

# Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos

M.A. Zavala-González<sup>a</sup>, G. Domínguez-Sosa<sup>b</sup>

**Introducción.** Depresión y disfunción familiar son problemas frecuentes durante la vejez; identificar grupos y factores asociados susceptibles de modificación constituye una oportunidad de intervención. **Objetivo.** Identificar la frecuencia de depresión y disfunción familiar, y sus factores asociados, en adultos mayores urbanos de Cárdenas, Tabasco, México. **Sujetos y métodos.** Diseño: transversal. Población: usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Muestra: no probabilística por conveniencia. Criterios de inclusión: cualquier sexo, sin deterioro cognitivo, nivel socioeconómico medio, residencia habitual en zonas urbanas, que acudieron a unidades del IMSS durante enero-junio de 2008, aceptaron participar y firmaron consentimiento informado. Variables: sociodemográficas, percepción de la funcionalidad familiar, depresión. Instrumentos: Apgar familiar y escala de Yessavage (versión reducida). Análisis: estadísticas descriptivas y razón de posibilidades (*odds ratio*, OR) con intervalo de confianza del 95% (IC 95%) ( $p \leq 0,05$ ), estimadas con SPSS v. 10.0. **Resultados.** 100 adultos mayores (60 mujeres y 40 varones); edad media:  $69,71 \pm 7,01$  años; intervalo: 60-91 años. Funcionalidad familiar: funcional, 51%; disfunción moderada, 35%; disfunción grave, 14%. Frecuencia de depresión: sin depresión, 47%; depresión leve, 34%; moderada-grave, 19%. Factores asociados a depresión: escolaridad baja, OR = 4,68 (IC 95% = 1,41-15,60); estado civil no unido, OR = 6,00 (IC 95% = 1,18-30,63). Factores asociados a disfunción familiar: escolaridad baja, OR = 3,85 (IC 95% = 1,16-12,79); edad > 74 años, OR = 0,33 (IC 95% = 0,12-0,95). Fuerza de asociación depresión/disfunción familiar: OR = 5,54 (IC 95% = 2,34-13,10). **Conclusión.** La frecuencia de depresión y disfunción familiar fue elevada en comparación con lo informado por otros autores. La asociación entre estas dos variables, así como entre éstas y bajo nivel de educación y soledad, constituyen una oportunidad de intervención.

**Palabras clave.** Adulto mayor. Depresión. Disfunción familiar. Escolaridad. Estado civil. Funcionalidad familiar.

## *Depression and family functionality perception in urban elderly adults from Mexico*

**Introduction.** Depression and family dysfunction are frequent problems during the aging; to identify associated factors and groups susceptible to modification, constituted an intervention opportunity. **Aim.** To identify the family dysfunction and depression frequency and your associated factors, in urban elderly adults from Cardenas, Tabasco, Mexico. **Subjects and methods.** Design: cross-sectional. Population: user of the Mexican Institute of Social Security (MISS). Sample: no randomized for convenience. Inclusion criteria: any sex, without cognitive deterioration, middle socioeconomic level and habitual residence in urban zones that goes to units of the MISS during January-June 2008, accepted participate and signed informed consent. Variables: sociodemographics, family functionality perception, depression. Instruments: Family Apgar, Yessavage Scale (reduced version). Analysis: descriptive statistics and odds ratio (OR) with 95% of confidence interval (95% CI) ( $p \leq 0.05$ ), estimated with SPSS v. 10.0. **Results.** 100 elderly adults (60 females, 40 males); mean age:  $69.71 \pm 7.01$  years-old; interval: 60-91 years-old. Family functionality: functional 51%, moderated dysfunction 35%, severe dysfunction 14%. Depression frequency: without depression 47%, light depression 34%, moderate-severe depression 19%. Depression associated factors: low school level, OR = 4.68 (95% CI = 1.41-15.60); no united civil status, OR = 6.00 (95% CI = 1.18-30.63). Family dysfunction associated factors: low school level, OR = 3.85 (95% CI = 1.16-12.79); age > 74 years-old, OR = 0.33 (95% CI = 0.12-0.95). Association force depression/family dysfunction: OR = 5.54 (95% CI = 2.34-13.10). **Conclusions.** The family

- <sup>a</sup> Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C.  
<sup>b</sup> Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Villahermosa, Centro, Tabasco, México.

