
Tema Central
DEPRESIÓN EN ADULTOS DE 60 A 75 AÑOS
EN SAN LORENZO, VALLE, MARZO 2011

Depression in seniors ages 60 to 75 in San Lorenzo, Valle. March 2011

Germán L. Zavala*
Roxana C. Núñez×

Raúl S Chavarría, Labinia F. Ochoa, Naín R. Suazo, Roger A. Morales, Madelin G. Espinoza, Bayron D. Rodríguez, Johana J. Flores, Karla R. Rivas, José V. Guevara"

RESUMEN

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en ancianos en países en desarrollo, es la responsable del sufrimiento del anciano y de incrementar la prevalencia y mala evolución de las complicaciones médicas. **Objetivo;** calcular la tasa de prevalencia de depresión y algunos factores asociados en población adulta de 60 a 75 años de edad en San Lorenzo, Departamento de Valle, marzo de 2011. **Metodología;** Tipo de estudio: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población de estudio estaba distribuida en 4,423 casas y en 11 barrios y 11 colonias que conforman la ciudad de San Lorenzo, Departamento de Valle. El tamaño de la muestra fue 339 casas. El **método** de muestreo utilizado fue por conglomerado; una vez seleccionados los barrios se utilizó el sistema estratificado por adecuación para elegir las un número de casas por barrio, para este fin se utilizó la tabla de números aleatorios. **Procedimiento:** Previo consentimiento informado, los adultos respondieron cuatro cuestionarios que fueron: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión completa de 30 ítems. Esta escala es la única validada en atención primaria, siendo diseñada exclusivamente para este grupo de edad. Tiene una sensibilidad de 84% y especificidad 95%. La puntuación de clasificación es: 0-10, normal; 11-15, depresión leve; > 15 depresión establecida. La escala de Katz, es la valoración funcional de las actividades básicas de la vida

diaria (AVD) a niveles elementales de función física. La escala de Pfeiffer, diseñada para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo. El cuestionario de carácter general para información sobre datos demográficos y factores de riesgo. **Resultados;** La prevalencia de depresión fue 177(52.5%); resultado de la depresión establecida y la leve, siendo mayor la primera con 27.7% y 24.8% respectivamente. 120(68%) mujeres y 57(32%) hombres presentaron depresión. En todos los rangos de edad se presentó depresión: 60-64, 68(38%); 65-69, (45%); 70-75 con 64(36%); el ingreso económico de la población fue menos 2,500 Lempiras (\$105) 137(77%). Los antecedentes personales de depresión positivo 50 (28%) y negativo 127(72%); las expectativas de vida positiva 120(68%) y negativa 57(32%); el deseo de muerte se presentó en 39% de las personas estudiadas.

Palabras Clave: Depresión, adultos mayores, escala de depresión geriátrica

ABSTRACT

The depression illness is the most frequent psychiatric entity in seniors in countries undergoing development. It is responsible of the seniors suffering and also of increasing the prevalence and worsening of medical complications. **Objective:** To study the prevalence rate of

*Profesor Titular, Departamento de Salud Pública, FCM-UNAH

×Médica en Servicio Social, FCM-UNAH.

"Alumnos de V año de la Carrera de Medicina, FCM-UNAH.

depression in the adult population from 60 to 75 years of age in San Lorenzo, Valle, March 2011. **Method:** A transversal descriptive study was made. The population under study inhabited 4,423 households, 11 town wards and 11 boroughs which conform the City of San Lorenzo, Valle. The size of the sample was encountered in 339 houses. The sampling method was by conglomerate; once the town wards were selected a stratified method was adequate to select a number of houses per town ward; an aleatory table was used for this purpose. Before previous consent seniors answered four questionnaires, derived from three scales: The Geriatric Scale of Yesavage, the Katz Scale and The Pfeiffer Scale and the obtention of demographic information and risk factors. **Results:** The prevalence of depression was 177 (52.5 %); the established depression was 27.7 % and the mild depression was 24.8 %. 120 (68%) were women and 57(32 %) were men. In all age ranges a form of depression was found in different percentages. The demographic study showed a low income per annum (\$ 105). Also the positive personal antecedents of depression were 50 (28 %); in the negative side was 127 (72%). The positive life expectancy was 120 (68%) and negative was 57 (32 %). The desire of death was present in 39% of the population studied.

Key Words: Depression, seniors, geriatric scale depression.

INTRODUCCIÓN

Hipócrates es considerado el primer médico en describir clínicamente la melancolía o depresión, es la cultura griega clásica la primera en abordar explícitamente este trastorno del ánimo; explicaba el comportamiento y el proceso salud enfermedad mediante el equilibrio de “humores” en el cuerpo (la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla). Según esta teoría un exceso de bilis negra provocaba un comportamiento abatido, apático y un manifiesto sentimiento de tristeza.

Posteriormente, Wilhem Griesinger empleó por primera vez el término estados de depresión mental como sinónimo de melancolía. Emil Kraepelin la designa como locura depresiva, sin abandonar el término melancolía para nombrar la enfermedad, y manteniendo depresión para referirse a un estado de ánimo; afirmaba que las melancolías eran formas de depresión mental, expresión que se le atribuye a Adolf Meyer, quien propuso abandonar el término melancolía por el de depresión (1).

Así pues, la depresión no es exclusiva de nuestra época, se conoce desde los tiempos más remotos, sin embargo, los contextos y las concepciones cambian y los problemas se ven desde diferentes posiciones.

Básicamente la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día (2). La Asociación Norte Americana de Psiquiatría, 1994 definió la depresión como una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida del interés en actividades placenteras, pensamientos recurrentes de muerte, insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de energía, sensaciones de tristeza, vacío, inutilidad o culpa excesiva o inapropiados, entre otros(3).

El concepto de depresión no es extraño por su difusión fuera de la práctica médica. Sin embargo, la depresión se puede entender por un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. El concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo

especial énfasis en la esfera afectiva (4).

La búsqueda de estabilizar los criterios a través de definiciones conceptuales o estadísticas sobre la depresión también es la búsqueda de los orígenes de la misma en general y en población geriátrica en particular, por tanto, esta enfermedad puede verse como el producto conjunto de algunos factores de base predisponente, de ciertos vínculos sociales y de las estrategias de diversos jugadores.

