

Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana¹

Pando Moreno, M.; Aranda Beltrán, C.; Alfaro Alfaro, N. y Mendoza Roaf, P.

Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Guadalajara (Méjico).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El objetivo del presente estudio fue establecer la prevalencia de depresión en una población constituida por los ancianos que viven en su propio domicilio en la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizó como prueba de despistaje la «Escala de Depresión Geriátrica» (EDG) de Brink aplicada a una muestra representativa de 246 sujetos.

RESULTADOS: La prevalencia encontrada fue de 36,2% de los sujetos estudiados, 43,2% de las mujeres y 27,1% de los hombres. Aparecieron como factor de riesgo la actividad (OR 4,21 a los desempleados, el estado civil (OR 3,16 los viudos/ as y 2,32 los solteros/ as) y la edad (OR 2,90 para el rango de 80 a 84 años). Cinco de los 30 reactivos de la EDG resultaron positivos en más del 50% de los sujetos estudiados.

DISCUSIÓN: La tasa de 36,2% de depresión encontrada en nuestra población de estudio no es muy común, pero tampoco resultan frecuentes los estudios en población abierta y domiciliar.

En la condición de hábitat urbano, donde se desarrolla nuestra investigación, el aspecto laboral sigue siendo relevante, aunque no en los jubilados sino en los desocupados. La falta de empleo y la viudez representaron altos valores como factores de riesgo; no podemos dejar de considerar que estos dos factores representan pérdidas y que la pérdida es uno de los principales elementos en la etiología de la mayoría de las depresiones.

Palabras clave

Depresión. Adulto mayor. Salud mental. Psicología. Psiquiatría.

Depression prevalence in older adults in an urban population

¹ Este artículo es un producto de la investigación «Salud Mental y Enfermedad en personas mayores de 65 años en la Zona del Metropolitana de Guadalajara», apoyado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT (REF: 16889-M) y la Universidad de Guadalajara.

Correspondencia: M. Pando Moreno. Isla Can Cun 2234 B Jard. de San José. CP 44950 Guadalajara, Jalisco, México. E-mail: manolop@megared.net.mx.

Recibido el 25-10-99; aceptado el 20-9-00.

SUMMARY

INTRODUCTION: The aim of this study was to establish the prevalence of depression in a population made up of elderly people who live in their own homes in Guadalajara, México.

MATERIAL AND METHODS: Brink's Scale of geriatric Depression (SGD) was used as a screening test, applied to a representative sample of 246 subjects.

RESULTS: The prevalence found was 36.2% of the persons studied, 43.2% in women, and 27.1% in men. Activity appeared as a risk factor (OR 4.21 for the unemployed), marital status (OR 3.16 for widows and widowers, and 2.32 for singles) and age (OR 2.90 for 80 to 84 year-old range). Five of the 30 SGD items were positive in more than 50% of the persons studied.

DISCUSSION: The 36.2% depression rate found in the study population is not very common, but neither are studies in the open and household population.

In the urban habitat, where our investigation is developed, the job aspect continues to be relevant, although not in retirees but in the unemployed. Unemployment and being a widow or widower had high values as risk factors; we cannot ignore that these factors represent losses, and that loss is one of the chief elements in the etiology of most depressions.

Key words

Depression. Senior citizens. Mental health. Psychology. Psychiatry.

INTRODUCCIÓN

Sabemos muy bien que la queja mayor que manifiestan los viejos es la pérdida de roles sociales, y que la dolencia más extendida en esta edad es la depresión, cuyas causas son la separación o la pérdida de objetos, reales o fantaseados, considerados necesarios para satisfacer un deseo (1). Por otro lado, los investigadores han señalado repetidamente a la depresión como la psicopatología más frecuente en la población mayor de 65 años (2-5), con cifras de prevalencia publicadas en Inglaterra superiores al 16% (6).

El presente estudio tuvo como objetivo establecer la prevalencia de depresión en los ancianos que viven en la zona metropolitana de Guadalajara, México, a través de una prueba de despistaje y localizando a los sujetos en

sus domicilios de manera aleatoria, tratando de evitar los sesgos que se producen al tomar poblaciones específicas como las que asisten a clínicas o centros sociales.

