

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL  
"LUIS RAMÍREZ LÓPEZ"  
GUANTÁNAMO**

**PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS EN EL ADULTO MAYOR**

Dr. Benavides Enrique Pupo Durand<sup>1</sup>, Lic. Víctor Manuel Méndez Torres<sup>2</sup>,  
Dra. María Margarita Hechavarría Ávila<sup>3</sup>, Lic. Julia Sosa Prevots.<sup>4</sup>

*1 Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Psiquiatría. Instructor.*

*2 Máster en Longevidad Satisfactoria. Licenciado en Educación Especial. Instructor.*

*3 Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I Grado en Psiquiatría.*

*4 Máster en Longevidad Satisfactoria. Licenciada en Pedagogía y Psicología. Asistente.*

---

**RESUMEN**

En este trabajo se recogen algunas consideraciones teóricas relacionadas con las patologías psiquiátricas más frecuentes en el adulto mayor. Se realiza una revisión bibliográfica y se conforma la plataforma teórica de estas enfermedades como material de consulta para el estudio de la psicogeriatría.

**Palabras clave:** psiquiatría, adulto mayor.

---

**INTRODUCCIÓN**

El anciano, además de padecer de patologías propias del proceso de envejecimiento y otras que se arrastran desde edades más tempranas de la vida, también puede presentar manifestaciones psiquiátricas como reacciones psicológicas secundarias al declinar en sus funciones y rendimientos. Desde el punto de vista psicológico se producen importantes cambios tales como: reforzamiento o acentuación de sus rasgos de personalidad, debido a la limitación de las actividades laborales y sociales es frecuente en ellos el retraimiento y la tendencia

de mirar hacia el pasado, pesan mucho los recuerdos, se tiene pocas motivaciones, el pasado es más importante que el presente y el futuro, y la dependencia a otra persona los lleva a la inseguridad.

Desde el punto de vista social, su incorporación a la sociedad es de suma importancia; ya que determina por una parte, el grado de desarrollo de la sociedad, no sólo desde el punto de vista humanitario sino también económico y, por la otra, el grado de salud físico, mental y social a la que arriba una población determinada.

## **DESARROLLO**

### **FACTORES DETERMINANTES DE LA INCORPORACIÓN SOCIAL**

El éxito o fracaso por la incorporación social, lo cual depende de variables tanto psicológicas como sociales, se explican mediante mediciones que se agrupan en dos categorías:

#### **Envejecimiento patológico**

Depresivo  
Pasividad  
Aislamiento  
Dependencia

#### **Envejecimiento normal**

Creativo  
Actividad  
Integración  
Autonomía

Es evidente que la reinserción social está relacionada con múltiples factores que definen la inclinación a un envejecimiento patológico o normal.

Entre los factores que pueden determinar un envejecimiento normal o patológico tenemos los hábitos de alimentación, el ejercicio físico, la jubilación, los eventos estresantes, las conductas y el estilo de vida.

Los eventos estresantes adquieren características peculiares después de los 60 años, pues a los viejos eventos se unen otros nuevos, como son: jubilación, especialmente en los hombres, problemas domésticos, problema de salud; en la comunidad, en el entorno y económicos.

### **DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

La depresión (del latín *depressus*, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un

trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente, de que su causa sea conocida o desconocida.

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes del adulto mayor. Diversos estudios epidemiológicos norteamericanos describen una prevalencia de depresión mayor de 1-5 % y una frecuencia de 8-27 % de síntomas depresivos significativos en los adultos mayores que viven en la comunidad. La prevalencia es aún mayor en los sujetos mayores hospitalizados y en aquellos residentes en casas de reposo.

Con frecuencia en el paciente mayor, la depresión se presenta en forma atípica y clínicamente no cumple con los criterios de una depresión mayor. Estos síndromes incompletos, denominados depresión menor o depresión NOS por el DSM-IV, tienen la misma repercusión en cuanto a morbimortalidad que la depresión mayor. De ahí, la importancia de estar sensibilizado y alerta para sospechar el diagnóstico.

