

El médico de familia y la depresión del adulto mayor

*Carmen Casanova**, *Silvana Delgado**,
*Soraya Estéves**

Resumen

La depresión es una enfermedad que no discrimina edad, sexo, raza, cultura ni condición socio-económica, que puede ser prevenida y con un tratamiento adecuado los pacientes desarrollar una vida saludable. Ocupa el 4º lugar dentro de las causas de incapacidad en el mundo. Es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico. El 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión el más frecuente. El resultado de un envejecimiento saludable y exitoso, depende de la opción de cada persona en la adquisición de ciertos hábitos dietéticos, incorporación del ejercicio y de la resiliencia propia de cada individuo, guiado por el actuar del Médico de Familia, efector de estrategias destinadas a obtener una buena calidad de vida para los adultos mayores.

Palabras clave: depresión, adulto mayor, envejecimiento exitoso.

* Médicos, Magísteres en Medicina Familiar y Comunitaria

Abstract

Depression is a disease which does not discriminate on the basis of age, sex, race, culture or socio-economic status. It can be prevented and, appropriately treated, patients can lead a healthy life. It is fourth amongst the causes of incapacity worldwide. Depression is considered to be one of the preventable and treatable causes of pathological aging. Twenty-five per cent of persons over 65 suffer from some kind of psychiatric disorder; depression is the most frequent. Healthy and successful aging depends on each individual's choices in acquiring certain dietary habits, exercising and his or her natural resilience, under the guidance of a Family Doctor, who will implement strategies with a view to achieving a good quality of life for senior adults.

Key words: depression, senior adult, successful aging.

1. Introducción

La depresión cuyo significado viene del latín depressio que significa “hundimiento”, es un problema de salud mental, una enfermedad que no discrimina edad, sexo, raza, cultura ni condición socio-económica, que puede ser prevenida y con un tratamiento adecuado los pacientes desarrollar una vida saludable.¹ Ocupa el 4º lugar dentro de las causas de incapacidad en el mundo y de acuerdo con las estimaciones de la OMS pasará al 2º lugar en el año 2020 detrás de las enfermedades isquémicas.^{1,2}

El 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión el más frecuente, con consecuencias negativas en la calidad de vida, hiper utilización de servicios de salud y elevados costos socioeconómicos, familiares y comunitarios, lo que hace esencial generar estrategias para su abordaje integral.^{2,3}

Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10 y el 20% de los hospitalizados, entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias y al 40% de los que presentan enfermedades somáticas concomitantes.^{1,2,3} Dentro de estas últimas se destacan: la enfermedad cerebro-vascular que se asocia entre 18 y 61% siendo el comienzo mas frecuente en los 6 primeros meses de sucedido el evento; la enfermedad de Parkinson se asocia en un 40%; las cardiopatías entre el 20 y 30% con un porcentaje mayor para quienes sufrieron infarto agudo de miocardio llegando en estos casos hasta el 74%; la diabetes en el 36% y el hipotiroidismo en el 50%. La depresión puede estar presente en las etapas iniciales de la demencia, con una incidencia entre 13 y 21%.⁴

La presentación atípica del trastorno depresivo es frecuen-

te en el AM, siendo subdiagnosticada.¹

2. El adulto mayor

La OMS define Adulto Mayor (AM), a la persona mayor de 65 años y a partir de 1982 introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional.⁴

Las políticas internacionales están orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerándola como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de autorrealización. En algunos sujetos la adaptación a los cambios de la vejez no se produce, y se generan daños que pueden ser irreversibles.⁴

En algún momento se clasificó a los AM en sano, enfermo, frágil o

de alto riesgo, demente y terminal, de acuerdo a las situaciones de salud o enfermedad en que se encontraban.⁶ Actualmente se tiende a no utilizar estas clasificaciones rígidas, diferenciándose el AM sano que puede ser manejado por el médico de familia, del paciente geriátrico, que debe ser manejado por el geriatra, con la colaboración del Médico de Familia