La depresión es un desorden mental caracterizado por una alteración primaria del humor, o estado de ánimo crónicamente depresivo, de tipo crónico o recidivante; puede presentarse, entre otras formas, como un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado; las prevalencias oscilan entre el 2 y el 9% (7, 8), y frecuentemente asociada a la conducta suicida (9).

Un estudio cubano (10) destaca haber encontrado síntomas de depresión en un 45% de los casos estudiados de ancianos, estos síntomas se expresaron fundamentalmente en las esferas conativas, en las situaciones de estrés, y en la salud general.

Katona ha señalado que la depresión en personas ancianas varía entre 12 y 15% dependiendo del diagnóstico y la metodología usada (11), pero estas variaciones son mucho mayores cuando comparamos diferentes grupos de adultos mayores, por distintos países, grupos socioeconómicos, condiciones de vida, etc.

A pesar de lo frecuente de los estudios de la depresión en la tercera edad, la mayoría de estos estudios se centran en adultos mayores que asisten a consulta médica, habitan en asilos o asisten a algún servicio social (balnearios, centros educativos, etc.) determinado, lo que impide una visión general de la población de una ciudad, ya que dadas las particularidades de esas poblaciones, no pueden hacerse generalizaciones sin asumir un serio sesgo de los datos. La ventaja encontrada en este estudio es que se trata de un estudio de población abierta domiciliar y de prevalencia no tratada.

En México Banda-Arevalo presenta un estudio en los ancianos en asilos en Monterrey N. L., y «al llevar a cabo el examen mental se detectó anormalidad en el 48,6 por ciento», en la que la depresión ocupó un lugar predominante (12).

Algunos de estos estudios pueden también contener sus problemas metodológicos o de enfoque, «Generalmente los investigadores empíricos en estos temas tienden a sacar sus conclusiones a partir de los consultorios privados o de las instituciones, y luego tratan de explorar estos resultados a la población general. Pero aquí el error es más peligroso porque hace una extensión de observaciones realizadas sobre «pacientes» es decir, enfermos hacia individuos sanos, sean éstos orgánicos o funcionales. Este error deriva del prejuicio más asentado sobre la población vieja, y que es la utilización automática de la categoría viejo igual a enfermo» (1).

METODOLOGÍA

Este estudio buscó determinar la prevalencia de depresión no tratada en adultos mayores que habitan en domi-

cilios particulares de la zona metropolitana de Guadalajara, México y determinar algunos factores asociados.

El total de los mayores de 65 años en la zona metropolitana de Guadalajara es de 116.616 personas (13), que corresponden al 7,1% de la población total de la ciudad, de éstos, se determinó una muestra de 246 sujetos basados en el «Stalcat» del programa de cómputo «epi info 6,1», equivalente al siguiente procedimiento:

$$n = \frac{z^2 p q}{d^2}$$

donde z es el valor de la distribución normal estandarizada correspondiente al nivel de confianza escogido, p es la proporción de la población que tiene la característica de interés, asumiendo un 20%, que fue la tasa de psicopatología encontrada en los adultos de la ciudad de Guadalajara en un estudio anterior (14), q es igual a p menos 1, y d es igual a 0,05. Los sujetos fueron seleccionados a través de una elección de manzanas de la ciudad (49 manzanas) elegidas al azar y de donde levantáramos un promedio de cinco encuestas por cada manzana.

Se utilizó la «Escala de Depresión Geriátrica» (EDG), en su versión de 30 preguntas, elaborada por Brink (1982) (15) y Yesavage (1983) (16). La escala EDG «es el único autoinforme de depresión construido específicamente para personas mayores» (17), ninguna de las preguntas en esta escala son sobre síntomas somáticos (aunque en el primer diseño sí los había), lo que ayuda a evitar la confusión entre los síntomas somáticos relacionados con la depresión y los trastornos físicos comunes en la tercera edad.

