

# Curso y pronóstico de la depresión en ancianos

Adalberto Campo Arias\*

## RESUMEN

En el presente artículo se revisan algunos conceptos sobre el curso y el pronóstico de la depresión en pacientes geriátricos. La depresión es una entidad clínica que se caracteriza por recurrencia y remisión de síntomas. El curso y el pronóstico de la depresión en pacientes ancianos guardan relación con ciertos factores biológicos y psicosociales. El pronóstico de la depresión en pacientes geriátricos es positivo cuando se identifica claramente y se brinda un manejo integral durante un tiempo prudente.

**Palabras clave:** Trastorno depresivo, ancianos, curso, pronóstico.

## Introducción

El episodio depresivo que se presenta en pacientes geriátricos puede ser la recurrencia de un trastorno depresivo de inicio temprano, es decir, antes de los 60-65 años, o aparecer por primera vez durante esta edad. Estos episodios se asocian a una serie de factores biológicos y socioculturales, unos establecidos en forma clara y otros comprendidos de manera incompleta.<sup>1-3</sup>

Los trastornos depresivos en personas ancianas, particularmente el trastorno depresivo mayor, tienen varias connotaciones. Los episodios depresivos en pacientes geriátricos deterioran en forma ostensible el funcionamiento social, menoscaban en gran modo la calidad de vida, ensombrecen notablemente el pronóstico de algunos problemas médicos e incrementa en forma dramática el riesgo de muerte por diversas causas poco comprendidas.<sup>2, 4, 5</sup> Asimismo, se ha observado que un episodio depresivo en ancianos incrementa el riesgo de sufrir algunos problemas médicos como enfermedades cardíacas y neurológicas.<sup>6</sup>

## Curso Clínico

El curso clínico del trastorno depresivo mayor por definición se considera recurrente, de tal suerte que independiente de la edad, la depresión se caracteriza por recaídas, remisiones y recurrencias.<sup>7</sup> Las investigaciones muestran

que el curso de la depresión en ancianos varía de un estudio a otro. Algunas investigaciones concluyen que es menos probable la remisión completa de síntomas depresivos en este grupo de pacientes y es frecuente observar algunos síntomas residuales, a pesar de la mejoría evidente del cuadro global.<sup>6</sup>

De la misma forma, se ha informado que los episodios depresivos de inicio tardío presentan un mayor índice no sólo de recaída sino también de recurrencia.<sup>1, 8, 9</sup> No obstante, otros autores puntualizan que el curso de un episodio depresivo mayor en pacientes geriátricos es muy similar al que sigue en edades más temprana.<sup>10-13</sup> Mas es necesario tener presente que este curso puede estar asociado, con frecuencia a otras enfermedades médicas incluyendo la demencia.<sup>10</sup>

La duración de un episodio depresivo mayor es muy variable, en todos los grupos de edades. Los pacientes con episodio depresivo de más larga evolución presentan menor remisión de síntomas durante el seguimiento y mayor tendencia a las recaídas.<sup>14, 15</sup>

La depresión en pacientes geriátricos tiene implicaciones en el curso de otras enfermedades. La depresión de inicio tardío puede ser predictor de otros trastornos orgánicos; por ejemplo, en un grupo de pacientes un episodio depresivo puede ser la primera manifestación clínica evidente de un cuadro de demencia.<sup>14, 16</sup>

\* Médico psiquiatra. Profesor asociado, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

**Correspondencia:** Dr. Adalberto Campo, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Calle 157 # 19-55, Cañaveral Parque, Bucaramanga; e-mail: campoarias@hotmail.com

## Pronóstico

El pronóstico de un episodio depresivo mayor en pacientes adultos mayores guarda relación con factores constitucionales y ambientales que varían de un estudio a otro.<sup>17-20</sup>

El diagnóstico de un episodio depresivo mayor es más confiable, y por ende el tratamiento, en aquellos pacientes atendidos en personal con experiencia en centros especializados que en adultos mayores manejados en centros de atención primaria. Sin duda, el pronóstico de la depresión es generalmente bueno en la población de adultos mayores diagnosticados que reciben un tratamiento apropiado.<sup>21</sup>

