

## Depresión e intento suicida en un adulto mayor. Informe de caso

### Depression and suicide attempt in an older adult. Case report

María Luisa Ellis-Yard<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4284-8785>

Pedro Enrique Reyes-Milián<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2713-8264>

María de Jesús Luis-Rodríguez<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3293-3027>

<sup>1</sup>Máster en Medicina Bioenergética y Tradicional. Especialista de Primer y Segundo Grados en Psiquiatría General. Profesor Auxiliar y Consultante. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Hospital Psiquiátrico Provincial Docente "Nguyen Van Troi". Ciego de Ávila, Cuba.

<sup>2</sup>Máster en Salud Mental Comunitaria. Especialista de Primer y Segundo Grados en Psiquiatría General. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

<sup>3</sup>Licenciada en Psicología. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Hospital Psiquiátrico Provincial Docente "Nguyen Van Troi". Ciego de Ávila, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [marial54@infomed.sld.cu](mailto:marial54@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

**Introducción:** la depresión es uno de los problemas de salud fundamentales de los adultos mayores. Es una enfermedad poco diagnosticada y tratada; en muchas ocasiones, los síntomas se interpretan como algo asociado al envejecimiento. La peor complicación es el suicidio.

**Objetivo:** presentar una paciente adulta mayor con un cuadro depresivo, ideas e intentos suicidas repetidos.

**Presentación del caso:** paciente de 64 años, femenina, soltera, jubilada desde hace nueve años, con antecedentes de problemas de salud mental. Desde hace cuatro años, a raíz de la pérdida de su padre y problemas personales, comenzó a presentar síntomas de ansiedad, intranquilidad motora en miembros inferiores, pérdida del apetito, insomnio y tristeza; a partir de lo cual realizó varios intentos suicidas.

Fue ingresada en varias ocasiones con el diagnóstico inicial de neurosis histérica, y tratamiento con clorpromacina y olanzapina. Transcurrido más de un año, comenzó un tratamiento con antidepresivos, fue egresada y al año realizó otro intento suicida en su hogar. Fue ingresada con un posible diagnóstico de depresión orgánica, posteriormente definido como un episodio depresivo grave. Debido al riesgo de conducta suicida que implica este diagnóstico, se le aplicó terapia electroconvulsivante.

**Conclusiones:** en el adulto mayor la depresión no se diagnostica ni se trata, debido a que se enmascara en los síntomas físicos y el deterioro de la memoria propios de estas edades. En el caso de la adulta mayor que se presenta, el cuadro depresivo se acompañó de ideas e intentos suicidas repetidos.

**Palabras clave:** DEPRESIÓN; DEPRESIÓN/diagnóstico; DEPRESIÓN/tratamiento farmacológico; ELECTROCHOQUE; ANCIANO; INFORMES DE CASOS.

## ABSTRACT

**Introduction:** depression is one of the fundamental health problems of older adults. It is a disease little diagnosed and treated; On many occasions, symptoms are interpreted as something associated with aging. The worst complication is suicide.

**Objective:** to present an older adult patient with a depressive picture, repeated suicide ideas and attempts.

**Case presentation:** 64-year-old patient, female, single, retirement for nine years, with a history of mental health problems. For four years, as a result of the loss of her father and her personal problems, she began to present symptoms of anxiety, motor uneasiness in lower limbs, loss of appetite, insomnia and sadness; From which she made several suicide attempts. She was entered several times with the initial diagnosis of hysterical neurosis, and treatment with chlorpromain and olanzapine. After more than a year, she began a treatment with antidepressants, she was graduated and she did another suicide attempt at her home. She was admitted to a possible diagnosis of organic depression, subsequently defined as a serious depressive episode. Due to the risk of suicide conduct involving this diagnosis, it was applied electroconvulsive therapy.

**Conclusions:** in the older adult, depression is not diagnosed, because it becomes masked in physical symptoms and the deterioration of memory of these ages. In the case of the older adult that is presented, the depressive table was accompanied by repeated suicidal ideas and attempts.

