

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO NORTE
"DIEGO DEL ROSARIO"
MORON

**Consideraciones sobre el tratamiento de la depresión en el adulto mayor.
Considerations about therapy of depression in the elderly.**

María Dolores Mondéjar Barrios (1), Yanet González Reyes (2).

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica sobre depresión en el adulto mayor, ya que constituye la afección mental más frecuente en la tercera edad detectada por la consulta del equipo multidisciplinario de atención gerontológica del Policlínico Universitario Norte de Morón durante las consultas realizadas a los adultos mayores, de enero de 2008 a septiembre de 2009. Se pretende con ello elevar el nivel de conocimientos de los médicos sobre la depresión a través de la profundización del tema, haciendo especial énfasis en evitar la polifarmacia o indicación inadecuada de psicofármacos por las serias complicaciones que pueden producirse. Desde la antigüedad se utilizaban varias alternativas de tratamientos para la depresión como: plantas medicinales, el baile, la música; además, existen la terapia floral de Bach, la homeopatía y la terapia ocupacional. Se llega a la conclusión de que la terapia más efectiva es una adecuada relación y socialización del adulto mayor. **Palabras clave:** ADULTO MAYOR, DEPRESION/terapia.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Profesora Instructora.
2. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora Instructora.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional, definido como el aumento de la proporción de personas mayores de 60 años con respecto al total de la población es uno de los logros más importantes de la especie humana en el último siglo, y el número de adultos mayores aumenta en relación con otros grupos de edad. En Cuba existe un índice de envejecimiento de 16,4%.

Este envejecimiento de la población genera un impacto en todas las esferas de la sociedad, y la atención médica no escapa a esta preocupación y dentro de ésta el uso de medicamentos por lo que es necesaria su vigilancia, pues en la etapa de la vejez el organismo no guarda las reservas necesarias para un adecuado funcionamiento ante los fármacos que entran en él (1). Los trastornos mentales tienen una prevalencia elevada en la edad avanzada y son los que ejercen mayor impacto en su calidad de vida. Las enfermedades mentales del adulto mayor con frecuencia se asocian a enfermedades sistémicas y a enfermedades localizadas (2).

La depresión es uno de los problemas psicológicos más frecuentes, y hoy en día está en aumento, especialmente en las sociedades desarrolladas. Según el comité de expertos de Gerontopsicología de la OMS, la depresión es el problema de salud más común en la tercera edad, condicionado por factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Se estima que una de cada diez personas la sufre de una manera más o menos periódica. Un 60% de los suicidios o tentativas de suicidios está causado por procesos depresivos (2).

Muchas personas no admiten la tristeza o la culpa, y en este proceso se apartan y esconden de la sociedad, perdiendo interés por todas las cosas y volviéndose incapaces de buscar el placer.

El tiempo pasa lentamente y todas las actividades son una carga, lo cual hace que la persona se sienta irritable y trate de evitar la vida durmiendo más o intentándolo, porque el insomnio es muy habitual en estos casos.

Actualmente la depresión mayor, la que obliga ir al médico, no es un fenómeno muy frecuente (aunque hay estudios que incluyen en este grupo hasta el quince por ciento de la población), sin embargo, todos sufren en alguna etapa de sus vidas un proceso depresivo menor, aproximadamente el 12% de la población.

La depresión es muy frecuente entre personas que se dedican a la ayuda de los demás, entendida en su sentido más amplio. Maestros, médicos, administrativos y todos los que trabajan en contacto con la gente son más propensos a los problemas depresivos (3). Se calcula que tan sólo uno de cada tres individuos con problemas depresivos acude al médico y se trata. En muchos casos la depresión no se identifica como una enfermedad sino como un proceso personal ligado al carácter.

A pesar de la prevalencia tan enorme de la depresión, llegan pocos pacientes a la consulta de los psiquiatras, pues muchos no desean tomar medicamentos, debido a que alteran la capacidad de la conciencia y producen una gran cantidad de efectos secundarios.