**Edad para el primer episodio.** La edad en que se presenta del primer episodio depresivo puede ser un predictor importante de pronóstico, lo mismo que la edad del adulto mayor para el episodio depresivo actual.<sup>19, 22</sup> Existen datos dispares. En algunos estudios se ha observado que los pacientes adultos mayores presentan un pronóstico más favorable que los pacientes adultos jóvenes.<sup>19</sup> Otros concluyen que la edad avanzada se asocia con síntomas depresivos persistentes.<sup>23</sup> En tanto que otros investigadores muestran que el inicio temprano o tardío de la depresión no guarda relación con el pronóstico.<sup>24</sup> No obstante, las evidencias más recientes señalan que la depresión de inicio tardío guarda una asociación importante con cambios vasculares cerebrales que, en general, ensombrecen el pronóstico de la depresión geriátrica.<sup>25, 26</sup>

**Características clínicas.** Algunos datos sugieren que las características del episodio depresivo pueden predecir la evolución. Se ha observado en adultos jóvenes que la presencia de síntomas psicóticos como ideación delirante se asocia a un pronóstico menos favorable a corto plazo.<sup>27-29</sup> Igualmente, el pronóstico es peor en aquellos cuadros caracterizados por la presencia agitación motora.<sup>29</sup>

En general, se considera que los adultos mayores deprimidos con síntomas psicóticos, por definición presentan un episodio más severo, tienen historia de un mayor número de episodios depresivos previos que los pacientes con depresión sin psicosis. Además, estos pacientes con síntomas psicóticos presentan una respuesta más lenta a las intervenciones farmacológicas y muestran un riesgo mayor de recaída o recurrencia.<sup>6, 30</sup>

De la misma forma, en pacientes geriátricos se ha sugerido que la presencia de síntomas ansiosos importantes asociados al episodio depresivo se relaciona con un pronóstico menos favorable, debido a la menor respuesta a algunos antidepresivos.<sup>31</sup>

Asimismo, se ha documentado que los pacientes con marcada desesperanza muestran un pronóstico menos favorable. Este grupo de paciente es más dado a abandonar

el tratamiento, a los intentos suicidas y a consumir el suicidio.<sup>32</sup>

Del mismo modo, se ha informado que el deterioro cognoscitivo asociado con un episodio depresivo se considera habitualmente como un indicador de mal pronóstico en adultos mayores.<sup>16, 22</sup> El episodio depresivo que se acompaña de importante deterioro cognoscitivo, como compromiso importante de la memoria, explicado por una variedad de cambios fisiológicos, puede ser el pródromo de una demencia y generalmente indica un pronóstico desfavorable.<sup>33, 34</sup>

A su vez, los episodios depresivos en pacientes con diagnóstico de demencia afectan en forma negativa el curso de esta última. Los pacientes con demencia tipo Alzheimer con depresión mayor asociada muestran mayores limitaciones en su funcionamiento global, en sus actividades de la vida cotidiana.<sup>35</sup>

Igualmente, el número de episodios depresivos previos y la duración del episodio actual pueden ser indicadores de pronóstico en adultos mayores. Se ha observado que a mayor duración del episodio depresivo al momento del diagnóstico y mayor número de episodios previos el pronóstico es menos favorable.<sup>14, 15, 36</sup>

**Tratamiento.** El tratamiento es otro factor importante determinante del pronóstico de la depresión en pacientes geriátricos. Los pacientes ancianos se benefician del tratamiento farmacológico al igual que los adultos de mediana edad.<sup>37</sup> No obstante, algunos investigadores muestran que sólo una décima parte de los adultos mayores deprimidos residentes en comunidad reciben el manejo farmacológico indicado; además, de este grupo sólo una cuarta parte recibe dosis antidepresiva en el rango terapéutico; y concluyen que el tratamiento antidepresivo con dosis sub-óptimas se asocia a un pobre pronóstico, es decir, presentan pobre respuesta o remisión incompleta de los síntomas.<sup>38, 39</sup>

De igual forma, algunos investigadores concluyen que el pronóstico de la depresión en pacientes geriátricos que reciben tratamiento en forma adecuada es similar al observado en poblaciones jóvenes.<sup>40</sup> Este pronóstico mejora en forma importante cuando se combina farmacoterapia y psicoterapia.<sup>41</sup>

No obstante, es pertinente tener presente la duración y la continuación del tratamiento. Los pacientes ancianos responden en forma más lenta al tratamiento farmacológico siendo necesario esperar un tiempo prudente, mayor en poblaciones de menos edad, para observar la respuesta deseada.<sup>41-43</sup>

