

# REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

## Aspectos actualizados sobre Psiquiatría geriátrica

Dra. María Margarita Hechavarría Ávila<sup>1</sup>, Dra. Melba Ramírez Romaguera<sup>2</sup>, Dr. Pablo López Rodríguez<sup>3</sup>, Dr. Albert García Hechavarría<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Psiquiatría. Master en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Hospital Psiquiátrico Provincial "Luís Ramírez López". Guantánamo. Cuba.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Psiquiatría. Master en Medicina Bioenergética y Natural. Profesor Auxiliar. Hospital Psiquiátrico Provincial "Luís Ramírez López" Guantánamo. Cuba.

<sup>3</sup> Especialista de II Grado en Psiquiatría. Master en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Hospital Psiquiátrico Provincial "Luís Ramírez López". Guantánamo. Cuba.

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hospital Psiquiátrico Provincial "Luís Ramírez López". Guantánamo. Cuba.

---

## RESUMEN

Se realiza una revisión bibliográfica con el objetivo de evaluar el desarrollo de la psiquiatría geriátrica desde su definición, evaluación, tratamiento, así como la formación del profesional en el postgrado y procesos investigativos como elemento de desarrollo de la especialidad.

**Palabras clave:** psiquiatría, geriátrica

---

## INTRODUCCIÓN

La longevidad es una de las características del mundo actual. El envejecimiento de la población, evidente ya en los países desarrollados, se está convirtiendo en una realidad en países menos desarrollados. En este contexto, los problemas de salud de las personas mayores, especialmente su dimensión psicológica, se han vuelto cruciales. Tanto el bienestar del individuo en esta etapa de la vida como la integración armoniosa del individuo en sociedad están en juego.

El aumento en la frecuencia de los problemas de salud mental entre los que traspasan el umbral de los 65 años, que requiere aproximaciones específicas en los procesos de diagnóstico, terapéutica y de readaptación, constituye la base del desarrollo de la psiquiatría geriátrica. Esta disciplina se ha ido constituyendo a sí misma progresivamente desde los años 50, definiendo su campo nosográfico y sus procedimientos de evaluación y organización de la atención. En vista de la omnipresencia de este tema, todas las profesiones relacionadas con la salud están involucradas.

Por una parte, esto entra dentro del contexto de los equipos pluridisciplinarios, y por otra, el quehacer en cada una de estas disciplinas puede verse confrontado con situaciones psiquiátricas. Por lo tanto, la psiquiatría geriátrica pasa a ser una disciplina básica para todos los que proporcionan atención socio-sanitaria y una especialidad para aquellos médicos y profesionales de la salud que se consagran por completo a la atención psiquiátrica de los ancianos.

Esto implica el solapamiento entre especialistas y no especialistas en la atención al paciente, especialmente entre cuidado somato-geriátrico y psiquiatría geriátrica, con el riesgo de un ejercicio inadecuado de la competencia profesional individual. Resulta por lo tanto indispensable definir el campo de acción de las profesiones involucradas en el cuidado de los ancianos. Para una cooperación de calidad resulta indispensable conocer tanto el propio campo de acción como los de las otras disciplinas.

## **DESARROLLO**

### **Generalidades**

La población de ancianos (y especialmente los de edad muy avanzada) está aumentando rápidamente a lo largo del mundo desarrollado y en vías de desarrollo. Esto refleja un mejor estado general de salud y mejores condiciones sociales, y es motivo de celebración. La mayoría de los ancianos permanecen en buen estado de salud mental y física y siguen ayudando a su familia y a la sociedad en general.

A pesar de la relevancia de este hecho, algunas enfermedades mentales (como las demencias) son especialmente comunes en la edad avanzada; otras tienen distintas características clínicas y/o presentan problemas específicos en su manejo. Las dificultades sociales, la multiplicidad de problemas físicos y las deficiencias sensoriales son también comunes. Una detección y manejos apropiados requieren los conocimientos y

habilidades de un especialista así como una colaboración multidisciplinaria.

