

## Caracterización de los ancianos con trastornos depresivos

## Characterization of older persons with depressive disorders

**MsC. Reinaldo Enrique Villarreal Casate <sup>1</sup> y MsC. Maribel Costafreda Vázquez <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Psiquiatría. Máster en Longevidad Satisfactoria. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Quemados y Cirugía Plástica. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba.

### RESUMEN

Se hizo un estudio descriptivo y transversal de 47 ancianos deprimidos, ingresados en la Sala de Psicogeriatría del Servicio de Psiquiatría del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde marzo del 2006 hasta febrero del 2007, para identificar los trastornos depresivos que presentaban. En la casuística predominaron las mujeres (74,46 %), el grupo etario de 60 a 74 años (80,85 %) y la convivencia con buena comunicación (46,80 %) en los que vivían con sus familiares (56,76%). Los antecedentes personales de comportamiento suicida primaron en los senescentes sin compañía, mientras que entre los síntomas psiquiátricos diagnosticados sobresalieron: reducción del nivel de energía, alteraciones de la concentración, anorexia y sentimientos de soledad. El trastorno depresivo mayor y la enfermedad bipolar, además de haber sido los diagnósticos psiquiátricos que demandaron una mayor atención médica, tanto institucional como ambulatoria, fueron también los que se asociaron a mayor riesgo de conducta suicida en los pacientes estudiados.

**Palabras clave:** anciano con trastornos depresivos, sentimientos de soledad, conducta suicida, ingreso hospitalario

### ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study was carried out in 47 depressed older persons admitted to the psychogeriatry room from the Psychiatry Unit at "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" General Teaching Hospital of Santiago de Cuba, from March 2006 to February 2007, to identify their depressive disorders. Females (74,46%), age group of 60 - 74 years (80,85%) and the coexistence with good communication (46,80%) in those that lived with their relatives (56,76%) prevailed in the case material. Past medical history of suicidal behavior prevailed in those older persons without company, while among the diagnosed psychiatric symptoms were relevant: reduced energy level, impaired concentration, anorexia and feelings of solitude. Major depression and bipolar disorder, besides having been the psychiatric diagnoses that required more outpatient and inpatient care, were also associated with a greater risk of suicidal behavior in studied patients.

**Key words:** older person with depressive disorder, feelings of solitude, suicidal behavior, hospital admission

## INTRODUCCIÓN

La hoy llamada *tercera edad* ha sido considerada poco gratificante para el hombre desde tiempos remotos. Al respecto, Cicerón apreció 4 razones por las que la ancianidad era catalogada como un tiempo infeliz: apartaba del trabajo activo, debilitaba el cuerpo, privaba prácticamente de todos los placeres físicos y no estaba lejos de la muerte.

Mantener una calidad de vida adecuada en las personas que llegan a la vejez, constituye uno de los problemas más grandes y urgentes a los que se enfrentan los sistemas de salud y seguridad social en el mundo.<sup>1</sup>

El envejecimiento de la población se debe fundamentalmente a la disminución de la tasa de fecundidad y el aumento de la expectativa de vida. Envejecer es parte del ciclo vital, el cual se inicia a partir de la concepción y solo finaliza con la muerte.<sup>2</sup>

Aunque el proceso de envejecimiento en Cuba se asemeja al de otras naciones, también presenta importantes rasgos distintivos, que si bien pueden resumirse en 3 grandes aspectos, cabe destacar que aquí no ocurre en condiciones internacionales idílicas. La evolución hacia la ancianidad de la población cubana, avanza acompañada de un desarrollo económico y tecnológico que le permite disfrutar de un satisfactorio nivel de vida.<sup>3</sup> Existe una marcada preocupación multidisciplinaria y multisectorial hacia la atención al adulto mayor, insertada en el plan de acciones concebido por el Estado para esos fines, atendiendo a que se está generando uno de los procesos de envejecimiento más intensos ocurridos en la Región y otras naciones de los demás continentes.<sup>4-6</sup>

Se dice que el envejecimiento y la depresión caminan juntos. En Cuba, ese trastorno es frecuente y una de las razones de mayor demanda de los servicios psicológicos y psiquiátricos en las unidades de los niveles primario y secundario, lo cual se explica porque constituye la cuarta causa de incapacidad en la población activa, solo precedida por las infecciones de las vías respiratorias bajas, las enfermedades perinatales y el sida; más aún, será probablemente la segunda en el 2020, apenas después de las cardiopatías.