## Correspondencia

Dr. Marco Antonio Zavala González. Principal de la Alberca, 24. Col. Ingenio Santa Rosalía. H. Cárdenas. CP 86500 Cárdenas, Tabasco, México.

## E-mail

zgma\_51083@yahoo.com.mx

## Agradecimientos

Los autores agradecen a las autoridades del IMSS Delegación Tabasco las facilidades otorgadas para la realización de este estudio.

Trabajo presentado como póster en el XXII Congreso Nacional de Medicina Familiar, celebrado en Algreja, Colima, México, 28-30 de mayo de 2009. Resumen publicado en *Atención Familiar* 2009; 16 (Supl 1): 4.

*dysfunction and depression frequency was high compared with the informed by other authors. The association among this two variables, as well as between this and low educational level and loneliness, constituted an intervention opportunity.*

**Key words.** Civil status. Depression. Elderly adult. Family dysfunction. Family functionality. School level.

## Introducción

La situación demográfica actual en el mundo indica claramente la tendencia al crecimiento de los grupos etáreos que superan los 60 años [1]. México contaba en el 2005 con una población total de 5.973.856 adultos mayores y la esperanza de vida se estimaba en 72,5 años [2,3]. De acuerdo con las cifras comunicadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el municipio de Cárdenas, Tabasco, México, contaba ese año con una población de 8.105 adultos mayores de 65 años, de los cuales el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) contaba como prestatarios al 40% [4]. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el año 2006, la población de adultos mayores de 65 años en este mismo municipio era de 8.373, y en el 2008, de 8.902, y se estima que para el año 2030, la población de este grupo etáreo ascenderá hasta 20.392 [5].

El envejecimiento supone cierto número de cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales, es decir, una declinación en la función del organismo como un todo; no obstante, no todos los órganos envejecen al mismo tiempo. El deterioro de las capacidades biopsicosociales del adulto mayor trae un cambio en la posición y función que desempeña en la sociedad y, específicamente, en su familia [6].

La depresión es una alteración afectiva que se caracteriza por pesimismo, sensación de amargura, desesperanza, sufrimiento para vivir, incapacidad de realizar las tareas habituales, trastornos del sueño, cansancio precoz, añoranza, fijación por ideas, empeoramiento matutino, tendencia al llanto, sensación de lentificación del tiempo y pérdida de la planificación futura [7]. Se considera un síndrome geriátrico frecuente que produce un alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad (directamente, e indirectamente por comorbilidad con otras enfermedades) [8]. No sólo es escasa la investigación en este terreno, sino que

además los hallazgos obtenidos no son específicos de la depresión en el adulto mayor: más que patognomónicos, serían rasgos con una representación mayor en este grupo de edad que en la población general [9]. Diversos estudios epidemiológicos comunican que la prevalencia de depresión en adultos mayores varía de 3 al 70% [7,8,10-13]. Se han descrito múltiples factores de riesgo en el adulto mayor, pero la depresión se asocia principalmente con factores socioambientales (riesgo social) y comorbilidad, lo que sugiere la necesidad de detectar en la depresión el manejo social y clínico de los enfermos [14]. Algunos de los diversos factores de riesgo comunicados son: dificultad para realizar actividades ejecutivas, instrumentales y básicas de la vida diaria, soledad, desamparo filial, pérdida de roles, bajo apoyo social, improductividad económica, falta de convivencia, inactividad física, dependencia económica, sexo femenino, pluripatología, polimedicación, antecedentes familiares de depresión, pérdidas afectivas y falta de pareja sentimental [14-16].

La pérdida de ocupaciones en la familia, en el grupo y en el trabajo conducen a inadaptación social, y de su intensidad o continuación resultan serias perturbaciones en la propia personalidad [17].

Estudios realizados en Cuba [18] y Brasil [19, 20] demuestran que la ancianidad es una etapa vulnerable de la vida, relacionada con el incremento de la inadaptación de los ancianos al núcleo familiar, los cuales manifiestan sentimientos de soledad y tristeza que, en ocasiones, devienen en conducta suicida.