En el adulto mayor la depresión da lugar a errores, porque puede presentar formas atípicas con manifestaciones somáticas e hipocondríacas, como la pérdida de peso, dolores persistentes, trastornos de la conducta, abuso de drogas y a veces se presenta en forma de ansiedad o estados de pánico que conllevan a riesgos de suicidio.

Prácticamente todas las personas que sufren de depresión se quejan de falta de energía y de tono vital a veces es el único síntoma que indica el inicio de una depresión. Una de cada siete personas que van al médico se queja de fatiga y como mínimo en la cuarta parte de ellos tiene un componente depresivo. El adulto mayor influido por las pérdidas a las que están sometidos y por el temor a estas pérdidas sufre una especie de exclusión o descalificación. La reducción de su sistema relacional y social lo conduce a la muerte social antes que llegue la muerte biológica. Las diferentes formas clínicas de la depresión patológica y el grado de elaboración, estabilización, cronicidad y resolución definitiva de los estados depresivos están vinculadas con las características de una estructuración psíquica depresiva específica, aspectos de la personalidad del adulto mayor, el contexto familiar y comunitario en que el adulto mayor se desenvuelve.

Los estados depresivos no siempre son patológicos. Existen procesos depresivos naturales en relación con los cambios adaptativos que el sujeto tiene que hacer obligatoriamente desde su nacimiento.

No existe una causa para la depresión: se describen una suma de factores causales, como pérdidas afectivas o de objeto, sobrevaloración de ideales, alteración de neurotransmisores químicos, transmisión genética hereditaria, etc.

El stress es una de las grandes causas de depresión, el problema surge cuando el exceso de stress es mayor que el que nuestro cuerpo es capaz de controlar y nos lleva al pesimismo y puede empezar un proceso depresivo.

Las depresiones sintomáticas son consecuencia de enfermedades orgánicas, en la que el síndrome depresivo puede ser la primera manifestación, y enmascara el cuadro de base. La depresión caracteriza al adulto mayor como un individuo silencioso, retraído, inmóvil, sin interés por la vida.

La ansiedad también puede enmascarar la depresión en esta edad, además algunos factores psíquicos como la pérdida de intereses, de actividad placentera y los trastornos del sueño y las alteraciones de la atención y la memoria, sugieren también depresión oculta., inciden otros factores psicológicos y sociales como la actitud negativa hacia sí mismo, los demás y el ambiente, la autovaloración negativa, y la autoestima pobre , así como conductas de lentitud, de aislamiento y disminución del validísimo.

El adulto mayor se debe adaptar a los objetivos existenciales propios de la vejez: la auto conservación, el grado de aislamiento social, la elaboración del envejecimiento tardío y de la muerte real.

El apoyo social desempeña un papel relevante en el mantenimiento de la salud y en el decremento de la probabilidad de ocurrencia de enfermedades en el adulto mayor, e influye en su estado emocional.

Las relaciones existentes entre el apoyo social y el índice de suicidio en el paciente geriátrico demuestran ser inversamente proporcional, con aumento en la cantidad de suicidio en aquellos sujetos carentes de afecto y de disponibilidad de apoyo social.

Se debe tener en cuenta que todo médico que se responsabiliza con el tratamiento de un adulto mayor en quien aparece sintomatología depresiva, no puede atribuir todas las manifestaciones psíquicas a majaderías de la edad, y debe hacer un juicio clínico que le permita identificar esta afección, la cual, atendida a tiempo, pueda evitar un desenlace fatal (4).

Aunque los ancianos, en ocasiones, hablan de sus problemas emocionales, el trabajo interdisciplinario de facultativos y psicólogos logra excelentes resultados. Es aquí donde quizá se hace necesaria la recomendación por parte de personas cercanas (ya sean familiares, amigos o vecinos), pero esto no ocurrirá a menos que estén muy atentos a los cambios anímicos del adulto mayor, y no minimicen los síntomas pensando que son sólo achaques de la edad (5).

Este tema motivó la realización de esta revisión bibliográfica, dada la alta prevalencia de la depresión en el adulto mayor y con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos de los médicos sobre la depresión, haciendo especial énfasis en evitar la polifarmacia o indicación inadecuada de psicofármacos por las serias complicaciones que pueden producirse.