El subdiagnóstico de depresión se debe, en parte, a que las personas mayores tienden a no consultar espontáneamente por síntomas depresivos o estos son erróneamente atribuidos a algo propio del envejecimiento. Por otro lado, tampoco existe la rutina de hacer pesquisaje para la depresión en atención ambulatoria, todo lo cual lleva a que este problema pase largo tiempo sin ser diagnosticado o sea insuficientemente tratado.

El inicio clínico de la depresión en el anciano puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer enmascarada con otros síntomas principales, tales como: pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad o irascibilidad. Puede simular un cuadro de demencia senil, hablándose entonces de pseudodemencia depresiva.

Cuando un anciano se deprime, en ocasiones su depresión se considera erróneamente un aspecto natural de esa etapa de la vida. La depresión en los ancianos si no se diagnostica ni se trata provoca un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Cuando la persona de edad avanzada acude con el médico, puede describir únicamente síntomas físicos. Esto ocurre porque el anciano puede mostrarse reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona anciana puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente

placenteras o de su pena, después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de la salud. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. También los profesionales detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a efectos secundarios de medicamentos que el anciano está tomando o debido a una enfermedad física concomitante. Si se elabora el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La investigación científica reciente indica que la psicoterapia breve (terapia a través de charlas que ayudan a la persona en sus relaciones cotidianas, y ayudan a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión) es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores.

## **DEMENCIA EN EL ADULTO MAYOR**

### **Demencia vascular**

La demencia vascular es la segunda causa más frecuente de demencia en los mayores tras la enfermedad de Alzheimer y representa el 10-20% de los casos de demencia.

Se define como el deterioro cognitivo secundario a lesiones cerebrales causadas por enfermedad cerebrovascular (ECV), con intensidad suficiente para interferir las actividades de la vida diaria.

Los requisitos básicos para el diagnóstico de demencia vascular son los siguientes: el paciente debe cumplir criterios de demencia, debe existir evidencia de enfermedad cerebrovascular por historia, exploración física y técnicas de neuroimagen (tomografía axial computarizada o resonancia magnética cerebral), y ambos requisitos deben estar razonablemente relacionados.

Este evento ocurre cuando el aporte de oxígeno y nutrientes al cerebro se interrumpe. Puede deberse no sólo a patología cerebrovascular oclusiva por trombosis o embolias sino, también, por hemorragias y lesiones cerebrales hipóxico-isquémicas tras parada cardíaca o hipotensión arterial grave.

La demencia vascular presenta una clínica y una velocidad de progresión distinta en cada paciente, dependiendo de la etiología de la misma. Algunos síntomas pueden ser similares a otros tipos de demencia. Sin embargo, los pacientes con demencia vascular se caracterizan por: progresión escalonada, con curso fluctuante y deterioros súbitos, síntomas y signos neurológicos como disminución de fuerza o parálisis, problemas de memoria, de concentración, depresión asociada a la demencia, crisis epilépticas, episodios de confusión aguda. Otros síntomas como: alucinaciones, delirios, irritabilidad con agresión física y verbal, inquietud e incontinencia o urgencia miccional.

Hay dos tipos principales de demencia vascular: uno causado por un ictus de arterias grandes y otro por lesión de pequeños vasos. Además, son frecuentes los casos en que coexisten lesiones degenerativas y vasculares (demencia mixta).

*Ictus de arteria/s grandes y demencia:* Los síntomas que experimenta el paciente como consecuencia de un ictus dependen del área del cerebro dañado. Si se daña la zona responsable del movimiento de un miembro se producirá una parálisis del mismo. Si es la zona del lenguaje, la persona tendrá problemas en la comunicación. Igualmente, si se dañan las áreas cognitivas aparecerán los síntomas de demencia.

Cuando la demencia vascular es causada por un sólo ictus, es llamada demencia por infarto estratégico. Si es causada por una serie de pequeños infartos (el paciente puede que no note ningún síntoma o que sean sólo temporales) se llama demencia multinfarto.