Es preciso un tratamiento integral estrechamente vigilado.<sup>20, 40</sup> Además, es necesario de un riguroso seguimiento a largo plazo porque la recuperación completa de un episodio depresivo severo, aun con tratamiento, puede necesitar hasta doce meses en los casos más graves.<sup>18-20, 44</sup>

**Enfermedades médicas asociadas.** La prevalencia de enfermedades físicas es particularmente alta en pacientes geriátricos.<sup>45-47</sup> La relación entre trastornos depresivos y enfermedades físicas es bidireccional; la depresión empeora el curso y el pronóstico de la condición médica, y a su vez la presencia de una dolencia física empobrece el pronóstico de la depresión.<sup>1, 48</sup> Algunos estudios informan una relación directa entre la puntuación en síntomas depresivos y la condición de salud del evaluado.<sup>49</sup> Se ha informado que los ancianos que describen su estado de salud como pobre tienen menores probabilidades de recuperarse totalmente de un episodio depresivo, a pesar de un adecuado tratamiento.<sup>50</sup>

La depresión en pacientes geriátricos se acompaña de una alta morbilidad, con un incremento notable en la utilización de servicios médicos por parte del paciente.<sup>4</sup> Por ejemplo, se ha observado que los predictores más importantes de altos costos de servicios médicos son el vivir solo y la depresión.<sup>51</sup> Además, los estudios muestran que la discapacidad, producto de enfermedades médicas, puede estar asociada con el inicio y la persistencia de un trastorno depresivo en pacientes geriátricos.<sup>52</sup> Asimismo, las investigaciones muestran que el curso de la depresión es más desfavorable en aquellos pacientes que presentan depresión secundaria a otra patología médica.<sup>17</sup> De la misma forma, se ha observado que la comorbilidad física se asocia a un mayor número de recaídas en pacientes con historia de trastorno depresivo.<sup>53</sup> Finalmente, es evidente que el deterioro en el estado de salud se relaciona con persistencia de síntomas depresivos y la mejoría en la condición de salud general favorece la remisión de los síntomas depresivos, en la mayoría de los casos.<sup>19, 23</sup>

**Factores psicosociales.** Los factores psicosociales interactúan con los predisponentes biológicos para el inicio, el curso y el pronóstico de un trastorno mental.<sup>54, 55</sup> Sin duda, un número importante de elementos psicosociales afecta el pronóstico de la depresión en adultos mayores. La existencia de un estresor psicosocial, como condición previa o desencadenante del episodio actual, siempre ha sido asociada a un mejor pronóstico una vez se hace frente al mismo.<sup>24</sup>

La condición económica es un predictor importante de resultados en pacientes con depresión; en todas las edades se ha observado el bajo nivel socioeconómico se asocia a un pobre pronóstico.<sup>56</sup> Sin duda, tanto en ancianos como en personas más jóvenes el apoyo emocional es importante para hacer frente a los estresores de la vida cotidiana; la existencia de un grupo de apoyo familiar y social modifica el curso y el pronóstico de un episodio depresivo, al facilitar la remisión o persistencia de los síntomas. Algunas investigaciones muestran que en pacientes geriátricos una deficiente red de apoyo social es predictora de síntomas depresivos.<sup>57</sup>

Los factores socioculturales son un elemento capital. Varios estudios muestran que en algunos grupos raciales los ancianos que mantienen un contacto cercano y

frecuente con familiares presentan un menor número de síntomas depresivos.<sup>58, 59</sup>

De la misma forma, es importante considerar las características de personalidad, éstas pueden ser un factor determinante del pronóstico de la depresión a corto y a largo plazo.<sup>60</sup> Además, las observaciones clínicas señalan que algunos factores interpersonales, la forma como se relaciona el individuo con otras personas de su entorno, juegan un papel capital en el curso de la depresión.<sup>61</sup> Finalmente, algunos de los trastornos de personalidad en pacientes geriátricos pueden estar asociados con deterioro en el funcionamiento y discapacidad después de la remisión de un episodio depresivo, o sea, las características de personalidad deben considerarse en el plan terapéutico.<sup>62</sup>

A su vez, la presencia de otros factores psicosociales relevantes interfiere en forma negativa la remisión del cuadro depresivo y adicionalmente favorece las recurrencias, tales factores incluyen el abandono, soledad y la pérdida reciente de seres queridos.<sup>63</sup>