**Keywords:** DEPRESSION; DEPRESSION/diagnosis; DEPRESSION/pharmacological treatment;



---

**ELECTRIC SHOCK; ELDERLY; CASE REPORTS.**

Recibido: 20/05/2020

Aprobado: 18/08/2020

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se registra un aumento considerable de la población mundial de ancianos, debido fundamentalmente al incremento de la esperanza de vida. Ello significa un suceso novedoso y un reto para las sociedades.<sup>(1,2)</sup>

La depresión es uno de los problemas fundamentales de salud que sufren los adultos mayores. Con frecuencia esta afección no se reconoce, diagnostica o trata adecuadamente, debido a que los síntomas depresivos se interpretan como un hecho normal asociado al envejecimiento.<sup>(1,3,4)</sup> La sintomatología del trastorno difiere de acuerdo a la edad; los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores experimentan con mayor frecuencia los somáticos.<sup>(3)</sup>

La tendencia a considerar que el deterioro cognitivo es normal en edades avanzadas, conduce a un “nihilismo terapéutico” que afecta de forma significativa la calidad y duración de vida de los ancianos. Sin embargo, existen evidencias de que muchos trastornos emocionales asociados al deterioro cognitivo son síntomas fundamentales de la depresión. Por tanto, deben ser identificados y tratados con éxito. Algunos investigadores constatan que entre 30% y 50% de los pacientes con deterioro cognitivo presentan síntomas depresivos.<sup>(3,5)</sup>

Ante un paciente con diagnóstico presuntivo de depresión, se debe considerar de inmediato la peor complicación de esta enfermedad: el suicidio.<sup>(3)</sup> La depresión es uno de los factores que con mayor fuerza se asocia a la conducta suicida. Según estimados, en las personas deprimidas el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en comparación con la población general, y 20 veces mayor en aquellos casos de depresión grave.<sup>(3,6)</sup>

La Organización Mundial de Salud asume que la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo, y contribuye de forma significativa a la carga general de morbilidad. Cada año se suicidan



cerca de 800000 personas.<sup>(7)</sup>

El trastorno depresivo mayor es el que más se relaciona con la conducta suicida, con predominio de intentos en las mujeres y de suicidios en los hombres, así como elevada incidencia de suicidios en mayores de 65 años.<sup>(8,9)</sup>

La depresión en el adulto mayor es un trastorno de difícil reconocimiento en la práctica clínica, debido a la confusión de sus síntomas con señales comunes de envejecimiento. De ahí que el diagnóstico acertado y el tratamiento adecuado se establezcan tardíamente. Por la importancia de este tema, se presenta el caso de una paciente de 64 años de edad, con cuadros depresivos repetitivos y elevado riesgo suicida, cuyo diagnóstico y tratamiento fueron tardíos.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente femenina de 64 años de edad, soltera, profesional jubilada desde hace más de nueve años. Presenta antecedentes de problemas de salud mental, y vive sola desde que su hija emigró del país. Desde 2015, a raíz de la pérdida de su padre y problemas personales, presenta síntomas de ansiedad, inquietud motora en miembros inferiores, poco apetito, trastornos del sueño, tristeza, irritabilidad e ideas suicidas; ha realizado varios intentos suicidas.

La paciente presenta pérdida considerable de peso y trastornos de la memoria, permanece la mayor parte del tiempo acostada, no se comunica con las demás personas de su entorno, y refiere quejas somáticas (sobre todo en el área digestiva, con náuseas).

Al inicio de la sintomatología fue ingresada con diagnóstico inicial de neurosis histérica, y se le trató con clorpromacina y olanzapina. Presentó una evolución tórpida, y al cabo de más de un año comenzó tratamiento con antidepresivos que contribuyeron a su mejoría clínica al egreso. Al año del alta médica, realizó otro intento suicida en el hogar. En su último ingreso hospitalario inicialmente se le diagnosticó depresión orgánica; posteriormente se estableció el diagnóstico definitivo de trastorno depresivo mayor grave.

## CUMPLIMIENTO DEL COMPONENTE ÉTICO DE LA

---

## INVESTIGACIÓN CLÍNICA

El comité de ética de la investigación de la institución revisó y aceptó la divulgación del informe de caso, previa aprobación de la hija de la paciente mediante la firma del consentimiento informado; quien explicitó que no consentía la divulgación de fotografías. En la redacción del texto se obvió toda la información identificativa de la paciente.

