



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

## Depresión e ideación suicida entre ancianos que viven en régimen de internamiento dentro de una institución geriátrica

F. J. de las Heras, A. Polaino, J. M. Gaona, F. Angeles y M. Dueñas

Departamento de Psicopatología de la Universidad Complutense.

**RESUMEN.**—Se estudia a toda la población de una residencia geriátrica situada dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid para verificar la prevalencia de la depresión mediante la escala GDS (escala geriátrica de depresión). También se analizan los sucesivos niveles de ideación suicida entre los internos.

De un total de 86 ancianos no fue posible entrevistar a 11. Del resto 47 (63 por 100) fueron diagnosticados de depresión. La depresión fue más frecuente entre las mujeres, entre las personas de mayor edad y entre los viudos.

La ideación suicida estaba presente en un buen número de casos, con un 15 por 100 de ancianos con alto riesgo de suicidio. Tan sólo un 40 por 100 decían interesarse por la vida tanto como siempre. Un 20 por 100 reconocían un menor interés por la vida y a un 25 por 100 no les importaba morir. Más de un 12 por 100 preferían la muerte y un 3 por 100 expresaban abiertamente sus deseos de quitarse la vida. Se demostró una relación altamente significativa entre la depresión e ideación suicida.

**PALABRAS CLAVE:** Depresión. Suicidio. Instituciones geriátricas.

**SUMMARY.**—All the residents at a geriatric home located in the Autonomous Community of Madrid were surveyed to verify the prevalence of depression using the GDS (Geriatric Depression Scale). The successive levels of suicidal conception among the residents were also studied.

Of a total of 86 OAPS, 11 could not be interviewed. Of the others, 47 (63 %) were diagnosed as having depression.

Depression was most frequent among women, among the oldest persons and among widowers.

Suicidal conception was presented in a good many cases, 15 % of the OAPS representing a high suicide risk. Only 40 % acknowledged a smaller interest to live and 25 % would not mind dying. Over 20 % preferred death and 3 % openly stated their wish to take their lives. A highly significant ratio between and suicidal conception was revealed.

**KEY WORDS:** Depression. Suicide. Geriatric home.

### INTRODUCCION

La depresión es un trastorno bastante frecuente entre los ancianos, si bien *Blazer* y cols. (1986) (1), consideran que la depresión es menos frecuente entre los

ancianos que entre otros grupos de edad más joven, por igual que *Hirchfeld* y *Goodwin* (1989) (2) según los cuales, las prevalencias para el trastorno depresivo mayor son más altas, para ambos sexos, entre los adultos jóvenes y de edad media, con una caída en la frecuencia después de los sesenta y cinco años. También *Robins* y cols. (1984) (3) han demostrado que la depresión no aumenta con la edad.

Esto puede verse favorecido por un aumento progresivo de los trastornos depresivos entre los jóvenes durante los últimos años, tal como han verificado *Hagnell* y cols. (1982) (4). Otras explicaciones se basan en que la mayor mortalidad de los depresivos hace que exista una menor proporción de éstos en edades más avanzadas o en la idea de que los ancianos han aprendido a afrontar las circunstancias desfavorables, que, a veces, asumen como algo propio de su edad. No obstante, la importancia de la depresión en los ancianos es notable, ya que según *Zarit* y *Zarit* (1984) (5) constituye el principal motivo de sus ingresos en hospitales psiquiátricos.

Según datos del estudio sociológico de *B. Krief* (1982) (6), entre los españoles mayores de sesenta años se encontraron utilizando la escala SDS un 7,3 por 100 de depresiones y un 56,4 por 100 de sujetos intermedios, quedando solamente un 36,3 por 100 sin síntomas depresivos. La prevalencia entre los ancianos para los trastornos depresivos de todo tipo sería según *Gurland* y *Meyers* (1989) (7) del 14 por ciento.

*Seva* y *Sala* (1988) (8) han encontrado unas tasas de prevalencia por 100.000 habitantes mucho más bajas que las de los anteriores autores: de 107,87 para la psicosis depresiva endógena en mayores de sesenta y cinco años, menor que la de los cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años (160,71) y que la de los cuarenta y cinco a cincuenta y cuatro años (146,60), pero superior a la de los grupos de edad treinta y cinco

a cuarenta y cuatro (90,29) veinticinco a treinta y cuatro (60,57) y quince a veinticuatro (20,66). Para la depresión neurótica, estos autores encuentran entre los mayores de sesenta y cinco años una tasa (86,74), que solamente supera a la del grupo de menores de veinticinco años.