La escala ha sido validada (validez concurrente) con dos criterios independientes de depresión, la SDS (Self-rating Depression Scale) de Zung y la HRS-D (Hamilton Rating Scala en una versión de autoinforme), en estos estudios las correlaciones entre el criterio de clasificación «no depresión», «depresión moderada» y «depresión severa» de la EDG la SDS y la HRS-D fueron $r= 0,82$, $r= 0,69$ y $r= 0,83$ respectivamente, todos estadísticamente significativos ($p < 0,001$). Aunque la versión original de la EDG se presenta en inglés, la GDS ha sido traducida y adaptada a 12 idiomas, el primer trabajo publicado en España fue de Perlado (1987) (18). La validez y la confiabilidad de la GDS en su adaptación castellana han sido confirmadas en un estudio con población mexicana (19) y existen otros antecedentes de la aplicación de la misma a poblaciones de origen mexicano (20-22).

La validez predictiva de la EDG (cuando se utiliza el punto de corte de 11 que hemos utilizado en este estudio) califica correctamente el 84 por ciento de sujetos deprimidos (sensibilidad) y al 95 por ciento de los no deprimidos (especificidad) (23).

La descripción de los datos del EDG presenta los considerados «casos» y el resto de la muestra en forma de frecuencias y porcentajes para conocer en primer lugar la

TABLA I. Valores de asociación y regresión de los casos y no casos de depresión (según la EDG) en relación con variables generales de los sujetos.

	<i>Valor de p*</i>	Regresión
Sexo	0,015746	0,06
Edad	0,215945	0,03
Estado civil	0,001385	0,06
Ocupación	0,017962	0,00

* Establecido con ji cuadrada.

prevalencia de ser un posible caso con la inferencia a la población general y relacionarlos con los diferentes factores y características generales de la muestra.

Se hace un análisis epidemiológico de los resultados en primer lugar en forma descriptiva utilizando frecuencias y porcentajes, y como parámetros inferenciales se utilizó la Ji cuadrada y Kruskal Wallis (con o sin corrección de Yates) y la determinación del factor de riesgo. El nivel de significancia para determinar diferencias estadísticamente significativas fue convencionalmente fijado en $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Como señalamos arriba, el punto de corte utilizado para la EDG (en versión de 30 preguntas) considera que aquellas personas que hayan puntuado positivos en 11 o más reactivos, deben ser considerados como «casos» o «posibles casos» de depresión, en nuestro informe usaremos el término «caso» para aquellos que obtuvieron 11 o más reactivos positivos y el de «no casos» para aquellos que tuvieron menos de once.

Un 36,2% de la población resultó señalada como «caso» en lo referente a la depresión, 43,1% en mujeres y 27,3% en los hombres.

Las tasas más altas se presentaron en los desempleados (54,3%) y quienes se dedican al hogar (41,4%); en cuanto al estado civil, los mayores porcentajes fueron para los viudos (50,5%) y los solteros (42,8%).

TABLA II. Valores de asociación y regresión del número de síntomas de depresión (según la EDG) en relación con variables generales de los sujetos.

	<i>Valor de p*</i>	Regresión
Sexo	0,001009	0,05
Edad	0,160621	0,02
Estado civil	0,002952	0,06
Ocupación	0,072534	0,00

* Establecido con Kruskal Wallis.

TABLA III. Frecuencia y grado de riesgo de los casos y no casos de depresión (según la EDG) en relación con la ocupación de los sujetos.

	Caso	No caso	Odds ratio	Límite de confianza
Desempleado	25	21	4,21*	1,73 < OR < 10,36
Hogar	29	41	2,50*	1,12 < OR < 5,64
Jubilado	16	35	1,62	0,66 < OR < 3,99
Otros	4	7	2,02	0,42 < OR < 9,26
Trabajando actualmente	15	53	1,00	

* Con valor de $p < 0,05$.

Respecto a la edad, todos los grupos obtuvieron tasas superiores a la general de 36,2% excepto el primer quinquenio, que comprendió de los 65 a 69 años, con un 25,6%.

El sexo, la ocupación y el estado civil resultaron factores fuertemente asociados a la depresión tanto en el número de síntomas como en la clasificación de «caso» y «no caso» (tablas I y II). Contrario a lo ocurrido con la edad, que fue analizada agrupada por quinquenios y no obtuvo valores de asociación significativa.