DESARROLLO

La depresión ha estado siempre estrechamente asociada con aspectos biológicos. En el siglo V a.n.e., Hipócrates atribuía la melancolía a un exceso de “bilis negra” circulante. Actualmente, tras numerosas hipótesis y teorías, se ha evidenciado el papel de las aminas biógenas en las mismas, como la norepinefrina, la dopamina y la serotonina.

En la tercera edad también se produce descenso progresivo en gran número de parámetros fisiológicos, pérdidas de células en muchos órganos y cambios particularmente importantes en el cerebro y la musculatura esquelética.

Desde el punto de vista social, los adultos mayores tienen la tendencia de perder el status dentro del conglomerado donde se han desenvuelto.

Sin duda alguna, la “pérdida” es el denominador común de los acontecimientos de la senilidad (pérdida de contemporáneos, de perspectivas, de recursos, de salud, de belleza física, de la pareja, de la posibilidad de poder modificar su entorno, pérdida del deseo de seguir existiendo) y aunque estas pérdidas se van produciendo en forma insidiosa, muchas veces eventos como la separación de los hijos del hogar, la enfermedad del cónyuge o la jubilación pueden actuar como factores precipitantes.

Aunque clásicamente las depresiones se clasifican en endógenas y reactivas, o en psicóticas o neuróticas, de acuerdo con su origen y características, en los adultos mayores no es fácil ubicarlos por el extenso número de variables que inciden en este período etéreo.

Weatbrecht, en 1952, hace referencia al término de “disritmia endorreactiva”, diferenciándola de la reacción depresiva de períodos anteriores de la vida, y señala que aunque en el adulto mayor la depresión puede ser respuesta adaptativa de las agresiones circundantes, esto no implica que se excluyan los aspectos biológicos; hace énfasis en la relación entre las minusvalías orgánicas de un organismo desgastado y la posibilidad permanente de enfrentar los eventos vitales susceptibles de provocar reacciones (6). La depresión es un desorden mental caracterizado por disturbio primario del humor, agudo, crónico o recidivante. Variados síndromes depresivos ocurren en el adulto mayor, resultantes de la interacción de múltiples enfermedades médicas, enfermedades neuropsiquiátricas y factores psicosociales (7).

En la edad avanzada, son factores de vulnerabilidad para depresiones la clase social baja, las dificultades económicas y las enfermedades. En culturas que conservan la familia extendida, con tres generaciones conviviendo en la misma casa, la depresión mayor de la que es víctima el anciano se debe a: pérdida del cónyuge, alejamiento de los hijos o de los contactos próximos, enfermedad, jubilación, dificultades económicas y habitacionales. En adultos mayores hospitalizados las depresiones atípicas son más comunes que las depresiones mayores.

Una enfermedad física o una incapacidad funcional aumentan el riesgo de depresión en el adulto mayor hasta cerca de tres veces. Una depresión hace más lenta la recuperación de una enfermedad, discapacidad y retrasa el restablecimiento de una depresión anterior; la de causa orgánica puede seguir a la enfermedad cerebro vascular; otras lesiones cerebrales, trastornos metabólicos (hiper o hipotiroidismo), carcinoma pancreático y enfermedades virales. El síndrome depresivo pseudodemencial es uno de los tipos de pseudo demencias y ocurre en cerca del 10% de las depresiones mayores del

