

La mujer mayor institucionalizada vs. no institucionalizada: aproximación al estado de ánimo, la ansiedad ante la muerte y su satisfacción con la vida*

F. Arbinaga

Resumen

El presente trabajo pretende valorar el estado de ánimo, medido con la Escala Criba Geriátrica para la Depresión de Yesavage (G.D.S), la satisfacción con la vida, medida con el Inventario de Satisfacción con la Vida de Bigot, y la ansiedad ante la muerte, utilizando la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (D.A.S), en un grupo de 71 mujeres mayores de 60 años, internas en residencias (50,7%) y usuarias de los Centros de Día (49,3%). Los resultados indican que un 23,9% de las mujeres podría considerarse con depresión instaurada, un 44,4% de las internas y el 14,3% de las usuarias de los Centros de Día. La mujeres internas muestran mayores puntuaciones en depresión ($p < 0,001$) y menores en satisfacción con la vida ($p < 0,05$). La puntuación media en la escala D.A.S, para todo el grupo, es de $6,7 \pm 0,39$ puntos y con un I.C. 95% que iría desde los 5,89 a los 7,46 puntos; no mostrándose diferencias entre ambos grupos.

Palabras clave: Mujer. Depresión. Ansiedad muerte. Satisfacción vida.

Summary

This paper aims to value humour, measured according to the Yesavage Criba Geriatric Scale for Depression (G.D.S), satisfaction with life, measured according to the Bigot Satisfaction with

* Agradecer la colaboración del personal y la dirección de la Residencia de Mayores "Lerdo de Tejada", la Residencia de Mayores "La Orden", Centro de Día "Mora Claros" y Centro de Día "Cristina Pinero", todos ellos de la provincia de Huelva. Centro de Psicología Clínica (Huelva)

Correspondencia: D. Félix Arbinaga Ibarzábal
Psicólogo. Centro de Psicología Clínica (Huelva)
Avda. José Fariña, 56- 5 °C
21006 HUELVA
e-mail: arbinaga@wanadoo.es

Life Inventory, and anxiety about death, using the Templer Scale of Anxiety about Death (D.A.S.), in a group of 71 women over 60, in residencial care (50.7%) and users of Day Care Centres (49.3%). The results show that 23.9% of the women could be considered with an established depression, 44.4% of those in residence and 14.3% of Day Care Centre users. The women in residence show higher points in depression ($p < 0.001$) and lower in satisfaction with life ($p < 0.05$). the average points on the D.A.S. scale, for the whole group, is 6.7 ± 0.39 points and with an I.C. of 95% which would go from 5.89 to 7.46 points; with no difference between the groups.

Key words: Woman. Depression. Anxiety death. Satisfaction life.

INTRODUCCIÓN

Es una realidad el rápido crecimiento en la expectativa de vida de las personas, especialmente en los países desarrollados (Litvak, 1990). Así, se calcula que para el año 2025 el número de mayores de 60 años aumentará un 50%, en España un 45%, y alcanzado dicho año representarán en los países europeos ricos el 27% de la población, y en nuestro país el 25,6% (O.M.S., 2002). Esto conlleva una problemática social, sanitaria, económica etc., más allá de la mera consideración demográfica; que si no se disponen de actuaciones planificadas con suficiente antelación, el coste social podrá llegar a ser insostenible para la comunidad.

Si bien el envejecimiento puede mostrar una evolución caracterizada por una serie de cambios en el ámbito de lo psicológico, de lo social y lo biológico sin patología asociada, también es cierto que otra alternativa es el curso parejo a un deterioro, en dichos ámbitos, con graves implicaciones en la independencia funcional y el sufrimiento personal. Entre las consecuencias que se derivan de tal desarrollo habría que destacar el impacto sanitario que pueden producir las altas tasas de prevalencia de las alteraciones psicopatológicas en la población mayor (Pasker, Thomas y Ashley; 1976) debido tanto al deterioro orgánico producto del envejecimiento físico como a la vulnerabilidad producida por la presencia de gran cantidad de factores estresantes (ambientales, psicológicos, orgánicos) a los que se ven sometidos las personas mayores (López-Ibor, 1990). De estas alteraciones destacamos los trastornos en el estado de ánimo como las patologías psicológicas de mayor incidencia, tanto a escala

clínica como subclínica, en este grupo poblacional (Banerjee y Macdonald, 1996).