Debe darse prioridad a aquellas enfermedades mentales que pueden causar una carga de sufrimiento, no sólo a los propios ancianos sino también a sus familias. Esto se ve agravado por el cambio en las estructuras familiares. El número de ancianos que viven solos va en aumento. Una intervención apropiada ante las principales enfermedades mentales que aquejan a los ancianos posibilitará a menudo tratarlas eficazmente o al menos mejorar sensiblemente la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

El aumento del número de ancianos con problemas mentales ha necesitado el desarrollo de la especialidad de psiquiatría geriátrica. La emergencia de esta especialidad ayuda a elevar el estatus de este grupo vulnerable y favorece también la investigación que ofrece esperanza para un mejor tratamiento y perspectiva, y proporciona la oportunidad de formar a los estudiantes en todas las disciplinas relacionadas con la atención sanitaria y social.

Este compendio del campo de acción de la psiquiatría geriátrica pretende promover la preocupación por los problemas de salud mental en la tercera edad, iniciar o mejorar la provisión de servicios y fomentar la formación e investigación en el área.

### **Definición y evaluación**

La psiquiatría geriátrica es una rama de la psiquiatría y forma parte de la provisión de atención multidisciplinaria a la salud mental del anciano. La especialidad es denominada a veces "psiquiatría geriátrica", "psiquiatría de la vejez" o "psicogeriatría".

Su campo de acción es la atención psiquiátrica a personas en edad de jubilación y por encima de ésta. Muchos servicios fijan una edad "de corte" a los 65, pero ésta puede variar según los países y las prácticas locales: varios servicios especializados contemplan la ayuda a personas más jóvenes con demencia. La especialidad se caracteriza por su orientación comunitaria y su aproximación multidisciplinaria a la evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Un paciente anciano que sufra problemas de salud mental suele presentar una combinación de necesidades psicológicas, físicas y sociales. Esto implica que la evaluación, manejo y seguimiento individuales requieren la colaboración entre las distintas organizaciones sanitarias, sociales, voluntad y disposición de los familiares a cargo. Son frecuentes los problemas de salud mental en la tercera edad y la

comprensión de los principios implicados en su identificación y manejo debería ser parte integral de la formación general de todos los profesionales de la atención social y sanitaria. Los progresos en este campo deben ser demostrados con evidencias y basados en un riguroso proceso de investigación empírica mediante el cual los facultativos tratarían de mantenerse al día.

Las experiencias y el comportamiento en el pasado de cualquier persona pueden influir tanto a la hora de que esta desarrolle algún tipo de trastorno mental cómo en su forma de manifestarse. Las múltiples pérdidas que acaecen en la vejez (muerte de parientes/amigos, salud en declive, pérdida de estatus, y otros.) pueden resultar especialmente importantes, aunque muchos ancianos resistan ante múltiples adversidades.

La especialidad se ocupa del amplio abanico de enfermedades mentales y sus consecuencias, especialmente los trastornos afectivos y de ansiedad, las demencias, las psicosis de la vejez y el abuso de sustancias. Además, la especialidad ha de ocuparse de ancianos que hayan desarrollado enfermedades mentales crónicas en una edad más temprana. De todos modos, las patologías psiquiátricas en la edad avanzada suelen coexistir con dolencias físicas, y presentan muchas posibilidades de verse complicadas por problemas sociales. Los ancianos pueden también presentar más de un diagnóstico psiquiátrico.

Los factores arriba mencionados, junto con los cambios biológicos, sociales y culturales asociados al envejecimiento, pueden alterar significativamente la presentación clínica de las enfermedades mentales en la edad avanzada. Los sistemas actuales de diagnóstico (CIE-10, DSM-IV) (38). no tienen demasiado en cuenta todos estos factores.

La aproximación diagnóstica es similar en esencia a la empleada en colectivos de otras edades. Existen sin embargo algunas diferencias. Los ancianos suelen asustarse ante investigaciones diagnósticas a las que no están acostumbrados. En la medida de lo posible, la primera evaluación debería llevarse a cabo en su propio hogar o en otros entornos familiares.

Resulta particularmente importante obtener un historial colateral. Las pruebas invasoras o estresantes deberían llevarse a cabo tan sólo cuando sus resultados pudiesen cambiar el manejo del caso o para satisfacer las necesidades familiares de respuestas diagnósticas.