La familia como sistema desempeña un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud, sino en su proceso de rehabilitación [21-26]. Esto depende de si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social. Según Díaz-Tabares et al [27], a mayor edad aumenta la percepción negativa de la funcionalidad familiar. Asimismo, refieren que a menor escolaridad, los adultos mayores perciben como disfuncional su núcleo familiar con mayor frecuencia, resultados semejantes a los observados por Bakker et al [28] y Somers [29].

En el estado de Tabasco (México), aun dado el activo proceso de transición demográfica descrito previamente, con sus respectivas consecuencias socioeconómicas y sanitarias, existen escasas referencias sobre los problemas psicosociales del adulto mayor en la entidad y sus distintas regio-

**Tabla I. Características de la muestra estudiada.**

|                 |                                                           |     |
|-----------------|-----------------------------------------------------------|-----|
| Sexo            | Femenino                                                  | 60% |
|                 | Masculino                                                 | 40% |
| Estado civil    | Unido/a                                                   | 44% |
|                 | No unido/a                                                | 56% |
| Ocupación       | Campesino/a                                               | 7%  |
|                 | Comercio                                                  | 7%  |
|                 | Empresario/a                                              | 2%  |
|                 | Jubilado/a                                                | 32% |
|                 | Labores del hogar/domésticas                              | 50% |
|                 | Obrero/a                                                  | 2%  |
|                 | Profesional                                               | 0%  |
|                 |                                                           |     |
| Escolaridad     | Primaria o menor                                          | 83% |
|                 | Secundaria                                                | 14% |
|                 | Preparatoria                                              | 2%  |
|                 | Licenciatura                                              | 1%  |
| Estado de salud | Sano                                                      | 21% |
|                 | Portador de dos o más enfermedades crónicas degenerativas | 79% |

nes geopolíticas. Esta situación evidencia desconocimiento y falta de interés hacia el vulnerable sector de la población que constituyen los adultos mayores. El municipio de Cárdenas es el segundo en importancia económica y social en Tabasco; la mayor proporción de su población es de nivel socioeconómico medio y se concentra en la zona urbana de la localidad. Así pues, se realizó una investigación con el objetivo de identificar la frecuencia de depresión y disfunción familiar, y sus factores asociados, en adultos mayores urbanos

de Cárdenas, como una primera aproximación al problema descrito en el planteamiento señalado.

## Sujetos y métodos

Se realizó una investigación transversal en adultos mayores urbanos de clase media residentes en el municipio de Cárdenas, Tabasco, México. Dado que el universo de estudio comprendido por los adultos mayores urbanos de clase media residentes en ese sitio es una población finita e indeterminada, se estudió una muestra no probabilística por conveniencia, en la que se incluyeron a todos los sujetos que cumplieron criterios de selección.

Se seleccionó como emplazamiento a unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) situadas en la zona urbana de la localidad, ya que su población usuaria es de nivel socioeconómico medio (clase trabajadora), contando así con una población con el perfil deseado agrupada en un solo lugar y evitando la localización individual de los sujetos.

Se incluyeron adultos  $\geq 60$  años de edad, de cualquier sexo, sin deterioro cognitivo conocido, que acudieron acompañados por su cuidador primario (para que diera fe de la ausencia de deterioro cognitivo conocido) a unidades médicas del IMSS durante el período enero-junio de 2008, aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Se recopilaban variables sociodemográficas, midiéndose la percepción de la funcionalidad familiar por medio del cuestionario Apgar familiar y la depresión a través de la escala de Yessavage versión reducida. El punto de corte para el primero fue una puntuación  $\leq 6$  (para considerar la percepción del funcionamiento familiar como disfuncional), y para el segundo se consideró con depresión una puntuación  $\geq 6$ . Adicionalmente, se formularon seis preguntas con el fin de obtener datos sociodemográficos para definir el perfil del grupo estudiado e identificar factores asociados a depresión y percepción disfuncional del núcleo familiar. La investigación fue aprobada por el comité correspondiente.