### PERSPECTIVA DEL PACIENTE

La paciente se mantuvo en todo momento cooperativa con los profesionales que la atendieron. Al finalizar el tratamiento, tanto la paciente como su hija mostraron satisfacción por los resultados alcanzados con los estudios y procedimientos realizados.

### HALLAZGOS CLÍNICOS

Se constata que la paciente presenta expresión facial triste, lenguaje monosílabo, y cierto enlentecimiento psíquico y motor, así como intranquilidad en miembros inferiores. Está orientada en el espacio y su persona, pero parcialmente desorientada en el tiempo. Es capaz de decir sus datos personales y reconocer a las personas que están a su alrededor, pero olvida los hechos recientes.

#### Examen psiquiátrico

La paciente presenta enlentecimiento psíquico, ideas suicidas, de minusvalía, soledad e hipocondría, hipotimia, irritabilidad y ansiedad. A la expresión facial triste y el enlentecimiento motor se suman movimientos constantes de las piernas, bradilalia, insomnio, deterioro de su aspecto personal e intento suicida. Tiene conciencia vigil, hiperconcentración, hipomnesia de fijación para los hechos recientes, y aunque está orientada en espacio y persona se muestra desorientada parcialmente en el tiempo.

Las funciones de relación están alteradas consigo misma (baja autoestima e ideas suicidas), con los demás (se aísla, se mantiene la mayor parte del tiempo acostada) y con las cosas (falta de motivación e interés para realizar las actividades cotidianas). Su personalidad es premórbida (fuerte, dominante, caprichosa, con rasgos obsesivos compulsivos y tendencia a la manipulación).

#### Historia social psiquiátrica

La paciente, de estado civil soltera, es profesional universitaria, con una trayectoria laboral satisfactoria en su profesión. Su única hija vive fuera del país, por lo cual está sola, jubilada desde hace nueve años. Tiene el antecedente familiar de la madre fallecida por suicidio. Su red de apoyo social es pobre, solo algunos amigos y vecinos, no tiene familia cercana. Sus condiciones económicas son buenas.

### **Estudio psicométrico**

De acuerdo a los resultados de la escala de autoevaluación de la depresión de Zung y Conde,<sup>(8,10)</sup> a la paciente se le diagnosticó depresión grave. El test de Rotter<sup>(10)</sup> reveló conflictos en las relaciones interpersonales, carencias afectivas, sentimientos de culpa por el fracaso en su vida actual, e ideas suicidas.

### **Evaluación neuropsicológica**

El resultado del informe psicométrico por medio del miniexamen del estado mental (MMSE) de Folstein<sup>(8,9,10)</sup> mostró desorientación parcial, con dificultades en la memoria de fijación y diferida. La puntuación obtenida correspondió a deterioro ligero.

## **EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA**

Para establecer el diagnóstico certero, se le realizaron los siguientes exámenes complementarios:

Hemograma: 124 g/L con diferencial (leucocitos:  $8,7 \times 10^9/L$ )

Eritrosedimentación: 15mm

Glicemia: 5,5mmol/L

Colesterol: 5,2 mmol/L

Triglicéridos: 1,6 mmol/L

Ácido úrico: 311 mmol/L

Electrocardiograma normal

Tomografía de cráneo simple: atrofia cortical difusa

Electroencefalograma: normal

La paciente fue interconsultada por el especialista en neurología, quien consideró que padece un trastorno depresivo con deterioro cognitivo leve de sus funciones intelectuales. Finalmente se le diagnosticó un trastorno depresivo mayor grave<sup>(11)</sup> o trastorno depresivo de episodio único grave sin

síntomas psicóticos.<sup>(12)</sup>

## **INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA**

Con el consentimiento informado tramitado por el especialista actuante a la paciente y su hija, se autorizó el uso del tratamiento electroconvulsivante (TEC), por el riesgo suicida que presentaba. Con anterioridad al tratamiento, la paciente fue valorada por los especialistas de anestesiología y medicina interna. Se le aplicaron seis sesiones de terapia electroconvulsiva con anestesia y un relajante muscular. Se le mantuvo el tratamiento farmacológico, consistente en cuatro tabletas de amitriptilina 25 mg al día y, media tableta de clonazepan 1 mg dos veces al día. Para tratar la ideación pesimista o negativa, se utilizaron algunos recursos de la terapia cognitiva conductual.