Genua y Miró,⁷ refieren la vulnerabilidad o fragilidad que presentan algunos ancianos, relativamente frecuente en la práctica diaria. Son pacientes que se encuentran en un equilibrio inestable, con riesgo de perder la estabilidad llegando a una situación de incapacidad y dependencia cuando se enfrentan a un agente o proceso externo que actúa sobre ellos. Entre los factores determinantes se destacan la situación y soporte social, diferentes enfermedades, en especial las crónicas, la hospitalización, institucionalización ó cualquier situación de orden síquico o físico que comprometa la autonomía que poseen.

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo, que involucra un conjunto de procesos, interactivos e interdependientes, que determinan la esperanza de vida y el estado de salud, que comienza con el nacimiento, es heterogéneo e irreversible y no necesariamente implica deterioro. En el mismo intervienen múltiples factores biológicos, síquicos y sociales. El conocimiento de los cambios fisiológicos relacionados con la edad, permitirá diferenciar las características del proceso de

envejecimiento de los signos y síntomas de enfermedad.⁸

Los cambios en la estructura y función del organismo, especialmente los de los sistemas músculo-esquelético, óseo y nervioso, explican por qué el anciano tiende a perder su capacidad de funcionalidad en relación con las actividades cotidianas, aumentando así su dependencia de terceros.

En el año 1987, Rowe y Kahn,⁹ desarrollan el concepto de Envejecimiento Exitoso en contraposición a la idea del Envejecimiento Común, al que definen como “la baja probabilidad de enfermedad y discapacidad asociada a ella, junto a un alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional, con compromiso activo con la vida”.

Estos autores destacan factores extrínsecos e interacción de variables psicológicas sobre el proceso del envejecimiento y señalan la importancia del ejercicio, una alimentación equilibrada, hábitos saludables, buen funcionamiento cognitivo y factores psicosociales para evitar una vejez patológica.

3. Depresión

La depresión,¹⁰ es una enfermedad común, prevalente en los AM, con alta tasa de suicidios, que no es parte necesaria del envejecimiento y cuyos síntomas en esta etapa de la vida suelen pasar desapercibidos. El tratamiento y fundamentalmente el control evolutivo se debe llevar a cabo en una relación de referencia y contrarreferencia entre el médico de familia y el siquiatra tratante.

Los AM que desarrollan este tipo de trastornos psiquiátricos, tienen determinadas características a ser tenidas en cuenta: antecedentes depresivos previos, enfermedad médica incapacitante, sobre todo aquellas que implican un cambio brusco respecto al nivel previo, enfermedad dolorosa, pérdida reciente de cónyuge, cambio de domicilio habitual e ingreso a residencias para ancianos.

La predisposición al suicidio es mayor en: varones, que además de lo mencionado viven solos, son portadores de enfermedad depresiva grave, insomnio persistente, inquietud sicomotora importante, enfermedad médica grave, dolorosa, incapacitante, que perdieron recientemente al cónyuge, que están Institucionalizados o con dependencia de cuidados de terceros.¹¹

3.1. Manifestaciones clínicas

Al igual que la depresión en otras etapas de la vida, estos pacientes presentan: estado de ánimo deprimido, sentimiento de tristeza o vacío, pérdida o incapacidad de experimentar placer en las actividades que antes lo provocaban, falta de energía, cansancio, fatiga, decaimiento, cambios en el apetito o peso corporal en más o en menos cambios en el patrón de sueño en más o en menos, cambios en la actividad sicomotora, tanto enlentecimiento como agitación, sentimientos de infravaloración, desesperanza, baja autoestima, dificultades para pensar, concentrarse, tomar decisiones. Se ve afectado el rendimiento y el funcionamiento en todos los niveles:

social, laboral, sexual y familiar con pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, planes concretos o intentos de autoeliminación.¹

Existen formas particulares de presentación de la depresión en los adultos mayores¹: la seudo demencia, las somatizaciones (múltiples consultas por síntomas somáticos y algias), la ansiedad generalizada, pudiendo configurar un cuadro de excitación sicomotriz ó la inhibición motora extrema.