Muchas enfermedades mentales de los ancianos pueden ser tratadas con éxito. Algunas (especialmente las demencias), son crónicas y/o

progresivas. Una intervención adecuada puede, aún así, contribuir a una mejora de la calidad de vida.

La formulación del diagnóstico debería enfatizar las habilidades así como el déficit e incorporar la importancia concedida a la enfermedad por el paciente y su familia. Tanto el seguimiento como la intervención pueden implicar un solapamiento entre distintos roles profesionales así como la coordinación entre servicios.

## **Tratamiento**

Los objetivos del tratamiento pueden incluir la recuperación de la salud. Una mejora de la calidad de vida, minimizar la incapacidad, mantenimiento de la autonomía y canalización de las necesidades de aquéllos que sirven de apoyo son también objetivos válidos.

El tratamiento debe adaptarse a las necesidades del paciente concreto y a los recursos disponibles. Su administración requiere habitualmente la cooperación entre profesionales de las distintas disciplinas involucradas, así como la implicación de otras personas, no profesionales, que sirven de apoyo. Una detección e intervención tempranas pueden mejorar el pronóstico. Se requiere también formación para contrarrestar el pesimismo terapéutico tanto de profesionales como de pacientes.

El tratamiento debe guardar el respeto necesario a los deseos del propio paciente: se deben respetar su dignidad y autonomía. El consentimiento al tratamiento dado por pacientes que han perdido su competencia para tomar tales decisiones plantea importantes problemas éticos y legales.

Los ancianos con enfermedades mentales (depresión especialmente), pueden necesitar más tiempo que sus homólogos más jóvenes para responder al tratamiento. Las enfermedades psiquiátricas funcionales presentan un alto grado de recaídas en la edad avanzada; esto puede reducirse con un seguimiento asiduo y un tratamiento continuado.

La gente mayor es especialmente vulnerable a los efectos colaterales de los medicamentos psicotropos. Debe prestarse también atención a los cambios en el manejo de medicamentos relacionados con la edad. Las interacciones entre fármacos psicotropos y la comorbilidad física (y el tratamiento recibido para ésta) son también frecuentes en las personas mayores. Los problemas físicos presentes en ancianos con enfermedades mentales deben tratarse, y ello puede facilitar el tratamiento de la propia enfermedad mental.

Se están investigando activamente tratamientos para mejorar el funcionamiento cognitivo de personas con demencia y/o modificar el

curso de la enfermedad. La demencia vascular puede prevenirse o retrasarse con tratamientos que reducen el riesgo de infarto cerebral. Todas las técnicas psicoterapéuticas (apoyo, psicodinámicas y cognitivoconductuales) pueden utilizarse con ancianos. Pueden ser necesarias algunas adaptaciones para tener en cuenta cualquier déficit sensorial o cognitivo.

Las intervenciones terapéuticas con el fin de favorecer la autonomía incluyen un nuevo entrenamiento en las destrezas de la vida diaria y una mejora de la seguridad doméstica.

Resultará de gran utilidad proporcionar apoyo práctico, información y asesoramiento social.

### **Organización de servicios**

La mayoría de los ancianos con problemas de salud mental son cuidados por sus familiares, amigos con el apoyo del equipo de atención primaria, que proporciona al mismo tiempo la continuidad del tratamiento. El equipo de atención primaria (así como otros proveedores de servicios), necesita dirigirse al servicio de atención psiquiátrica para las personas de edad avanzada cuando se necesite de otras opiniones, consejos y de la atención directa del especialista.

El servicio multidisciplinario de atención psiquiátrica a los ancianos puede incluir todo un abanico de profesionales tales como médicos, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, trabajadores sociales y personal administrativo que deberían reunirse a menudo para coordinar y discutir tanto los nuevos casos que les son referidos como los casos del momento. Este equipo debería contar con un líder identificable.