En la actualidad determinar la prevalencia de los trastornos depresivos entre la población mayor, resulta difícil por la falta de un consenso metodológico entre los diversos trabajos y la existencia de una gran variabilidad de los datos presentados. Realizando un intento de aproximación a ello, veríamos que los informes sobre población mayor dentro de la comunidad nos muestran que la prevalencia en la depresión mayor se situaría por debajo del 3% (Koenig, Blazer y Hocking, 1997; Shua-Haim, Sabo, Comsti, y Gross, 1997), del 10 al 16% en unidades de agudos (Koenig, Meador y Shelp; 1991; Parmelee, Katz y Lawton, 1989) y del 15 al 25% en residencias (NIH, 1992; Reynolds, 1994; Cid Sanz, 1996); en el caso de las depresiones menores se aumentaría considerablemente estos valores.

Siendo conscientes de esta magnitud en el impacto que las psicopatologías producen entre los mayores, hay que señalar que en muchos casos éstas se encuentran infradiagnosticadas, y consecuentemente infratratadas, debido a problemas metodológicos de trabajo, a problemas por enmascaramientos del mismo, trastornos con otras alteraciones etc... (Freedman, Kaplan y Sadock, 1983). De igual forma, y en contrapartida, habría que señalar que las depresiones correctamente tratadas evolucionan favorablemente, con lo que si se cumple el objetivo de un adecuado diagnóstico y un tratamiento pertinente, lograríamos reducir uno de los principales problemas psicopatológicos presentes en este grupo social.

Si ya el ser mayor en nuestra sociedad, donde hay un predominio de valores como la juventud,

la belleza, el dinamismo, etc..., puede convertirse en un problema con graves implicaciones; el ser mayor y mujer puede agravar aun más la condición de exclusión de la persona. La iniciativa que la mujer pueda tomar a estas edades vendrá determinada por su condición de "vieja" y por el rol que la sociedad marca a la mujer en estos momentos de su vida; pudiendo hacer que la mujer mayor sea más vulnerable desde el punto de vista de la salud, al estar sometida a gran variedad y cantidad de factores que la condicionan y limitan.

En este contexto, que brevemente hemos perfilado, nuestro trabajo pretende realizar una aproximación a un grupo de mujeres de la provincia de Huelva en diversos aspectos psicosociales y clínicos; concretamente en depresión, ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida y otras variables relacionadas con su situación social.

MATERIAL Y MÉTODO

La recogida de información se realizaba mediante entrevista individual. La hoja de respuesta se dispuso en cuatro bloques. El primero aportaba información sociodemográfica y era específico para cada uno de los grupos (residencias-centros de día). La información hacía referencia a la edad, nivel de estudios, estado civil, tiempo en la residencia, tiempo participando en las actividades del centro de día, satisfacción con la residencia y con el centro de día etc...

El segundo apartado se formó con la *Escala Criba Geriátrica para la Depresión de Yesavage (G.D.S)* en su versión de 30 ítems, de doble respuesta (Sí-No), adaptada a la población española (Ramos, 1991). Los puntos de corte considerados fueron: de 0 a 10 normal, de 11 a 14 depresión leve y mayor de 14 depresión establecida. Si se establece un corte en los 11 puntos se obtiene una sensibilidad de 0,84 y una especificidad de 0,95 (Izal y Montorio, 1993). Nosotros hemos considerado el punto de corte, para determinar la depresión instaurada, de 14 obteniéndose una sensibilidad de 0,80 y una especificidad de 1 (Yesavage y Brink, 1983). Así, los sujetos podrían agruparse en 0-10 puntos.- normal, de 11 a 14 puntos.- depresión leve y mayores de 14 puntos.- depresión instaurada.

El tercero de los apartados se organizó con la *Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (D.A.S)* en su versión de 15 ítems, con respuestas verdadero-falso. Los datos de fiabilidad test-retest fueron de 0,83 y un coeficiente de consistencia interna de 0,76; así mismo mostró unos buenos valores de validez (Loneto y Templer, 1988).

Por último, el cuarto bloque estuvo formado por las 8 preguntas del *Inventario de Satisfacción con la Vida de Bigot*, en su adaptación a la población española y donde puede consultarse los valores psicométricos (Reig y Ribera, 1992) y con tres categorías de respuesta (verdadero, no sé y falso).