La depresión se diagnostica poco en el anciano, con grados de subdiagnóstico de 32-50 % y de infratratamiento de 37-50 %, puesto que a pesar de los criterios claros, precisos y generalmente aceptados al efecto, se dificulta confirmar la existencia del trastorno, dada su habitual presentación atípica y la visión cultural de la vejez como algo triste.<sup>7,8</sup>

El trastorno depresivo de inicio tardío parece estar tan relacionado con factores causales, clínicos y neurobiológicos específicos, que se ha comenzado a plantear que tiene un origen distinto del que se produce en el adulto más joven, si bien para muchos resulta incuestionable la interrelación entre enfermedad cerebrovascular subyacente y trastorno depresivo; este último definido como una alteración del estado de ánimo, de gravedad y duración variables, con frecuencia recurrente y que se asocia con determinados síntomas físicos y mentales que atañen al pensamiento, la motivación y el juicio.<sup>9-11</sup>

La depresión, que es uno de los síndromes psiquiátricos más comunes y probablemente el

segundo cuadro morboso que más discapacidad provoca en la población anciana, reviste particular interés por su génesis, manifestación clínica, vinculación con otras enfermedades, tratamientos no siempre exitosos y deterioro de la calidad de vida.<sup>10 - 12</sup>

Considerando la existencia de factores psicosociales potenciadores de estados depresivos en los pacientes ancianos con trastornos psiquiátricos, surgió la necesidad de tratar ese asunto en un artículo original, no solo para que pueda disponerse de otra bibliografía actualizada sobre el tema, sino por el hecho de que aunque muchos profesionales opinan al respecto, no todos se animan a escribir e intercambiar criterios acerca de ese problema de salud, en modo alguno infrecuente.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal para caracterizar a 47 pacientes ancianos con trastornos depresivos, ingresados en la sala de psicogeriatría del Servicio de Psiquiatría del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde marzo del 2006 hasta febrero del 2007.

Para ello se tuvieron en cuenta, entre otros, los siguientes aspectos:

- Tener 60 años y más, con independencia del sexo.
- Admitir su voluntariedad para participar en el estudio.
- Mostrar lucidez y orden en sus facultades mentales.

A los efectos, para confirmar el diagnóstico de depresión en los gerontes se utilizaron la escala de depresión geriátrica,<sup>13</sup> la escala de riesgo psicosocial y el índice de Apgar familiar permitieron; para clasificar los trastornos depresivos, el Manual de diagnóstico de enfermedades mentales (DSM-IV)<sup>14</sup> y el Glosario cubano de psiquiatría, adaptado de la décima Clasificación internacional de enfermedades.<sup>15</sup>

## Procedimiento

La permanencia en el Servicio de Psicogeriatría tiene un carácter parcial, puesto que el anciano se queda solamente de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en el centro hospitalario, a fin de que no se desligue por completo de su medio. La familia también participa en la dinámica del ingreso y en los grupos didácticos psicoterapéuticos, donde el equipo de Salud Mental le imparte en la sala los temas de interés para el cuidado del senescente en el hogar.

El procesamiento de los datos se hizo automatizadamente con el sistema Epi Info 6.0.

## RESULTADOS

En la casuística (**tabla 1**) predominaron el sexo femenino (74,46 %) y los ancianos deprimidos de 60 - 74 años (80,85 %).