Los aspectos predisponentes comprenden ya sea predisposiciones bioquímicas hereditarias como estructuras intrapsíquicas y cognitivas, ya sea sociales (aspectos estresantes o eventos a corto y largo plazo) como la historia infantil relacionada con la teoría del apego de J. Bowlby. También las fases del ciclo vital del individuo y de la familia, representan factores de riesgo desde ese punto de vista (5).

Según la OMS, la depresión afecta en el mundo a 121 millones de personas, de éstos 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Además, es previsible que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad después de las enfermedades cardiovasculares.

El aumento de la esperanza de vida conlleva cambios o modificaciones en la población desde todas las perspectivas de vida y, el conocimiento sobre la conducta humana se conoce mejor, de tal manera, que el ser humano pasa por diferentes etapas de vida de forma más o menos afortunadas según los casos; sin embargo, al llegar a la vejez aparecen toda una serie de aprensiones y miedos, motivados por la progresiva e inexorable pérdida de facultades, tanto físicas como psíquicas, que hacen que esta etapa de la vida sea la más temida por la mayoría de los individuos.

La población de América Latina está envejeciendo a ritmo acelerado. Las tasas de fecundidad, combinadas con las mejoras constantes en la esperanza de vida, han dado lugar a un notable aumento del envejecimiento de la población (6). Honduras no escapa al envejecimiento de la población, de acuerdo a datos estadísticos, la población mayor de 60 años es 6.2 % este porcentaje equivale a 509,447 personas en este proceso y que aumentará en los próximos años. El asistir a este progresivo fenómeno implica que paralelamente se desarrolle una cultura del envejecimiento, pero también prevenir las causas de morbilidad y desarrollar medidas de control (7).

Según la OMS, la vejez es el período de vida en el cual el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hace cada vez manifiesto en comparación con períodos anteriores (8). Según consenso general, en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento que llevado a cabo en Viena en 1982, se planteó que comienza un nuevo período para la vida de las personas: sufre crisis, tiene tiempo para encontrarse a sí mismo, percibiendo su realidad y comienza a tomar conciencia de que su vida ésta cambiando, además de experimentar los cambios físicos que surgen con él (9).

Por otra parte, el anciano es un ser socialmente deficiente en el sentido de haber perdido a este nivel algunos de los pilares básicos en los que sustentaba su vida (conyugue, familiares, amigos, actividades y prestigio profesional). Vivir muchos años implica vivir siendo viejo y este fenómeno, a su vez, supone un aumento de las discapacidades físicas, mentales, sociales y funcionales que pueden incidir en la presencia de alteraciones afectivas (9).

El anciano frecuentemente padece pluripatología, en su evolución puede llevar la invalidez y como consecuencia epilogar una problemática mental y social. No es infrecuente la polifarmacia, a veces

con drogas que interactúan entre sí, modifican sus efectos por cambios farmacocinéticos. También es frecuente la automedicación, el cumplimiento incorrecto de la medicación. Es corriente que las enfermedades evolucionen larvadamente, oligosintomáticas, con manifestaciones inespecíficas, con tendencia a la cronicidad y a repercutir sobre la capacidad funcional, llevando a la invalidez y a la dependencia de terceros. No existen enfermedades propias de los ancianos, ellos padecen las mismas patologías que los jóvenes en la mayoría de los casos. Lo que cambia es el terreno donde se asientan y las repercusiones que ocasionan (10). Se ha encontrado que la depresión ocurre a una tasa más alta entre personas que tienen otra enfermedad como enfermedades del corazón, embolia cerebral, cáncer, sida, diabetes y Parkinson. A veces los síntomas de la depresión se consideran erróneamente como acompañantes inevitables de otras enfermedades.

El incremento de personas de edad avanzada en los países desarrollados concentra el interés en los trastornos mentales en este grupo de edad especialmente los que comportan un grave deterioro en la calidad de vida y requieren una desproporcionada utilización de servicios de salud, como es la depresión. El trastorno psiquiátrico más frecuente entre la población geriátrica es la depresión y puede comportar graves consecuencias tales como deterioro funcional, pérdida de calidad de vida e incremento de la mortalidad global y suicidio en particular. En la actualidad, la depresión es la cuarta causa de incapacidad en el mundo y se pronostica que pasará a ser la segunda hacia el año 2020.

Los trastornos del estado de ánimo y fundamentalmente la depresión tienen una elevada prevalencia y conllevan alta morbilidad tanto directa como indirecta. Los adultos mayores manifiestan la pérdida de roles sociales y, que la dolencia más extendida en esta edad es la depresión, cuyas causas son la separación

o la pérdida de objetos reales o fantaseados, considerados necesarios para satisfacer un deseo (11).

Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de las diferentes alteraciones depresivas varían según el instrumento diagnóstico utilizado, sea la entrevista psiquiátrica o la aplicación de escalas orientativas, y según el grupo poblacional al que se estudie: ancianos en la comunidad, ancianos institucionalizados en residencias o ancianos hospitalizados. En lo que coinciden la mayoría de estudios y autores es que los trastornos afectivos del anciano están infra diagnosticados e infra tratados (12).

Las evidencias sustanciales de las investigaciones de las ciencias neurológicas, genéticas y las investigaciones clínicas han demostrado que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Sin embargo, las causas precisas de estas enfermedades continúan siendo materia de intensa investigación científica. Las tecnologías modernas de imágenes del cerebro están revelando que en la depresión, los circuitos neuronales responsables de regular el humor, el pensamiento, el apetito y la conducta, no funciona apropiadamente y que las sustancias químicas críticas en los neurotransmisores, utilizados por las células nerviosas para comunicarse, están fuera de balance. Las investigaciones genéticas indican que el riesgo a padecer de depresión resulta de la influencia de múltiples genes interactuando junto con el medio ambiente u otros factores no genéticos (13).

Con mucha frecuencia una combinación de factores genéticos, cognoscitivos y ambientales están implicados en el comienzo del trastorno mental. Un trauma, la pérdida de un ser querido, una relación difícil, un problema financiero, o cualquier cambio estresante en los patrones de vida, sin importar si el cambio no es bienvenido o deseado, puede precipitar un episodio en individuos vulnerables. En algunas familias, los

trastornos depresivos parecen ocurrir generación tras generación; sin embargo, también pueden ocurrir en personas que no tienen un historial familiar de estas enfermedades (13).