adulto mayor. El síndrome es semejante a la demencia y desaparece con tratamiento apropiado. Algunos de los que mejoran pueden, a largo plazo, recaer y desembocar en demencia verdadera (8). La depresión es un trastorno del comportamiento, catalogado como síndrome. Estos trastornos incluyen alteraciones de la capacidad de conocimiento y de relacionarse con los demás, así como alteraciones somáticas. Entre los síntomas de depresión están la falta de energía, pensamientos negativos la mayor parte del día (incluidas las ideas de suicidio), falta de autoestima, pérdida de interés por lo cotidiano, pérdida de ilusión por el futuro, deseos de llorar, falta de concentración y de la capacidad intelectual, dificultad para controlar el estrés y los problemas, sentimientos de culpa o de inutilidad, incapacidad de asumir riesgos, cambios de apetito (aumento o reducción del apetito), alteraciones del sueño (insomnio, sueño excesivo), dolores o cansancio muscular, hormigueos y obsesión con los síntomas corporales. La depresión en la persona mayor es a veces muy difícil de diagnosticar, pero en realidad se presenta de una forma similar que en otros adultos. Por encima de los 65 años es a veces difícil diferenciarla de la arteriosclerosis y la pérdida de la capacidad mental e intelectual, ya que muchos síntomas de la depresión como pérdida de la memoria, dificultad de concentración o desorientación se presentan también en la demencia incipiente y en el Alzheimer.

De hecho, la pérdida de facultades percibida por el propio individuo es una gran causa de angustia y de depresión; las cosas que antes se podían realizar con facilidad empiezan a complicarse por falta de reflejos, de fuerzas o por la presencia de enfermedades asociadas. Hasta un diez por ciento de los adultos mayores sufren una depresión mayor y más del doble la tiene en menor intensidad, por lo que este problema es más frecuente entre los adultos mayores que entre el resto de la población.

Muchas veces la depresión produce síntomas somáticos, dolorosos, cardíacos, digestivos, ginecológicos o urinarios que se suponen físicos pero que no tienen una explicación y no se pueden detectar mediante exploraciones o complementarios. Entre ellos los más comunes son las palpitaciones, malestares digestivos como la acidez o pinchazos en el estómago, opresiones precordiales, lipotimia, cefalea, parestesias, dolores musculares y articulares, alteraciones de la visión o del oído (9).

En las perturbaciones somáticas más típicas en el adulto mayor, los trastornos del sueño ocupan un papel primordial, pues el adulto mayor biológicamente necesita dormir menos horas, hace menos ejercicios y se cansa menos, recibiendo poca estimulación diurna, por lo que duerme a ratos en el sillón, y despierta en la madrugada angustiado.

La constipación es muy frecuente, existe excesiva preocupación por las funciones corporales, asociado con la ingestión, digestión y evacuación.

Algunos autores señalan que esa tendencia está ligada a la necesidad inconsciente de dependencia y al deseo de ser cuidados como en la etapa infantil. Para un adulto mayor, el hecho de no haber podido defecar será angustiante, al extremo de constituir una preocupación fundamental.

Otros elementos somáticos son la astenia y la anorexia, con sensación de que los alimentos se mastican sin sentirles el sabor.

Pueden producirse disnea, polaquiuria, trastornos cardiovasculares e impotencia sexual. Con frecuencia la declinación en la libido hace pensar al adulto mayor masculino que está perdiendo facultades como la hombría y a la mujer con la posibilidad de canalizar sus deseos y apetencias, en el bochorno por la pérdida de sus encantos y atractivos.

También es posible encontrar en las depresiones de la tercera edad, taquicardia, parestesia, cefalea y náuseas (10).

En el adulto mayor pueden coexistir un grupo de enfermedades crónicas, lo cual conlleva a polifarmacia, que con la acción sinérgica de múltiples drogas, contribuye a producir efectos depresivos en el paciente, por ejemplo, los diuréticos para tratar la hipertensión arterial; igualmente son depresores del SNC los digitálicos, drogas anticonvulsivantes, barbitúricos, fenotracinas, tranquilizantes menores y algunos antibióticos (11).

En lo que respecta al tratamiento de la depresión, las plantas medicinales han formado parte indisoluble de la terapéutica de esta afección desde tiempos inmemoriales, y quizás una de las primeras plantas utilizadas fue la adormidera (*papaver somniferum*) que era conocida por los sumerios, en el tercer milenio antes de Cristo, como la planta de la alegría.

La belladona (*atropa belladonna*) fue otra de las plantas utilizadas para tratar la depresión; tiene un efecto sedante sobre el sistema vegetativo, si se administra en dosis pequeñas. Su uso quedó registrado en algunos escritos de plantas de la época de los asirios, en el tercer milenio.