## Mortalidad

La depresión en geriatría ha sido asociada con una elevada mortalidad, es decir, incrementa de manera ostensible por varios factores el riesgo de morir, aún después de controlar las muertes por suicidio; esto no se explica satisfactoriamente por el alto porcentaje de enfermedades físicas entre los pacientes ancianos.<sup>1, 2, 22</sup> Los ancianos deprimidos tienen estancias hospitalarias más prolongadas y se adhieren con mayor dificultad a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.<sup>56, 64, 65</sup> Por ejemplo, la presencia de depresión en pacientes con enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca o infarto del miocardio se asocia a una mayor morbimortalidad.<sup>66-68</sup>

Sin considerar la edad, los trastornos mentales son un factor de riesgo para la consumación del suicidio.<sup>69, 70</sup> El riesgo de suicidio se incrementa en forma considerable en aquellas personas que presentan síntomas depresivos importantes o un franco episodio depresivo mayor.<sup>71, 72</sup> No obstante, En ancianos es preciso considerar otros factores, entre otros, la existencia de pareja, el estado general de salud y la red de apoyo social.<sup>73-75</sup> Habitualmente los pacientes geriátricos con historia de intentos de suicidio previos consultan con frecuencia a servicios de psiquiatría por presentar depresión de larga evolución.<sup>76</sup> Además, un estudio informa que el 60% de los ancianos que se suicidaron estaban deprimidos, y sólo el 25% de los mismos recibía tratamiento antidepressivo para el momento que consumaron el suicidio.<sup>77</sup>

## Conclusión

El pronóstico a largo plazo de la depresión en población geriátrica es favorable cuando se realiza un diagnóstico preciso y un manejo integral, considerando factores

biológicos y psicosociales, durante un período de tiempo adecuado. Sin duda, se alcanzan mejores resultados cuando el paciente tiene un empleo, vive en comunidad con otros familiares, goza de un adecuado apoyo social, durante el último año se ha presentado pocos estresores vitales o cambios importantes, no existe otra condición médica incapacitante asociada y se realiza un cuidadoso seguimiento.

## Summary

In this paper, I revise some opinions about curse and prognosis of geriatric depression. Major depressive disorder is a relapse and remission clinical problem. Curse and prognosis of elderly depression is related to several biological and psychosocial factors. Prognosis depression is good when depression is identified clearly and is treated integrally.