3.2. Causas

Se han descrito factores neuro humorales, genéticos, psicológicos y ambientales algunos de los que fueron referidos previamente. Algunos estudios demuestran que existe una disminución de neurotransmisores como serotonina y noradrenalina; aumento de la actividad de la monoamino oxidasa B, así como disminución de los niveles hipotalámicos de ácido 5-hidroxindolacético, lo que traduce una reducción en la acción hipotálamica del sistema serotoninérgico,¹² a los que se suman fundamentalmente: el abandono, la soledad, el deterioro de la imagen física, la frustración por lo no alcanzado o el haber renunciado a parte de su proyecto de vida, la jubilación sin otra actividad que sustituya a la que tenían hasta ese momento, la pérdida de autoridad y prestigio sintiéndose inútiles, el abuelo “ping-pong” donde se ve una migración forzosa de un domicilio a otro, a conveniencia de los familiares, sin tener en cuenta la comodidad, privacidad y estabilidad del adulto mayor, la enfer-

medad ó incapacidad crónica, el aislamiento social, el duelo y la pobreza.

Las personas con baja autoestima, escasas habilidades sociales y falta de recursos para resolver problemas, están más predispuestos a padecer depresión.

Las enfermedades psiquiátricas en los ancianos, con frecuencia se detectan y tratan poco, dando lugar a una angustia significativa, aumento del costo de la atención y una mayor morbi mortalidad.¹³

Las causas orgánicas ya mencionadas deben ser investigadas en todos los casos y a su vez por las características propias de esta etapa de la vida, en la cual la polifarmacia cobra relevancia, es imperioso detectar el abuso de alcohol u otras drogas y las reacciones adversas a fármacos de uso habitual como antiarrítmicos, antiinflamatorios, antihipertensivos, antiparkinsonianos, digital, tranquilizantes, hipnóticos, neurolépticos, entre otros.¹

4. Estado funcional: definición, evaluación

El estado funcional es la capacidad que tiene el individuo para desempeñarse en las diferentes áreas, física, mental, social. La evaluación funcional es una herramienta que valora los diferentes componentes que pueden afectar el estado funcional del paciente anciano, permite evaluar y objetivar el grado de independencia, facilita el seguimiento y la evaluación de los tratamientos, estando íntimamente relacionado con la

calidad de vida y el costo asistencial. Se basa en un abordaje integral, con el objetivo de detectar problemas físicos, cognitivos, y psicosociales, y planear estrategias de cuidado.¹⁴ El compromiso del estado funcional en el adulto mayor está relacionado con mayor morbi mortalidad.¹⁵

5. El médico de familia ante el adulto mayor

El adulto mayor es visto por el médico de familia como una persona íntegra, con necesidades físicas o biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, en una sociedad que no tenga barreras simbólicas ni físicas entre niños, adultos y personas mayores, sino que facilita el contacto y comunicación entre ellos, facilite las conversaciones y el aprendizaje mutuo entre generaciones diferentes, teniendo en cuenta continuidad y vinculación a través de la vida (“intercambio intergeneracional”).¹⁶

La geriatría, es la especialidad de la medicina que se ocupa de atender a personas mayores de 65 años, pero el médico de familia es quien toma el primer contacto con el adulto mayor, la puerta de entrada al sistema de salud, lo que hace imprescindible conozca las peculiaridades de los aspectos biopsicosociales del envejecimiento logrando un abordaje adecuado y un manejo integral del paciente, teniendo en cuenta que la relación con este constituye el arma diagnóstica y terapéutica más poderosa que posee.