Previo consentimiento informado, se encuestó a los sujetos que cumplieron criterios de selección durante el período señalado. La información recopilada se integró en una base de datos em-

pleando el programa SPSS v. 10.0, el mismo con el que se realizó el análisis estadístico, consistente en medidas de preferencia, de tendencia central y de dispersión, además de razón de posibilidades (*odds ratio*, OR) e intervalo de confianza al 95% (IC 95%) ( $p \leq 0,05$ ).

## Resultados

Se estudiaron 100 adultos mayores (60 mujeres y 40 varones), con una edad media de  $69,71 \pm 7,01$  años (intervalo: 60-91 años).

El 56% refirió un estado civil no unido (divorciado/a, separado/a, soltero/a, viudo/a). En cuanto a ocupación, el 50% manifestó dedicarse a las labores del hogar, y el 32%, encontrarse jubilado. Con respecto a la escolaridad, ésta fue predominantemente baja, ya que el 83% refirió escolaridad primaria o menor. Por último, en relación a su estado de salud, el 79% refirió ser portador de dos o más enfermedades crónicas degenerativas, estando presentes la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus en todos estos casos. El resto de las características se muestran en la tabla I.

El 51% percibió funcionalidad en su núcleo familiar; el 35%, disfunción moderada, y el 14%, disfunción grave. En suma, la prevalencia de disfunción familiar fue del 49%.

La prevalencia de depresión fue del 53%, equivalente a 53 casos, de los cuales el 64% fueron leves (34% de la población total), y el 36%, moderados-graves (19% de la población total).

Al buscar asociación entre percepción disfuncional del núcleo familiar y las variables sociodemográficas incluidas, sólo se encontró asociación significativa con edad y escolaridad (Tabla II), mientras que al indagar la asociación entre depresión y las variables sociodemográficas, se halló asociación significativa con escolaridad y estado civil (Tabla III). También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión y disfunción familiar (OR = 5,54; IC 95% = 2,34-13,10).

## Discusión

El presente estudio cuenta con una serie de limitaciones y posibles sesgos que es necesario señalar

en aras de mantener la calidad científica de sus resultados. Por una parte, las características de la población estudiada son específicas y los criterios de selección definidos fueron muy estrechos, esto con el fin de disminuir el error de sistematización del estudio, homogenizando su población. Por ello, en buena medida, los resultados obtenidos pueden ser aplicables sólo para la localidad en cuestión; sin embargo, dado que tales características pueden encontrarse de forma similar en otras poblaciones del sureste de México, y que el diseño de la investigación puede reproducirse en otros lugares, los resultados obtenidos tienen utilidad científica, máxime en función de la escasez de estudios sobre el tema en la región. Por otra parte, en virtud de ser un estudio observacional, cuenta con las limitaciones y sesgos propios de este diseño, en el cual, al no controlarse el medio en el que se desarrolla el fenómeno ni las variables de exposición, pueden existir condiciones y variables ajenos al estudio que influyan sobre los resultados obtenidos. Por último, en relación a la muestra tomada por conveniencia, este tipo de muestras son poco útiles para estudiar la prevalencia de una enfermedad porque no son estadísticamente representativas del universo de estudio; sin embargo, como dicho universo es un número finito, pero desconocido (hasta este momento), esto imposibilita el cálculo probabilístico de una muestra representativa con un nivel de confianza determinado.

En esta serie se encontró una prevalencia de percepción disfuncional del núcleo familiar del 49%, siendo predominante la disfunción moderada. Este resultado es superior a lo informado por Díaz-Tabares et al [27], Bakker et al [28] y Somers [29], quienes han comunicado frecuencias del 40%, 25% y 32%, respectivamente. Tal diferencia podría atribuirse a las divergencias sociodemográficas y culturales de las poblaciones estudiadas en comparación con la investigada en esta serie.

Por otro lado, la prevalencia de depresión en adultos mayores obtenida en este estudio fue del 53%; este resultado es mayor a la comunicada por otros autores nacionales y extranjeros [14,30-33]. Esta diferencia podría explicarse por el hecho de que los citados autores emplearon escalas y criterios diagnósticos para depresión en el adulto mayor distintos al utilizado en esta investigación.