La selección de la muestra se llevó a cabo entre mujeres institucionalizadas en la Residencia para Mayores "La Orden" de carácter público y ubicado en la capital y en la Residencia "Lerdo de Tejada" de carácter concertada y ubicada en Ayamonte (Huelva), en ambas entidades existía la posibilidad de salir fuera del recinto durante el día. Las mujeres no institucionalizadas se reclutaron en el Centro de Día "Mora Claros" y en el Centro de Día "Cristina Pinedo" de carácter público y ambos ubicados en la capital. Los requisitos para la selección fueron: participar de forma voluntaria, ser mayor de 60 años, no tener familiar y/o amigo fallecido en los últimos seis meses y no presentar trastornos o demencias que le incapaciten para comprender las preguntas.

La muestra se compuso de un total de 71 mujeres mayores de 60 años con una media de edad de 75,8 años, estando en el 50,7% (36) internadas en residencias y en el 49,3% (35) de los casos asistían a los Centros de Día; las principales características de la muestra pueden observarse en la Tabla 1.

RESULTADOS

Antes de proceder a realizar los análisis comparativos entre los dos grupos de mujeres, residentes y asistentes a Centros de Día, llevaremos a cabo una breve presentación de las principales variables específicas de cada grupo.

Por lo que se refiere a las mujeres residentes o internas en residencias, podemos decir que el tiempo medio que llevan viviendo en la residen-

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra mujeres mayores de 60 años.

	Total	Internas	Externas
N (%)	71	36 (50,7%)	35 (49,3%)
Edad (Md ± Ds)	75,8 ± 1,17	83,1 ± 1,10	68,29 ± 1,10*
I.C 95%	73,47 - 78,11	80,85 - 85,32	66,14 - 70,44
60 - 71	37,9	8,4	68,7
72 - 82	33,6	36,1	31,6
83 - 92	28,0	55,8	—
E.Civil. (%)			
Casada.	25,4	8,3	42,9**
Soltera.	23,9	36,1	11,4**
Sep/Divorciada.	2,8	2,8	2,9
Viuda.	47,9	52,8	42,9
N. Estudios. (%)			
Sin Estudios.	57,7	69,4	45,7
G. Escolar.	36,6	27,8	45,7
Bachiller/COU.	2,8	2,8	2,9
F.Profesional.	2,8	—	5,7
Univer. Medio.	—	—	—
Univer. Superior.	—	—	—
Tiene Familia. (%)			
Sí.	93,0	91,7	94,3
No.	7,0	8,3	5,7
Amigo/a Íntimo/a. (%)			
Sí.	62,0	52,8	71,4
No.	38,0	47,2	28,6
E. Salud 12 meses.(%)			
Muy Buena.	11,3	5,6	17,1
Buena.	35,2	41,7	28,6
Regular.	36,6	27,8	45,7
Mala.	7,0	5,6	8,6
Muy Mala.	9,9	19,4	—

* p< 0,001 ** Chi² = 13,22383 p=0,00418

cia es de 62 ± 7,6 meses (IC 95% 46,59 - 77,41). La mayoría de las mujeres ingresaron con cierta voluntariedad y las respuestas se distribuían del siguiente modo: el 50% de las mujeres “quería y pidió el ingreso”; en el 13,9% de los casos su ingreso era “obligada por la familia, pero yo no quería”; el 11,1% ingresó porque “me encontraba sola, pero no quería”; el 2,8% fue “obligada por

motivos económicos, pero yo no quería”; el 16,7% alegaba “otros motivos, pero yo sí quería” y el 5,6% reconoce “otros motivos, pero yo no quería”.

De todas ellas, el 22,2% dice tener algún familiar viviendo en la misma residencia y el 50% suele salir de manera regular del centro durante el día. Por otra parte, el 75% de la mues-

tra de internas recibe visitas de personas externas a la residencia; siendo este grupo las que menor puntuación muestran en la escala de depresión frente a las que no reciben visitas (“Sí visitas” Md= 12,19 ± 6,78 y “No visitas” Md= 17,44 ± 3,81 (p=0,035)).