Si bien la depresión es solamente moderadamente frecuente entre los ancianos en comparación con otros grupos de edad, la muerte por suicidio sí que es algo característico de esta época de la vida. Considerando la estrecha relación existente entre suicidio consumado y depresión (Rojas, 1984) (9), cabe pensar que a esta edad influyen diversos factores que precipitan con más facilidad un suicidio mortal en el curso de una depresión. En este sentido cabe destacar la mayor eficacia de las técnicas suicidas empleadas por los ancianos y su mayor premeditación y preparación (Boulet, 1982) (10).

En Madrid, De las Heras y cols. (1988) (11) han observado una tasa de 23,4 suicidios por 100.000 habitantes entre los mayores de sesenta y cinco años, muy superior a la de 9,3 correspondiente a edades entre los quince y los sesenta y cuatro años. En Barcelona, Martí (1983) (12), también encuentra cifras que prácticamente se triplican en los ancianos.

Para grupos de edad más reducidos las diferencias son aún mayores. Boulet (1982) (10) encuentra que las personas mayores de ochenta y cinco años se suicidan 13 veces más que las de edad comprendida entre los quince y veinticuatro años. Según De las Heras y cols. (1987) (13), las muertes por suicidio entre los ochenta y ochenta y cuatro años fueron ocho veces superiores a las de quince a diecinueve años.

Se ha intentado explicar este fenómeno desde diversos puntos de vista. Un buen número de factores de tipo orgánico, psicológico, psicopatológico y socioambiental parecen confluir especialmente a estas edades originando una mayor incidencia de la depresión y el suicidio. En el cuadro I se resumen los principales factores implicados.

Entre los ancianos ingresados en asilos o residencias psiquiátricas algunos de estos factores pueden alcanzar aún mayor relevancia, ya que en muchas ocasiones el ingreso en una residencia implica desarraigo y un sobreesfuerzo de adaptación, factores que según Alonso-Fernández (1979) (14) favorecen extraordinariamente la depresión.

También puede producirse con más frecuencia entre ellos la situación de indefensión aprendida. Las situaciones de indefensión que se acompañan de pérdida de la autoestima y de los rasgos que dibujaban el *status* de sujeto, configuran, como dice Polaino-Lorenz (1984) (15), una situación ecológica y estimular en la que la experiencia de la pérdida y la disminución de

## CUADRO I

PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN  
LA DEPRESION Y EL SUICIDIO ENTRE  
LOS ANCIANOS (De las Heras y cols., 1988) (11)

- 
- A) Factores médicos:
- Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas e invalidantes.
  - Pérdida de facultades físicas e intelectuales propia de la vejez.
  - Mayor frecuencia de ingresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas.
  - Tratamientos que favorecen la depresión: hipotensores, corticoides, psicofármacos, quimioterapia, radioterapia.
- B) Factores psicopatológicos:
- Demencias.
  - Alcoholismo.
  - Dependencias a diversas sustancias.
  - Insomnio de cualquier etiología.
- C) Factores psicológicos:
- Sentimientos de soledad.
  - Inactividad, tedio, aburrimiento.
  - Sentimientos de inutilidad, incluso de ser una carga.
  - Sentimientos de fracaso existencial.
  - Falta de proyectos y expectativas futuras.
  - Tendencia melancólica a refugiarse y revivir el pasado.
- D) Factores sociofamiliares:
- Pérdida del cónyuge y de otros seres queridos (a veces por suicidio).
  - Frustración afectiva: distanciamiento progresivo y vivencias de abandono.
  - Situaciones de desarraigo (abuelos «pin-pon»).
  - Desplazamiento hacia asilos o residencias geriátricas.
  - Disminución de los niveles de comunicación e integración familiar.
- E) Factores socioeconómicos:
- Jubilación.
  - Disminución progresiva del poder adquisitivo.
  - Disminución de futuras expectativas económicas.
- D) Factores socioeconómicos:
- Incomunicación y aislamiento socioambiental.
  - Pérdida progresiva de poder, influencia y prestigio social.
  - Dificultades de integración socioambiental.
  - Actitud hostil de la sociedad frente al proceso de envejecimiento.
- E) Peculiaridades de sus conductas suicidas:
- Utilización de técnicas más duras, violentas y mortales.
  - Menor frecuencia de avisos suicidas.
  - Suicidios más premeditados y reflexivos.
  - Suicidios pasivos («dejándose morir»).
-

las expectativas encaminan al sujeto hacia el desvalimiento y a la incontrollabilidad de los eventos amenazantes que condicionan su aparición.