Existen diferentes entidades clínicas que cursan con sintomatología depresiva: Cardiopatías (Síndrome de muerte súbita, síncope, cardiopatía coronaria), Infección por HIV, Endocrinológicas (Cushing e hipotiroidismo), factor liberador de corticotropina, aminas biógenas (Serotoninas, Dopamina, Catecolaminas), alteraciones neuroanatómicas (14).

En la depresión del anciano existen diversos factores de riesgo que incrementan el riesgo de depresión. En epidemiología, los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

En el caso de la depresión en el adulto mayor los factores de riesgo relacionados, a través de investigaciones demuestran su relación, con el estado civil y la presencia de un trastorno depresivo observado que las personas casadas gozan de una mejor salud mental, que sus contrapartes solteras y se sienten más satisfechas con su vida; otros autores señalan que el divorcio y la viudez se asocian con el aumento en la sintomatología depresiva sólo en el corto plazo, pero no en el largo plazo. Aunque se ha comprobado que la pérdida de la pareja está asociada con un aumento de la sintomatología depresiva, la simple presencia de una pareja no es necesariamente un elemento protector. De hecho los trastornos del ánimo y la sintomatología depresiva se asocian con la presencia de conflictos conyugales.

El nivel socioeconómico es otro de los factores

que consistentemente se ha relacionado con la presencia de trastornos depresivos. Las personas con menores ingresos tienen mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva. En este sentido, se plantea que la carencia de recursos trae consigo tristeza, niveles elevados de estrés, aislamiento, incertidumbre, frecuentes hechos negativos y escaso acceso al sistema de salud o a otras fuentes de ayuda. Otros investigadores han confirmado que los problemas de índole económica se asocian consistentemente con los problemas depresivos; esta situación se vuelve aún más complicada cuando se trata del sexo femenino. Las mujeres siguen soportando la responsabilidad ligada a su condición de esposas, madres, educadoras y cuidadoras de otras personas, al mismo tiempo que se han convertido en una parte fundamental de la fuerza de trabajo (15).

Se apunta el sexo femenino como un factor de riesgo de depresión, al observar entre las mujeres una prevalencia de episodios depresivos mayor, en particular, y de trastornos afectivos en su globalidad muy superior a las de los hombres. Sin embargo, estas diferencias entre los sexos no se mantienen de la misma forma en el transcurso de la vida. Estas diferencias se mantienen durante toda la vida adulta y tienden a equipararse otra vez a partir de los 55 años coincidiendo con la menopausia (12).

En el aspecto familiar, varios estudios muestran que aquellos ancianos que mantienen un contacto cercano y frecuente con sus familiares presentan menor número de síntomas depresivos. Con relación a la religión, este es un recurso que emplean casi todos los ancianos algunos investigadores asocian la religiosidad con alta autoestima, deseo de vivir y disminución de la ansiedad, del estrés (16).

El abuso en el consumo de sustancias como el alcohol y tabaco es un problema de salud

pobrememente reconocido en el anciano. Sin embargo, también se ha observado que el uso y abuso crónico de alcohol tiene efectos negativos y puede exacerbar los síntomas de deterioro cognoscitivo y daño cerebral irreversible. Estos abusos se convierten en factores de riesgo para el suicidio; sin embargo, éste ha constituido, desde siempre, uno de los grandes enigmas de la humanidad, planteando cuestiones filosóficas, sociales, psicológicas, religiosas y morales, constituyendo hoy un problema sanitario de proyección mundial (17).

La conducta suicida en los ancianos tiene una etiología multifactorial; suelen desempeñar roles coprotagonistas, la soledad, el aislamiento, la enfermedad somática y la depresión. El propósito de morir en el anciano suele caracterizarse por su firme convicción y por la utilización de métodos eficaces para concretar sus intenciones. En contraposición, a la conducta suicida activa y categórica, el anciano, también con mayor frecuencia que otros grupos de edad, suele presentar "conductas suicidas encubiertas", lentas y silenciosas, consistentes en el abandono progresivo, el rechazo de la alimentación y de toda la medicación o tratamiento médico. Estas conductas de abandono suelen terminar en la muerte –suicidio pasivo– y dadas las circunstancias de soledad y aislamiento que la acompañan pueden influir en cierta infraestimación de las muertes por suicidio en este grupo de edad (18).

La depresión es un problema de salud pública que requiere mayor atención y un conocimiento más preciso de su distribución en las diferentes áreas del país, además, la depresión unipolar es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad, agregándose los problemas de orden familiar y social, por eso nos planteamos el siguiente objetivo; calcular la tasa de prevalencia de depresión y algunos factores asociados en población adulta de 60 a 75 años de edad en San Lorenzo Valle, Marzo del 2011.

METODOLOGÍA

Tipo estudio: Se realizó un estudio de corte transversal. La población de estudio estaba distribuida en 4,423 casas que se encontraban repartidas en 11 barrios y 11 colonias que conforman la ciudad de San Lorenzo, Departamento de Valle. El tamaño de la muestra fue de 339 casas. El método de muestreo utilizado fue por conglomerado, una vez seleccionados los barrios se utilizó el sistema de muestreo estratificado para elegir un número determinado de casas por barrio; se utilizó la tabla de números aleatorios para la selección de las casas, cuando en una seleccionada no residía una persona adulta entre 60 y 75 años, se realizaba una nueva selección de las casas de la derecha, izquierda o enfrente de la casa inicialmente seleccionada hasta encontrar a la persona con la edad establecida en el estudio.