Una vez finalizada la evaluación del AM y realizado un diagnós-

tico integral de su situación física, síquica, familiar, socioeconómico y cultural, el Médico de Familia, debe clasificarlo y planificar estrategias de trabajo con el objetivo de lograr mantener la autonomía y/o rehabilitación del adulto en todos los campos, protegiéndolo de la depresión, evitando la declinación funcional que lleva a la dependencia y favorece la misma.

La intervención será tanto más eficaz cuanto más precoz se instale, no excluyendo ninguna edad por más elevada que sea, todos se benefician en distinto grado de este tipo de medidas.

De acuerdo con Rowe y Khan,⁹ para un buen envejecimiento es necesario: evitar la enfermedad, comprometerse con la vida y mantener la actividad cognitiva y física, que debe ser tenido en cuenta para planificar acciones de prevención. Las diferentes acciones propuestas serán:

- a. Fomentar la autonomía física, en las actividades de la vida diaria básicas (alimentación, continencia, uso del sanitario, vestido y baño), instrumentales (cocinar, realizar compras, tareas domésticas, utilizar el teléfono, lavar la ropa, viajar, tomar medicamentos, administrar los gastos personales). En este aspecto son esenciales: el ejercicio físico que debe fomentarse en todos los casos de acuerdo a las capacidades del AM; el desarrollo y mantenimiento de la actividad intelectual y la promoción de actividades de integración social. En referencia a este último punto, algunos autores la consideran una necesidad vital indispensable

para la autorrealización personal.¹⁷

- b. El compromiso activo y productivo con la sociedad es un componente central de una vejez exitosa.⁹
- c. El buen nivel educativo, el ejercicio y la participación social son factores protectores de la depresión.⁹

Para implementar acciones individuales en referencia a la promoción de la actividad física adecuada a cada paciente, es necesario clasificar a los mismos de acuerdo a las aptitudes físicas que posean. Debemos tener en cuenta que 1 de cada 5 AM tiene dificultades en la marcha, un 7% requiere asistencia para la misma, el 30% de los mayores de 75 años tiene dificultades para subir escaleras, el 40% no puede caminar más de 800 metros y el 30% de los que están institucionalizados sufren caídas anualmente.

Las actividades aeróbicas de bajo impacto, caminar, nadar, bailar, hidrogimnasia, bicicleta, tai-chi-chuan y yoga son las más recomendadas y aceptadas.¹⁸

Por medio de los ejercicios físicos se pueden mejorar el desempeño del anciano, su fuerza muscular, su flexibilidad, el arco de movimiento de las articulaciones, su condicionamiento cardiovascular, su consumo metabólico-energético y aumentar su percepción subjetiva de vigor. Los beneficios del ejercicio deben transmitirse al paciente para motivarlo y a la familia para desmitificar el concepto de la "pasividad física" "del adulto mayor.

El ejercicio físico es un elemento integrador de generaciones,

un ejemplo de vida para los menores, debe ser objetivo común del núcleo familiar y una forma saludable del tiempo libre.

A la hora de aconsejar un determinado tipo de actividad relacionada con el intelecto, se debe tener en cuenta el nivel educacional del adulto mayor y de su familia, de forma de evitar afectación de la autoestima al enfrentarse a situaciones de mayor exigencia intelectual.

El alfabetismo y la educación contribuyen claramente al bienestar de los ancianos, al permitir que se cumplan las perspectivas económicas en una etapa temprana en la vida, preparando a los adultos para la vejez.¹⁹

El médico de familia, trabajando con un equipo interdisciplinario motivará a su población de adultos, para que desarrollen actividades intelectuales según sus gustos, capacidades y nivel intelectual, adoptándolas como hábitos de vida, tales como lectura, cine, realización de crucigramas, juegos de estrategia, trabajo voluntario en la comunidad, participación en cursos de organizaciones sociales y/o culturales barriales, como los que realizan las organizaciones de jubilados y pensionistas (AJUPEN) ó los Centros Comunales Zonales. A nivel nacional la Uni 3, como se conoce es la "Universidad de la tercera edad", una asociación civil sin fines de lucro reconocida por la Facultad de Humanidades que cuenta con el auspicio de la O.N.U.