Cuando analizamos «casos» y «no casos» de depresión el sexo puede explicar el 6% de la prevalencia ($r^2 = 0,06$), igual situación a la presentada por el estado civil (tabla I). Si de número de síntomas se trata, el sexo explica el 5% de la prevalencia ($r^2 = 0,05$), mientras que el estado civil mantiene un 6% ($r^2 = 0,06$) (tabla II).

El desempleo y el trabajo en el hogar pueden ser identificados como factores de riesgo frente a los sujetos con trabajo asalariado con valores de $OR = 4,21$ y $OR = 2,50$ respectivamente (tabla III).

En lo referente al estado civil, la viudez ($OR = 3,16$) aparece como riesgo frente a los casados (tabla IV), y el rango de 80-84 años ($OR = 2,90$) hace lo propio frente a quienes apenas ingresaron a la tercera edad (65-69 años) (tabla V).

TABLA IV. Frecuencia y grado de riesgo de los casos y no casos de depresión (según la EDG) en relación con el estado civil de los sujetos.

	Caso	No caso	Odds ratio	Límite de confianza
Viudos	48	47	3,16*	1,72 < OR < 5,83
Solteros	9	12	2,32	0,81 < OR < 6,64
Otros	1	2	1,55	0,0 < OR < 22,93
Casados	31	96	1,00	

* Con valor de $p < 0,05$.

TABLA V. Frecuencia y grado de riesgo de los casos y no casos de depresión (según la EDG) en relación con la edad de los sujetos.

Edad	Caso	No caso	Odds ratio	Límite de confianza
95-99	1	1	2,90	0,0 < OR < 112,3
90-94	3	2	4,36	0,54 < OR < 40,66
85-89	7	9	2,26	0,66 < OR < 7,76
80-84	14	14	2,90*	1,09 < OR < 7,80
75-79	23	36	1,86	0,85 < OR < 4,07
70-74	20	33	1,76	0,78 < OR < 3,96
65-69	21	61	1,00	

* Con valor de $p < 0,05$.

Cinco indicadores marcaron positivo en más del 50% de los sujetos estudiados (tabla VI), estos se refieren a bajo sentimiento de bienestar (66,3%), no desear salir de la casa (60,6%), evitar grupos de gente (57,3%), sentimiento de pérdida de la claridad mental (55,3%) y baja motivación para iniciar nuevos proyectos (54,9%).

DISCUSIÓN

La tasa de 36,2% de depresión encontrada en nuestra población de estudio no es muy común, pero tampoco resultan frecuentes los estudios en población abierta y domiciliar. La mayoría de los estudios presentan prevalencias menores, en EE. UU. Lisa Onega presenta ocho diferentes estudios que determinan la prevalencia de depresión en aproximadamente un 15% (24), pero ninguno de ellos se refiere a población abierta.

Gräsbeck (25) ubica la depresión como un desorden común, y establece cifras más cercanas a las nuestras, pero no para un estudio de prevalencia sino de incidencia de por vida, señalando la depresión en un 26,9% para los hombres y 45,2% para las mujeres.

Skoog (26), investiga mayores de 85 años en Göteborg, Suecia, y encuentra una depresión severa en el 13,6% y ligera en el 5,9%

Los estudios más comunes se encuentran hechos con adultos mayores que asisten a algún tipo de consulta médica, lo que podría resultar en un sesgo al alza de las tasas de depresión, pero también hay que reconocer que la mayoría provienen de países desarrollados en los que el anciano cuenta con una mejor calidad de vida; este es el caso de Gottfries (27), sus resultados son obtenidos usando una versión de 20 reactivos del EDG, encontrando depresión en el 13,3% de los sujetos, apenas un tercio de lo encontrado por nosotros. El estudio de Gottfries fue realizado en Höganäs, Suecia, que es un municipio de 22.900 habitantes, de los que el 20,4% son mayores de 65 años

TABLA VI. Preguntas de la EDG que obtuvieron frecuencias de presencia del síntoma en más del 50% de los sujetos estudiados.

Preguntas	F	%
¿Ha pensado que muchas personas se encuentran en mejor situación que usted?	163	66,3
¿Ha preferido quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?	149	60,6
¿Ha preferido evitar grupos de gente?	141	57,3
¿Ha sentido que su mente ha estado tan clara como antes?	136	55,3
¿Ha encontrado duro empezar proyectos nuevos?	135	54,9

con buenas condiciones sociales de vida y baja morbilidad general, el estudio se aplicó a aquellas personas que visitaban un «centro de cuidados» (unidad médica) por cualquier motivo.