### **Enfermedad de Alzheimer**

La enfermedad de Alzheimer (EA), también denominada mal de Alzheimer o simplemente Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. La enfermedad suele tener una duración media aproximada de 10-12 años, aunque esto puede variar.

La incidencia en estudios de cohorte, es decir, cuando se sigue a lo largo de varios años a una población libre de la enfermedad, muestra tasas entre 10 y 15 nuevos casos cada 1 000 personas al año para la aparición de cualquier forma de demencia y entre 5-8 para la aparición de la enfermedad de Alzheimer. Es decir, la mitad de todos los casos nuevos de demencia cada año son pacientes con EA. También, hay diferencias de incidencia dependiendo del sexo, ya que se aprecia riesgo

mayor de padecer la enfermedad en mujeres, en particular, entre la población mayor de 85 años.

Las causas de EA no han sido completamente descubiertas. Existen tres principales hipótesis para explicar el fenómeno: déficit de acetilcolina, acúmulo de amiloide y trastornos metabólicos.

La EA se caracteriza por la pérdida de neuronas y sinapsis en la corteza cerebral y en ciertas regiones subcorticales. Esta pérdida resulta una atrofia de las regiones afectadas, incluyendo una degeneración en el lóbulo temporal y parietal, y partes de la corteza frontal y circunvolución cingulada.

La gran mayoría de los pacientes de esta enfermedad tienen o han tenido algún familiar con dicha enfermedad. También hay que decir que una pequeña representación de los pacientes de Alzheimer es debido a una generación autosomal dominante, haciendo que la enfermedad aparezca de forma temprana. En menos del 10 % de los casos, la EA aparece antes de los 60 años de edad como consecuencia de mutaciones autosómicas dominantes, representando, apenas el 0.01 % de todos los casos.

Estas mutaciones se han descubierto en tres genes distintos: el gen de la proteína precursora de amiloide (APP) y los genes de las presenilinas 1 y 2. Si bien la forma de aparición temprana de la enfermedad de Alzheimer ocurre por mutaciones en tres genes básicos, la forma más común no se ha podido explicar con un modelo puramente genético. La presencia del gen de la apolipoproteína E es el factor de riesgo genético más importante para padecer Alzheimer, pero no permite explicar todos los casos de la enfermedad.

### **a) Predemencia**

Los primeros síntomas con frecuencia se confunden con la vejez o estrés en el paciente. Una evaluación neuropsicológica detallada es capaz de revelar leves dificultades cognitivas hasta 8 años antes de que la persona cumpla los criterios de diagnóstico. La deficiencia más notable es la pérdida de memoria, manifestada como la dificultad de recordar hechos recientemente aprendidos y una inhabilidad para adquirir nueva información. Dificultades leves en las funciones ejecutivas -atención, planificación, flexibilidad y razonamiento abstracto- o trastornos en la memoria semántica —el recordar el significado de las cosas y la interrelación entre los conceptos— pueden también ser síntomas en las fases iniciales de EA. Puede aparecer apatía, siendo uno de los síntomas neuropsiquiátricos persistentes a lo largo de la enfermedad.

La fase preclínica de la enfermedad es denominada por algunos deterioro cognitivo leve, pero aún existe debate si el término corresponde a una entidad diagnóstica independiente o si, efectivamente, es el primer estadio de la enfermedad.

### **b) Demencia inicial**

La disminución en la destreza de la coordinación muscular de pequeños movimientos, como el tejer, comienzan a aparecer en el paciente de Alzheimer en las fases iniciales de la enfermedad.

Además, de la recurrente pérdida de la memoria, una pequeña porción de los pacientes presenta dificultades para el lenguaje, el reconocimiento de las percepciones —agnosia— o en la ejecución de movimientos —apraxia— con mayor prominencia que los trastornos de la memoria.

Los problemas del lenguaje se caracterizan, principalmente, por una reducción del vocabulario y una disminución en la fluidez de las palabras, lo que conlleva a un empobrecimiento general del lenguaje hablado y escrito. Usualmente, el paciente con Alzheimer es capaz de comunicar adecuadamente las ideas básicas. También aparece torpeza al realizar tareas motoras finas, tales como escribir, dibujar o vestirse, así como ciertas dificultades de coordinación y de planificación. El paciente mantiene su autonomía y sólo necesita supervisión cuando se trata de tareas complejas.