Procedimiento: Previo consentimiento informado, los adultos de 60 a 75 años respondieron cuatro cuestionarios que fueron: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión completa consta de 30 ítems. Esta escala es la única validada en atención primaria y es la más utilizada en población geriátrica, siendo diseñada exclusivamente para este grupo de edad. Esta escala tiene una sensibilidad de 84% y especificidad 95%. La puntuación de clasificación es: 0-10, normal; 11-15, depresión leve; > 15 depresión establecida. La escala de Katz, que es la valoración funcional de las actividades básicas de la vida diaria (AVD), a niveles elementales de función física como comer, moverse, asearse o contener los esfínteres, valoran la capacidad básica de la persona para cuidar de ella misma. Las preguntas se realizaron directamente al adulto mayor. La escala de Pfeiffer, diseñada para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo, es la más utilizada por su brevedad y facilidad de manejo, tiene una gran fiabilidad y está menos influida que otros test por el nivel educativo y la raza; también se mostró un cuestionario de carácter general para obtener

información sobre datos demográficos y factores de riesgo.

Se consideraron criterios de inclusión: a) personas en el rango de edad de 60-75 años residentes en los barrios y colonias de la ciudad; b) Los que obtuvieron un nivel cognitivo normal o con sospecha de deterioro según la escala de Pffeifer; c) Adultos con la disposición a colaborar con la investigación. Criterios de Exclusión: a) Población con edad inferior a 60 años o mayores a 75 años; b) Adultos no residentes en los lugares seleccionados; c) Adultos con déficit intelectual severo según el test de Pffeifer; d) Adultos que se negaron a participar en el estudio; e) Adultos que al momento de la investigación no se encontraban en sus casas. El grupo de investigadores se capacitó para el levantamiento de datos y consultas con especialistas en la materia.

El análisis de datos se realizó en los programas de Epi-Info 2005, versión 3.3.2 y Microsoft Office Excel 2004. El análisis estadístico que se utilizó fue el Test de chi cuadrado.

RESULTADOS

Socio-demográficos:

El sexo que presentó mayor frecuencia de depresión fue el femenino 120 (68%) en comparación al presentado por los hombres 57 (32%), debido a que fue mayor la población femenina estudiada (339). La proporción hombre- mujer de 2.1:1; y la prueba estadística fue no significativa. Los rangos de edad en los que se presentó la depresión fueron: 60-64, 68 (38%), 65-69, 45 (25%) y 70-75, 64 (36%), cuya prueba estadística resultó altamente significativa y $Ra=60\%$. El estado civil de las personas que sufrían depresión: viudo 63 (35%), casado 49 (28%) y soltero 46 (26%) y el nivel de significación estadística para un X^2 y O.R. =2; la escolaridad de la población estudiada: analfabeta 90 (51%), con algún grado del nivel primario o completa 77 (43%), encontrándose significación estadística; el ingreso económico de mayor frecuencia fue de menos 2,500 Lempiras 137 (77%), encontrándose altamente significativa la relación entre el factor económico y la depresión. La práctica religiosa de la población: afirmativa 136 (77%) y negativa 41 (23%).

Tabla No 1
Características socio- demográficas de la población de 60-75 años que sufre de depresión
San Lorenzo, Valle, 2011

Variable	Indicador	Depresión	Normal	Estadística	Probabilidad
Sexo	M	57 (32%)	63 (39%)	$X^2 = 1.653$ O.R.=1.3 $Ra = 17\%$	N.S.P > 0.05
	F	120 (68%)	99 (61%)		
Edad	60-64	68 (38%)	85 (52%)	$X^2 = 29.144$ O.R.= 0.37 $Ra = 60\%$	**P<0.01
	65-69	45 (25%)	21 (13%)		
	70-75	64 (36%)	56 (35%)		
Estado civil	Casado	49 (28%)	55 (34%)	$X^2 = 5.1953$ O.R.= 2 $Ra = 33\%$	*P<0.05
	Soltero	46 (26%)	44 (27%)		
	Unión libre	19 (11%)	26 (16%)		
	Viudo	63 (35%)	37 (23%)		
Escolaridad	Analfabeta	90 (51%)	62 (38%)	$X^2 = 5.4085$ O.R.= 2 $Ra = 23\%$	*P<0.05
	Primaria	77 (43%)	87 (54%)		
	Secundaria	9 (5%)	11 (7%)		
	Universidad	1 (0.6%)	2 (1%)		
Ingreso económico	<2500	137 (73%)	100 (52%)	$X^2 = 10.0474$ O.R.= 2 $Ra = 17\%$	**P<0.01
	2500- 3999	24 (14%)	30 (19%)		
	4000-5885	9 (5%)	13 (8%)		
	≥5886	7 (4%)	19 (11%)		
Religión	No	41 (23%)	44 (27%)	$X^2 = 0.7192$ O.R.=0.8 $Ra = 5\%$	N.S.P > 0.05
	Sí	136 (77%)	118 (73%)		

En cuanto a los antecedentes personales de depresión, resultaron positivo 50 (28%) y negativo 127 (72%), altamente significativa la prueba estadística y un O.R.=8; los antecedentes familiares de depresión afirmativo: 60 (34%) y negativo 117 (66%), no hubo significación estadística.

En relación a la expectativa de vida, fue positivo 120 (68%) y negativa 57 (32%), siendo altamente

significativa para X², O.R.=6. En las relaciones familiares mencionaron, tener buenas relaciones 121 (68%), regulares 43 (25%) y malas 13 (7%), no se encontró relación significativa. El padecimiento de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial 34 (19%), artritis 28 (16%), diabetes 15 (9%), y ninguna 62 (35%).

Tabla N° 2

Antecedentes personales de la población de 60-75 años, San Lorenzo, Valle. 2011

Variable	Indicador	Depresión	Normal	Estadística	Probabilidad
Antecedente personal de depresión	No	127 (72%)	154 (95%)	X ² = 30.1806 O.R.=8	**P<0.01
	Si	50 (28%)	8 (5%)	Ra = 53%	
Antecedente familiar de depresión	No	117 (66%)	122 (75%)	X ² = 3.4476 O.R.=2	N.S.P > 0.05
	Si	60 (34%)	40 (25%)	Ra = 36%	
Expectativa de vida	Negativa	57 (32%)	12 (7%)	X ² = 32.0803 O.R.=6	**P<0.01
	positiva	120 (68%)	150 (93%)	Ra = 50%	
Relaciones familiares	Buenas	121 (68%)	145 (90%)	X ² = 3.2531	N.S.P > 0.05
	Malas	13 (7%)	0 (0%)	O.R.=3	
	Regulares	43 (25%)	17 (10%)	Ra =27%	
Enfermedades crónicas	Artritis	28 (16%)	25 (15%)	X ² = 9.3230	N.S.P > 0.05
	Diabetes	15 (9%)	16 (10%)		
	H. arterial	34 (19%)	23 (14%)		
	I. cardiaca	6 (3%)	2 (1%)		
	Otras	8 (5%)	9 (6%)		
	Ninguna	62 (35%)	74 (46%)		
	Comorbilidad	16 (9%)	11 (7%)		
	Gastritis	8 (5%)	2 (1%)		

En la relación de los hábitos tóxicos como la ingestión de bebidas alcohólicas 24 (14%) fue positiva, y no ingerían 153 (86%); consumían

tabaco 16 (9%) y 161 (86%) no consumían. Para estas dos variables no se encontró significación estadística.