Tabla 1. *Pacientes con trastornos depresivos según grupos etarios y sexo*

Grupos etarios (en años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%*	No.	%*	No.	%
60- 74	31	88,58	7	58,33	38	80,85
75-89	4	11,42	5	41,67	9	19,15
90 y más	0	0	0	0	0	0
Total	35	74,46	12	25,54	47	100,00

\* Calculado sobre la base del total por grupo (sexo)

Al evaluar la comunicación de los gerontes deprimidos según convivencia (**tabla 2**), se halló que la mayoría vivía con sus familiares (78,73 %) y que 46,80 % del total estimaba que era buena la convergencia de ambas variables, aunque lo expresaran con otras palabras.

Tabla 2. *Pacientes con trastornos depresivos según convivencia y comunicación*

Convivencia	Comunicación						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	No.	%*	No.	%*	No.	%*	No.	%
Con familiares	21	56,76	10	27,02	6	16,22	37	78,73
Con otras personas	1	12,50	3	37,50	4	50,00	8	17,02
Solos	0	0	0	0	2	100,00	2	4,25
Total	22	46,80	13	27,66	12	25,54	47	100,00

\*Calculado sobre la base del total por grupo (convivencia)

Cuando se valoró la relación existente entre convivencia y antecedentes de comportamiento suicida (**tabla 3**) se obtuvo que 29 (61,71 %) atentaron contra su vida, sobre todo los que vivían solos.

Tabla 3. *Pacientes con trastornos depresivos según convivencia y antecedentes personales de comportamiento suicida*

Convivencia	Antecedentes personales de comportamiento suicida				Total	
	Sí		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Con familiares	20	54,05	17	45,95	37	100,00
Con otras personas	7	87,50	1	12,50	8	100,00
Solos	2	100,00	0	0	2	100,00
Total	29	61,71	18	38,29	47	100,00

En cuanto a los síntomas aparecidos según la edad (**tabla 4**) se constató que el primer lugar fue ocupado por la reducción del nivel de energía (82,97 %), seguido por las alteraciones de la concentración (78,72 %) y la anorexia (72,34 %), más evidentes en los ancianos de 75-89 años; sin embargo, el sentimiento de soledad (68,08 %) y el insomnio

terminal (65,95 %) primaron en los de 60 - 74.

Tabla 4. *Pacientes con trastornos depresivos según grupos etarios y síntomas*

Síntomas	Grupos etarios (en años)					
	60-74 (38)		75 - 89 (9)		Total (47)	
	No.	%*	No.	%*	No.	%**
Reducción del nivel de energía	31	81,57	8	88,88	39	82,97
Alteración de la concentración	29	76,31	8	88,88	37	78,72
Anorexia	27	71,05	7	77,77	34	72,34
Sentimiento de soledad	27	71,05	5	55,55	32	68,08
Insomnio terminal	26	68,42	5	55,55	31	65,95
Pérdida de interés	25	65,78	4	44,44	29	61,70
Preocupación mayor que la ordinaria	25	65,78	4	44,44	29	61,70
Pensamiento lentificado	24	63,15	5	55,55	29	61,70
Ideación suicida	24	63,15	5	55,55	29	61,70
Pérdida de peso	21	55,26	3	33,33	24	51,06
Llanto fácil	19	50,00	3	33,33	22	46,80
Sensación de que nunca estará bien.	17	44,73	4	44,44	21	44,68

\* Calculado sobre la base del total por grupo

\*\*Calculado sobre la base del total general

La clasificación de los trastornos depresivos según la edad (**tabla 5**) puso de relieve que los trastornos depresivos mayores y bipolares (29,79 %, respectivamente) preponderaron sobre los demás.