Esta universidad, proyecto originario de un país europeo, se ha

extendido por el mundo, intentando satisfacer las apetencias intelectuales, artísticas y físicas de los adultos que hayan cumplido 50 años. Para su ingreso no se exige escolaridad previa, la modalidad didáctica es de taller, se otorgan certificados sin habilitación laboral en las más diversas áreas: psicología, lectura y creación literaria, historia, plástica, fotografía, teatro, historia del arte, coro, inglés, computación, natación, yoga, gimnasia, tango y folclore. La primera sede latinoamericana se fundó en Uruguay en 1983.

En referencia al tercer punto considerado fundamental para fomentar la autonomía física del AM que es la integración social, las investigaciones relacionadas con nuevas formas de ver el envejecimiento han concluido que sin un arraigo o sentido de pertenencia social, no se puede aprovechar el potencial que ofrece la nueva longevidad. Monchietti 17 define la participación social como el proceso de interacción personal que consiste en tomar parte activa y comprometida en una actividad conjunta y que es percibida por la persona como beneficiosa.

La etapa de la jubilación es sentida, generalmente, como una ruptura de lazos sociales, el adulto deja de pertenecer a un grupo de referencia.

6. Situación en Uruguay

En el año 2002 se realizó un estudio destinado a conocer el envejecimiento en el Cono Sur, (Chile, Argentina y Uruguay), el mismo fue financiado por el Banco interamericano de Desa-

rrollo, impulsado por la organización Panamericana de la Salud y el MSP y permitió saber como viven los adultos mayores en nuestro país, a que dedican su tiempo libre y como se preparan los jóvenes para envejecer. El informe fue publicado en el libro “Más vale por viejo”.²⁰ y de los datos que figuran en el mismo importa destacar: Uruguay es un país con una población envejecida. Los mayores de 60 años son el 17%, con una esperanza de vida de 78 años para las mujeres y 75 años para los hombres, únicamente el 15% trabaja.

La mayoría de la población que se jubila no está preparada para ello, no tienen ningún proyecto de futuro, pasan la mayor parte de los días ociosos, generando conflictos familiares y matrimoniales. Los que realizan alguna tarea dedican el tiempo libre a actividades sedentarias como mirar televisión, escuchar radio y hacer alguna tarea doméstica. Disponen de mucho tiempo libre, pero el 90% no concurre a eventos culturales (cine, teatro, exposiciones).

Entre 35 y 40% de los AM uruguayos tiene miedo de salir de su casa, el 45% escucha radio y mira televisión, el 18% realiza trabajos en la casa, el 19% lee, el 10% cuida niños o pasea animales, el 7% realiza visitas a parientes o amigos. Sólo el 10% participa en asociaciones y actividades culturales. El 43% realiza algún tipo de ejercicio físico, sobre todo caminar.

La pobreza constituye un importante motivo de aislamiento social de los adultos en nues-

tro país. El 57% de los ancianos uruguayos percibe ingresos insuficientes y el 50% de ellos hace menos de tres comidas diarias por falta de recursos. A esto se suma que el 70% presenta algún grado de discapacidad física pero no consultan, considerándolo como algo “normal” de la vejez. En caso del Alzheimer, muchos que lo padecen consideran el deterioro cognitivo propio de la edad y no buscan ayuda profesional.

El 20% de los AM en Uruguay vive solo, la mayoría son mujeres y un elevado número son llevados a residencias por sus familias. Se ha perdido la función de la familia contenedora, siendo la soledad y el aislamiento causas de depresión y disminución de las defensas, aumentando los problemas de salud.