Tabla No 3

Hábitos tóxicos en población de 60-70 años, San Lorenzo, Valle

Variable	Indicador	Depresión	Normal	Estadística	Probabilidad
Ingesta de bebidas alcohólicas	No	153 (86%)	145 (90%)	X ² = 0.7120 O.R.=1.3	N.S.P > 0.05
	Si	24 (14%)	17 (10%)	Ra = 12%	
Tabaquismo	No	161 (91%)	148 (91%)	X ² = 0.0123 O.R.=1.0	N.S.P > 0.05
	Si	16 (9%)	14 (9%)	Ra = 0.7%	

Con respecto a las características de la depresión, se encontró que el deseo de muerte estaba presente en 39% (70) de las personas y no lo tenían 61% (107). La prueba X² fue altamente significativa con un O.R =11. La ideación suicida fue positiva 15 (8%) y negativa 162 (92%) siendo significativa para X² y con un O.R =3; los intentos de suicidio que experimentaron las personas fueron: un intento 6 (3%) y tres veces 4 (2%) sin embargo,

la población que no presentó depresión 4 (2%) intentaron suicidarse una vez.

En relación al consumo de antidepresivos por las personas que sufren de esta patología 144 (81%) no los utilizan, mientras 33 (19%) los consumían, siendo significativo para X² con O.R=3. En cuanto al cuadro sintomatológico el insomnio se presentó en 74 (42%) los que sufren de depresión y 47 (29%) los que no la sufrían.

Tabla No 4
Características generales de la depresión en población de 60-70 años, San Lorenzo, Valle

Variable	Indicador	Depresión	Normal	Estadística	Probabilidad
Deseo de muerte	No	107 (61%)	153 (94%)	$X^2 = 54.6831$ O.R.=11 Ra = 70%	**P<0.01
	Si	70 (39%)	9 (6%)		
Ideación suicida	No	162 (92%)	157 (97%)	$X^2 = 4.4233$ O.R.=3 Ra = 9%	*P<0.05
	Si	15 (8%)	5 (3%)		
Intentos suicidas	1	6 (3%)	4 (2%)		
	2	0 (0%)	0 (0%)		
	3	4 (2%)	0 (0%)		
	Ninguno	167 (95%)	158 (98%)		
Uso de antidepresivos	No	144 (81%)	157 (97%)	$X^2 = 4.4233$ O.R.=3 Ra = 9%	
	Si	33 (19%)	5 (3%)		
Síntomas de depresión	Anhedonia	5 (3%)	1 (1%)		
	Anorexia	6 (3%)	5 (3%)		
	Hipersomnia	3 (2%)	0 (0%)		
	Insomnia	74 (42%)	47 (29%)		
	Mas de un síntoma	30 (17%)	9 (5%)		
	Perdida de concentración	5 (3%)	5 (3%)		
	Ninguno	54 (30%)	95 (59%)		

Según el Test de Katz, los adultos que estaban en la categoría A (son personas que realizan actividades en forma independiente como: bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad, alimentación y continencia), 164 (51%) tenían depresión. Sin depresión 155 (49%), en la

categoría B (son personas independientes para las mencionadas excepto una), con depresión 7 (64%) y sin depresión 4 (36%); en la última categoría la G (son personas dependiente para realizar todas las actividades), 4 (80%) con depresión y 1 (20%) sin depresión.

Tabla No 5
Puntajes obtenidos en el Test de Kats de la población de 60-75 años
San Lorenzo, Valle.2011

Variable	Indicador	Depresión	Normal
Test de KATZ	A	164 (51%)	155 (49%)
	B	7 (64%)	4 (36%)
	C	1 (100%)	0 (0%)
	D	0 (0%)	1 (100%)
	E	1 (50%)	1 (50%)
	F	0 (0%)	0 (0%)
	G	4 (80%)	1 (20%)

Los resultados del test de depresión geriátrica de Yesavage, fueron: depresión leve 84 (25%), depresión establecida 93 (27%) y normales 162 (28%).

DISCUSIÓN

La depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica. Los trastornos depresivos son un problema de salud pública, ya que, entre otros factores, aumentan con la edad. Los

diferentes estudios de carácter epidemiológicos han tratado de diferenciar las tasas de prevalencia en comunidades, existen variaciones en sus resultados según el lugar de origen, la escala utilizada y la definición de la población estudiada al considerar la edad de corte (19).

La prevalencia de depresión en este estudio y en el grupo de edad estudiado fue de 52% ó 520 por mil, comparado este hallazgo con los de EURODEP, la prevalencia global de depresión encontrada fue 12.3%; un grupo de estudios, Irlanda, Liverpool,

Zaragoza, Dublín y Amsterdam, obtuvieron prevalencias inferiores a los de Londres, Berlín, Verona y Munich. En los primeros oscilan entre 8,8 y 12% y entre 17,3% y 23,6% en los segundos; se nota las discrepancias de los resultados de los diferentes estudios, incluyendo el estudio de San Lorenzo; otro estudio importante fué “The Cache County Study” que obtuvo una prevalencia de 4,3%.

Estudios en España de carácter epidemiológico muestra discrepancias en los resultados, para el caso, en Zaragoza 4,8% hasta 9,11% en Girona y 8,33% en Canarias; (20) en Shanghai fue 4% y en Ibadam (Nigeria) fue 4,2%. En América latina, los estudios realizados muestran datos menores a los de San Lorenzo; en Colombia se encontró 10%,(30), en México 36,2% (11). Santiago de Chile 29,5%(16). Estas diferencias puntuales encontradas en los estudios es posible explicarlas debido a que en este período de la vida del anciano resulta de la coexistencia de dos factores de riesgo importantes, de un lado la pobreza, con sus repercusiones económicas y la falta de atención social (16).