Con respecto a los factores asociados a disfunción familiar percibida, en esta serie se encontró una asociación estadísticamente significativa con

**Tabla II. Fuerza de asociación para disfunción familiar con variables sociodemográficas.**

|                 |                        | <i>Odds ratio</i> | IC 95%     |
|-----------------|------------------------|-------------------|------------|
| Edad            | ≤ 74 años <sup>a</sup> | 2,99              | 1,05-8,49  |
|                 | > 74 años <sup>a</sup> | 0,33              | 0,12-0,95  |
| Sexo            | Femenino               | 0,57              | 0,25-1,27  |
|                 | Masculino              | 1,77              | 0,79-3,97  |
| Estado civil    | Unido                  | 0,65              | 0,18-2,37  |
|                 | No unido               | 1,53              | 0,42-5,58  |
| Ocupación       | Trabajador activo      | 0,65              | 0,28-1,52  |
|                 | Jubilado               | 1,53              | 0,66-3,58  |
| Escolaridad     | Primaria o menor       | 3,85              | 1,16-12,79 |
|                 | Secundaria o mayor     | 0,26              | 0,08-0,86  |
| Estado de salud | Sano                   | 0,73              | 0,28-1,93  |
|                 | Enfermo                | 1,37              | 0,52-3,61  |

<sup>a</sup> Esperanza de vida nacional. IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

edad y escolaridad. Estos resultados concuerdan por una parte con lo informado por los autores citados [27-29], quienes refieren que a menor escolaridad, los adultos mayores perciben como disfuncional su núcleo familiar con mayor frecuencia; esto se relaciona íntimamente con la actividad laboral, ya que los sujetos con escolaridad mayor, como los que ostentan títulos de licenciatura o posgrados, suelen tener mayor actividad económica, debido a la diferencia existente entre la declinación con la edad de las funciones físicas (fuerza de trabajo de personas con baja escolaridad) frente a las funciones intelectuales (fuerza de trabajo de personas con alta escolaridad). Por tanto, tienen un número considerable de razones para sentirse emocionalmente satisfechos en su núcleo familiar, pues esto presupone la conservación de su estatus en el núcleo, al poder influir en la economía de la familia y tener menor res-

ponsabilidad con tareas del hogar. En cuanto a la edad, los resultados obtenidos concuerdan con lo informado por Díaz-Tabares et al [27], quienes hallaron que a mayor edad, aumenta la percepción negativa de la funcionalidad familiar; esto se debe al incremento en las demandas y expectativas de atención de parte de los adultos mayores hacia su familia.

En cuanto a los factores asociados a depresión en el adulto mayor, en la presente investigación se encontró asociación con el estado civil y la escolaridad. Estos resultados concuerdan parcialmente con lo informado por Urbina-Torija et al [14] y por Castro-Lizárraga et al [15], quienes señalan que la soledad es un factor de riesgo para depresión en el adulto mayor, resultado que corresponde con el estado civil no unido, con el que se encontró una asociación de riesgo. En contraposición con los resultados comunicados por estos mismos autores,

**Tabla III. Fuerza de asociación para depresión con variables sociodemográficas.**

|                        |                        | <i>Odds ratio</i> | <i>IC 95%</i> |
|------------------------|------------------------|-------------------|---------------|
| <b>Edad</b>            | ≤ 74 años <sup>a</sup> | 1,31              | 0,50-3,45     |
|                        | > 74 años <sup>a</sup> | 0,76              | 0,29-2,00     |
| <b>Sexo</b>            | Femenino               | 0,44              | 0,19-1,01     |
|                        | Masculino              | 2,27              | 0,99-5,18     |
| <b>Estado civil</b>    | Unido                  | 0,17              | 0,03-0,85     |
|                        | No unido               | 6,00              | 1,18-30,63    |
| <b>Ocupación</b>       | Trabajador activo      | 0,82              | 0,35-1,92     |
|                        | Jubilado               | 1,21              | 0,52-2,82     |
| <b>Escolaridad</b>     | Primaria o menor       | 4,68              | 1,41-15,60    |
|                        | Secundaria o mayor     | 0,21              | 0,06-0,71     |
| <b>Estado de salud</b> | Sano                   | 0,76              | 0,29-2,00     |
|                        | Enfermo                | 1,31              | 0,50-3,45     |