## **SEGUIMIENTO Y RESULTADOS**

Una vez recuperada la paciente, se decidió su ingreso a la casa de abuelos, donde se mantiene desde hace más de dos años con una red de apoyo social adecuada. Se encuentra estable, reinsertada a la vida social. Los síntomas hipocondríacos desaparecieron, y es capaz de valerse por sí misma. Se le mantiene un cuidador a tiempo parcial en su hogar y se le brinda atención y seguimiento ambulatorios.

## **DISCUSIÓN**

Con frecuencia no es posible diagnosticar –y por ende, tratar– la depresión en los adultos mayores, porque el cuadro depresivo puede quedar enmascarado por síntomas físicos o deterioro de la memoria, atribuibles a la edad. La permanencia de los pacientes sin tratamiento, y con compromiso cognoscitivo, es causa de institucionalización innecesaria e incremento de la tasa de suicidios.<sup>(9)</sup>

Las depresiones geriátricas se caracterizan por una amplia gama de manifestaciones, diferentes de las formas típicas que presentan las personas jóvenes. Los síntomas más frecuentes son la ansiedad, los problemas de memoria y las quejas físicas. Más de 60% de los ancianos deprimidos presentan síntomas somáticos, por lo cual la enfermedad evoluciona enmascarada y los pacientes se mantienen sin



tratamiento por largo tiempo.<sup>(8,9,13,14)</sup>

En un estudio realizado en la Casa de Abuelos “Celia Sánchez Manduley” en la Habana,<sup>(15)</sup> en una muestra de 20 adultos mayores se constató que 60 % presentaron depresión y 95 % enfermedades crónicas no transmisibles como principales factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo. Los resultados de este estudio muestran un predominio de la sintomatología depresiva en adultos mayores parcialmente institucionalizados provenientes de la comunidad. El segundo síntoma afectivo de importancia fue la ansiedad, seguida de los cuadros mixtos de depresión y ansiedad, similar a lo descrito en esta paciente.

Una investigación realizada en once comunidades altoandinas de Perú, mostró que 40,7 % de los adultos mayores (según el cuestionario de Yesavage) y 37,5 % (según autorreportes), presentaron depresión.<sup>(16)</sup> En un hospital público de Ecuador se encontró una prevalencia alta de depresión; los adultos mayores dependientes para realizar actividades de la vida diaria, y con riesgo social, fueron los más proclives a la depresión.<sup>(17)</sup> Otros autores constatan que la depresión es más frecuente en mujeres, desencadenada por eventos vitales como el divorcio, la viudez, la soledad, la falta de afecto y el estrés.<sup>(18-23)</sup>

Por otra parte, se enfatiza en la relación entre la depresión y los cinco factores de riesgo psicosocial identificados como acontecimientos vitales adversos: insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica o la muerte de un familiar o amigo cercano en el último año.<sup>(14)</sup> Estos coinciden con algunos riesgos psicosociales identificados en el presente caso: trastornos del sueño relacionados con el insomnio, vivir sola, falta de afecto y pérdida de un ser querido.

Los adultos mayores con insomnio tienen mayores probabilidades de deprimirse de forma persistente, así como sufrir recidivas al año. De ahí que se recomiende la detección de alteraciones del sueño para un mejor tratamiento de la depresión.<sup>(18)</sup>

En un estudio realizado en Chile, se evaluaron 140 adultos mayores, de los cuales 73,6 % fueron mujeres y 53 % presentaron bajo peso, malhumor, problemas gastrointestinales, tristeza y ansiedad como síntomas más comunes. El tener visitas con un intervalo menor a una semana se asoció a la presencia de depresión.<sup>(24)</sup> Otros estudios en pacientes con trastornos depresivos leves y moderados evidenciaron predominio de pacientes de sexo masculino.<sup>(25,26)</sup>