Un estudio en Cuba encontró 64,8% (6) de depresión, dato que es mayor al hallazgo del estudio de San Lorenzo. Algunas consideraciones que debemos tomar en cuenta es que la prevalencia de depresión, considerándola según el test de Yesavage, en su versión ampliada dependiendo del punto de corte que se tome y aún más el test, nos orienta en forma ampliada el trastorno del ánimo ya que se incluirían otras patologías que no discrimina y que simplemente orienta hacia una patología del ánimo, sin embargo,este test es el único validado en atención primaria en salud (21). Aún con las deficiencias de los test, los mismos nos orientan hacia la patología estudiada y se han descrito algunas variables que se consideran como factores de riesgo, siendo una de ellas el sexo; la mayoría de investigaciones coinciden que es el femenino el que resulta afectado, (9,16,21,22, 23), sin embargo, en un estudio realizado en

México, fue similar en hombres y mujeres (2). En un estudio en España en Girona, no se detectaron diferencias significativas (20). Lo mismo, en un estudio en Colombia, no se comportó el sexo como factor de riesgo (16). En este estudio de San Lorenzo, la relación encontrada fue 2.2:1 (M: H), no se encontró significación estadística.

Otro de los factores de riesgo estudiado fue la edad de la población de ancianos, en este estudio de San Lorenzo, el rango de edad estudiado fue de 60 a 75 años, predominando la depresión en los rangos de 60 a 64 años y en 70 a 74 años, siendo estadísticamente significativa para X^2 , sin embargo, un O.R. menor de 1; otros estudios parten de 65 a 90 años; un estudio realizado en centros de atención primaria en España, la depresión fue mayor en mayores de 65 años, no estratificaron las edades; otro estudio realizado en México mostro que a medida aumentaba la edad aumentaba la frecuencia de depresión (2) el estudio de Girona España (20) no encontraron significación estadística con respecto a la edad; otro estudio realizado en Guadalajara, México (11), coincide con el estudio de San Lorenzo en relación al rango de edad de 65 a 69 años fue menor la frecuencia de depresión; la encuesta de salud en Colombia (que incluyo la depresión, encontró una prevalencia de depresión en población mayor de 61 años que fue de 10,9% menor que el hallazgo en este estudio; otro estudio en ciudad México (2), en zonas medio y bajo estatus económico, se encontró un porcentaje similar al de Colombia, pero menor al nuestro; de acuerdo a los resultados encontrados se observan discrepancia en términos de la frecuencia de la depresión.

Algunos estudios epidemiológicos, señalan que la mayor prevalencia de la depresión se sitúa antes de los 65 años de edad, específicamente entre los 45 y 55 años edad. Sin embargo, existen investigaciones que ponen de manifiesto que la tasa más alta de sintomatología asociada a la depresión se encuentra entre los ancianos; en comparación

con otros grupos de edad y la frecuencia, es mayor para las mujeres entre 55 y 80 años, pero esta relación se invierte a partir de los 80 años, con mayor prevalencia en el sexo masculino (9). Los mayores estudios realizados como los estudios ECA Y EURODEP, sugieren que la depresión tiene una tendencia a disminuir de acuerdo aumenta la edad.

Las investigaciones que examinan la relación entre el estado civil y la presencia de un trastorno depresivo, han observado que las personas casadas gozan de una mejor salud mental que sus contrapartes solteras. Del mismo modo, las personas casadas se encuentran menos deprimidas que aquellas que permanecen solas. En un estudio mencionado por Shoshana, estudio longitudinal de 1000 adultos, observaron que el divorcio condujo a un incremento en la presencia de trastornos depresivos (15), coincidiendo con otros estudios realizados en este estudio se encontró que en solteros y viudos presentaron depresión y fue estadísticamente significativo para X^2 (15,16, 20,21, 23), esta variable de carácter demográfica se relaciona a otras variables que están presentes en el anciano, como la escolaridad.

Se sabe que la depresión en el anciano presenta varios factores de riesgo para su aparición y uno de los factores coadyuvantes al bienestar del adulto, es el nivel de escolaridad; éste, a su vez, se relaciona con la reserva cognitiva del adulto. En 2004 Barnes, Tager, Satariano, publicaron un estudio que concluyó, asociaciones significativas entre las variables; lectura y años de escolaridad con las mediciones cognitivas, sin embargo, el efecto de los años de escolaridad se debilitan al separarlo del efecto del nivel de lectura. Esto sugiere que el beneficio otorgado por la escolaridad hacia la reserva cognitiva es consecuencia del aprendizaje de la lectura que se realiza en la escuela. La escolaridad puede influir en la calidad de vida del adulto mayor. En Oviedo, España, además de años de escolaridad,

los investigadores analizaron otras variables de carácter personal, social y autocuidado. En sus resultados los autores encuentran una asociación entre escolarización y todas las variables medidas. Basadas en lo anterior, las autoras sugieren que el nivel educativo tiene una fuerte influencia en la calidad de vida, ingesta de nutrientes y consumo de comida entre las personas mayores (3), mencionada por Giacomani la escolaridad puede influir en la calidad de vida del adulto. Lasheras, Patterson, Casado y Fernandez, estudiaron 352 adultos de 65 a 95 años en Oviedo, España y otras variables, en sus resultados los autores encuentran asociación entre escolarización y otras variables, los de baja escolaridad mostraron mayores sentimientos de infelicidad, pobres relaciones sociales, pobre salud auto-reportada, problemas visuales, deterioro auditivo y peor masticación.