**Key words:** Depressive disorder, elderly, course, prognosis

## Referencias

- Alexopoulos GS, Young RC, Meyers BS, Abrams RC, Shamoian CA. Late-onset depression. *Psychiatr Clin North Am* 1988; 11: 101-15.
- Steiner D, Marcopulos B. Depresión en ancianos. Características y asistencia clínica. *Clin Enf Norte Am* 1991; 3: 591-606.
- Kennedy GJ. The geriatric syndromes of late-life depression. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 43-8.
- Meyers BS, Alexopoulos GS. Depresión geriátrica. *Clín Med Norte Am* 1998; 4: 901-23.
- Shua-Haim JR, Sabo MR, Comsti E, Gross JS. La depresión en los ancianos. *Trib Med* 1998; 97: 59-71.
- Blazer D. Depression in the elderly. *N Engl J Med* 1989; 320: 164-6.
- Kaplan HI, Saddock BJ, Grebb JA. Sinopsis de psiquiatría. Séptima edición; Buenos Aires, Panamericana 1996: 1183.
- Ruegg RG, Zissok S, Swerdlow R. Depression in the aged. An overview. *Psychiatric Clin North Am* 1988; 11: 83-99.
- Keller MB, Lavori PW, Lewis CE, Klerman GL. Predictor of relapse in major depressive disorder. *JAMA* 1983; 250: 3299-304.
- Blazer D. Depression in the elderly. Myths and misconceptions. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20: 111-9.
- Surtees PG, Barkley C. Future imperfect: the long-term outcome of depression. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 327-41.
- Coryell W, Endicott J, Keller MB. Predictors of relapse into major depressive disorder in a nonclinical population. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1353-8.
- Reynolds CF, Dew A, Frank E, Begley AE, Miller MD, Cornes C et al. Effects of age at onset of first lifetime episode of recurrent major depression on treatment response and illness course in elderly patients. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 795-9.
- Halloran E, Prentice N, Murray CL, O'Carroll RE, Glabus MF, Goodwin GM et al. Follow-up study of depression in the elderly. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 252-8.
- Georgotas A, McCue RE, Cooper TB, Nagachandran N, Chang I. How effective and safe is continuation therapy in elderly depressed patients? *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 929-32.
- Sunderland T, Lasser RA, Levin R, Dukoff RA. Depression in the elderly: biologic considerations. *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 7 (Suppl 12): 15-8.
- Coryell W, Endicott J, Keller M. Major depression in a nonclinical sample. Demographic and clinical risk factor for first onset. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 117-25.
- Brodaty H, Harris L, Peters K, Wilhelm K, Hickie I, Boyce P et al. Prognosis of depression in the elderly. A comparison with younger patients. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 589-96.
- Hughes DC, DeMallie D, Blazer D. Does age make a difference in the effects of physical health and social support on the outcome of a major depressive episode. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 728-33.
- Stoudemire A, Hill CD, Morris R, Martino-Saltzman D, Lewinson BJ. Long-term affective and cognitive outcome in depressed older adults. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 896-900.
- Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1182-9.
- Prognosis of depression in the elderly. *J Geriatr Psychiatr Neurol* 1992; 5: 57-8.
- Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C. Persistence and remission of depressive symptoms in late life. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 174-8.
- Burvill PW, Hall WD, Stampfer HG, Emmerson JP. The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 64-71.
- Baldwin RC, Tomenson B. Depression in later life. A comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 649-52.
- Lesser IM, Boone KB, Mehringer CM, Wohl MA, Miller BL, Berman NC. Cognition and white matter hyperintensities in older depressed patients. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1280-7.
- Coryell W, Tsuang MT. Primary unipolar depression and the prognostic importance of delusions. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 1181-4.
- Meyers BS. Late-life depression and delusions. *Hosp Com Psychiatry* 1987; 38: 573-574.
- O'Leary DA, Lee AS. Seven year prognosis in depression. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 423-9.
- Flint AJ, Rifat SL. Two-year outcome of psychotic depression in late life. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 178-83.
- Flint AJ, Rifat SL. Anxious depression in elderly patients. Response to antidepressant treatment. *Am J Geriatr Psychiatry* 1997; 5: 107-15.
- Rafai AH, George CJ, Stack JA, Mann JJ, Reynolds CF. Hopelessness in suicide attempters after acute treatment of major depression in late life. *Am J Psychiatry* 1991; 151: 1687-90.
- Emery VO, Oxman TE. Update on the dementia spectrum of depression. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 305-17.
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with "reversible dementia"; a controlled study. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1693-9.
- Rovner BW, Broadhead J, Spender M, Carson K, Folstein MF. Depression and Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 350-3.
- Tuma TA. Effect of age on the outcome of hospital treated depression. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 76-81.
- Reynolds CF, Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Perel JM, Mazumdar S et al. Treatment outcome in recurrent major depression: A post Hoc comparison of elderly ("young old") and midlife patients. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1288-92.
- Wilson KCM, Coperland JRM, Taylor S, Donoghue J, McCracken CFM. Natural history of pharmacotherapy of older depressed community residents. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 439-43.
- Heeren TJ, Derksen P, Heycop Ten Ham BF, Van Gent PPJ. Treatment, outcome and predictors of response in elderly depressed in-patients. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 436-40.
- Hinrichsen GA. Recovery and relapse from major depressive disorder in the elderly. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1575-9.
- Reynolds CF, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Morycz RK et al. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1687-92.
- Campo A. Tratamiento de los trastornos depresivos en pacientes geriátricos. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria* 2001; 15: 216-225.