El abandono familiar del adulto mayor es una de las principales formas de maltrato que se registra en Uruguay de acuerdo con una encuesta realizada entre 2005-2006 por la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriátrica (SUGG) en base a 202 casos de personas atendidas en el Hospital Maciel, Policial y algunas en mutualistas y 100 denuncias hechas por vecinos en el programa Adulto Mayor del Ministerio del Interior.²¹

Sin duda hay otras formas de abuso y maltrato como son la violencia psicológica y agresiones físicas, u otras de tipo patrimonial o financiero, que no se denuncian.

Las autoridades nacionales se han mostrado sensibles a este

problema, es así que el 25 de mayo del 2006, se realizó el lanzamiento del Grupo de Trabajo sobre la Prevención Integral del Adulto Mayor, con el objeto de crear un plan de trabajo

que promueva la solución de los problemas más comunes de este grupo de personas.

El Ministerio de Salud Pública, ha instado a las instituciones

que brindan asistencia, tanto a nivel público como privado, a trabajar por programas; en éstos se ha incluido el “Programa de Salud del Adulto Mayor”.

Conclusiones

La depresión es una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico y el médico de familia, actuando en forma longitudinal con el grupo familiar, se encuentra en situación óptima para detectar precozmente los factores que pueden desencadenar una depresión. El criterio clínico deber prevalecer en la detección precoz del cuadro psicopatológico depresivo, para hacer la ínter consulta psiquiátrica urgente en los casos que así lo ameriten.

La falta de un envejecimiento saludable desemboca en una “vejez patológica” y a su vez una proporción de estos AM se tornan frágiles o vulnerables, necesitando apoyo, atención y/o institucionalización, muchas veces por el resto de sus días.

Con el resultado del crecimiento de la población más vieja se presenta una demanda creciente de servicios sociales y de salud, aumentando los costos para la familia y la sociedad.

El resultado de un envejecimiento saludable depende de la opción de cada persona en la adquisición de ciertos hábitos dietéticos, incorporación del ejercicio y de la resiliencia propia de cada individuo, guiado por el actuar del Médico de Familia, efector de estrategias destinadas a obtener una buena calidad de vida, entendiendo por tal la combinación de factores objetivos y subjetivos, donde el aspecto objetivo depende del individuo, utilizando sus potenciales tanto intelectual, emocional y creativo y de las circunstancias externas (de la estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política) que interactúan con él.

El aspecto subjetivo está dado por la satisfacción de la persona, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la comunidad tenga de las condiciones globales de vida, traducándose en sentimientos positivos o negativos.

El médico de familia, tiene la responsabilidad de transmitir a todo el personal de salud la importancia de educar en la prevención, de individualizar y tratar a aquellos que sean de riesgo, para obtener un envejecimiento exitoso en todos los adultos mayores. Utilizará los instrumentos de que dispone para estimular en el adulto en general la planificación reflexiva de la vida; comunicando en forma clara y concreta las consecuencias sobre su salud, bienestar biosicosocial y económico a largo plazo, derivadas de la toma de decisiones en forma responsable.

Las políticas internacionales y nacionales en referencia al adulto mayor son esenciales para enfocar un problema grave y no documentado que es el maltrato a los mismos.■