Existe controversia en cuanto el efecto de la escolaridad sobre la presencia de depresión en adultos mayores. Chen, Copeland y Wei (1999), realizan un meta-análisis de estudios epidemiológicos realizados con población adultos mayores en China. Los autores señalan que la presencia de niveles bajos de escolaridad es uno de los factores de riesgo asociados a cuadros o síntomas depresivos en la población de adultos mayores. Otros autores no observaron ningún efecto de los años de escolaridad sobre el nivel de vida, así mismo no se presentó una correlación significativa entre años de escolaridad y síntomas depresivos. Un estudio realizado en Jalisco, México, no mostró un efecto de escolaridad sobre la presencia de síntomas depresivos en la población estudiada (3). Otro estudio realizado en Colombia, la población de baja escolaridad presentó (16) resultados similares a los encontrados en otros estudios (2, 21). Los resultados del estudio en San Lorenzo coincide con la bibliografía y se encontró estadísticamente significación de X^2 ($P < 0.05$, O.R. DE 2).

No se puede aislar la educación de otras variables

que se relacionan entre si como lo han planteado en forma de factores sociales y entre ellas se considera el empleo, ingreso económico y la jubilación que en epidemiología se conocen como factores de riesgo, que tienen consistentemente relación y para entender se parte del Ingreso económico. Las personas con menores ingresos tienen mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva. En este sentido se plantea que la carencia de recursos trae consigo tristeza, niveles elevados de estrés, aislamiento, incertidumbre, frecuentes hechos negativos (15). En relación a la jubilación que le disminuye su ingreso que equivale a la mitad de su sueldo en vida laboral activa, lo que le ha obligado a reordenar la forma de jerarquizar sus necesidades y forma de satisfacerlas, sus ingresos van dirigidos a satisfacer necesidades básicas y marginando variables de tipo educacional, recreativo y social (8); el desempleo conlleva síntomas depresivos por su consecuencia inmediata que es la desaparición del ingreso económico. La mayoría de estudios demuestran que la frecuencia de depresión aumentan cuando se relacionan estas variables; en el estudio San Lorenzo, los que sufrieron depresión el ingreso económico era menor de 2,500 lempiras siendo altamente significativa esta relación para X^2 ($p < 0,01$, O.R.2)(2,6,11, 15-16, 20, 22-23).

El abuso en el consumo de sustancias, como alcohol y tabaco es un problema de salud pobremente reconocido en el anciano. Los estudios epidemiológicos revelan una prevalencia de desórdenes en la forma de beber hasta en 3% en hombres ancianos y 0.46% en mujeres. Se ha visto mayor riesgo de abuso de alcohol en adultos mayores de 70 años. Los ancianos minimizan el impacto negativo del consumo de tabaco en su salud y el potencial beneficio de dejar de fumar. Algunos de estos beneficios son: disminución del riesgo de enfermedad cardíaca, enfermedad vascular cerebral y función pulmonar. Los porcentajes encontrados en este estudio son similares a los mencionados en la literatura, no se

encontró significación estadística (24).

Los factores de carácter tóxico no han sido cuidadosamente estudiados pero estos se agregan para provocar la enfermedad no solamente de carácter mental sino orgánicamente lo que hace compleja la relación y no menos importantes son los factores psicosociales en la expresión de la enfermedad. En este sentido se tiene que considerar los antecedentes personales de haber sufrido procesos depresivos en su vida así como los antecedentes familiares de depresión considerados determinantes para la presencia de este trastorno. Las personas que sufren los primeros episodios depresivos aparecen luego de un acontecimiento estresante, los cambios que existen a nivel cerebral tiene como consecuencia que la persona resulta más vulnerable para sufrir episodios depresivos posteriores, incluso sin factores estresantes. Los antecedentes personales establecen una relación más significativa para padecer depresión que los antecedentes familiares. Algunos estudios han encontrado que 35% de los deprimidos presentaban antecedentes familiares y 47% mostraban antecedentes personales (21); otros autores han concluido lo mismo (Pérez v. Chávez, (25) de acuerdo a los hallazgos del estudio de San Lorenzo, los porcentajes fueron menores, encontrándose significación estadística para los dos factores.

La depresión senil es importante considerar que este cuadro suele presentarse en forma atípica, otorgándole las quejas somáticas con matices hipocondríacos un carácter de depresión enmascarada, a las cuales se suman la pérdida de interés, los trastornos conductuales, la inquietud o agitación, ideas delirantes persecutorias y síntomas cognitivos. La mencionada ideación hipocondríaca, está presente en alrededor de 60% de las depresiones de la senectud y es un factor de riesgo suicida. El sentimiento de abandono, la sensación de vacío, la desesperación ante el desmoronamiento orgánico y la autopercepción de

ser una persona inútil, sin proyectos, genera lo que algunos sociólogos han dado en llamar "vergüenza social". Esto conlleva a que la importancia de los factores psicosociales en la depresión y el suicidio del anciano sean determinantes que en los sujetos de menor edad. La línea de demarcación entre el que se suicida el que piensa en ello y otras conductas de riesgo o de autoagresión que han dado en llamarse "equivalentes" o "parasuicidios", tiende a esfumarse. En el estudio San Lorenzo la expectativa de vida fue altamente significativa para $X^2(p<0.001, O.R.=6)$, para un 32% cuya expectativa era negativa, el 32% deseos de morir y encontrándose alta significación estadística para $X^2(p<0.001, O.R.=11)$, los intentos suicidas fue 5%, no hubo significación estadística. No se encontró información clara sobre estos factores de riesgo (18).

Las relaciones familiares juegan un papel importante en la vida de la persona y cuando son disarmónicas pueden llevar al anciano a tomar decisiones sobre su vida, en este estudio el 32% tenía malas relaciones; de igual forma, un estudio en Cuba reveló 70,5% de depresión en ancianos con familias que tenían malas relaciones (Dominguez T. Espin).

Con todos los factores de riesgo que existen para sufrir depresión, están la existencia de las enfermedades orgánicas, sobre todo si son de curso crónico e incapacitantes, como la prevalencia de enfermedades físicas que se incrementan con la edad; éstas pueden precipitar o exacerbar los cuadros depresivos, ya que la depresión en los enfermos orgánicos, se correlaciona con la influencia fisiológica de la enfermedad sobre el estado de ánimo, la acción de los tratamientos médicos realizados y las limitaciones psicosociales derivadas de la misma enfermedad (18). No existen enfermedades propias de los ancianos, ellos padecen las mismas patologías que los jóvenes en la mayoría de los casos. Lo que cambia es el terreno donde éstas asientan y las repercusiones

que ocasionan. El anciano tiene sus reservas orgánicas disminuidas y por lo tanto su capacidad de adaptación y los mecanismos compensadores para los cambios que aparecen con la enfermedad, están menoscabadas.

