



DEPRESIÓN MAYOR EN ADULTEZ TARDÍA: FACTORES CAUSALES Y ORIENTACIONES PARA EL TRATAMIENTO

MAJOR DEPRESSION IN ELDERLY: CAUSAL FACTORS AND TREATMENT ORIENTATION

Ronald Toro; Julio Vargas; Sandra Murcia,
Natalia Gaitán, Daniela Umbarila & Kelly
Sarmiento*

Universidad Manuela Beltrán

ARTÍCULO DE REVISIÓN.
RECIBIDO: Octubre 30 de 2013.
APROBADO: Febrero 26 de 2014.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue presentar un panorama actualizado sobre el trastorno depresivo mayor en la adultez tardía, mediante la revisión de diferentes trabajos acerca de esta patología en cuanto a causas y tratamientos reconocidos, teniendo en cuenta los componentes claves y más relevantes de estos últimos. Se presentó inicialmente un análisis sobre la naturaleza multifactorial de los signos y síntomas del trastorno depresivo mayor, la detección y solapamiento de los mismos en esta población específica. A continuación, se resaltaron los factores de orden médico-biológicos, psicológicos, contextuales-situacionales, ambientales y culturales, con el fin de establecer un perfil patológico que permita conocer el riesgo a futuro. Luego, se presentó un panorama sobre los componentes claves para la implementación de los tratamientos psicológicos, las psicoterapias efectivas (Terapias cognitivo conductuales, farmacológicas y combinadas, psicodinámica breve e

interpersonal) y la posibilidad de una intervención integral en función de mejorar la calidad de vida en la vejez.

Palabras claves: *Adultez, vejez, depresión, diagnóstico, psicoterapia.*

ABSTRACT

The aim of this study was to present an update on major depressive disorder in elderly by reviewing recent works on this disease in terms of causes and recognized treatments, mainly the key components and most relevant of these last. An analysis of the multifactorial nature of the signs and symptoms of major depressive disorder, detection and overlap them in this specific population was initially presented. Then the medical-biological factors, psychological, contextual, situational, environmental and cultural, highlighting the relevant papers published on research in order to establish a pathological profile to know the risk for the future. Then are presented an overview of the key components for the implementation of psychological treatments, effective psychotherapies (cognitive behavioral therapy, pharmacological and combined, and brief psychodynamic and interpersonal) and the possibility of a comprehensive intervention in terms of improving the quality of life in old age.

Key words: *Adulthood, elderly, depression, diagnostic, psychotherapy.*

INTRODUCCIÓN

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2002), en la versión revisada del cuarto

* Ronald Alberto Toro Tobar es Psicólogo especialista en psicología clínica y candidato a MSc en Psicología de la Universidad Católica de Colombia; Julio Cesar Vargas Correa, Sandra Stefany Murcia Parra, Natalia Andrea Gaitán Rodríguez, Daniela Alejandra Umbarila Forero y Kelly Tatiana Sarmiento Olmos, son psicólogos en formación de la UMB. El presente documento es producto de los procesos investigativos en el aula en las asignaturas de psicopatología del niño, adolescente y adulto del programa de psicología de la UMB.

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse al Email tororonald@gmail.com jvcv15@hotmail.com fandy102@hotmail.com natilanga@hotmail.com daniuf9210@hotmail.com o maltatiana_1990@hotmail.com y la avenida Circunvalar #60-00 edificio Administrativo, primer piso, Bogotá, Colombia.

manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV-TR), definió el trastorno depresivo como una alteración del estado de ánimo caracterizado por uno o varios episodios depresivos mayores, en el cual la persona debe haber experimentado durante mínimo dos semanas sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer en diversas actividades, además de cuatro o más síntomas como cambios en apetito, patrón de sueño y la actividad psicomotora, culpa, falta de energía, problemas de concentración y pensamientos reiterados de muerte y suicidio. Igualmente, un deterioro clínicamente significativo en varias áreas de ajuste, en especial la social y laboral. Estos trastornos, pueden ser considerados como perturbaciones patológicas de la afectividad y el humor, que van acompañados de síntomas secundarios, evidentes en el cambio significativo del afecto, además de provocar una considerable alteración del funcionamiento psicosocial (Jarne, Talarn, Armayones, Horta, & Requena, 2006).