En última instancia, la valoración que realizan de su estancia en la residencia es en el 86,1% de los casos Buena, en el 8,3% Regular y en el 5,6% Mala; no existiendo respuestas en los grupos de Muy Buena o Muy Mala.

Por su parte, las mujeres que acuden a los Centros de Día dicen llevar participando de sus actividades en el 51,4% de los casos más de 3 años, en el 22,9% de uno a tres años, el 20% dice estar en el centro de 6 meses a un año y un 5,7% dice llevar menos de 6 meses. El 94,3% dice que su participación en el centro le reporta mucha satisfacción y sólo un 5,7% dice que sí le reporta satisfacción pero poca.

Cuando se les pregunta si “los ingresos económicos que reciben les permiten cubrir sus necesidades” el 14,3% dice que las cubren muy bien, el 45,7% dice que “sí las cubren pero sólo medianamente” bien, el 31,4% los considera que “son escasos” y el 8,6% dice que “son muy escasos y no le llegan para cubrir todo lo que necesitan”.

El 37,1% vive sola e igual porcentaje lo hace sólo con su marido; por su parte, el 14,3% viven con sus hijos y el resto se distribuye entre vivir con marido e hijos (5,7%), otros familiares (2,9%) y otras personas (2,9%).

Cuando se les pregunta si padecen alguna enfermedad crónica el 48,6% dice que sí; y el 14,3% reconoce que su estado de salud le impide mucho hacer las cosas que quiere, el 37,1% dice que sólo se lo impide un poco y el 48,6% dice que su estado de salud no le impide nada hacer lo que desea.

De todas ellas, el 51,4% reconoce que nunca se siente sola, el 31,4% dice sentirse sola pocos días, el 8,6% casi todos los días y el 8,6% dice sentirse sola todos los días.

De la Tabla 1 podemos destacar que las mujeres residentes o internadas en residencias muestran una edad superior a las que acuden a los Centros de Día (p<0,001). De igual manera, se observa que en el grupo de aquéllas existen más mujeres solteras, frente a las externas o asistentes

a Centros de Día donde hay una mayor cantidad de casadas (X²=13,22, p=0,004); siendo las separadas y viudas grupos similares en número de sujetos.

Por nivel de estudio o académico, y como podía ser de esperar, sólo se indican diferencias algo acentuadas en el grupo de las mujeres sin estudio y graduado escolar que dominan entre las residentes y las externas respectivamente. En el resto de las variables no se reflejan importantes variaciones entre ambos grupos de mujeres.

Por lo que respecta a las puntuaciones en la escala de depresión, se constata que las mujeres internas en residencias puntúan de forma significativa mucho más que las externas (p<0,001), de forma genérica podemos decir que es en los niveles de depresión que hemos considerado como normal y depresión instaurada donde se observan las diferencias entre las mujeres externas y las internas en residencias. De otra parte, cuando se les pide que valoren la satisfacción con la vida son las mujeres no internas las que mejor lo hacen (p<0,05) (ver Tabla 2).

Por lo que respecta a las puntuaciones en la escala D.A.S., que evalúa la ansiedad ante la muerte, no se reflejan diferencias entre los grupos; mostrando una media para todo el grupo de 6,7 ± 0,39 puntos (IC 95% 5,89 - 7,46).

La depresión, como era de esperar, muestra una relación inversa con la satisfacción con la vida y con la valoración sobre el estado de salud en los doce últimos meses. Así mismo, podemos ver que a medida que se progresa en la edad aumentan los problemas en el estado de ánimo (Tabla 3). Por otra parte, si bien la significación no se ajusta a los criterios tradicionales, podemos indicar que aquellas mujeres que cuentan con algún/a amigo/a íntimo/a a quien recurrir en los momentos difíciles muestran una mejor puntuación en depresión (p=0,054).

La valoración que realizan las mujeres sobre su satisfacción con la vida, vemos que tiende a decrecer a medida que aumenta la edad de las mujeres (p=0,051) y a mejorar cuando se está casada frente a las solteras, las separadas y las viudas, manteniendo una muy buena probabilidad (p=0,079). Igual ocurre con el nivel de estudios, que si bien no es significativa a los niveles tradicionales, se observa que a medida que hay

Tabla 2
Valores en GDS, Satisfacción Vida y Ansiedad Muerte (mujeres mayores de 60 años).