### **c) Demencia moderada**

Conforme la enfermedad avanza los pacientes pueden realizar tareas con cierta independencia (como usar el baño), pero requerirán asistencia en la realización de tareas más complejas (como ir al banco, pagar cuentas). Paulatinamente, llega la pérdida de aptitudes como las de reconocer objetos y personas. Además, pueden manifestarse cambios de conducta como, por ejemplo, arranques violentos incluso en personas que jamás han presentado este tipo de comportamiento.

Los problemas del lenguaje son cada vez más evidentes debido a una inhabilidad para recordar el vocabulario, lo que produce frecuentes sustituciones de palabras erróneas, una condición llamada parafasia. Las capacidades para leer y escribir empeoran progresivamente. Las secuencias motoras complejas se vuelven menos coordinadas, reduciendo la habilidad de la persona de realizar sus actividades rutinarias. Durante esta fase, también empeoran los trastornos de la memoria y el paciente empieza a dejar de reconocer a sus familiares y

seres más cercanos. La memoria a largo plazo, que hasta ese momento permanecía intacta, se deteriora.

El paciente con Alzheimer no muere por la enfermedad sino por infecciones secundarias como una llaga de presión o úlcera de decúbito, lesiones que se producen cuando una persona permanece en una sola posición por mucho tiempo.

En esta etapa se vuelven más notorios los cambios en la conducta. Las manifestaciones neuropsiquiátricas más comunes son las distracciones, el desvarío y los episodios de confusión al final del día (agravados por fatiga, la poca luz o la oscuridad), así como la irritabilidad y la labilidad emocional, que incluyen llantos o risas inapropiadas, agresión no premeditada e incluso la resistencia a las personas a cargo de sus cuidados. En aproximadamente el 30 % de los pacientes aparecen ilusiones en el reconocimiento de personas. También puede aparecer la incontinencia urinaria. Estos síntomas estresan a los familiares y a personas a cargo del cuidado del paciente y pueden verse reducidos si se le traslada a un centro de cuidados a largo plazo.

#### **d) Demencia avanzada**

La enfermedad trae deterioro de masa muscular perdiéndose la movilidad, lo que lleva al enfermo a un estado de encamamiento, la incapacidad de alimentarse a sí mismo, junto a la incontinencia, en aquellos casos que la muerte no haya llegado aún por causas externas (infecciones por úlceras o neumonía, por ejemplo). El lenguaje se torna severamente desorganizado llegándose a perder completamente. A pesar de ello, se conserva la capacidad de recibir y enviar señales emocionales. Los pacientes no podrán realizar ni las tareas más sencillas por sí mismos y requerirán constante supervisión, quedando así completamente dependientes. Puede aún estar presente cierta agresividad aunque es más frecuente ver extrema apatía y agotamiento.

La tomografía axial computarizada del cerebro de un paciente con EA muestra pérdida de la función en el lóbulo temporal. El diagnóstico se basa primero en la historia y la observación clínica, tanto del profesional de la salud como la que es referida por los familiares, basada en las características neurológicas y psicológicas, así como en la ausencia de condiciones alternativas: un diagnóstico de exclusión. Durante una serie de semanas o meses se realizan pruebas de memoria y de funcionamiento o evaluación intelectual. También se realizan análisis de sangre y escáner para descartar diagnósticos alternativos. No existe un test premortem para diagnosticar concluyentemente el Alzheimer. Se ha conseguido aproximar la certeza del diagnóstico al 85 %, pero el



definitivo debe hacerse con pruebas histológicas sobre tejido cerebral, generalmente obtenidas en la autopsia.