Un individuo con un trastorno depresivo evidencia por ejemplo, comportamientos desadaptativos en el momento de tomar decisiones o emprender alguna acción, usualmente asume una postura característica de indecisión y pasividad. Esta última, generalmente establecida por un quiebre en los círculos motivacionales que permiten la búsqueda del logro de placer, la cual se ha relacionado también con la aparición de ideas suicidas y desesperanza. Adicionalmente, la anhedonia como aquella incapacidad de sentir placer, no sentirse satisfecho y ausencia de interés al momento de ejecutar alguna actividad, que conlleva a un gradual alejamiento de las fuentes de satisfacción que habitualmente en estados de inactividad, acompañada de manifestaciones somáticas como disminución en el deseo sexual, alteración del ciclo del sueño y vigilia, disminución del apetito, fatiga, poca energía, cansancio extremo, entre otros (Jervis & Gonzalez, 2005).

Según la APA (2002), los trastornos del estado de ánimo se han relacionado con varios

factores causales y mantenedores, entre los que se encuentran la personalidad de base, factores externos, ritmos cardíacos, cambios estacionales, o internos como los circuitos neuroanatómicos y neuroquímicos. El primero se refiere a variables de personalidad las cuales pueden tener efecto en la modulación y expresión sintomática depresiva, la cual puede variar en gravedad y curso; el segundo, asociado a las relaciones sociales, personales y económicas que pueden influir en las variaciones y permanencia del estado del ánimo depresivo; y el último, asociado al ritmo vital que cada persona desempeña en su vida cotidiana, incluidas las horas de sol recibidas relativas a los cambios estacionales, en especial otoño e invierno (Jarne, Talarn, Armayones, Horta, & Requena, 2006). Así mismo, se han reportado en diversas investigaciones sobre el metabolismo en estos trastornos, alteraciones en el equilibrio bioquímico y variaciones en los circuitos neuronales provenientes de los núcleos basales, en especial el locus coeruleus (noradrenalina), el núcleo dorsal del rafe (serotonina), y los circuitos de la dopamina (Fernández, 2002), al igual que alteraciones en un 40-60% en el Electro Encefalograma (EEG) del sueño, en especial disminuciones en la latencia y frecuencia de los movimientos oculares en la fase REM (APA, 2002).

Además, esta patología puede ser el producto de una interacción entre características biológicas, vulnerabilidad psicológica y sucesos o situaciones estresantes, donde factores como el género (puede llegar a ser el doble de casos en las mujeres) y la edad (las manifestaciones sintomáticas varían en curso y aparición en niños, adolescentes, o en los adultos mayores con el solapamiento de síntomas cognoscitivos) pueden ser determinantes en la definición del diagnóstico, curso y tratamiento (Sarason & Sarason, 2006; APA, 2002).

Depresión en adultos mayores.

Según lo anterior expuesto, son diversos los indicadores de un trastorno que requieren un análisis detallado, es decir indagar acerca de los factores asociados tanto a nivel sintomático como

los mecanismos causales, en especial en la población adulta mayor la cual presenta dificultades diagnósticas en cuanto a la aparición del espectro sintomático y que puede solaparse con las manifestaciones físicas esperadas del deterioro progresivo de la edad, las cuales suelen ser tanto posibles causas como factores mantenedores de la problemática, sin dejar de lado otros igual de relevantes como la cultura de la vejez, el aislamiento y el cuidado de la enfermedad crónica asociada a esta etapa del ciclo vital. Tal como lo reportaron von Mühlenbrock, Gómez, González, Rojas, Vargas y von Mühlenbrock (2011) y Bruce (2002), la depresión en esta población se presenta con mayor frecuencia en las mujeres viudas, pacientes con enfermedad crónica o trastornos del sueño, historial de eventos altamente estresantes, dificultades en la movilidad y aislamiento. Además, factores socioeducativos, culturales y ambientales que pueden influir en la aparición de estos trastornos como vivir solos, estar separados, divorciados o viudos.

Ante estos reportes, es importante destacar que la depresión es una patología que se puede generar por múltiples factores acompañado de un progresivo deterioro psicosocial, comórbido con enfermedades médicas comunes para la edad (Aguilar-Navarro & Ávila-Funes, 2006); sin embargo, estas afirmaciones requieren de mayor soporte investigativo, puesto que en cuanto a las evidencias acerca del sexo y la edad aún no es concluyente, aunque sí lo es para niveles de actividad diaria, deterioro funcional, nivel académico y calidad de vida (Estrada, Cardona, Segura, Ordóñez, Osorio & Chavarriaga, 2012), aspecto que informa la necesidad de analizar con mayor detalle los factores asociados. Al respecto, en el estudio de Urbina, Flores, García, Torres y Torrubias (2007) se reportó que un 19.7% de las 477 personas mayores de 64 años presentaban síntomas depresivos, y un 5% cumplían con el diagnóstico de depresión clínica, con un aumento

de presencia de síntomas en aquellos que tenían mayor riesgo psicosocial, edad, deterioro cognitivo y discapacidad.