Tabla 5. *Clasificación de los trastornos depresivos según grupos etarios*

Clasificación	Grupos etarios (en años)				Total	
	60 - 74		75 - 89		No.	%
	No.	%	No.	%		
Trastorno depresivo mayor	13	34,21	1	11,11	14	29,79
Trastorno bipolar	10	26,32	4	44,45	14	29,79
Trastorno depresivo no específico	8	21,05	2	22,22	10	21,27
Trastorno distímico	7	18,42	2	22,22	9	19,15
Total	38	100,00	9	100,00	47	100,00

## DISCUSIÓN

La depresión durante la senectud se acompaña de complejidades nosológicas, fenomenológicas, diagnósticas y terapéuticas, que requieren conocimientos especiales, toda vez que abundan las presentaciones clínicas poco usuales, capaces de confundir el

diagnóstico; también el tratamiento se ve afectado por los efectos colaterales de los medicamentos antidepressivos indicados a los senescentes. Deviene indispensable estar familiarizados con estos aspectos para identificar de manera adecuada a los ancianos geriátricos con este trastorno psiquiátrico reversible, que pone en peligro su vida.

Para diversos autores,<sup>16, 17</sup> la asociación de depresión según el sexo es controversial. En ancianos continúa siendo predominante en las féminas, con una razón mujer/hombre de 2:1; pero en los varones aumenta proporcionalmente su prevalencia por una brusca pérdida de roles, de modo que a los 80 años sobrepasan a las ancianas, como también se observó en este estudio. Deben prestar atención a los familiares del sexo masculino de edad avanzada, que vivan solos, debido a que tienen un alto riesgo de intentar suicidarse.

En un estudio de mujeres con depresión<sup>18</sup> se plantea que los sucesos vitales también influyen en la gravedad de los síntomas y pueden provenir de diferentes áreas de la vida: las relaciones, el hogar, la familia, la salud, los hijos, el matrimonio, las obligaciones sociales, el dinero, el descanso y otras, de modo que su poder traumático tiene que ver con su traducción subjetiva. Estos sucesos incluyen la vivencia de pérdidas, no solo personales (la muerte o separación de la pareja), sino también social (quedarse sin trabajo) o de una idea (descubrir el comportamiento delictivo de un hijo).

La jubilación es uno de los acontecimientos importantes en la vida de un adulto mayor y en todos los miembros de la familia. Como consecuencia de ello prevalece el temor a la inadaptabilidad, o a no ser tomado en cuenta en el seno del hogar. El fallecimiento del cónyuge es otro suceso que tiene una connotación negativa y provoca vivencias similares a las que se producen por el cese del vínculo laboral. La familia es, entonces, un factor protector de la salud individual de sus integrantes o un proceso desencadenante de sufrimientos o enfermedades.<sup>16</sup>

En la casuística, los pacientes que evaluaron como mala la comunicación, expresaron la escasa posibilidad de intercambio que se les concede en el sistema familiar; aspecto este que incide en el bienestar psíquico, al sentirse que están siendo maltratados.<sup>19</sup>

Senescentes que viven solos o con personas no cercanas al núcleo familiar (sobrinos, ahijados u otras), se deprimen más. Esta situación pudiera explicarse porque la soledad y la falta de convivencia social y familiar en ancianos que dependen económicamente de otros individuos, unidas a discapacidad y enfermedades crónicas, alteran en forma importante la esfera psicosocial.<sup>17</sup>

La incapacidad para reír es más preocupante que la facilidad para llorar. Sensaciones verbalizadas de culpabilidad, vacío existencial, dolores abstractos, ideas suicidas, cansancio diurno exagerado y pérdida o ganancia de peso desacostumbradas, apuntan hacia la posibilidad de una depresión. Algunos tratamientos farmacológicos y el consumo de alcohol pueden ser causa de estados depresivos, por lo que también deben ser tenidos en cuenta.<sup>20</sup>

En la tercera edad, los estados depresivos afectan de una manera u otra las funciones psíquicas; distorsionan negativamente la percepción de la realidad de sí mismo, del mundo y del futuro que le espera, así como conducen a una pérdida de interés por existir. Hay grandes enigmas en la vida del ser humano y el suicidio es uno de ellos, pues resulta a veces difícil determinar por qué un individuo llega a su propia autodestrucción.