	Total	Internas	Externas
N (%)	71	36 (50,7%)	35 (49,3%)
G.D.S (Md ± Ds)	10,97 ± 0,75	13,5 ± 1,09	8,4 ± 0,84 *
I.C. 95%.	9,47 - 12,47	11,29 - 15,71	6,66 - 10,08
Satisf. Vida (Md ± Ds).	16,5 ± 0,45	15,6 ± 0,65	17,4 ± 0,59 **
I.C. 95%.	15,56 - 17,35	14,23 - 16,88	16,18 - 18,57
Ansiedad M. (Md ± Ds).	6,7 ± 0,39	7,0 ± 0,59	6,4 ± 0,5185
I.C. 95%.	5,89 - 7,46	5,81 - 8,19	5,30 - 7,40
G.D.S. (%)			
Normal.	47,9	30,6	65,7 ***
D. Leve.	28,2	25,0	20,0
D. Instaurada.	23,9	44,4	14,3 ***
Satisf. Vida. (%)			
Extremad. Insatisfecha.	4,2	5,6	2,9
Insatisfecha.	21,1	30,6	11,4
Ligera. Insatisfecha.	31,0	27,8	34,3
Neutral.	16,9	16,7	17,1
Ligera. Satisfecha.	21,1	16,7	25,7
Satisfecha.	5,6	2,8	8,6
Extremad. Satisfecha.			

* p<0,001 ** p< 0,05 *** Chi2 =10,23514 p=0,00599

Tabla 3
Coefficiente Pearson y significación de variables en mujeres mayores de 60 años.

	A.Muert	SatisV	N.Estu	AmigoI	Edad	E. Civil	Salud12
GDS	0,1199	-0,6253	-0,3085	-0,2295	0,4120	0,1658	-0,4083
p=	0,319	0,000	0,009	0,054	0,000	0,167	0,000
A.Muert		-0,0886	-0,1705	0,0731	-0,0048	-0,0773	-0,1664
p=		0,462	0,155	0,545	0,968	0,522	0,166
SatisV			0,2103	0,009	-0,2325	-0,2102	0,1868
p=			0,078	0,941	0,051	0,079	0,119
N.Estu				-0,0551	-0,4032	-0,2277	0,3557
p=				0,648	0,000	0,056	0,002
AmigoI					-0,2700	0,1075	0,2511
p=					0,023	0,372	0,035
Edad						0,3599	-0,2368
p=						0,002	0,047
E.Civil							0,0292
p=							0,809

En negrilla se indican los valores significativos bajo los criterios tradicionales p<0,001 y p< 0,05

GDS.- Depresión A.Muert.- Ansiedad Muerte SatisV.- Satisfacción con la Vida N.Estu.- Nivel Estudios
 AmigoI.- Amigos Íntimos E.Civil.- Estado Civil. Salud12.- Valoración Estado de Salud últimos 12 meses.

un mayor nivel de titulación académica, se valora o se tiene una mejor satisfacción con la vida llevada y presente ($p=0,078$).

DISCUSIÓN

Los datos que aportamos vienen a confirmar la importancia que los trastornos del estado de ánimo tienen en la población de personas mayores, especialmente en el grupo de residentes en centros de alojamiento, cerrado o semicerrado. Si bien hemos obtenido unos muy buenos valores de satisfacción con la entidad en la cual residen o acuden de forma ambulatoria, no debemos perder de vista que esto no impide la existencia de unos altos niveles de prevalencia en las alteraciones relacionadas con el estado depresivo, llegando en el caso de las mujeres internas al 69,4% de las mismas en niveles de depresión leve o instaurada y a un 34,3% en las usuarias de los Centros de Día.

Es un logro importante que los usuarios se encuentren y valoren de forma satisfactoria la entidad en la que realizan buena parte de su vida. Sin embargo, vemos que, aun siendo necesario, no resulta suficiente para mejorar o paliar el impacto que las manifestaciones de la depresión pueden tener en estos sujetos. En este sentido habría que reforzar aquellas actuaciones que sí van señalando un efecto protector; como pudieran ser la existencia de visitas, y la promoción de redes sociales de apoyo, que faciliten al mayor contar con la posibilidad de establecer lazos de amistad a los que recurrir en los momentos de mayor vulnerabilidad, el establecer normas y reglamentos de participación en el funcionamiento del centro, programas de actividad física, etc...