Más recientemente Y. Forsell (28) encontró una prevalencia de depresión mayor en el 4,1% en población de 85 años y más en Estocolmo, Suecia, basando su estudio en un diagnóstico clínico realizado en personas que se presentaban a consulta médica, encontrando OR significativo en aquellos con más de dos síntomas previos de depresión (OR= 3,7), demencia (OR= 2,8) e «insuficientes redes sociales (OR= 3,3).

Robin (29) presenta un estudio con la utilización de la EDG, su trabajo es realizado con pacientes admitidos en un centro de Psiquiatría geriátrica en Pennsylvania, EE. UU., usó el EDG en versión de 15 reactivos como predictor, siendo señalados el 64,7% como con depresión. Aplicó una regresión logística entre los resultados del EDG y los del diagnóstico clínico posterior y encontró una asociación significativa de los dos de 0,038.

Cifras más similares a las nuestras han sido publicadas por Oxman (30), los resultados de sus investigaciones dicen que la depresión mayor afecta entre el 17 y el 37% de los ancianos, siendo su población adultos mayores que asisten a consulta de primer nivel en la Cd. de Dartmouth.

En la condición de hábitat urbano, donde se desarrolla nuestra investigación, el aspecto laboral sigue siendo relevante, aunque no en los jubilados sino en los desocupados. La falta de empleo y la viudez representaron altos valores como factores de riesgo; no podemos dejar de considerar que estos dos factores representan pérdidas y que la pérdida es uno de los principales elementos en la etiología de la mayoría de las depresiones.

El anciano en una ciudad de casi cinco millones de habitantes enfrenta algunas situaciones psicosociales amenazadoras que pueden desembocar en un estado patológico.

gico, como los cambios bruscos en el medio, una aflicción y la disminución de los contactos sociales (31, 32), la pérdida de determinada posición social, prestigio o respeto y la muy frecuente y característica fricción entre ancianos e hijos, unidos a fallecimiento de su pareja y la pérdida de empleo ya señalados.

El panorama predictivo poblacional no es positivo si se considera que la población de adultos mayores tiende a ser preferentemente mujeres que han enviudado, con una esperanza de vida que cada vez se acerca más a los 80 años y con casi nulas probabilidades de empleo; podemos ver que en México se tiende a la acumulación de factores de riesgo para la depresión.

Podemos aventurar que la vejez sea una etapa de pérdidas y que exista una relación entre esas pérdidas y la aparición de la depresión. Dichas pérdidas pudieron haberse presentado durante la edad adulta, sin embargo se acentúan más conforme la edad avanza.