Esta situación, especialmente frecuente entre los ancianos de la sociedad actual, favorece la aparición de depresión y suicidio, e incluso la aceleración de la llegada de la muerte por diversas causas, tal como queda comprobado en el trabajo de Ferrari (1962) (16), el cual estudió un grupo de ancianas que ingresaron en un asilo en función de que hubieran elegido o se hubiesen sentido forzadas a ingresar. De entre éstas últimas el 50 por 100 murió durante el primer mes de su ingreso, y otro 30 por 100 antes del año, mientras que tan sólo murió un 0,3 por 100 de las mujeres cuyo ingreso no era forzoso durante el mismo período.

**MATERIAL Y METODOS**

Se entrevistó de forma personal e individualizada a todos los ancianos que vivían en un momento dado (mayo de 1988) en una residencia privada para ancianos de un pueblo de la Comunidad Autónoma de Madrid. Esta entrevista fue realizada por médicos psiquiatras. Se les administró la escala geriátrica de depresión en forma heteroaplicada para lograr una mayor fiabilidad en las respuestas, dadas las especiales características de la población de edad avanzada. Las preguntas se hicieron con referencia a la semana anterior al día en que se efectuaba la valoración.

La validez de esta escala, según Ramos (1987) (17) es buena, tanto cuando se emplea como criterio externo la EZD (r= 0,84), la EHD (r= 0,83) o una impresión clínica de gravedad, basada en la mayor o menor presencia de síntomas RDC para el trastorno depresivo mayor (r= 0,82).

Los datos así obtenidos se codificaron para posterior análisis estadístico utilizando para la GDS un punto de corte 14, lo cual, según Brink y cols. (1982) (18) supone una sensibilidad 0,89 y una especificidad de 1, con lo que se posee una seguridad de verdaderos negativos del 100 por 100. Cuando en la presentación de las tablas se habla de ancianos deprimidos se hace referencia a aquellos casos con una puntuación de 14 o más respuestas depresivas.

Además se les preguntó por sus deseos de vivir, buscando la presencia de ideación suicida mediante un cuestionario suplementario que también se utilizó de forma heteroaplicada y, que constaba de cinco respuestas de entre las cuales el anciano debía elegir la que más se ajustase a su situación actual. Las posibles respuestas eran las siguientes:

- La vida me interesa tanto como siempre.
- La vida me interesa menos que antes.
- No me importaría morirme.

- Preferiría morirme.
- Tengo deseos de matarme.

No fue posible entrevistar a 11 casos de un total de 86, en algún caso por falta de colaboración, pero, ge-

CUADRO II  
ESCALA GERIATRICA DE DEPRESION (G.D.S.)

	Sí	No	
1. ¿Está satisfecho en el fondo con su vida?....		*	
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?.....	*		
3. ¿Siente que su vida está vacía?.....	*		
4. ¿Se aburre a menudo?.....	*		
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?.....		*	
6. ¿Está preocupado por pensamientos que no puede quitarse de la cabeza? .....	*		
7. ¿Se encuentra alegre y optimista la mayor parte del tiempo? .....		*	
8. ¿Teme que le vaya a suceder algo malo?....	*		
9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?....		*	
10. ¿Se siente a menudo desamparado, desvalido? .....	*		
11. ¿Se encuentra con frecuencia desvelado y nervioso?.....	*		
12. ¿Prefiere quedarse en casa que salir fuera y hacer cosas nuevas? .....	*		
13. ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?.	*		
14. ¿Le da la impresión de que tiene más trastornos de memoria que los demás?.....	*		
15. ¿Cree que es agradable estar vivo?.....		*	
16. ¿Se siente a menudo desanimado y deprimido? .....	*		
17. ¿Se siente inútil en la situación actual?.....	*		
18. ¿Se preocupa del pasado?.....	*		
19. ¿Le parece que la vida es apasionante?.....		*	
20. ¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?.	*		
21. ¿Se siente lleno de energía? .....		*	
22. ¿Siente que su situación es angustiosa?.....	*		
23. ¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?.....	*		
24. ¿Se preocupa con frecuencia por cosas sin importancia? .....	*		
25. ¿Siente ganas de llorar a menudo?.....	*		
26. ¿Tiene problemas para concentrarse? .....	*		
27. ¿Disfruta levantándose por la mañana?.....		*	
28. ¿Prefiere evitar las reuniones sociales? .....	*		
29. ¿Le resulta fácil tomar decisiones? .....	*		
30. ¿Es su mente tan clara como antes? .....	*		
<i>Punto de corte</i>	<i>Sensibilidad</i>	<i>Especificidad</i>	<i>Brink y cols. (1982)</i>
11	0,82	0,95	
14	0,80	1,00	