Las pruebas de imagen cerebral —tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RMN), tomografía por emisión de positrones (TEP) o tomografía computarizada por emisión de fotón único— pueden mostrar diferentes signos de que existe una demencia, pero no especifica de cuál se trata. Por tanto, el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer se basa tanto en la presencia de ciertas características neurológicas y neuropsicológicas como en la ausencia de un diagnóstico alternativo y se apoya en el escáner cerebral para detectar signos de demencia. Actualmente existen en desarrollo nuevas técnicas de diagnóstico basadas en el procesamiento de señales electroencefalográficas.

#### **e) Otras demencias. Características clínicas.**

*Enfermedad de Pick:* Caracterizada por cambios precoces y lentamente progresivos del carácter, deterioro social, apatía, euforia, desinhibición y fenómenos extrapiramidales (predomino frontal).

*Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob:* (Conocida como la enfermedad de "las vacas locas"). Curso subagudo, lleva a la muerte en unos 2 años. Síntomas piramidales y extrapiramidales.

*Enfermedad de Huntington:* Proceso lento, antecedentes familiares de la enfermedad, movimientos coreiformes involuntarios.

*La enfermedad por cuerpos de Lewy:* La demencia con cuerpos de Lewy se define como una enfermedad neurodegenerativa, caracterizada clínicamente por fluctuación de la afectación cognoscitiva, delirio episódico, alucinaciones visuales y parkinsonismo, que ocurre espontáneamente o como parte de una sensibilidad anormal a la terapia con neurolépticos y que anatomopatológicamente se identifican cuerpos y neuritas de Lewy en el encéfalo.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Villamil C. Psicología del adulto mayor. [monografía en Internet]. Buenos Aires: Fundación Gerontológica Argentina; 2007 [citado 31 oct 2007]. Disponible en:[http://www.fund\\_Gerontol.ar/sistema\\_de\\_salud/2007/metodologica//PDF/S35/html](http://www.fund_Gerontol.ar/sistema_de_salud/2007/metodologica//PDF/S35/html)

2. Herrera P A. Vejez y Envejecimiento. Enfoque Integral del Paciente Geriátrico [monografía en Internet]. Santiago de Chile: Clínica Las Condes; 2003 [citado 11 may 2007]. Disponible en :[http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2007/medicina/Psiquiatria\\_Vejez\\_y\\_Envejecimiento.pdf](http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2007/medicina/Psiquiatria_Vejez_y_Envejecimiento.pdf)
3. Pereira Bordelois N, Rodríguez Y. Escala geriátrica de evaluación funcional en un área de salud. Rev Elect Arch Med de Camagüey [serie en Internet]. 2001 [citado 31 oct 2007];5(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/electarcmedcamagl/vol5\\_1\\_05/mil08101.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/electarcmedcamagl/vol5_1_05/mil08101.pdf)
4. Donayre Yáñez N. Proyecto de reinserción laboral de adultos mayores en MYPES-BCP. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores.2006:1-20.
5. Cascudo Barral N. Instrumentos de evaluación en Geriátria. Red Cubana de Gerontología y Geriátria [serie en Internet]. 2007 [citado 31 oct 2007]; 5(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.w3.org/TR/html4/loose.dtd>
6. Hoyl T, Gac H, Wallace SP, Marín PP, Valenzuela EE. Evaluación geriátrica inicial en una comunidad urbana y una rural en Chile con las Escalas de la Cruz Roja Española y Social UC Chile. Rev española de gery geront [serie en Internet]. 2003 [citado 31 oct 2007];38(5):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.w3.org/TR/xhtml1/DTD/xhtml1-strict.dtd>
7. sfgetcare.org [homepage en Internet]. New. York: RTZ Associates. c2006 [actualizado 23 ene 2006; citado 31 oct 2007]. Disponible en: <http://www.w3.org/TR/xhtml1/DTD/xhtml1-transitional.dtd>
8. Cabrera Roa KG, Swayne Ossa MO. Valor de la evaluación geriátrica en el servicio de hospitalización de la clínica geriátrica San José. [monografía en Internet]. Lima: UNMSM; c2002- 2007 [citado 31 oct 2007]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/Cabrera\\_R\\_K/introd.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/Cabrera_R_K/introd.pdf)
9. Lluís Ramos GE, Llibre Rodríguez JJ, Samper Noa JA, Laucerique Pardo T. Propuesta de evaluación geriátrica para su aplicación en los centros asistenciales de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. Rev Cubana Med Milit [serie en Internet]. 2005 [citado 31 oct 2007];34(1)[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol34\\_1\\_05/mil08105.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol34_1_05/mil08105.pdf)