Es de justicia social que aquellos que han trabajado y desarrollado nuestra sociedad por 30, 40 o más años activos, cuenten ahora con un programa social y de salud que les garanticé una alta calidad de vida, en cuanto a la salud mental podemos señalar la necesidad de un mayor conocimiento respecto a la detección y atención oportuna de la depresión y la necesidad de promover entre los no especialistas de la psicología y psiquiatría, que laboran en centros sociales, recreativos o de salud donde acuden las personas de la tercera edad, el empleo de instrumentos estandarizados de detección de posibles casos para su derivación a servicios especializados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salvarezza L. Psicogeriatría, Teoría y Clínica. En: Psicología profunda. 2^a ed. Argentina: Paidós; 1993.
2. Organización Mundial de la Salud. La salud de los ancianos: una preocupación de todos. E.U.A.: Ed. OPS; 1992.
3. Ajit S, Herbert R, Lewis S, Mahendran R, Platt J, Bhattacharyya B. Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short geriatric depression scale. *Age Aging* 1997;26:217-21.
4. Lichtenberg PA, Chapleski EE, Yuongblade LM. The effect of depression on functional abilities among great lakes american indians. *J Appl Gerontol* 1997;16:235-48.
5. Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG, Tien AY, Anthony JC. Depression without sadness: functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:570-8.
6. Livingston G, Hawkins A, Graham N, Bizard B, Mann A. The Gospel Oak Study: Prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in Inner London. *Psychol Med* 1990; 20:137-46.
7. Pando MM, Aranda BC, Salazar EJG, Ponce de León Barbosa JL, Aguirre Aldrete ME. Mental Health in Senior Citizens in the metropolitan zone of Guadalajara. *Aging Clin Exp Res* 1999;2:1-5.
8. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales - IV (DSM IV). Barcelona: Masson; 1996.
9. Seidel G. Suicide in the elderly in Antiquity. *Int J Geriatr Psychiatry* 1995;10:1077-84.
10. Robaina MP, Hemse MAB, Frank M. Depresión en el anciano. *Bol Psicol* 1987;10:142-63.
11. Katona CLE. Depression in Old Age. Chichester: Wiley; 1994. p. 16-41.
12. Banda AJP, Salinas MR. Problemas identificados mediante la evaluación geriátrica en un asilo. *Salud Pública México* 1992;34:546-53.
13. La tercera edad en México. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. 2^a ed. México: INEGI; 1993.
14. Ip C, Salazar EJG. Estudio Psicoepidemiológico del Adulto de 20 a 59 años en la zona metropolitana de Guadalajara, México. Tesis de Grado para la Maestría en Ciencias de la Salud Pública. Universidad de Guadalajara; 1992.
15. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema P, Adey M, Rose TL. Screening test for geriatric depression. *Clin Gerontol* 1982;1:37-44.
16. Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17: 37-48.
17. Montorio I. La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica. 1^a ed. Madrid: Ed. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1994.
18. Perlado F. Test mentales en geriatría. Zaragoza: Ed. Heraldo de Aragón; 1987.
19. Espino D, Baker FM, Robinson B, Stewart B. La depresión entre ancianos africano americanos y mexicano americanos. *Am J Psychiatry* 1993; 150:987-8.
20. Baker FM, Espino DV. A Spanish Version of the Geriatric Depression Scale in Mexican-American Elders. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12: 21-5.
21. Codina ME. Características Psicosociales y Salud Mental de una Muestra de Ancianos que acuden a un Balneario. *Rev Psiquiatría Facultad Med Barna* 1995;4:65-71.
22. Correa E, Mendoza VM, Vargas LM, Barrios E. Atención primaria de la salud para el anciano: estudio de morbilidad geriátrica en una población del Estado de México. *Psicol Salud* 1993;2:37-46.
23. Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG. Self-rated depression scales and screening for depression for major depression in the older hospitalized patient with medical illness. *J Am Geriatr Soc* 1988;36: 699-706.
24. Onega LL, Abraham IL. Factor Structure of the hamilton rating scale for depression in a cohort of community dwelling elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:760-4.
25. Gräsbeck A. The epidemiology of anxiety and depressive syndromes. A prospective, longitudinal study of a geographically defined, total population: the Lundby study. Doctoral thesis. Sweden: University of Lund; 1996.
26. Skoog I. Mental disorders in the elderly: a population study in 85-year-olds. Doctoral thesis. Sweden: Göteborg University; 1993.
27. Gottfries GG, Noltorp S, Norgaard N. Experience with a swedish version of the geriatric depression scale in primary care centres. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:1029-34.
28. Forsell Y, Winblad B. Incidence of major depression in a very elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry* 1991;14:368-72.
29. Casten Robbin J, Povner Barry W, Shmuely-Dulitzki Y, Pasternak Roni E, Pelchat Rodney, Panen Neal. Predictors of recovery from major depression among geriatric psychiatry inpatients: the importance of caregivers' beliefs. *Int Psychogeriatr* 1999;11:149-57.
30. Oxman TE, Barrett JE, Barrett J, Gerber P. Symptomatology of late-life minor depression among primary care patients. *Psychosomatics* 1990; 31:174-80.
31. Pando MM, Aranda BC, Salazar EJG, Aldrete RMG, Mares LR, Balcazar PN. Pedes familiares de apoyo y trastornos psicológicos en el adulto mayor en Guadalajara. *Rev Psicol Salud* 1998;12:67-73.
32. Oxman TE, Hull JG. Social support, depression, and activities of daily living in older heart surgery patients. *J Gerontol* 1997;52B:159-66.