La evaluación inicial debería llevarse a cabo, siempre que fuese posible, en el domicilio del paciente; los miembros de la familia y el equipo de atención primaria deberían estar involucrados. Esta evaluación inicial debería conducir a la formulación de un plan de atención y seguimiento con objetivos claros y responsabilidades definidas para cada miembro del equipo asistencial multidisciplinario y del equipo de atención primaria (generalmente asignándose un "trabajador clave" o responsable del caso). Esto debería incluir la provisión de apoyo, información y consejo a los cuidadores.

Con el fin de que el servicio especializado funcione con eficacia, se necesita que toda una serie de recursos estén disponibles y accesibles. Entre ellos, unidad de ingreso de agudos, de rehabilitación, de cuidados diurnos, instalaciones de descanso ("respiro") y variedad de atención

residencial para aquellas personas que no puedan vivir en sus propios hogares. Resulta importante la disponibilidad recíproca de consejo entre los profesionales de la psiquiatría geriátrica, medicina general y (allí donde sea posible) medicina geriátrica. También es importante el contacto con las instalaciones de la comunidad (Ej. centros de día y grupos de apoyo para cuidadores así como para los propios pacientes).

Un servicio completo de psiquiatría geriátrica debería centrarse en el paciente y alcanzar la suficiente coordinación entre sus elementos para asegurar una atención continuada. El servicio debería integrarse en el sistema de bienestar sanitario y social y a su vez depende de la existencia de un marco social, político, legal y económico adecuado.

La garantía de calidad debe ser una prioridad para todos los elementos del servicio. Esto resulta particularmente importante para asegurar el respeto ante las necesidades y deseos de aquellos ancianos que no sean capaces de expresarlos en su totalidad.

## **Formación**

La especialidad Psiquiatría Geriátrica requiere la formación básica de la Psiquiatría General y la Medicina General, así como entrenamiento en los aspectos específicos de los fenómenos médicos y psiquiátricos que acontecen en el anciano. La Psiquiatría de la edad avanzada debería enseñarse en la variedad de ambientes en la que se practica.

Los esquemas formativos para todos los trabajadores sanitarios y sociales deberían incluir un componente sobre la atención a la salud mental de las personas mayores. Debería ofrecerse formación sobre la atención a la salud mental de la tercera edad tanto a nivel de pregrado como de postgrado, así como durante la formación profesional continuada.

Debería ofrecerse al público en general y a los grupos de cuidadores, educación e información sobre el cuidado de la salud mental del anciano. Deberían desarrollarse manuales de formación adecuados, con material adaptado culturalmente, para todos los grupos de profesionales y cuidadores.

## **Investigación**

La investigación en psiquiatría geriátrica abarca un campo muy amplio que incluye la biología molecular, epidemiología, neuroquímica, psicofarmacología, investigación sobre los servicios sanitarios (incluyendo la evaluación de proyectos comunitarios innovadores) y la ética.

La investigación en esta área proporciona una oportunidad única para el enriquecimiento mutuo de estas disciplinas, es crucial para el avance de la especialidad y puede tener beneficios más allá de su dominio. Los profesionales de este campo necesitan formación en cuanto a los métodos de investigación así como tiempo y oportunidades para llevar a cabo la investigación de la población y con carácter gratuito, la atención al anciano es, en su condición de componente vulnerable de la sociedad, una de las más beneficiadas con estos cambios.

Al cumplirse con este principio básico, que supera de una vez las diferencias e iniquidades de la sociedad y que como condición primera garantiza iguales derechos sociales a todos los ciudadanos, se inicia no sólo una profunda reforma en los sectores de la salud y seguridad social, sino que además se cumple con un objetivo que aún parece inalcanzable.

Esto, no podemos olvidarlo, se hace en medio de unas circunstancias económicas muy difíciles agravadas por el criminal bloqueo que, injusto y con intenciones genocidas, nos impone el imperialismo norteamericano.

Como es bien conocido los programas actuales de atención al anciano no cubren todas las necesidades de las personas de 60 años y más. Estas necesidades son similares en casi todos los países de América Latina, pero las diferencias estriban en el orden de prioridades que les da cada país. La familia, por si sola, ya no puede atender los nuevos problemas y necesidades sin el apoyo de programas y servicios de la sociedad, patrocinados por los gobiernos u organizaciones no gubernamentales, a menudo en asociación con organizaciones voluntarias. Existe disparidad entre la disponibilidad y la distribución de los recursos técnicos y humanos entre los países de la región, y aún dentro de un mismo país, entre las áreas urbanas y rurales.