Por lo que respecta al grado de satisfacción con la vida mostrado por las mujeres, resulta difícil determinar las causas de la misma con el trabajo tal como lo hemos planteado. La satisfacción con la vida mostrada por las mujeres en los Centros de Día bien podría deberse a la menor edad, y consecuentemente han vivido épocas menos "duras" que las mujeres internadas, la posibilidad de participar y decidir en las actividades del centro, etc... Algo similar ocurre con los índices de depresión, que sería difícil determinar con este trabajo, las relaciones causales y direccionales entre ésta y la satisfacción con la vida y

con otras variables de funcionamiento de las entidades donde residen.

Para finalizar, y como ya habíamos comentado, en la medida en que seamos capaces de conocer aquellos factores que protegen a los mayores ante las alteraciones en el estado de ánimo, estaremos en condiciones de realizar actuaciones preventivas; así como de poder realizar un buen diagnóstico y una planificación de intervenciones adecuadas e individualizadas ajustadas a las características de cada uno de los casos, conducentes a lograr una mejora considerable en la calidad de vida de este grupo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Banerjee S y Macdonald A.:** Mental disorder in an elderly home care population: associations with health and social service use. *British Journal of Psychiatry*. 1986, 168: 750-756.
2. **Cid Sanz M.:** Síndrome depresivo. En: *Grandes síndromes geriátricas. Programa de Formación Continuada en Geriatría para Médicos de Atención Primaria. Tercera unidad didáctica*. Barcelona: Ferrer Internacional. 1996, 9.
3. **Freedman AM, Kaplan HI. y Sadock BJ.:** Compendio de psiquiatría. Barcelona Salvat. 1983.
4. **Izal M. y Montorio I.:** Adaptación of the GDS in Spain: A preliminary study. *Clinical Gerontologist*. 1993, 39: 166-9.
5. **Koenig HG, Meador KG y Shelp F.:** Depressive disorders in hospitalized medically ill patients: a comparison of young and elderly men. *Journal American Geriatric Society*; 1991, 39: 881-890.
6. **Koenig HG, Blazer DG y Hocking LB.:** Depression, anxiety and other affective disorders. En: Cassel CK, Cohen HJ, Larson EB, Meier DE, Resnick NM, Rubenstein LZ et al, editores. *Geriatric medicine* (3.^a ed.). Nueva York: Springer-Verlag 1997, 949-965.
7. **Litvak J.:** The aging of the population: a challenge that goes beyond the year 2000. *Boletín Oficina Sanitaria de Panamá* 1990, 109: 1-5.
8. **Mendels J.:** Clinical management of the depressed geriatric patient: current therapeutic options. *American Journal Medicine*; 1993, 94: 13-18.
9. **N.I.H.:** Consensus Panel on Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* 1992, 268: 1018-1024.
10. **Loneto R y Templer DL.:** La ansiedad ante la muerte. Zambaletti. Barcelona. 1988.
11. **López-Ibor JM.:** Saber envejecer. Madrid Temas de hoy.1990.

-
12. **O.M.S.:** Informe sobre envejecimiento. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid. 2002.
13. **Parmelee PA, Katz IR y Lawton MP.:** Depression among institutionalized elderly: assessment and prevalence estimation. *Journal of Gerontology*; 1989, 44: 22-26.
14. **Pasker P, Thomas JP y Ashley JS.:** The mentally ill-whose responsibility? *British Medical Journal*. 1976, 17: 164-166.
15. **Ramos Brieva JA.:** Validación de la escala criba geriátrica para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1991, 19, 1: 12-17.
16. **Reig A y Ribera D.:** *Perspectivas en Gerontología y Salud*. Promolibro Valencia. 1992.
17. **Reynolds CF.:** Treatment of depression in late life. *American Journal Medicine*; 97 (Supl 6A). 1994, 39-46.
18. **Shua-Haim JR, Sabo MR, Comsti E y Gross JS.:** Depression in the Elderly. *Hospital Medicine*; 1997, 33: 45-58.
19. **Yesavage JA y Brink TL.:** Development and validation for a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal Psychiatry Research*. 1983, 17, 1: 7-49.