Los asteriscos representan las contestaciones puntuales.

TABLE I  
DESCRIPCION DE LA POBLACION.  
SEGUN EDAD Y SEXO

Sexo	Media (años)	DS	Minima (años)	Máxima (años)
Hombres.....	74,5882	9,7151	59	90
Mujeres.....	79,4328	8,3797	61	98
Total.....	78,4524	8,8241	59	98

TABLE II  
ANCIANOS DEPRIMIDOS, SEGUN LA EDAD

Edad (años)	No deprimidos	Deprimidos	Total
Menores de 70 .....	9	5	14
71 a 80 .....	8	23	31
Mayores de 80 .....	11	19	30
Total.....	28	47	75

Chi-square, 6.1133; p, 0,047; no contestan, 11 casos.

neralmente, como consecuencia del padecimiento de síndromes orgánicos graves.

## RESULTADOS

En la población estudiada predominaban las mujeres sobre los hombres, constituyendo estos últimos sólo una tercera parte del total. La edad media se situaba alrededor de los setenta y ocho años, oscilando entre los cincuenta y nueve de los más jóvenes hasta los noventa y ocho de los más ancianos, pero sin grandes desviaciones (tabla I). La edad media de los hombres fue significativamente más frecuente entre los mayores.

Para un punto de corte 14 en la escala GDS se encontraron un total de 47 ancianos deprimidos, lo que viene a suponer los dos tercios del total. La depresión fue significativamente más frecuente entre los mayores de setenta años que entre los de menor edad (tabla II).

Proporcionalmente se hallaron muchos menos casos de depresión entre los hombres que entre las mujeres, con una relación de 1/2,1, respectivamente, siendo estas diferencias muy significativas desde el punto de vista estadístico (tabla III).

No hubo diferencias para la depresión respecto del número de hijos vivos que tenían los ancianos, ni en relación a su estado civil, si bien el gran porcentaje de deprimidos se halló entre los viudos, las tres cuartas partes de los cuales fueron diagnosticados de depresión (tabla IV).

La ideación suicida estaba presente en un buen número de casos (tabla V). Tan sólo un 40 por 100 decían interesarse por la vida tanto como siempre. Un 20

por 100 reconocían un menor interés por la vida y a un 25 por 100 no les importaba morir. Más de un 12 por 100 preferían la muerte y un 3 por 100 expresaban abiertamente sus deseos de quitarse la vida. Sumando el total de las dos últimas respuestas vemos como un 15 por 100 del total tienen una notable ideación suicida, con el subsiguiente riesgo de muerte por suicidio.

Como cabía esperar se demostró una relación altamente significativa entre depresión e ideación suicida (tabla V) destacando como no hubo ningún caso no deprimido con niveles cuatro o cinco de ideación suicida.

## DISCUSION

La elevada tasa de prevalencia para la depresión hallada en este trabajo puede estar relacionada con las peculiares características de la población estudiada y con el instrumento utilizado para valorar la depresión.

Con el punto de corte 14 para la escala GDS parecen incluirse como depresivos aquellos casos con una sintomatología depresiva intermedia, con lo que nuestras cifras se aproximan a los datos obtenidos en España por Krief (1982) (6). También Seva y Sala (1988) (8), al utilizar la escala de Zung observan una mayor abundancia de trastornos depresivos en mayores de sesenta años en el nivel de depresión intermedio, que llega a ser el mayor de todos los grupos de edad.