En el famoso papiro de Ebers, serie de rollos de muchos metros de longitud y que, entre otras cosas, tiene una lista de plantas medicinales, constan algunas de estas plantas utilizadas por los antiguos egipcios en el tratamiento de la depresión.

Estos conocimientos antiguos perduraron durante toda la Edad Media hasta hace pocos siglos, con el advenimiento de la farmacología moderna.

Las antiguas escuelas egipcias recomendaban, además de las plantas medicinales, la música, el baile y la vida cotidiana como forma de tratamiento, a los que se añadía el efecto místico de dormir en el interior de los templos, donde las divinidades ayudaban a mejorar el proceso depresivo.

Los médicos en el siglo VI y el mismo Hipócrates un siglo después, empezaron a afirmar que la insania (refiriéndose a las alteraciones psiquiátricas en general) tenía una base física y que se podía relacionar con una alteración de los humores o fluidos corporales, recomendando este último más de 250 remedios para los problemas psiquiátricos. El término "melancolía" demuestra esta concepción humoral, ya que deriva de melanos (negra) y colia (bilis); en esa época se creía que la melancolía estaba causada por alteraciones biliares. Las últimas escuelas hipocráticas ya utilizaban de forma importante los remedios a base de plantas y para el tratamiento de melancolía utilizaban la adormidera, la leche de burra o el cocimiento de cebada. Aunque la medicina griega y romana se orientó hacia el cuerpo más que a la mente, existían tratamientos complementarios como la música, el trabajo, la distracción, los baños, el masaje y la gimnasia.

El arte médico que propugnaron en la época romana fue diluyéndose con el paso de los siglos a través de toda la Edad Media. Es en el siglo XIV cuando se fundan los primeros manicomios, y es a partir de entonces cuando se empieza a considerar el hipérico como una planta útil para tratar las alteraciones psicológicas (12).

En la actualidad se utilizan fármacos antidepresivos; dentro de ellos se ha demostrado que la eficacia de la imipramina en la depresión endógena disminuye con la edad, lo cual no ocurre con la amitriptilina. Además de constipación, el uso prolongado de la imipramina puede desencadenar retención de orina, especialmente en pacientes prostáticos, por los efectos atropínicos y anticolinérgicos que provoca.

La acción sinérgica de múltiples drogas contribuye a producir efectos depresivos en el paciente, incluso un gran número de cuadros afectivos severos mejoran y en ocasiones resultan en forma absoluta con la simple medida de discontinuar una serie de medicamentos.

Las dosis altas de antidepresivos tricíclicos producen consecuencias como: anticolinérgicos (visión borrosa, constipación, sequedad bucal, taquicardia sinusal, retención urinaria, confusión mental y síndromes delirantes); cardiovasculares (hipotensión ortostática, taquicardia sinusal, efectos antiarrítmicos y edemas de miembros inferiores); electrocardiográficos (depresión del segmento ST, inversión de la onda T y prolongación del segmento QT); neurológicos (efectos anticolinérgicos centrales que provocan confusión, temblores musculares, espasmos, parestesias, somnolencia, fatigas, decaimiento, ataxia, alucinaciones, síntomas extrapiramidales) y alérgicos (urticarias y erupciones cutáneas). En ocasiones algunos adultos mayores afectados por la depresión intentan superarla sin medicación, otros tienen que recurrir a los antidepresivos para poder salir adelante, pero producen muchos efectos secundarios, por lo que tienen que tomar un medicamento que en dosis elevadas produce una alteración en la fisiología del organismo, crea el temor a la dependencia y lleva en muchos casos al abandono de la medicación con las consecuencias correspondientes. Los cambios que se producen con el envejecimiento pueden llevar a una acumulación de fármacos en el organismo y otras variaciones farmacocinéticas, por lo que se hace necesario en estos pacientes valorar la dosificación a emplear (13-14).

Existen otras sustancias útiles para tratar la depresión como las medicinas bioenergéticas, dentro de ellas la terapia floral de Bach y la Homeopatía, reconocida por la OMS, que tienen como ventaja el no producir efectos secundarios, además de ser sistemas terapéuticos sencillos y económicos.