<sup>a</sup> Esperanza de vida nacional. IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

no se halló asociación con comorbilidad (pluripatología), pérdida de roles (jubilación) y el sexo femenino, mientras que la asociación con variables como funcionalidad para actividades de la vida diaria, dependencia económica, inactividad física y antecedentes familiares no se investigó en este estudio. Asimismo, en lo referente a la asociación escolaridad/depresión encontrada en esta serie, ésta constituye un hallazgo en este grupo etario, pues aunque dicha asociación ha sido descrita en investigaciones realizadas por autores como Chevalier y Feinstein [34], quienes refieren que el riesgo de depresión aumenta hasta en un 20% en sujetos de baja escolaridad (en población general), no se encontraron referencias que hicieran alusión a dicho hallazgo en adultos mayores (grupo de características específicas estudiado en esta serie).

Por último, el papel que desempeña la funcionalidad familiar en la depresión se corroboró en

este estudio, tal como también plantean McCrea et al [35], Callahan et al [36] y Christi et al [37]. En conclusión, la prevalencia de disfunción familiar percibida y depresión observada en esta serie es elevada. Superar la esperanza de vida nacional es un factor asociado a disfunción familiar, al igual que la baja escolaridad, que también desempeña un papel importante en el desarrollo de depresión en el adulto mayor, junto con la falta de pareja sentimental. La disfunción familiar y la depresión son entidades fuertemente asociadas, por lo que dada la frecuencia de presentación de ambas, se deben llevar a cabo actividades de cribado de éstas, con énfasis en los grupos de riesgo identificados, con el fin de poder ofrecer el tratamiento oportuno y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Se requieren estudios más amplios, con muestras más grandes e inclusión de otras variables

como funcionalidad para las actividades básicas, instrumentales y ejecutivas de la vida diaria, polimedicación, antecedentes familiares de depresión, pérdidas afectivas e institucionalización, entre otras, para presentar mejores conclusiones.