El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en los adultos mayores, ya que puede por sí mismo provocarla o agravarla, e influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de



vida.<sup>(18)</sup> Otros autores mencionan el vínculo entre el abandono familiar y la depresión en el adulto mayor; muchos mayores viven solos y carecen de acompañamiento familiar.<sup>(22,27)</sup> No obstante, existe alta prevalencia de depresión no tratada entre adultos mayores con acceso a los servicios de salud.<sup>(28)</sup>

El deterioro cognitivo, por lo tanto, se considera un importante problema de salud en el mundo, y es uno de los principales requerimientos de atención médica en los adultos mayores. En este sentido, existe amplia evidencia de la relación entre depresión y deterioro cognitivo.<sup>(18,21)</sup>

En la paciente del presente informe de caso se constató deterioro cognitivo leve. No obstante, no está exenta de llegar a padecer demencia, debido a que la depresión puede precederla o ser un marcador de demencia incipiente. La depresión y la demencia son las enfermedades neuropsiquiátricas de mayor prevalencia en el adulto mayor.<sup>(18)</sup> Por otra parte, el riesgo suicida en la población anciana con manifestaciones depresivas es mayor para el suicidio consumado que para las amenazas e intentos. Es característico, en muchas ocasiones el uso de métodos muy letales.<sup>(6,9)</sup>

En pacientes deprimidos con síntomas psicóticos, dada la poca respuesta de esas manifestaciones a la terapia antidepresiva típica, la TEC es la opción de primera línea, segura y eficaz. También es adecuada para aquellos casos en los que la depresión está acompañada de riesgo suicida, malnutrición o déficit en la ingestión de alimentos.<sup>(1,6,13)</sup> Debido a que en la paciente se constató riesgo suicida, se consideró necesaria esta terapia.

En esta paciente se utilizaron, además, recursos de la terapia cognitiva conductual, entre ellos la reestructuración cognitiva. Durante esta, el individuo tiene la posibilidad de reflexionar y hacer una valoración más positiva de sí mismo, o al menos más realista, y eliminar las connotaciones pesimistas e irracionales.<sup>(29,30)</sup> La mayoría de los autores coinciden en que una red de apoyo es vital; el soporte de un cuidador, ya sea familiar o exterior, es esencial para mitigar problemas físicos y emocionales.<sup>(20)</sup>

En Brasil, un estudio transversal en 1 012 personas mayores de 60 años detectó menor frecuencia de depresión en personas con indicadores de envejecimiento activo, como tener amigos, trabajo y hábito de leer.<sup>(18)</sup> Los factores de riesgo identificados en la paciente del presente informe coinciden con los referidos por la literatura: mujer de edad mayor, soltera, pérdida de un ser querido, soledad, aislamiento, falta de afecto, insomnio, pérdida de peso y deterioro cognitivo leve.

En la actualidad, la paciente se encuentra compensada, asiste a una casa del abuelo, se vale por sí misma y se reinsertó en la vida social. Aunque continúa viviendo sola, dispone de un cuidador a tiempo parcial, y se le brinda atención y seguimiento ambulatorios.



Se reconoce como limitación de este estudio la imposibilidad de contrastar el caso con otros similares, debido a la inexistencia de publicaciones recientes, en idioma español, que identifiquen en el adulto mayor la depresión por medio de instrumentos validados internacionalmente, y describan el manejo desde el primer nivel de atención y en escenarios institucionalizados como hogares de ancianos y casas de abuelos.

## CONCLUSIONES

En el adulto mayor la depresión no se diagnostica ni se trata oportunamente muchas veces, debido a que se enmascara en los síntomas físicos y el deterioro de la memoria propios de estas edades. En el caso de la adulta mayor que se presenta, el cuadro depresivo se acompañó de ideas e intentos suicidas repetidos. El aporte de este trabajo radica en destacar la importancia del diagnóstico precoz desde el primer nivel de atención, para facilitar el tratamiento adecuado de los pacientes y su reinserción en la vida social. Para ello se debe realizar una anamnesis adecuada, tener en cuenta los factores de riesgo en esta etapa de la vida, aplicar los instrumentos psicométricos confirmatorios del diagnóstico, y establecer estrategias para una intervención oportuna que minimice la repercusión negativa de la enfermedad en la calidad de vida del adulto mayor y su familia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gorguet-Pi IC. Psicopatología clínica y nosografía psiquiátrica [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018 [citado 22 Ene 2019]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/psicopatologia\\_clinica/psicopatologia\\_clinica\\_y\\_nosografia\\_psiquiatrica.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/psicopatologia_clinica/psicopatologia_clinica_y_nosografia_psiquiatrica.pdf)
2. Calviño M, coord. Descubriendo la psicología. La Habana: Academia; 2017.
3. Zarragoitia-Alonso I. Depresión: generalidades y particularidades [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011 [citado 22 Ene 2019]. Disponible en: [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo\\_files/depresion-cuba.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf)
4. Soria-Trujano R, Soriano-Carrillo MI, Lara-De Jesús N, Mayen-Aguilar AA. Depresión en adultos