La terapia floral de Bach es un sistema terapéutico que creó el médico británico Edward Bach fundamentado en la utilización de las esencias florales. Ha sido empleada desde su creación hasta nuestros días en Inglaterra, España, Francia, Alemania, Polonia. A América llega hacia 1970. En Cuba

se comienza a aplicar a principios de la década de 1990 y en enero de 1999 se oficializa por las autoridades de salud como medicina complementaria. En el caso de la Homeopatía es una terapia alternativa que fue descubierta por el médico alemán Samuel Frederick Cristian Hanneman y utiliza sustancias de origen animal, vegetal o mineral que diluidas con un solvente apropiado en dosis infinitesimales y con previa dinamización es capaz de curar diferentes patologías a un individuo enfermo y provocar síntomas parecidos a una enfermedad a un individuo sano; conocidos como remedios homeopáticos y basados en el principio hipocrático de que lo semejante se cura con lo semejante. La Homeopatía fue introducida en Cuba en 1992 por profesores extranjeros; en 1993, tras un curso de dos años, comienza la preparación de especialistas en este campo, se gradúan los primeros en el año 1995 que se celebra en el país el 54 Congreso Panamericano de Homeopatía.

Otro tratamiento utilizado en la medicina naturista, que pudiera ser aplicable al adulto mayor, es el hipérico, una planta que se encuentra en todo el mundo y desde hace muchos años se utiliza para diversos fines medicinales. Estudios recientes han encontrado que el hipérico contiene una sustancia denominada hipericina con un gran poder antidepresivo. En todos estos estudios el hipérico ha demostrado tener un efecto equivalente al de los fármacos sintéticos, con la ventaja de que los efectos secundarios son menores. El hipérico se recomienda para tratar depresiones leves y en combinación con otros fármacos es útil en el tratamiento de las depresiones graves, en forma de extracto seco (15-16).

Otra alternativa de tratamiento para estos pacientes es la terapia ocupacional, que como profesión nace en los Estados Unidos y Canadá, donde en 1918 y 1919 impartieron cursos para trabajar con personas que regresaban de la Primera Guerra Mundial con invalideces físicas y psicosociales.

En Cuba se comenzaron a formar técnicos en terapia ocupacional en el Hospital Psiquiátrico de La Habana en el curso 1971-1972.

La rehabilitación psicosocial con adulto mayores en el país es iniciada en los hogares del adulto mayor y tiene un amplio contenido en la Gerontogeriatría como la ergoterapia que comprende trabajos artesanales, peluquería, tejidos bordados, carpintería, encuadernación, trabajos socialmente útiles como la limpieza en la institución, ayuda en la cocina, atención de los jardines, trabajo de ropería, lavandería, costura, prevención en sus distintas fases y modalidades como literatura, música, artes plásticas, paseos, excursiones, cine, teatro, juegos de salón, dominó, bailes, cineciterapia (educación física y deportes, gimnasia, juegos organizados y atletismo) (17-18).

El apoyo integral a las personas de edad avanzada y su total integración a la sociedad, constituyen un objetivo primordial del sistema cubano de salud, que no sólo se limita al tratamiento del enfermo, sino que valora además que una gran parte de su fisiología y patología dependen de atributos psicosocio-familiares en el adulto mayor, así como la importancia que tiene la prevención en las personas de edad (19).

En este sentido, las actividades de la vida diaria, el ejercicio, las actividades al aire libre, la luz solar, dieta balanceada y el esfuerzo personal son imprescindibles.

La luz solar tiene un efecto positivo sobre la depresión porque estimula la secreción de melatonina (hormona segregada por la hipófisis), de efectos antidepresivos. Estudios de cronobiología muestran que el primer sol del amanecer tiene una acción muy potente sobre el buen funcionamiento de la hipófisis, por lo que dos horas de sol a diario pueden ejercer tanto efecto sobre la depresión como una buena medicación (20).