De igual forma, von Muhlenbrock et al. (2011) agregaron que se debe tener en cuenta si el adulto mayor se encuentra institucionalizado, lo que puede representar mayores índices de depresión, fenómeno asociado a factores como el tiempo de institucionalización y enfermedades de contexto clínico que se constituyen como indicadores relacionados con un aumento de la sintomatología depresiva. Así, se ha reportado una estrecha relación estadística con el inicio de cuadros depresivos en ancianos, dos o tres meses después del diagnóstico de una enfermedad médicamente importante (Mella, González, D'apponio, Maldonado, Fuenzalida & Díaz, 2004).

A su vez, en un trabajo cuyo objetivo fue evaluar la presencia de síntomas depresivos mayores en una muestra de 539 pacientes, entre los 65 y 102 años que vivían en distintos hogares geriátricos en donde recibían cuidados en salud y acompañamiento en enfermedad, mediante una entrevista clínica estructurada basada en el eje 1 del DSM-IV, revisión de historias clínicas e informes de familiares sobre la vida emocional, los resultados arrojaron que el 13.5% ($n = 73$) cumplieron criterios de depresión mayor, el 71% ($n = 52$) estaban experimentando su primer episodio depresivo, y un 78% ($n = 57$) el episodio vivido había durado más de dos meses. Los autores además reportaron que este trastorno estaba asociado con morbilidad médica, discapacidad y necesidades instrumentales para su movilidad, dolor, historial de episodios depresivos, y enfermedades clínicas como diabetes, hipertensión y artritis (Bruce, Mcavay, Raue, Brown, Meyers, Keohane et al. 2002). En cuanto a calidad de vida, resultados similares reportaron Alexandre, Cereda y Ramos (2009) para el estado civil, ingresos y la práctica de actividades ociosas.

Tratamiento de la depresión en adultos mayores.

La depresión en esta etapa del ciclo vital, por lo general pasa inadvertida tanto para los familiares y/o cuidadores quienes reportan bajo reconocimiento de ellos como miembros de la sociedad y si los asumen son considerados como cargas (Estrada, Cardona, Ordóñez, Osorio & Chavarriaga, 2012; Cerquera, 2008), también para los especialistas, los cuales pueden pasar por alto hasta un 40% de los casos, puesto que este trastorno fácilmente se oculta entre las representaciones sociales del envejecimiento en la actual sociedad occidental, donde ante la premisa que en esta etapa de la vida se considera “normal” el sentirse triste, perder el interés por iniciar algo nuevo, las constantes quejas por la pérdida de las funciones intelectuales como resultado de un deterioro netamente fisiológico, conlleva a decrementar la posibilidad de un diagnóstico depresivo mayor en esta población (Loo & Gallarda, 2001), posiblemente debido a las limitaciones de precisión de los instrumentos de detección (v.g. Aguilar-Navarro & Ávila-Funes, 2006), la influencia de enfermedades crónicas con limitación funcional en diferentes culturas (v.g. Menéndez, Guevara, Arcia, León-Díaz, Marín & Alfonso, 2005), entre otros, son los aspectos que deben ser tenidos en cuenta en los procesos de intervención, inicialmente en la formulación del caso clínico como fundamento de un proceso terapéutico más preciso y menos costoso, una integración idiográfica y nomotética (Nezú, Nezú & Lombardo, 2006).

Así, además de un diagnóstico temprano y más preciso, es necesario tener en cuenta los perfiles de riesgo establecidos para estos casos clínicos. Un aspecto fundamental es la vinculación del grupo familiar o cercano dentro del proceso de intervención (familia, instituciones para ancianos y el mismo paciente), siendo necesario hacerlos parte del proceso de detección de los síntomas agudos, con el fin de descubrir a tiempo la patología y poder dar inicio al tratamiento interdisciplinar de manera oportuna (Aguilar-Navarro & Ávila-Funes, 2006),

dado que la familia tiene un papel fundamental en la reducción de los síntomas, al igual que los cuidadores y los cuidados que se les otorguen las personas enfermas en situaciones de mayor vulnerabilidad, el apoyo social es un componente importante para un envejecimiento saludable, siempre y cuando esté cimentado en una atención integral que se proyecte a mejorar la calidad de vida de estas personas (Hernández, Vásquez, & Mendoza, 2012). Un ambiente familiar positivo, cohesivo y de apoyo puede resultar significativo para la salud mental del adulto mayor, además que influye en el aumento de la expectativa de vida de los mismos (Flores, Huerta, Herrera, Fernando, Vázquez & Calleja, 2011).