Cuba no está excluida de los fenómenos de la sociedad moderna que desvirtúan en cierta medida el papel protector de la familia hacia el adulto mayor. Por otra parte los programas de pensiones, seguridad social y atención médica gratuita han de enfrentar las demandas crecientes de este grupo poblacional. Por ejemplo: en el país existen casi 40 500 adultos mayores que reciben asistencia social. Algo más del 9 % de los ancianos viven solos y se considera que alrededor del 13 % tengan algún grado de conflicto filial.

El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas; ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la filosofía, el arte y la medicina. Sin embargo, durante el presente siglo se presenta una

situación singular: más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez lo que ha convertido al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un problema, si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan.

Según datos de las Naciones Unidas, en 1950, existían en el mundo 200 millones de personas mayores de 60 años, pero ya en 1975 esta cifra alcanzó los 350 millones. Las proyecciones demográficas indican que en el año 2000 habrá alrededor de 600 millones de ancianos, cifra que prácticamente se duplicará en el año 2025.

Para muchos, todavía este fenómeno no es un problema del Tercer Mundo, sino propio del mundo desarrollado. En realidad, hace ya más de un decenio se reconoce lo contrario. En 1950 existía igual proporción de personas viejas viviendo en países desarrollados que en países en desarrollo y se espera que para el año 2000, 2 de cada 3 ancianos vivan en las zonas menos favorecidas económicamente.

En los próximos 40 años, 8 de los 11 países más envejecidos del mundo, pertenecerán al grupo de países en vías de desarrollo. Los pronósticos con relación a las tasas de crecimiento esperadas de la población general permiten asegurar que el porcentaje de la población anciana se duplicará en los próximos años en estos países.

Si se busca a fondo lo que los términos relativos pueden decir, el Tercer Mundo deberá añadir a los latentes problemas de la deuda externa, el inadecuado orden económico y la falta de una integración económica eficaz, el envejecimiento de sus poblaciones y deberá hacerlo con una ínfima parte de los recursos con los que cuentan los países desarrollados.

Por otra parte, esta transición demográfica en los países en desarrollo ha ocurrido muy rápidamente, lo que acentúa la dificultad de su manejo; ellos deben responder a una diversidad de prioridades y tienen grandes dificultades para cambiar, tan rápidamente, el orden de éstas.

Los programas de control de la natalidad, con la consiguiente disminución de la misma y la aplicación de mejoras sociales en algunos de estos países, han permitido un envejecimiento demográfico que no se correlaciona con una mejoría espectacular de la situación socioeconómica de los mismos. Las personas de la tercera edad que viven en el Sur y en especial los que viven en América Latina deben sumar a la pérdida de la capacidad de adaptación que impone el

envejecimiento y a las particularidades que las enfermedades de la vejez conllevan, un medio ecológico y socioeconómico hostil al cual deben adaptarse o perecer.

El crecimiento de este segmento poblacional determinará un aumento de los gastos estatales dedicados al mantenimiento de esta fracción, usualmente no productiva económicamente, ya que no sólo aumenta el número y proporción de ancianos sino que se prolonga la cantidad de años vividos en esta etapa.

El aumento galopante de la urbanización y la migración interna del campo a la ciudad de las generaciones más jóvenes en busca de mejores empleos y oportunidades, empeoran el cuadro y hacen que cambien las estructuras tradicionales de la familia y sus posibilidades. El resultado de éstos y otros factores están claramente ilustrados en relación a los cuidados de la población anciana; lo que ancestralmente era brindado por la familia va siendo sustituido por el estado y otras formas institucionales.

La repercusión del envejecimiento y las enfermedades que se le asocian sobre los sistemas de salud son evidentes. Los ancianos constituyen los mayores consumidores relativos y absolutos de servicios de salud y medicamentos en cualquier país, lo que determina una preocupación especial aún en los países económicamente más poderosos.