La incidencia de enfermedades es muy alta (entre el 50 y el 80% de los ancianos padecen o padecieron distintas enfermedades). En la tercera edad padecen pluripatología: 3-4 en los pacientes ambulatorios, 5-6 en los internados, hasta 10 patologías diferentes según datos obtenidos de necropsias. No es infrecuente la polifarmacia a veces con drogas que interactúan entre sí o que modifican sus efectos por cambios farmacocinéticos o farmacodinámicos (10). En el estudio San Lorenzo, se encontró que predominaron: Artritis, Hipertensión Arterial, Diabetes, presentando pluripatología en algunos casos.

El test de Katz que valora la independencia en las actividades diarias, el resultado mostró que los ancianos tenían independencia en sus actividades y un porcentaje bajo tenía algún grado de dependencia y no se puede valorar su relación con la depresión (19).

BIBLIOGRAFIA

1. Marietan H. Historia del Concepto: Cursos sobre depresión. [En línea]. [Consultado el 18 de octubre del 2011]; Disponible: http://www.marietan.com.ar/material_depresion/2_historia_depresion.htm.
2. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Mex. 2005; 47supl 1:S4-S11.
3. Giacomani C, Funes D, Guzmán L, Montiel T. Depresión y escolaridad en adultos mayores. Dialogos sobre educación [Revista en Internet] 2001 [Consultado el 5 de mayo del 2011]; 1(2):1-11. Disponible en: www.revistadialogos.cucsh.udg.mx/documento.php?id=4&sec=articulo
4. Alberdi J, Taboada O, Castro C. Depresión. Guías Clínicas. 2006; 6 (11):1-6.

5. Manfrida G, Melosi A. En los orígenes de la depresión; la perspectiva relacional entre hipótesis biológicas y mediaciones sociales. *Redes*. [Revista en Internet] 1996 [Consultado el 15 de junio del 2011]; 1(1). Disponible en: <http://www.revistaredes.es/imagenes/pdf/En%20los%20or%EDgenes%20de%20la%20depresi%F3n.%20G.%20Manfriada%20y%20A.%20Melosi.pdf>
6. Leal Maleos M, Salazar R. Prevalencia de depresión en la población privada de libertad del centro de atención institucional del adulto mayor del Ministerio de Justicia. *Rev Costarric Salud Publica*. 2004; 13(25):55-59.
7. Pérez Martínez VT, Arcia Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2008;24(3):1-20
8. Gómez Ayala A. La depresión en el anciano: Clínica y tratamiento. *Ámbito Farmacéutico*, divulgación sanitaria. [Revista en Internet] 2007 [Consultado el 10 de marzo del 2011]; 26 (9):80-94. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=1311062&pident_usuario=0&pident_revisita=4&fichero=4v26n09a13111062pdf001.pdf&ty=150&accion=L&origen=doymafarma&web=www.doymafarma.com&lan=es
9. García FR, Guridi González MZ, Medina Valdés AM, Gurid ZD. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. *Revista Psicología Científica.com*. [Revista en Internet] 2007. [Consultado el 20 de mayo del 2011]; 9(57). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-301-1-comportamiento-de-la-depresion-en-el-adulto-mayor.html>
10. Villanueva V. Evaluación del Paciente Anciano. *Rev posgrado VIa Cátedra Med*. [Revista en Internet] 2000 [Consultado el 6 de junio 2011]; 98:1. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista98/evaluacion_paciente_anciano.htm
11. Moreno Pando M, Beltrán Aranda C, Alfaro Alfaro N, Mendoza Roaf P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Rev Esp Gerian Gerontol*. 2001; 36(3); 140-144
12. Vilalta Franch J. Epidemiología de la depresión en el anciano. *Informaciones Psiquiátricas* [En línea] 2002. [Consultado el 6 de junio 2011] No.167. Disponible: http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/01_167_04.htm
13. La oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York. *Hable Sobre los hombres y la depresión*. [En línea] . NY: Oficina de Salud mental; 2007. [Consultado el 16 de mayo 2011]. 25p. Disponible en: <http://www.omh.state.ny.us/omhweb/spansite/speak/SpanMenSPEAK.pdf>
14. Meza Rodríguez TE. Depresión como entidad médico psiquiátrica. *Alcmeon*, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2007; 14(2): 13-25.
15. Medina Mora ME, Berenson Gorn S, Tiburcio Sainz M. Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*. 2005; 28(6):33-40.
16. TUESCA-Molina R, Fierro Herrera N, Molinares Sosa A, Oviedo Martínez F, Arjona Y, Cueto J, et al. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. *Rev Esp Salud Pública* . 2003; 77(5):595-604.
17. Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Mex* . 2007; 143(2):141-146.
18. Vidal DA. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Alcmeon*. *Rev. Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. [Revista en Internet] 1999 [Consultado 15 de mayo del 2011]; 8(2):103-112. Disponible en: <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/Vidal.htm>.
19. Trigas Ma. Índice de Katz : Actividades Básicas de la Vida Diaria. [En línea] [Consultado 5 de septiembre del 2011]. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeKatz.pdf>
20. Vilalta J, López S, Llinàs J. Depresión en una muestra geriátrica comunitaria. Estudio de Girona. *Psiquiatria.com*. [Revista en Internet]. 1998 [Consultado 5 de septiembre del 2011]; 2(3). Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1298/1/psiquiatricom_1998_2_3_3.pdf.
21. García Serrano MJ, Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. *Perfil del anciano de riesgo. Aten primaria*. 2001; 27: 484-488.
22. Gómez-Feria I. La depresión en ancianos: Su coexistencia con factores estresantes, enfermedades somáticas y discapacidades. *Psiquiatr Biol*. 2002; 09(01):13-7.
23. Alvarez Canals Y. Depresión fenómeno oculto y latente. *Análisis de la depresión en el anciano*. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana* .2010; 7(3)
24. Navarro-Aguilar S, Funes-Ávila AJ. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Mex*. 2007; 143(2): 41-148.
25. Gómez- Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 16(6):378-386.