Actualmente, el tratamiento más utilizado en la intervención de la depresión en el adulto mayor es la psicoterapia, algunos tipos de terapia son las de corte cognitivo conductual, en donde los terapeutas trabajan con los pacientes para cambiar sus pensamientos irracionales, iniciando con la identificación de pensamientos automáticos y posteriormente modificando esquemas desadaptativos (Sarason & Sarason, 2006). De acuerdo con Cantú, Rivera, Belio y Pérez (2011), otra terapia reportada como eficaz ha sido la terapia interpersonal (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984), la cual presenta un tratamiento enfocado en las relaciones interpersonales y las soluciones de las dificultades presentes en estas, con o sin el uso de medicamentos, dirigidas al concepto psicológico del rol y la pérdida de la identidad (Heerlein, 2002) y la terapia centralizada en la solución de problemas que consiste en el manejo de eventos contenidamente depresivos; este tratamiento psicológico debe persistir entre 16 a 20 sesiones, en un rango de tiempo entre 6 a 9 meses (Nezú, Nezú & Lombardo, 2006).

Los adultos mayores suelen tener una mejor respuesta a la psicoterapia que los jóvenes que padecen este trastorno y se reporta una baja frecuencia de recaídas; a su vez, el uso de técnicas específicas para reducción de síntomas han sido

reportados por los investigadores, una de ellas ha sido la *reminiscencia* la cual es una técnica que involucra recuerdos de días o eventos especiales de la vida, además la biblioterapia que consiste en prescribir sistemáticamente libros de autoayuda.

Entre estos tratamientos psicológicos, según recomendaciones de acuerdo con el soporte empírico reportado, la terapia cognitivo conductual (TCC) se ha recomendado para la depresión leve, tal como se concluyó en un estudio controlado con 153 participantes en donde los ensayos con TCC demostraron mayor eficacia que el grupo control, igualmente la terapia psicodinámica breve demostró superioridad con respecto al control pero no con la TCC, un aspecto que resalta su utilidad pero a su vez indica preocupantemente la escasa investigación en torno a los tratamientos para este tipo de población (Wilson, Mottram & Vassilas, 2008).

Por otra parte, en la actualidad están disponibles varios tipos de tratamientos para el manejo de la depresión en adultos como son la farmacoterapia (antidepresivos), los tipo combinados (psicológico más farmacológico), la terapia electro convulsiva (como opción para casos donde el paciente no respondió satisfactoriamente al tratamiento farmacológico), tratamientos que por lo general mantienen el objetivo principal que es mejorar la calidad de vida del paciente, prevenir recaídas y optimizar su funcionamiento, haciendo más llevadera la enfermedad médica y mental (Alexopoulos, 2005).

De tal forma, el programa propuesto por Hernández, Vásquez y Ramo (2012) tiene como meta lograr que el paciente “actualice sus potencialidades de manera que logre darle a su existencia un sentido más completo y más digno” (p. 23), apoyado en el contacto permanente con la familia (incluidas las visitas domiciliarias) a quienes les informe sobre las motivaciones, preocupaciones y resentimientos con el fin de ampliar la evaluación y comprensión del caso específico. El acompañamiento familiar ha sido reconocido como

un aspecto de vital importancia para estos pacientes con trastornos depresivos, donde un ambiente familiar positivo, aquel en el cual se evidencia cohesión familiar, armonía, respeto, demostraciones de afecto y una adecuada comunicación acompañada de una genuina expresión de sentimientos entre miembros en cualquier tema relevante, si por el contrario, en casos donde la familia es tipo disfuncional, el adulto mayor suele ser más vulnerable a los síntomas depresivos (Flores-Pacheco, Huerta-Ramírez, Herrera-Ramos, & Alonso-Vázquez, 2012).

La reasignación de roles acordes a las capacidades de cada persona, la comprensión del caso de forma integral, y el uso de actividades diarias programadas, hacen que sea relevante tal como lo afirman Plati, Covre, Lukasova y Coutinho de Macedo (2006) sobre los pacientes adultos mayores institucionalizados cuando pueden tener un mejor desarrollo cognoscitivo cada vez que realizan distintas actividades, por ejemplo juegos, paseos, actividades deportivas, lo cual es parte de un repertorio de conductas saludables y salud mental de esta población.