Ya la Organización Mundial de la Salud, impulsada por el objetivo de sus países miembros de lograr: Salud para todos en el año 2000, definió en el llamado "Principio de la Igualdad" de la Declaración de Alma Ata, lo siguiente: "La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política social económicamente inaceptable y por tanto motivo de preocupación para todos los países".

El reconocimiento que este principio hace la diferencia objetiva y señalada entre el estado de salud y asistencia social del mundo desarrollado y el de los países en desarrollo es un marcado paso de avance. Sin embargo, esta realidad aunque sea inaceptable, es sin duda muy difícil de modificar bajo las condiciones actuales en que vive el planeta.

Cuba es un ejemplo de país en desarrollo con un envejecimiento importante de su población. El 12 % de los cubanos tiene 60 años o más, ya en el 2025 existirá un 21 %, con una expectativa de vida al nacer actual de 75 años. En términos relativos la proporción de ancianos en Cuba es superior a la de los países subdesarrollados. Para el año

2000 se estimaba alcanzaría casi el doble si se compara con los países en vías de desarrollo y cerca de 1.5 veces con relación a las cifras mundiales. Esta proporción se mantendrá en el año 2025.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Acarin Tusel N. El cerebro del rey. Vida, sexo, conducta, envejecimiento y muerte de los humanos. La Habana: Editorial Científico – Técnica; 2008.
2. Amaral R, Berriel F, Carbajal M, Leopold L, Lladó M, Pérez R. Plan de desarrollo académico del Servicio de Psicología de la Vejez. Período 2005 - 2006. Montevideo: Facultad de Psicología. Mat. Mim; 2006.
3. Anuario Demográfico de Cuba. Centro de Estudios de la Población y el Desarrollo. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas; 2006.
4. Colectivo de autores. Manual de psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores; 2009.
5. Hales R, Yudovsky S, Talbot JU. DSM-IV Tratado de Psiquiatría. 3ªed. Madrid: Editorial Masson; 2000.
6. Goetz CG. Textbook of Clinical Neurology. 3<sup>rd</sup>ed. Philadelphia: Saunders; 2007.
7. González Menéndez R. Clínica psiquiátrica básica actual. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
8. González R. Terapéutica Psiquiátrica Integral. 2ªed. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.
9. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida J, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Asunto prioritario para la salud pública. Rev. Panam Salud Pública. 2005; 18 (4-5) : 229-240.
10. Oficina Nacional de Estadística. Proyección de la población de Cuba. La Habana: ONE; 2007
11. Pérez Barrero SA. Guía práctica para la evaluación del riesgo suicida, Rev. Psq Peruana. 2006; 1: 33-36.
12. Pérez Ortiz L. El envejecimiento desde la perspectiva sociológica. En: Agüera-Ortiz LF, Cervilla Ballesteros J, Martín Carrasco M, editores. Psiquiatría geriátrica. Madrid: Elsevier-Masson; 2006. p. 81-96.
13. Prieto O, Vega E. La atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
14. Programa integral aplicado a personas de la Tercera edad [Internet]. [Actualizado 13 junio 2007]. Disponible en: [http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEZpkVkkF\\_VAKelXjho.Php](http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEZpkVkkF_VAKelXjho.Php) - 23k
15. Roses M. La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. Rev. Panam Salud Pública. 2005; 18(4-5):223-5.

- 16.Vannoy SD, Duberstein P, Cukrowicz K. The relationship between suicide ideation and late-life depression. Am J Geriatr Psychiatry. 2007; 15(12): 1024-33.
- 17.Zarragoitia Alonso I. Depresión generalidades y particularidades, La Habana: Editorial Ciencias Medicas; 2011.

**Recibido:** 8 de abril de 2012

**Aprobado:** 22 de mayo de 2012

**Dra. María Margarita Hechavarría Ávila.** Hospital Psiquiátrico Provincial "Luís Ramírez López". Guantánamo. Cuba. Email: [margaritah@infosol.gtm.sld.cu](mailto:margaritah@infosol.gtm.sld.cu)