Bibliografía

1. Lucero R, Casali G. Trastornos afectivos en el adulto mayor. Rev Psiquiatr Urug 2006; 70 (2): 151- 11
2. Katona C, Watkin V, Livingsston G. Functional psychiatric illness in old age. En : Brocklehurst´s Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. Tallis R, Firit H (edts) , 6º edición, London. Churchill Livingstone, 2003 : 837-853
3. Atchugarry M. Depresión en Medicina General. Talleres de actualización Laboratorios Gautier. www.gautier.com.uy/.../com.mvdcomm.cms.andocasociado?31-59 -
4. Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaraciones de Consenso de la OMS y WPA sobre Psiquiatría Geriátrica. Rev Psicogeriatría 2002; 2: 6:21
5. Belenguer MV, Aulaga F. Autonomía funcional y ocupación del tiempo libre en personas mayores. Rev Rol Enfermería , 2000; 23 (3): 231-234
6. Ribero Casado JM, Altimer Losada S, Cervera Alemary AM, Gil Gregorio P. Geriatria (Secc 10) En : Farreras P, Rozman C (eds). Medicina Interna, 15º edición. Madrid. Elsevier España; 2004: 1301-1334
7. Genua M, Miró B, Hernanz R, Martinez M, Miró M, Pardo C. Geriatria. En : Bonal J, Dominguez- Gil A, Gamundi MC, Napal V, Valverde E. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) Farmacia Hospitalaria, 3º edición, 2002
8. Alarcon T, Gonzalez Montalvo JI. Fragilidad y vejez compañeros inevitables de camino. Editorial. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997; 32 (NMI): 1-2.
9. Rowe JW, Khan RL. Successful aging. The Gerontologist , 1997; 37: 433-440
10. Lucero, R. El suicidio: la urgencia de un grave problema. Rev. Méd. Urug. [online]. ago. 2004, vol.20, no.2 [citado 16 Noviembre 2009], p.91-91. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952004000200001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0303-3295
11. Santander Toro J. Depresión en el adulto mayor. Boletín de la Escuela de Medicina . P Universidad Católica de Chile 2000; 29 (8 páginas). Obtenido de: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletín/Geriatria/DepresionAdulto.html>
12. Rand Studie. "Assesing Care of Vulnerable Elders (ACOVE)". 2000 <http://www.rand.org/heath/projects/acove/>
13. Quintanar Olgúin. Envejecimiento común y exitoso. Geriatrianet.com, Revista Electrónica de Gerontología y Geriatria .Volumen 5. Número 1 Año 2003.Depósito Legal MA-525-99 ISSN 1575-3
14. Savio I. Evaluación Geriátrica Integral. En: Savio I, Lucero R, Fierro A, Levi S, Atchugarry M, Casali G, Rolando D.(eds) Manual de Geriatria y Psicogeriatria. Volumen 1. Montevideo. Oficina del libro, 2003
15. Schapira M, Jauregui R. Evaluación funcional y prácticas preventivas en ancianos. En: Terrasa S, Rubinstein A (eds) Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria... Buenos Aires. 2ª ed.Panamericana, 2006
16. Versión en español de la ponencia de Gungill O Hagestad: Towards a society for all ages: new thinking, new language, new conversations, BULLETINONAGENG-# 2/3 (1998) disponible en línea: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/agb98234.htm>
17. Monchetti A, Krzeimien D. Participación social y estilo de vida. Su realación con la calidad de vida en la vejez. 2º Curso virtual de Educación para el envejecimiento. Portal de psicogerontología. [Http://www.psicogerontologia.com/cvepe2/biblio3.htm](http://www.psicogerontologia.com/cvepe2/biblio3.htm)
18. Rubenstein L. Exercise Programs for Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. Center for Medicare and Medical Services (CMS) «Healthy Aging», Southern California Evidence-based Practice Center RAND Health, Santa Monica. IV Congreso Latinoamericano de Geriatria y Gerontología, Santiago, Chile. 3 - 6 septiembre 2003.
19. Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación el adulto mayor en América Latina. Santiago: CEPAL/CELADE; 2001.
20. Engler T, Peláex M (edts) . Mas vale por Viejo: Lecciones de Longevidad de un studio en el Cono Sur. Washington: BID- Banco Interamericano de desarrollo- OPS, 2002
21. Panza , R. Abuso y Maltrato. Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatria. EN: Derechos – Uruguay colabora en elaborar una convención. Portal Digital. Diario el país. 16.06.2009 www.elpais.com.uy/.../pidena-la-onu-que-tenga-en-cuenta-al-adulto-mayor