TABLE III  
ANCIANOS DEPRIMIDOS, SEGUN EL SEXO

Sexo	No deprimidos	Deprimidos	Total
Hombres.....	10	5	15
Mujeres.....	18	42	60
Total.....	28	47	75

Chi-square, 6,8959; p, 0,009; no contestan, 11 casos.

TABLE IV  
ANCIANOS DEPRIMIDOS,  
SEGUN EL ESTADO CIVIL

Estado civil	No deprimidos	Deprimidos	Total
Casados .....	2	5	7
Viudos .....	11	30	41
Solteros .....	12	12	24
Separados.....	2	0	2
Unión no legalizada....	1	0	1
Total.....	28	47	75

Chi-square, 8,8449; p, 0,065; no contestan, 11 casos.

Para una especificidad, 0,95; chi-square, 10,9069; p, 0,028.

TABLE V  
 ANCIANOS DEPRIMIDOS, SEGUN IDEACION SUICIDA

Ideación suicida	No deprimidos	Deprimidos	Total
1. La vida me interesa tanto como siempre.....	19	10	29
2. La vida me interesa menos que antes.....	4	11	15
3. No me importaría morirme.....	5	13	18
4. Preferiría morirme.....	0	9	9
5. Tengo deseos de matarme.....	0	2	2
Total.....	28	45	73

Por otra parte, al haberse realizado el trabajo en forma heteroaplicada es probable que se haya evitado que muchos síntomas quedasen desapercibidos, ya que la impresión clínica tras el mismo, reafirma la necesidad de realizar un paciente, minucioso y crítico análisis de las respuestas que expresa el anciano sobre su posible sintomatología.

Cabe también pensar que algunos síntomas depresivos puedan corresponder a los síntomas afectivos que acompañan frecuentemente a las demencias, que incluso pueden dificultar seriamente su diagnóstico diferencial en algunos estadios (Barnes y Raskind, 1984) (19), al margen de que pueda coexistir un diagnóstico de demencia con el de depresión. A esta circunstancia se puede añadir la presencia de síntomas depresivos como consecuencia del deterioro orgánico de salud propio del envejecimiento, ya que la prevalencia de síntomas depresivos entre los ancianos suele estar relacionada con la existencia de problemas crónicos de salud (Cheah y Beard, 1980) (20).

Los problemas de salud son especialmente frecuentes entre los ancianos de los asilos, ya que en no pocas ocasiones el no poder vivir solos o ser atendidos suficientemente por sus familiares es lo que condiciona su ingreso. También es frecuente que éste se produzca tras la muerte del cónyuge estando plenamente demostrado que esto favorece la aparición de la depresión (los viudos son también dentro de nuestra población el grupo con mayor índice de deprimidos).

A estos dos factores hay que añadir el que en gran parte de los casos el ingreso en uno de estos centros (especialmente si es forzoso), implica un gran esfuerzo de adaptación, sentimientos de desarraigo y de abandono por parte de los familiares. Estos datos tienen especial importancia en cuanto que, como afirma Weimberg (1982) (21), los factores precipitantes actúan con más frecuencia en las depresiones de inicio tardío.

El hecho de que toda la población estudiada viva en régimen de internamiento dentro de una residencia geriátrica puede ser un hecho especialmente relevante a la hora de explicar los altos niveles de depresión e ideación suicida registrados entre este grupo de ancianos.

Las diferencias registradas para la prevalencia de la depresión por sexos, que alcanzan una relación hombre/mujer de 1/2,1, lo cual concuerda perfectamente con los datos de Hirschfeld y Goodwin (1989) (2), según los cuales la prevalencia media para todos los trastornos afectivos es del doble en las mujeres que en los hombres. También Seva y Sala (1988) (8) encuentran una tasa de prevalencia en las psicosis depresivas del doble en la mujer, que llega a ser superior al triple en las depresiones neuróticas.