Conclusiones

Al destacar los trastornos depresivos en los adultos mayores se debe tener en cuenta que se trata de una alteración multifactorial, donde inciden elementos inherentes al ser humano tales como los de índole médico-biológicos (variaciones neuroquímicas a nivel de neurotransmisores o conexiones neuronales), psicológicos (rasgos de personalidad e historial de enfermedad mental familiar o personal), factores contextuales-situacionales (partiendo del asumir que las personas no están exentas de vivenciar un evento estresante), ambientales (por ejemplo la violencia, desastres o variaciones en los niveles de luz solar recibida en las distintas estaciones del año), y sociales-culturales (dependiendo de los roles y jerarquías que se asuman en la sociedad, así como los significados a cada etapa del ciclo vital, es especial la vejez).

En cuanto al tratamiento, las psicoterapias como la TCC, la interpersonal, psicodinámica breve y la farmacológica han demostrado parcialmente su efectividad en el tratamiento de la depresión mayor en la adultez tardía, sin embargo se han sugerido intervenciones integrales que combinen procedimientos que involucren acompañamiento familiar, farmacológico, solución de problemas, y sobretodo propiciar espacios que hagan más llevaderas las enfermedades crónicas, manejo del dolor, y calidad en las interacciones en los distintos contextos psicosociales del adulto mayor.

Para finalizar, es válido recomendar el desarrollo de programas enfocados hacia la prevención de esta patología en la adultez mayor, desde programas de detección hasta intervención en distintos niveles, fomentando la permanente integración multidisciplinar en pro de una mejor calidad de vida, en beneficio de la sociedad puesto que puede ser un problema de salud pública, solapado entre las vicisitudes de lo que implica la edad avanzada en la sociedad actual.

REFERENCIAS

- Aguilar-Navarro, S. & Ávila-Funes, J. A. (2006). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Revista Gaceta Médica de México*, 143(2), 141-148.
- Alexandre, T., Cereda, R. & Ramos, L. R. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 613-621. Doi10.1590/S0034-89102009005000030.
- Alexopoulos, G. (2005). Diagnóstico y tratamiento de la depresión en los ancianos. *Revista IntraMed*, 365(9475), 1961-1967. Recuperado en noviembre de 2013. Disponible en <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=65652>
- Asociación Psiquiátrica Americana, APA (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado*. DSMIV-TR. Barcelona: Masson.
- Bruce, M. L. (2002). Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biological Psychiatry*, 52(3),175-184.
- Bruce, M., Mcavay, G., Raue, P., Brown, E., Meyers, B., Keohane, D., Jagoda, D. & Waber, C. (2002). Major Depression in Elderly Home Health Care Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1367-1374.
- Cantú, Y., Rivera, M., Belio, J. & Pérez, F. (2011). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión en adulto mayor en el primer nivel de atención*. Mexico: CENETEC.
- Cerquera, A. M. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7(1), 271-281.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Ordóñez, J., Osorio, J. J. & Chavarriaga, L. M. (2012). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.
- Fernández, M. (2002). *Neurología en el anciano*. Argentina: Medica Panamericana.
- Flores, S., Huerta, Y., Herrera, O., Fernando, O., Vázquez, A. & Calleja, N. (2011). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 89-100.
- Flores-Pacheco, S., Huerta-Ramírez, Y., Herrera-Ramos, O. & Alonso-Vázquez, O. (2012). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 89-100. DOI:10.5460/jbhsi.v3.2.30224

- Heerlein, A. (2002). Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40(1), 63-76. DOI: 10.4067/S0717-92272002000500005
- Hernández, Z. E., Vásquez, J. M. & Ramo, A. (2012). Depresión en adultos mayores hospitalizados. Una propuesta integral de intervención del psicólogo. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 3(1), 1-27.
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. & Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: UOC.
- Jervis, G. & Gonzalez, J. L. (2005). *La depresión, dos enfoques complementarios*. Madrid, España: Fundamentos.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
- Loo, H. & Gallarda, T. (2001). *La enfermedad depresiva*. España: Siglo XXI.
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto. *Revista Psykhe*, 13(1), 79-89.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León-Díaz, E. M., Marín, C. & Alfonso, J. C. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 353-361.
- Nezu, A., Nezu, C. M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de Casos y Diseños de Tratamientos Cognitivos-Conductuales*. México: Manual Moderno.
- Plati, M., Covre, P., Lukasova, K. & Coutinho de Macedo., E. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 89-100. DOI: 10.1590/S1516-44462006000200008
- Sarason, I. & Sarason, B. (2006). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.
- Urbina, J. R., Flores, J. M., García, M. P., Torres, L. & Torrubias, R. M. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 37-42.
- von Mühlenbrock, F., Gómez, R., González, M., Rojas, A., Vargas, L. & von Mühlenbrock, C. (2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49(4), 331-337.
- Wilson, K., Mottram, P. G. & Vassilas, C. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(CD004853). DOI: 10.1002/14651858.CD004853.pub2.