10. Pérez Barrero, S.A.: Guía práctica para la evaluación del riesgo suicida, Rev. Psq. Peruana, 1: 33-36. Lima, Perú, 3 a Epoca, 2006.
11. Orosa, Teresa "La adultez Mayor como edad del desarrollo, Edito Ciencias Médicas, la Habana, Cuba 2007.
12. Prieto O, Vega E. La atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
13. Programa integral aplicado a personas de la Tercera edad. Disponible en [www.ilustrados.com/publicaciones/EEZpkVkkFVAKelXjho . php](http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEZpkVkkFVAKelXjho.php) - 23k . revisado 13 de junio 2007.
14. Amaral, R.; Berriel, F.; Carbajal, M.; Leopold, L.; Lladó, M.; Pérez, R. (2004) Plan de desarrollo académico del Servicio de Psicología de la Vejez. Período 2005 - 2006. Montevideo: Facultad de Psicología. Mat. mim.
15. Pérez Martínez VT, Arcia Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr[internet]. 2008[citado 12 oct 2010]; 24(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24\\_3\\_08/mgi02308.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_3_08/mgi02308.htm)
16. Rodríguez García M, Boris Savigne D, Rodríguez Obré O, Rodríguez Arias OD. Algunos aspectos clínico epidemiológicos de la depresión en la ancianidad. MEDISAN[intenrte]. 2009[citado 12 oct 2010];13(5) Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_5\\_09/san01509.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san01509.htm)
17. Pérez Martínez VT. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. Rev Cubana Med Gen Integr[internet]. 2005[citado 12 oct 2010]; 21(1-2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21\\_1-2\\_05/mgi171-205t.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi171-205t.htm)
18. Pérez Martínez VT. Demencias: su enfoque diagnóstico. Rev Cubana Med Gen Integr[internet] 2006[citado 12 oct 2010]; 22(4) Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22\\_4\\_06/mgi10406.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_4_06/mgi10406.htm)
19. Villarreal Casate RE, Costafreda Vázquez M: Caracterización de los ancianos con trastornos depresivos. MEDISAN [Internet]. 2010[citado 23 ene 2011]; 14(7). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7\\_10/san05710.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7_10/san05710.htm)
20. Fong Estrada JA, Sánchez Pérez I, González Castilla R, Toranzo Labrada R, Couso Seoane C. Envejecimiento y examen físico

neurológico en el anciano. MEDISAN [Internet]. 2006[citado 23 ene 2011]; 10(2) Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_2\\_06/san10206.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_2_06/san10206.htm)

21. Stobbe J, Mulder NC, Roosenschoon BJ, Depla M, Kroon H. Assertive community treatment for elderly people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*. 2010 Oct 19;10:84. PubMed PMID: 20958958; PubMed Central PMCID: PMC2970585.
22. Cisler JM, Amstadter AB, Begle AM, Hernandez M, Acierno R. Elder mistreatment and physical health among older adults: the South Carolina Elder Mistreatment Study. *J Trauma Stress*. 2010 Aug;23(4):461-7. PubMed PMID: 20690195; PubMed Central PMCID: PMC2930089.
23. Schiffczyk C, Romero B, Jonas C, Lahmeyer C, Müller F, Riepe MW. Generic quality of life assessment in dementia patients: a prospective cohort study. *BMC Neurol*. 2010 Jun 20; 10:48. PubMed PMID: 20565912; PubMed Central PMCID: PMC2897779.
24. Persad CC, Cook S, Giordani B. Assessing falls in the elderly: should we use simple screening tests or a comprehensive fall risk evaluation? *Eur J Phys Rehabil Med*. 2010 Jun;46(2):249-59. Review. PubMed PMID: 20485227.