## Bibliografía

- Lozano-Cardoso M. Introducción a la geriatría. 2 ed. México DF: Méndez; 2000.
- Zúñiga-Herrera E, García-López JE, Partida-Bush V. Mortalidad de la población de 60 años y más. La situación demográfica en México. México DF: CONAPO; 2004.
- Reyes-Tépach M. Análisis demográfico y socioeconómico de la población de adultos mayores en México 2006-2050. México DF: Centro de Documentación, Información y Análisis. Subdirección de Economía; 2006.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo poblacional del estado de Tabasco. 2005. URL: <http://www.inegi.gob.mx/monografias/informacion/tab/territorio/default.asp?toma=me/&e=04>. [31.01.2009].
- Consejo Nacional de Población. Proyecciones de población municipales 2005-2030. URL: [http://www.conapo.gob.mx/proyecciones/proyecciones\\_municipales\\_2005-2030.xls](http://www.conapo.gob.mx/proyecciones/proyecciones_municipales_2005-2030.xls). [31.01.2009].
- Devesa-Colina E. Geriatría y gerontología: generalidades, fisiología, psicología, sexualidad e inmunidad en el anciano. La Habana: Científico-Técnica; 1992. p. 13-8.
- Piña ST, Martínez MY, Duran L, Baster JC. Depresión y estado de salud en el anciano. Correo Científico Médico de Holguín; 2002. URL: <http://cocmed.sid.cu/no114ori2.htm>. [31.01.2009].
- López-Trigo JA. La depresión en el paciente anciano. Geriatría Net; 2001. URL: <http://www.geriatrianet.com>. [31.01.2009].
- Morínigo-Domínguez A, González-Rodríguez VM. Salud mental en los adultos mayores. Madrid: International Marketing & Communication. URL: <http://correofarmaceutico.com/documentos/190207saludmentalpersonas-mayores.pdf>. [31.01.2009].
- Ramón-García F, Guridi-González MZ, Medina-Valdés A, Dorta-Guridi Z. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. Psicología Científica; 2007. URL: <http://www.psicologiacientifica.com>. [31.01.2009].
- Secretaría de salud. Impacto de una estrategia de apoyo psicológico en la disminución de síntomas clínicos de depresión en el adulto mayor. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 2003. URL: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletín/2003/sem48/pdf/edit4803.pdf>. [31.01.2009].
- Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel-Molina CG, Velasco-Rodríguez VM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45: 21-8.
- Zarragoitia I. La depresión en la tercera edad. Geriatría Net; 2003. URL: <http://www.geriatrianet.com>. [31.01.2009].
- Urbina-Torija JR, Flores-Mayor JM, García-Salazar MP, Torres-Buisán L, Torrubias-Fernández TB. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit 2007; 21: 37-42.
- Castro-Lizárraga M, Ramírez-Zamora S, Aguilar-Morales LV, Díaz de Anda VM. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. Neurol Neurocir Psiquiatr 2006; 39: 132-7.
- Ávila-Funes JA, Garant MP, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. Rev Panam Salud Pública 2006; 19: 321-30.
- Suárez-Terry RL. Geriatría: ¿nueva especialidad? Rev Cubana Med Gen Integr 1993; 9: 6-9.
- Devesa-Colina E. El envejecimiento como problema. Rev Cubana Salud Pública 1993; 19: 93-9.
- Colache I. Sentido de vida: una questione de saúde mental do édodo. Ribeir Preto; 1993: 150.
- Bodachne L. Instabilidade e quedas no édodo. Rev Bras Med 1994; 51: 226-35.
- Campbell TL. Family's impact on health: a critical review. Fam Syst Med 1986; 4: 135-53.
- Rahe R, Meyer M. Social stress and illness onset. J Psychosom Res 1964; 8: 35-44.
- Meyer R, Haggerty RJ. Streptococcal infections in families. Pediatrics 1962; 29: 539-49.
- Clover RD, Abell TD, Becker LA, Crawford S, Ramsey CN Jr. Family functioning and stress as predictors of influenza B infection. J Fam Pract 1989; 28: 535-9.
- Smilkstein G. The patient, the family and the biopsychosocial model. Fam Med 1988; 6: 7.
- Ramsey C. The relationship between family functioning, life events, family structure, and the outcome of pregnancy. J Fam Pract 1986; 22: 521-5.
- Díaz-Tabares O, Soler-Quintana ML, García-Capote M. El Apgar familiar en ancianos convivientes. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14: 548-53.
- Bakker RH, De Bakker DH, Kerkstra A, Stokx LJ. Role of the family physician in mental and social problems in homes for the aged. Tijdschr Gerontol Geriatr 1995; 26: 71-9.
- Somers AR. 'Lifecare': a viable option for long-term care for the elderly. J Am Geriatr Soc 1993; 4: 188-91.
- Caraveo AJ. Análisis crítico y perspectivas futuras de

- la epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 1982; 5: 145-58.
31. Reyes OM, Soto HL, Milla KG. Actualización de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Rev Med Salud Mental* 2003; 26: 59-68.
  32. Reynolds CF. Treatment of depression in late life. *Am J Med* 1994; 97 (Suppl 6A): 39-46.
  33. Shua-Haim JR, Sabo MR, Comsti E, Gross JS. Depression in the elderly. *Hosp Med* 1997; 33: 45-58.
  34. Chevalier A, Feinstein L. The causal effect of education on depression. London: Tinbergen; 2004. URL: <http://www.tinbergen.nl/cost/cost/chevalier.pdf>. [31.01.2009].
  35. McCrea D, Arnold E, Marchevsky B, Kaufinan BM. The prevalence of depression in geriatric medical outpatients. *Age Ageing* 1994; 23: 465-7.
  36. Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, Brater DC, Hui SL, Tierney WM. Improving treatment of late depression in primary care. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 839-46.
  37. Christi A, Patten CA, Choi WS, Vickers KS. Persistence of depressive symptoms in adolescents. *Neuropsychopharmacology* 2001; 25: 89-91.