricos.</b>	Frecuentes (depresión).	Raramente.
<b>Déficit neurológico.</b>	No.	Afasia. Apraxia. Agnosia.
<b>Quejas.</b>	Muy frecuentes. Sobre funcionamiento cognitivo.	Poco frecuentes.
<b>Afecto.</b>	Deprimido, no reactividad.	Labilidad emocional.
<b>Memoria.</b>	Alteraciones de memoria a corto y largo plazo.	Alteraciones más severas para acontecimientos recientes.
<b>Actitud ante la exploración.</b>	No se esfuerza. Frecuentes respuestas de "no sé". Tiende a destacar la incapacidad y los fallos.	Se esfuerza. Da muchas respuestas erróneas. No trata de ocultar la incapacidad o los errores.
<b>Ejecución.</b>	Variabilidad en pruebas de similar dificultad.	Fracaso general.
<b>TAC **</b>	Normal.	Atrofia.
<b>EEG.</b>	Normal.	Lento.
<b>FABULACION.</b>	Ausente.	Presente.

---

Adaptado de Montoya (1992).

**Tabla 5.** Diagnóstico diferencial entre demencia y depresión

INSTRUMENTO	NÚMERO DE ÍTEMS	FORMATO	TIPO DE RESPUESTA	UTILIDAD	ITEMS EJEMPLO
CARE (1977)	314	Entrevista	Presencia/ ausencia del ítem. Heterovalorada	+++	¿Ha estado triste o deprimido durante el mes pasado?.
OARS (1978)	105 (18 de depresión)	Entrevista.	Nivel de funcionamiento (de 1 a 6). Heterovalorada	++	¿Es Vd. feliz la mayor parte del tiempo?.
SDS (1965)	20	Autoinforme	Frecuencia (de 1 a 4)	++	Me siento triste y deprimido.
BDI (1961,1978)	21	Autoinforme Hay versión geriátrica española	Gravedad (4 alternativas de 0 a 3)	+++	No estoy decepcionado de mí mismo (0 puntos)... Me detesto (3 puntos)
DACL (1967, 1985)	34	Autoinforme Versión Estado y Rasgo Hay versión geriátrica española	Elección de adjetivos (SI/NO)	+	Solo; Triste; Pobre, Agotado;...
HSCL (SCL-90) (1974)	90 (13 de depresión)	Autoinforme	Grado de molestia (de 0 a 4)	+++	Sentimientos de estar atrapado.
HAMD (1967)	21	Entrevista o Autoinforme	Gravedad (items de 0 a 2 y de 0 a 4).	++	Valoración de suicidio.
GDS (1983)	30 en la original. 20 en la adaptación española	Autoinforme en la versión original. Entrevista estructurada en la española	SI/NO en la original. Grado de acuerdo (de 0 a 3) en la española	+++	¿Está Vd. satisfecho con su vida?.
MMPI (1943)	566 (60 de depresión)	Autoinforme	Verdadero/Falso	+	Me cuesta bastante trabajo concentrarme en una tarea.
CES-D (1977)	20	Autoinforme	Frecuencia (de 0 a 3)	++	Me he sentido solo
ESCALA ANALÓGICA VISUAL (1969)	1	Autoinforme	Marcar una cruz en una línea de 100 mm.	+	

NOTA: Valoración de su Utilidad global: +=Escasa; ++=Aceptable; +++ =Buena.

**Tabla 6.** Principales instrumentos para la evaluación dimensional de la depresión en ancianos.