CONCLUSIONES

La relación con el adulto mayor constituye un aspecto importante del proceso terapéutico, pues una buena interrelación propiciará un mejor conocimiento del mismo en todos los aspectos biopsicosociales. En la atención al adulto mayor, todo aquello que favorezca mantenerlo activo y, preferentemente, en labores que contribuyan a su bienestar y gratificación es un elemento esencial para mejorar la calidad de su vida.

El autocuidado, el apoyo familiar, el mejoramiento de la dieta, un nivel adecuado de ejercicios físicos y la utilización de la menor cantidad necesaria de psicofármacos a las menores dosis posibles, pueden evitar la cronificación de dolencias psiquiátricas comunes. Sin duda alguna, la mejor medida terapéutica es una adecuada relación y socialización del adulto mayor para prevenir la depresión y el aislamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez JF. Aspectos demográficos del envejecimiento. Fundamentos de Medicina. Geriatria. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas. 2006; 3-8.
2. Pérez Martínez VT, Arcia Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 [citado 17 Ene 2011]; 24(3): [aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200006&lng=es&nrm=iso
3. Torres Vidal RM, Gran Álvarez MA. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Públ [Internet]. 2005 [citado 21 Ene 2011]; 31(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662005000200006&lng=es&nrm=iso.
4. Rodríguez VL, Martínez AL, Pira Barroso MC, Menéndez J. Prevalencia referida de enfermedad no transmisible en adultos mayores en Ciudad de la Habana. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2004; 42(1):
5. Agramonte A, Navarro D, Domínguez E. Menopausia, Diabetes Mellitus y depresión: su influencia en la respuesta sexual. Rev Iberoam Rvis Menopausia. 2003; 5(3):8.
6. Valdés MA. Psicogeriatría para médicos generales integrales. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1997.
7. Ayuso Mateos JL. Depresión: una prioridad en salud pública. Med Clin (Barc) [Internet]. 2004 [citado 20 Ene 2011]; 123(5): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=13064240&pident_usuario=130650&pident_revista=2&fichero=2v123n05a13064240pdf001.pdf&ty=11&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es
8. Matarama M, Llanio R, Muñiz P, Quintana C, Hernández R. Afecciones comunes en el adulto mayor. Síndrome demencial. En: Matarama M. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 690.
9. Villavicencio FN. Psicología y salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
10. Gutiérrez Zurbarán GT, Gil Rojo I, Jiménez Acosta VA, Lugo Jáuriga B. Suicidio en la tercera edad: un problema de salud comunitario. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2001 [citado 19 Ene 2011]; 39(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032001000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=es
11. Blanco F, Martínez López de Cetona J, Pérez Maestu R, Villares P, Ponce J. Estudio piloto sobre el consumo de fármacos en ancianos que ingresan en hospital. An Med Intern. 2004; 21:69-71.
12. Berdonces JL. Depresión. En: Berdonces JL. Medicina Geriátrica. Barcelona: Editorial Océano; 2006. p. 463-71.
13. Hernández K. Uso de servicios de salud en los adultos mayores de Ciudad de La Habana. [tesis]. Ciudad de la Habana: Facultad "Carlos J Finlay"; 2006.
14. Passorille MC, Jacob Filho W, Figueras A. Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population: inappropriate prescription is a leading cause. Drug Aging. 2005; 22(9):767-77.
15. Lockie Enciclopedia de la Homeopatía. Barcelona: Editorial Grijalbo; 2005.
16. Colectivo de autores. Enciclopedia de Medicina alternativa. Barcelona: Editorial Océano; 2006.
17. Vanderhorst RK, MClaren S. Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. Aging Ment Health [Internet] .2005 [citado 17 Ene 2011]; 9(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=4&hid=109&sid=4c04f814-665c-4c01-965fc0b54910689e%40sessionmgr108>
18. Martín FC. Proyectos para el futuro de la asistencia sanitaria a los ancianos en Inglaterra. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36:253-61.
19. Abozamba P, Romero L, Luengo C. Uso apropiado del término fragilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40(1): 58-9.
20. Berdonce JL. El gran libro de la salud. Barcelona: Editorial Océano; 2007.