La presencia de ideación suicida está directamente relacionada con la depresión, ya que sólo expresaron su deseo de morir o de matarse los pacientes deprimidos. La detección de un 15 por 100 de pacientes con riesgo de suicidio y de un 3 por 100 con riesgo elevado e inminente, pone de relieve la necesidad de medidas preventivas especialmente dirigidas a los ancianos y, particularmente, a los internados en centros geriátricos, por constituir un grupo de alto riesgo.

#### BIBLIOGRAFIA

1. BLAZER, D.; BACHAR, J., y MANTON, K.: «Suicide in late life: review and commentary». *J. Am. Geriatric Soc.*, 1986, 34: 519-525.
2. HIRSCHFELD, R. M., y GOODWIN, F. K.: «Trastornos del estado de ánimo». En «Tratado de psiquiatría». 1989. (eds. Talbott, J. A., Hales, R. E., y Yudofsky, S. C.). Ancora, Barcelona.
3. ROBINS, J.; PAUKER, S., y THOMAS, J.: «Can schizophrenia begin after age 44?». *Compr. Psychiatry*, 1984, 25: 290-293.
4. HAGNELL, O.; LANKE, J., y RORSMAN, B.: «Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby Study». *Sweden. Psychol. Med.*, 1982, 12: 279-289.
5. ZARIT, S. H. y ZARIT, J. M.: «Depression in later life: Theory and assessment». En «Geriatric mental health». 1984. (eds. Abrahams, J. P., y Crooks, V. J.). Grune & Stratton, Orlando.
6. KRIEF, B.: «La depresión en España. Estudio sociológico». 1982. Lederle, Madrid.
7. GURLAND, B. J. y MEYERS, B. S.: «Psiquiatría geriátrica». En «Psiquiatría geriátrica». 1989. (eds. Talbott, J. A., Hales, R. E., y Yudofsky, S. C.). Ancora, Barcelona.

8. SEVA, A. y SALA, J. M.: «Aspectos epidemiológicos de las depresiones». En: «Epidemiología, etiopatogenia y terapéutica de las depresiones». 1988. PTD España, Barcelona.
9. ROJAS, E.: «Estudios sobre el suicidio». 1984. Salvat, Barcelona.
10. BOULET, J.: «Le suicide du viellard». En «Gerontologie». 1982. (ed. Bourliere, F.). Flammarion Medicine-Science, París.
11. DE LAS HERAS F. J.; DUEÑAS, M.; GAONA, J. M., y ELEGIDO, T.: «Etiopatogenia e incidencia del suicidio entre los ancianos». *Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol.*, 1988, 23, 1: 23-30.
12. MARTI, G.: «Epidemiología del suicidio consumado en Barcelona durante el año 1983». *Rev. Psiquiat. Med. Europa Am. Lat.*, 1983,16, 8: 576-583.
13. DE LAS HERAS, F. J.; CIVEIRA, J. M.; ROJAS, E.; DUEÑAS, M. y ABRIL, A.: «Epidemiología del suicidio en Madrid». *Rev. Psiquiatría Fac. Med.*, Barna, 1987, 14, 5: 241-250.
14. ALONSO FERNANDEZ, F.: «Fundamentos de la psiquiatría actual». 1979. Paz Montalvo, Madrid.
15. POLAINO-LORENTE, A.: «Depresión: actualización psicológica de un problema clínico». 1984. Alhambra, Madrid.
16. FERRARI, N. A.: «Institutionalization and attitude change in an aged population: a field study and dissidence theory». 1962. Unpublished Doctoral Dissertation. Western University.
17. RAMOS, J. A.: «La medida de la depresión». En «La depresión desde la perspectiva psicobiológica». 1987. (eds. Ayuso, J. L., y Saiz, J.). JARPYO, Madrid.
18. BRINK, T. A. y cols.: *Clin Gerontologist*, 1982, 1: 37-44.
19. BARNES, R. y RASKIND, M.: «Long-term clinical management of the dementia patient». En «Geriatric mental health». 1984. (eds. Abrahams, J. P., y Crooks, V. P.). Grune & Stratton. Orlando.
20. CHEAH, K. C. y BEARD, C. W.: «Psychiatric findings in the population of a geriatric evaluation unit: implications». *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1980, 28: 153-156.
21. WEIMBERG, J.: «Psiquiatría Geriátrica». En «Tratado de psiquiatría». 1982. (Feedman, A. M., Kaplan, H., y Sadock, B. J.). Salvat. Barcelona.