43. Stoudemire A, Hill CD, Morris R, Lewison BJ. Long-term outcome of treatment-resistant depression of older adults. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1539-40.
44. Blazer DG. Severe episode of depression in late life: the long road to recovery. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1620-3.
45. Lara-Muñoz M. La depresión en la práctica médica. *Temas de Medicina Interna* 1994;2: 399-409.
46. Neese JB. Depresión en el hospital general. *Clin Enf Norte Am* 1991; 3: 621-31.
47. Campo A. Trastornos depresivos en la consulta médica general: diagnóstico y tratamiento. *Trib Med* 1999; 99: 153-60.
48. Chodzko-Zajko WJ. The influence of general health status on the relationship between chronological age and depressed mood state. *J Geriatr Psychiatry* 1990; XXIII: 13-22.
49. Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Kohn R, Epstein NB. 12-month outcome of patients with major depression and comorbid psychiatric or medical illness (compound depression). *Am J Psychiatry* 1991; 148: 345-50.
50. Miller MD, Schulz R, Paradis C, Houck PR, Mazumdar S, Frank E et al. Changes in perceived health status of depressed elderly patients treated until remission. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1350-2.
51. Livingston G, Manela M, Katona C. Cost of community care for older people. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 56-69.
52. Alexopoulos GS, Vrontou C, Kakuma T, Meyers BS, Young RC, Klausner et al. Disability in geriatric depression. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 877-85.
53. Múnera A, Arteaga C. Predictores de curso, gravedad y respuesta en depresión mayor. *Rev Col. Psiquiatría* 1995; 24: 193-212.
54. Reiss D, Plomin R, Hetherington EM. Genetics and psychiatry: an unheralded windows on the environment. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 283-91.
55. Cui X, Vaillant GE. Antecedents and consequences of negative life events in adulthood: a longitudinal study. *Am J Psychiatry* 1996; 152: 21-6.
56. Murphy JM, Olivier DC, Monson RR, Sobol AM, Federman EB, Leighton AH. Depression and anxiety in relation to social status. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 223-9.
57. Henderson AS, Korten AE, Jacomb PA, Mackinnon AJ, Jorm AF, Christensen H et al. The course of depression in the elderly: a longitudinal community-based study in Australia. *Psychol Med* 1997; 27: 119-29.
58. Husaini BA. Predictor of depression among the elderly: racial differences over time. *Am J Orthopsychiatry* 1997; 67: 48-58.
59. Lee MS, Crittenden KS, Yu E. Social support and depression among elderly Korean immigrants in the United States (abstract). *In t J Aging Hum Dev* 1996; 42: 313-27.
60. Andrews G, Neilson M, Hunt C, Stewart G, Kiloh LG. Diagnosis, personality and the long-term outcome of depression. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 13-8.
61. Hinrichsen GA, Hernández NA. Factors associated with recovery from and relapse into major depressive disorder in the elderly. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1820-5.
62. Reynolds CF, Frank E, Perel JM, Miller MD, Cornes C et al. Treatment of consecutive episodes of major depression in the elderly. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1740-3.
63. Abrams RC, Spielman LA, Alexopoulos GS, Klausner E. Personality disorder symptoms and functioning in elderly depressed patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998; 6: 24-30.
64. Vaillant GE. Natural history of male psychological health, XIV: relationship of mood disorder vulnerability to physical health. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 184-91.
65. Murphy E, Smith R, Lindesay J, Slattery J. Increased mortality rates in late-life depression. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 347-53.
66. Milani RV, Lavie CJ. Prevalence and effects of cardiac rehabilitation on depression in the elderly with coronary heart disease. *Am J Cardiol* 1998; 81: 1233-6.
67. Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Caracciolo A, Kroenberg JA, Smith LJ et al. Depression in elderly patients with congestive heart failure. *J Geriatr Psychiatry* 1991; XXIV: 59-71.
68. Wassertheil-Smoller S, Applegate WB, Berge K, Chang CJ, Davis DR, Grim R et al. Change in depression as a precursor of cardiovascular events. *Arch Intern Med* 1996; 156: 553-61.
69. Murphy GE. On suicide prediction and prevention. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 343-4.
70. Blazer D. Suicide risk factors in the elderly: an epidemiological study. *J Geriatr Psychiatry* 1991; XXIV: 175-90.
71. Conwell Y. Suicide among elderly persons. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 563-4.
72. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isotmetsä ET, Kuoppasalmi KI et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 935-40.
73. Blumenthal SJ. Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clin Med Norte Am* 1998; 4: 999-1035.
74. Goto H, Nakamura H, Miyoshi T. Epidemiological studies on regional differences in suicide mortality and its correlation with socioeconomic factors. *Tokushima J Exp Med* 1994; 41: 115-32.
75. González DL. Psiquiatría geriátrica. En: Toro RJ, Yepes LE. *Fundamentos de medicina. Psiquiatría, tercera edición. Medellín, corporación para Investigaciones Biológicas* 1997: 226-7.
76. Hepple J, Quinton C. One hundred case of attempted suicide in the elderly. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 42-4.
77. Cattell H, Jolley DJ. One hundred cases of suicide in elderly people. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 451-7.