Se sabe que el divorcio y la separación afectan en gran medida al anciano que intenta

privarse de la vida, así como igualmente que factores psicosociales no solo pueden agravar el cuadro depresivo, sino hacerlo más complejo y facilitar la conducta suicida. La soledad, el aislamiento social y el entorno ambiental del geronte dificultan notablemente la petición de ayuda o el acceso a tratamiento psiquiátrico, además de que su calidad de vida puede verse limitada por numerosas enfermedades y la ausencia de un suficiente soporte familiar o asistencial.

El diagnóstico de los trastornos depresivos en el anciano sigue siendo fundamentalmente clínico, basado en la anamnesis y la exploración para identificar los síntomas depresivos.

Los resultados de este estudio coincidieron con otros donde la soledad no se refirió únicamente a la realidad de "vivir a solas", sino también a la subjetiva, donde la interioridad afectiva se halla plena de sentimientos emocionales imaginarios y simbólicos.

Si bien el síntoma básico es la tristeza, el adulto mayor puede expresar su malestar por medio de aburrimiento, apatía o indiferencia, sin que necesariamente deba estar triste. Frecuentemente, junto con la tristeza, aparece un sentimiento de angustia, capaz de reflejarse tanto en la esfera psíquica (nerviosismo, inquietud interior) como somática (cefaleas de tensión, bolo esofágico, meteorismo, diarreas, tensión muscular...). Otros síntomas característicos son la irritabilidad y la lentitud en el pensamiento; el paciente tiende a sentirse tan inseguro, que se infravalora y autorreprocha.<sup>12</sup>

El mal curso de la depresión aumenta la vulnerabilidad suicida; así, los cuadros depresivos recurrentes y los episodios más prolongados con un nivel de remisión menor, son factores que aumentan el riesgo. En las fases de remisión parcial, la persistencia de manifestaciones depresivas residuales origina desesperanza y fragilidad y dificulta la adaptación a acontecimientos vitales mínimos, que pueden desencadenar el paso al acto de los pensamientos de muerte.

En la mayoría de los estudios epidemiológicos<sup>9</sup> se informa una prevalencia de la enfermedad bipolar de alrededor de 1 % y una relación de hombre/ mujer de 1:1. El primer episodio de la enfermedad es en la segunda y tercera décadas de la vida, seguido de una larga remisión, hasta que el episodio subsiguiente ocurre a los 4 ó 5 años. La enfermedad bipolar no se asocia solamente con la disminución de la calidad de vida de pacientes y familiares, sino también con el aumento de la mortalidad por suicidio y enfermedades concomitantes.

A juicio de los autores de este artículo, la mayor presencia de trastornos depresivos mayores y bipolares confirma que junto a los factores psicológicos que condicionan la predisposición del anciano a deprimirse, también están los biológicos.

Los trastornos depresivos en el geronte siempre serán una verdadera urgencia médica y social, pues constituye un alerta del ser humano que independientemente de su edad, además de sentirse solo, es incapaz de enfrentar los rigores de la vida y llega a la más triste y grave conclusión de que "no vale nada" y lo mejor es terminar definitivamente con esa angustia; de ahí, la importancia de una realizar una eficaz intervención ante este dilema.

Se impone conocer que los trastornos depresivos son tratables aún en las personas seniles y en aquellas que presentan condiciones de comorbilidad, entre las cuales figura la demencia. La mayoría se recupera cuando recibe un tratamiento apropiado y la hospitalización generalmente debe producirse solo después de un análisis multidisciplinario

y con la anuencia del paciente y de su familia.

En la etapa más joven de la vejez, la mujer se deprime con mayor frecuencia al tener experiencias traumáticas negativas que influyen en la vivencia de pérdidas objetivas y subjetivas y tornan más severos los síntomas depresivos.