- mayores. Diferencias entre sexos. Rev Elec de Psic Izt [Internet]. 2018 [citado 12 Feb 2020];21(2):682-97. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2018/epi182p.pdf>
5. Vilchez-Cornejo J, Soriano-Moreno A, Saldaña-Cabanillas D, Acevedo-Villar TH, Bendezú-Saravia P, Ocampo-Portocarrero B, et al. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades de Perú. Acta méd. Peru [Internet]. Oct 2017 [citado 12 Feb 2020];34(4):266-72. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a03v34n4.pdf>
6. González-Menéndez R, Sandoval-Ferrer JE, León-González M, Vizcaíno-Alonso MC, Rivas-Recaño J, Cardona-Montagudo M, et al. Manual de psiquiatría [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019 [citado 1 Ago 2019]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/manual\\_psiquiatria/manual\\_psiquiatria\\_completo3.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/manual_psiquiatria/manual_psiquiatria_completo3.pdf)
7. Organización Mundial de la Salud, Centro de prensa. Depresión [Internet]. Ene 2020. [citado 13 Feb 2020]; Nota descriptiva s/n [aprox. 4 p.] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
8. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan y Sadok. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica [Internet]. 11na ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015 [citado 4 Feb 2020]. Disponible en: <https://booksmedicos.org/descargar-libro-de-medicina-rar>
9. Martínez-Hurtado M. Urgencias psiquiátricas [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015 [citado 27 Jul 2017]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/urgencias\\_psiquiatricas/urgencias\\_psiquiatricas\\_completo.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/urgencias_psiquiatricas/urgencias_psiquiatricas_completo.pdf)
10. González-Llaneza FM. Instrumentos de evaluación psicológica [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007 [citado 27 Jul 2017]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/ins-eva-psicol/completo.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/ins-eva-psicol/completo.pdf)
11. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™ [Internet]. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014 [citado 1 Ago 2017]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. CIE-11. Clasificación Internacional de enfermedades. 11na edición. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 23 Feb 2020]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1563440232>





13. Martínez-Hurtado AM. Trastornos afectivos bipolares. Perspectivas diagnósticas y terapéuticas [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010 [citado 1 Ago 2017]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/trastornos\\_afectivos\\_2da.edicion/trastornos\\_completo.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/trastornos_afectivos_2da.edicion/trastornos_completo.pdf)
14. Valdés-King M, González-Cáceres JA, Salisu Abdulkadir M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Rev Cub Med Gen Int. [Internet]. Dic 2017 [citado 12 Jul 2020];33(4):[aprox. 15 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n4/a01\\_296.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n4/a01_296.pdf)
15. Espinosa-Ferro Y, Díaz-Castro Y, Hernández-Hernández E. Una mirada especial a la ansiedad y depresión en el adulto mayor institucionalizado. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Dic 2020 [citado 12 Oct 2020];36(4):e1081 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v36n4/1561-3038-mgi-36-04-e1081.pdf>
16. Saenz-Miguel S, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017. Acta méd. Peru [Internet]. Ene 2019 [citado 12 Jul 2020];36(1):26-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v36n1/a05v36n1.pdf>
17. Calderón-Mason DF, Calderón-Suasnavas GF, Calderón-Suasnavas VA, Checa-Villamar JC. Prevalencia de depresión en adultos mayores de la consulta externa de un hospital público. Rev. Méd. Cient. CAMBIOS [Internet]. 2020 [citado 12 Jul 2020];19(1):6-13. Disponible en: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/445/311>
17. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered [Internet]. Jul 2018 [citado 12 Jul 2020];29(3):182-91. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>
18. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A, Garzón-Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Rev. salud pública. [Internet]. Abr 2015 [citado 12 Jul 2020];17(2):184-94. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2015.v17n2/184-194/es>
19. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscocoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. An. Fac. med. [Internet]. Oct 2017 [citado 12 Jul 2020];78(4):393-7. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n4/a04v78n4.pdf>
20. Guevara-Rodríguez FE, Díaz-Daza AF, Caro-Reyes PA. Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. Poliantea. [Internet]. 2020 [citado 12 Sep 2020];15(26):37-43. Disponible en:





<https://journal.poligran.edu.co/index.php/poliantea/article/download/1501/1265>

21. Zambrano-Calozuma PA, Estrada-Cherre JP. Salud mental en el adulto mayor. Pol. Con. [Internet]. 2020 [citado 12 Jul 2020];5(2):3-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7435297.pdf>
22. Camargo-Rojas CM, Chavarro-Carvajal DA. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. Univ Med [Internet]. Jun 2020 [citado 12 Jul 2020];61(2)64-71. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v61n2/0041-9095-unmed-61-02-00064.pdf>
23. Díaz-Montecinos D, Aránguiz S, Farías N, Godoy D, Silva N, Durán Agüero S. Factores asociados a síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados. Nutr. clín. diet. hosp. [Internet]. 2019 [citado 12 Jul 2020];39(2):34-9. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/PDF/DIAZ.pdf>
24. Agis-Juárez RA, López-Romero D, Bermúdez-Morales VH, Maya-Pérez E, Guzmán-Olea E. Frecuencia de sintomatología depresiva y tratamiento en adultos mayores con accesos a servicios de salud. Horizonte sanitario [Internet]. Dic 2020 [citado 12 Jul 2020];19(3):365-73. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v19n3/2007-7459-hs-19-03-365.pdf>
25. Hernández-Chávez L, Muñiz-Quintero NR, Gutiérrez-Leyva MM, Hernández-Mena JR, Chan-Zavala MJ, Cetina-Ceh FP. Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo. Rev Sal Qui Roo [Internet]. 2017 [citado 12 Jul 2020];9(35):6-10. Disponible en: <https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/35/PDF/DEPRESION EN UN CENTRO GERIATRICO QUINTANA ROO.pdf>
26. Bautista-Valdivia J. Depresión en el adulto mayor por abandono familiar. Rev. Acad. Invest. Tlatemoani. [Internet]. 2016 [citado 12 Jul 2020];7(22)226-71. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7286083.pdf>
27. De los Santos PV, Carmona-Valdés SE. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. PSM [Internet]. Jun 2018 [citado 12 Jul 2020];15(2):95-119. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>
28. Sales A, Pardo-Atiénzar A, Mayordomo T, Satorres-Pons E, Meléndez JC. Efectos de la terapia cognitivo conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizados. Rev Psicopatol Psicol Clín [Internet]. 2015 [citado 12 Feb 2020];20(2):165-72. Disponible en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2015-20-2-5030/Efectos\\_terapia.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2015-20-2-5030/Efectos_terapia.pdf)
29. Sims-Rodríguez M, Ramírez-Leyva D, Pérez-Castro K, Gómez-García K. Intervención psicológica





en adultos mayores con depresión. Rev Hum Med [Internet]. Ago 2017 [citado 12 Jul 2020];17(2)306-22. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v17n2/hmc05217.pdf>

### **Conflictos de intereses**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

### **Contribuciones de los autores**

María Luisa Ellis-Yard: concepción y diseño del trabajo, obtención de los resultados, análisis e interpretación de los datos, revisión bibliográfica, realización del tratamiento a la paciente, redacción y revisión crítica del manuscrito, y aprobación de su versión final.

Pedro Enrique Reyes-Milián: revisión bibliográfica, interpretación de los datos obtenidos y aprobación de la versión final del manuscrito.

María de Jesús Luis-Rodríguez: estudios psicométricos, interpretación de los datos obtenidos y y aprobación de la versión final del manuscrito.

### **Financiación**

Hospital Psiquiátrico Provincial Docente "Nguyen Van Troi".