La comunicación fue buena en los ancianos que vivían con familiares; pero en los que permanecían solos o con otras personas, predominó la conducta suicida. El trastorno depresivo mayor y la enfermedad bipolar fueron los diagnósticos psiquiátricos que determinaron una mayor atención médica, tanto institucional como ambulatoria, y los que se asociaron con un mayor riesgo de conducta suicida; problemática esta muy frecuente en el adulto mayor deprimido. La soledad como síntoma depresivo estuvo presente, tanto de forma subjetiva como objetiva e incidió grandemente en la dinámica del cuadro clínico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montes de Oca García DD, Bravo AJ, Díaz Medina C. Influencia del círculo de abuelos en la evolución de las enfermedades articulares. Rev Cubana Enfermer 2004;20(3). <[http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20\\_3\\_04/enf05304.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_3_04/enf05304.htm)> [consultada: 17 enero 2010].
2. Robine JM. Consecuencias de la revolución demográfica y del envejecimiento de la sociedad: reestructuración de las edades y modificación de las relaciones entre las generaciones. Sociol Soc 1995; 2(27):926.
3. Chávez Negrín E. Algunas consideraciones sobre Envejecimiento demográfico y subjetividad social en Cuba. Convención Intercontinental de Psicología y Ciencias Sociales y Humanas HOMINIS '05 [monografía en CD-ROM]. La Habana, 2005.
4. Morfi Samper R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev Cubana Enferm 2005;21(3). <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192005000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)> [consulta: 15 febrero 2010].
5. Lotti AM. Ancianos en Cuba: la vida por delante. <[http://edicionesanteriores.trabajadores.cu/temas/derechos\\_cuba/derechos\\_defendem os/ancianos.htm](http://edicionesanteriores.trabajadores.cu/temas/derechos_cuba/derechos_defendem os/ancianos.htm)> [consulta: 15 febrero 2010].
6. Selman Housein-Abdo E. Cuba, el país para vivir 120 años. <[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/cuba\\_el\\_pais\\_para\\_vivir\\_120\\_anos.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/cuba_el_pais_para_vivir_120_anos.pdf)> [consulta: 17 enero 2010].
7. Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, Torres Buisán L, Torrubias Fernández RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit 2007; 21(1):37-42.
8. López Trigo J A. La depresión en el paciente anciano. <<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD013.pdf>> [consulta: 10 marzo 2010].
9. Sachs G. Basic of Bipolar Disorder. En: Managing bipolar affective disorder. London: Science Press, 2004:23-30.



10. Martínez Hernández O. Depresión en el adulto mayor. Rev Médica Electrónica 2007; 29 (5).  
<<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema10.htm>>  
[consulta: 10 marzo 2008].
11. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. <<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>>  
[consulta: 21 enero 2010].
12. Gómez Ayala AE. La depresión en el anciano, Clínica y tratamiento. OFFARM 2007; 26 (9):80-94.
13. Sheik JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986;5:165-72.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of mental disorders (DSM-IV). 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric, 1994:339-75.
15. Otero Ojeda AA, Robelo Pérez V, Echazábal Campos A, Calzadilla Fierro L, Duarte Castañeda F, Magriñat Fernández JM, et al. Diagnóstico y Clasificación de los trastornos mentales. Tercer glosario cubano de psiquiatría. La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana, 2001:145-54.
16. Pérez Cárdenas C, Infante Román N. La viudez: algunas vivencias en la etapa de disolución familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2005; 21(3).  
< [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)> [consulta:17 febrero 2010].
17. Martínez Mendoza JA, Martínez Ordaz VA, Esquivel Molina CG, Velasco Rodríguez VM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007;45 (1):21-8.
18. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. Salud Públ Mex 2004; 46 (5):378-87.
19. Martínez Querol C, Pérez Martínez VT, Cardona Sansón Y, Inclán Ravelo L. Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. Rev Cubana Med Gen Integr 2005; 21(1).  
<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)> [consulta: 20 febrero 2010].
20. Josué Díaz L, Torres Lio-Coo V, Urrutia Zerquera E, Moreno Puebla R, Font Darías I, Cardona Monteagudo M. Factores psicosociales de la depresión. Rev Cubana Med Milit 2006; 35(3). < [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572006000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)> [consulta: 11 diciembre 2009].

Recibido: 25 de marzo de 2010

Aprobado: 12 de abril de 2010

**MsC. Reinaldo Enrique Villarreal Casate.** Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba