

Alteraciones emocionales en personas mayores con enfermedades cardíacas

Emilia Martínez Santamaría, María Lameiras Fernández, Manuel González Lorenzo y Yolanda Rodríguez Castro

Objetivo. El objetivo de este estudio es analizar las alteraciones emocionales vinculadas con la edad y con las consecuencias de las enfermedades cardíacas en personas mayores.

Diseño. Entrevistas individualizadas a personas mayores con problemas cardíacos y a otras de la misma edad sin dicha enfermedad.

Emplazamiento. Hospitales públicos del sur de Galicia y en centros sociales de la tercera edad.

Participantes. Un total de 130 personas mayores forman la muestra de este estudio (65 con problemas cardíacos y 65 sin dicha enfermedad).

Instrumentos de medida. Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Halroyd y Reynolk (1984); test de Orientación Vital de Scheir, Caver y Bridges (1994); Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, Emmuns, Larsen y Griffin (1985); Escala de Autoestima de Rosemberg (1965) y un Instrumento de la Sintomatología Asociada (SCL-90; Derogatis, 1975).

Mediciones y resultados principales. Las personas con dolencias cardíacas son más ansiosas y presentan un nivel de autoestima inferior que las que no han tenido dicha enfermedad. Asimismo, se comprueba una tendencia clara hacia una mayor ansiedad fóbica y retirada social de los cardíacos, y también que las personas cardíacas mayores de 60 años presentan un incremento de la ansiedad, los trastornos psicósomáticos y la irritabilidad con el paso del tiempo.

Conclusiones. Queda ampliamente constatada, en nuestro estudio, la presencia de alteraciones emocionales vinculadas con las personas mayores con problemas cardíacos, por lo que se hace especialmente necesario llevar a cabo programas de prevención de riesgo de dichas enfermedades, ya que la mayoría son provocadas por conductas inadecuadas de los sujetos.

Palabras clave: Alteraciones emocionales. Ansiedad. Ansiedad fóbica. Autoestima. Tercera edad. Lesión cardíaca.

EMOTIONAL DISTRESS IN ELDERLY PEOPLE WITH HEART DISEASE

Objectives. To analyse the emotional distress associated with ageing, and its prevalence among elderly people who suffer from heart disease.

Design. Personal interviews with elderly people with and without heart problems.

Setting. Interviews were conducted in public hospitals and old people's homes in the south of Galicia, Spain.

Participants. The sample was made up of 130 elderly people (65 with heart problems and 65 without).

Main measurements. The Inventory of Coping Strategies, of Halroyd and Reynolk (1984); Scheir, Caver, and Bridges Test (1984); the Life Satisfaction Scale of Diener, Emmuns, Larsen, and Griffen (1985); Rosenberg's Self-Esteem Scale (1965); and an instrument to measure Associated Symptoms (SCL-90; Derogatis, 1975).

Results. Elderly people with heart problems experienced greater anxiety and had lower self-esteem than those without such problems. Heart patients also tended to suffer more phobic anxiety and to retreat from social interaction more. With the passing of time, heart patients over 60 showed more anxiety, irritability and psychosomatic disorders.

Conclusions. This study clearly shows the existence of emotional distress in elderly heart patients. This makes it particularly important to conduct risk-prevention programmes, since a lot of heart disease is brought on by unhealthy conduct.

Key words: Emotional distress. Anxiety. Phobic anxiety. Self-esteem. Old age. Heart disease.

Facultad de Ciencias de la Educación. Campus de Ourense. Universidad de Vigo. Vigo. España.

Correspondencia:
E. Martínez Santamaría.
Facultad de Ciencias de la Educación. Campus de Ourense. Universidad de Vigo.
Avda. de Castelao, s/n. 32004 Ourense. España.
Correo electrónico:
lameiras@uvigo.es

Manuscrito recibido el 25 de enero de 2005.
Manuscrito aceptado para su publicación el 10 de octubre de 2005.

Introducción

Las enfermedades cardíacas constituyen en la actualidad la causa de muerte más frecuente en los países desarrollados y en gran parte de los países del tercer mundo. En España, las enfermedades cardíacas son las causantes de más del 40% de todas las muertes¹⁻³.

Los trastornos cardiovasculares no son consecuencia de un único factor causal, sino que tiene un origen claramente multifactorial. Esto implica la necesidad de reconocer la influencia de un amplio espectro de potenciales contribuidores, hasta ahora de proporciones indeterminadas^{4,5}.

Entre los factores de riesgo que han recibido el mayor consenso se incluyen las altas concentraciones de colesterol en sangre, el aumento de la presión arterial, el hábito tabáquico, la obesidad, la diabetes, la falta de ejercicio y la historia familiar. A estos factores clásicos de riesgo se añaden variables psicofisiológicas, psicosociales y medioambientales. Hoy día se reconoce que estas últimas interactúan junto con las anteriores en la patogenia y la epidemiología de los trastornos cardiovasculares^{2,3,6,7}.

Considerando todos los factores de riesgo en su conjunto, se podría afirmar que el principal riesgo es conductuales ya que, aunque las consecuencias se manifiestan en el terreno físico o biológico, todos los factores de riesgo provienen del estilo de vida y de las tendencias conductuales (fumar, obesidad, elevado colesterol en sangre, hábitos de ejercicio, consumo de alcohol, aspectos del patrón de conducta tipo A, ira, hostilidad, estresores medioambientales y reactividad psicofisiológica a los estresores). De acuerdo con Jenkins et al³, se podría argumentar que la enfermedad coronaria es fundamentalmente una enfermedad causada por el comportamiento y una de las enfermedades más relacionadas con el estilo de vida.

De todas las dolencias cardíacas, el infarto de miocardio es el que provoca el mayor impacto psicológico, que deriva en la aparición de diversos problemas^{5,8-12}. Entre los más frecuentes, Bueno et al¹⁰ enumeran los siguientes: la presencia de trastornos emocionales, las dificultades para la reincorporación laboral, los problemas de funcionamiento sexual, la disminución del nivel de actividades sociales y de ocio, y la presencia de síntomas somáticos funcionales. Por tanto, los trastornos emocionales representan una de las principales consecuencias asociadas con estos problemas. Sin embargo, las alteraciones emocionales están más relacionadas con el impacto subjetivo de la enfermedad que con la severidad de ésta. El grado más alto se produce en los primeros meses de la dolencia cardíaca, aunque persiste con el tiempo¹⁰. La depresión y la ansiedad son mucho más frecuentes e intensas que en la

población general. Estos pacientes tienen mayor preocupación por la salud y una mayor presencia de síntomas somáticos funcionales; también es muy frecuente una disminución del grado de actividades sociales, sexuales y de ocio⁴.

En conclusión, los principales problemas detectados, en este colectivo de personas mayores, están más relacionados con el impacto psicológico que produce la dolencia cardíaca que con las limitaciones físicas impuestas por ésta⁵⁻¹³. Ello justifica la necesidad de aportar una adecuada intervención para garantizar la rehabilitación y una deseable calidad de vida, desarrollando para ello programas desde el modelo psicosocial y biomédico¹²⁻¹⁴. En definitiva, las intervenciones deberían garantizar la reincorporación del paciente a sus actividades, tanto familiares como sociales y sexuales, lo que garantizaría su bienestar y una salud integral.

Por tanto, el objetivo de este estudio es identificar la afección de los pacientes cardíacos mayores de las provincias del sur de Galicia y comprobar en qué medida la edad agrava la presencia de la sintomatología psicosocial.

Sujetos y método

Muestra

En este estudio participaron 130 personas mayores: 65 con problemas cardíacos y 65 sin dicha enfermedad. De los cardiopatas, la mayoría eran varones (57 varones y 8 mujeres).

Para que la muestra fuera lo más homogénea posible se hizo una selección de todos los varones mayores de 60 años, con lo que quedó una muestra de 55 sujetos (29 con enfermedad cardíaca y 26 sin dicha enfermedad). La selección de los sujetos que participaron en este estudio se realizó de la siguiente manera: los cardiopatas se seleccionaron en hospitales de Ourense (Cristal Piñor y Santa María Nai) y Vigo (Cies y Meixoeiro), mientras que los no cardiopatas se seleccionaron en centros sociales de Ourense y Pontevedra.

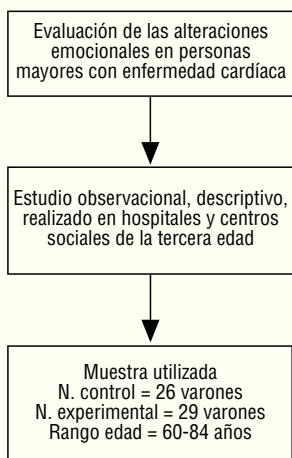
Instrumentos y variables

Cuestionarios aplicados a la muestra

1. Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IAE) de Halroyd y Reynold (1984). Esta escala consta de 20 ítems que se agrupan en 4 subescalas: *reestructuración cognitiva*, *expresión emocional*, *apoyo social* y *retirada del apoyo social*. Cada una de las subescalas consta de 5 ítems, con respuesta tipo Likert que va de 1 (nunca utilizada) a 5 (siempre utilizada); las puntuaciones más altas son las que representan la mayor frecuencia del uso de dichas estrategias de afrontamiento positivo. La fiabilidad obtenida (alfa de Cronbach) en las subescalas fue la siguiente: reestructuración cognitiva = 0,83; expresión emocional = 0,63; apoyo social = 0,83 y retirada del apoyo social = 0,65 (tabla 1).

2. Test de Orientación Vital (TOV) de Scheir, Caver y Bridges (1994). Este cuestionario consta de 10 ítems con respuestas de tipo Likert graduadas de 0 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones más altas son las de mayor

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, mediante entrevista individualizada, para analizar las alteraciones emocionales vinculadas con la edad y las enfermedades cardíacas en las personas mayores.

grado de optimismo y bienestar. La fiabilidad obtenida (alfa de Cronbach) fue de 0,69.

3. Escala de Satisfacción con la Vida (ESV) de Deener, Emmons, Larsen y Griffin (1985). Esta escala consta de 5 ítems, con respuestas de tipo Likert graduadas de 1 (en total desacuerdo) a 5 (en total acuerdo). Las puntuaciones más altas son las que representan un mayor grado de satisfacción con la vida. La fiabilidad obtenida (alfa de Cronbach) fue de 0,88.

4. Escala de Autoestima (EA) de Rosenberg (1983). Esta escala consta de 10 ítems con respuestas de tipo Likert graduadas de 1 (totalmente de acuerdo) a 4 (totalmente en desacuerdo). Las puntuaciones más altas son las que representan menor grado de autoestima. Su fiabilidad obtenida (alfa de Cronbach) fue de 0,77.

5. Instrumento de Evaluación de la Sintomatología Asociada (SCL-90) de Derogatis (1975). Este instrumento de evaluación consta de 54 ítems que se agrupan en 5 subescalas con distinto número de ítems, con un rango de respuestas de tipo Likert que va de 0 (nada) a 4 (mucho). Las puntuaciones más altas son las más significativas. Las subescalas son: a) somatización, con 12 ítems; b) depresión, con 19 ítems; c) ansiedad, con 10 ítems; d) ansiedad fóbica, con 8 ítems, y e) hostilidad, con 6 ítems. La fiabilidad de las subescalas (alfa de Cronbach) fueron las siguientes: somatización = 0,70; depresión = 0,77; ansiedad = 0,74; ansiedad fóbica = 0,55 y hostilidad = 0,50.

6. Variables sociodemográficas.

La edad media de los participantes fue de 68 años (rango, 60-84 años). La mayoría están casados (el 89% de los cardíacos y el 92,3% de los no cardíacos) y con un nivel sociocultural bajo (el

73,19% los cardíacos tiene menos que estudios primarios y el 53% de los no cardíacos tiene estudios primarios incompletos).

Variables

Las variables dependientes de este estudio son las siguientes: satisfacción con la vida, autoestima, ansiedad, ansiedad fóbica, apoyo social y retirada del apoyo social.

Como variable independiente principal se incluyen la presencia o la ausencia de dolencia cardíaca.

Como variables control independientes se incluyen la edad, el sexo, el número de hijos, el estado civil actual, los estudios del entrevistado y los estudios del cónyuge.

Procedimiento

Recogida de datos

El procedimiento de aplicación de los instrumentos de medida fue una entrevista personal. A los entrevistados se les garantiza desde el primer momento el anonimato y la confidencialidad de los datos recogidos. Cada una de las entrevistas tuvo una duración aproximada de 90 min. En primer lugar se les informó de en qué consistía y la finalidad científica del estudio; además, se explicó la forma de contestar aclarando todas las dudas que iban surgiendo. Se les motivó durante la entrevista a incrementar su interés personal por su realización y a que contestaran a todas las preguntas.

Las personas de más edad se fatigaban y se distraían a menudo, lo que llevó a realizar varias pausas durante la entrevista. La mayoría ha mostrado una buena disposición y ha contestado toda la entrevista.

Análisis de datos

El análisis de los datos se ha efectuado con el programa estadístico SPSS para Windows y se ha recurrido al análisis univariable para muestras independientes: diferencias de medias, análisis de significación y análisis factorial.

Resultados

Los resultados obtenidos aparecen organizados en 2 apartados: efecto de la dolencia cardíaca y efecto de la edad. Previamente se ha hecho un análisis de la fiabilidad y de la estructuración factorial de las pruebas utilizadas. La fiabilidad de las pruebas utilizadas fue aceptable en general (tabla 1), la mayoría > 0,70.

Por otra parte, del análisis factorial aplicado al total de pruebas utilizadas surgen 4 factores (tabla 1). El primero está definido principalmente por 3 subescalas del test de sintomatología asociada (somatización, ansiedad y hostilidad) y puede interpretarse como factor principal de ansiedad o ansioso-depresivo.

El segundo asocia la escala de satisfacción con la vida, la escala de autoestima, una estrategia de reestructuración cognitiva y el test de optimismo y bienestar. Se puede considerar un factor principal de optimismo y positividad ante la vida.

El tercer componente, más difícil de interpretar, agrupa 3 subescalas del test de sintomatología asociada: expresión emocional, ansiedad fóbica y una alta correlación (0,59)

TABLA 1 Consistencia interna y análisis factorial de las pruebas utilizadas

Escalas	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	α
Ansiedad	0,88		0,17	-0,21	0,74
Somatización	0,81		0,17	0,37	0,70
Hostilidad	0,74	-0,25	0,23		0,50
Reestructuración cognitiva		0,83	0,16	0,19	0,83
Escala de autoestima		0,73	-0,12	-0,17	0,77
Test de orientación vital	-0,41	0,69	-0,21	0,19	0,69
Escala de satisfacción con la vida	-0,13	0,68	-0,44	0,10	0,88
Expresión emocional		-0,14	0,81	0,18	0,63
Ansiedad fóbica	0,23		0,72	-0,13	0,55
Depresión	0,41	-0,14	0,57	-0,17	0,77
Retirada social	0,13		0,18	-0,87	0,65
Apoyo social	0,20	0,22	0,52	0,65	0,83

TABLA 2 Diferencias de medias entre cardíacos y no cardíacos

Escalas	Cardíacos	No cardíacos	p
Ansiedad	5,00	2,64	0,02
Somatización	8,41	8,44	0,99
Hostilidad	3,04	2,76	0,71
Reestructuración cognitiva	15,79	17,16	0,26
Autoestima	30,41	26,92	0,03
Test orientación vital	24,37	24,48	0,96
Satisfacción con la vida	25,37	26,16	0,60
Expresión emocional	12,54	12,16	0,81
Ansiedad fóbica	1,92	1,12	0,08
Depresión	10,70	9,20	0,42
Retirada social	11,54	9,48	0,06
Apoyo social	14,08	13,88	0,52

$\lambda = 0,5670$; $\chi^2 = 23,8160$; $p = 0,026$.

TABLA 3 Efecto de la edad en cardíacas mayores (por quinquenios)

Escalas	60-64 años	65-69 años	70-74 años	75-79 años	p
Ansiedad	3,22	4,40	8,00	10,33	0,06
Somatización	4,88	8,20	18,00	13,33	0,04
Hostilidad	1,00	3,20	3,00	7,33	0,01
Reestructuración cognitiva	14,88	16,60	13,00	17,66	0,47
Autoestima	28,70	29,33	27,50	33,33	0,32
Test orientación vital	25,55	25,10	14,00	25,33	0,49
Satisfacción con la vida	27,78	24,10	21,50	24,00	0,60
Expresión emocional	10,68	11,70	19,00	16,66	0,11
Ansiedad fóbica	1,88	2,20	3,00	3,33	0,05
Depresión	6,44	13,60	13,50	120,00	0,15
Retirada social	10,33	12,60	12,00	131,30	0,74
Apoyo social	12,11	11,90	18,50	017,00	0,25

con la depresión. Se puede tratar más bien de un factor de *descontrol emocional*, de sentirse desbordado por los problemas.

El cuarto y último componente se asocia con 2 subescalas del inventario de estrategias de afrontamiento (apoyo social y retirada del apoyo social), que se puede designar como factor principal de disposición o búsqueda de apoyo social.

Como prueba básica del efecto de la dolencia cardíaca, se realiza un análisis discriminante de la capacidad de las medidas utilizadas para diferenciar cardíacos y no cardíacos mayores de 60 años. Las diferencias globales son estadísticamente significativas ($\lambda = 0,567$; $\chi^2 = 23,24$; $p < 0,05$). De

las funciones univariantes y de la función discriminante se observa que los efectos más claros se producen sobre la ansiedad y la autoestima. Las personas con dolencias cardíacas son más ansiosas y presentan un grado de autoestima inferior que las que no han presentado dicha enfermedad. Asimismo, se observa una tendencia clara hacia la mayor ansiedad fóbica y retirada social de los cardíacos (tabla 2). Complementariamente, para observar el efecto de la edad, se agrupa a los cardíacos mayores por quinquenios y se analizan las diferencias por análisis discriminante. Las diferencias globales son significativas, con un incremento claro de la ansiedad, la ansiedad fóbica, los trastornos psicósomáticos y la irritabilidad por el cambio de quinquenio (tabla 3).

Discusión

En las últimas décadas, diversos estudios han dedicado su atención a la evaluación del estado emocional de los sujetos con enfermedades cardíacas^{1-5,8,10-16}. Todos ellos señalan una elevada incidencia de cuadros de ansiedad y de depresión tras un ataque cardíaco. De hecho, las emociones y los estados de ánimo son importantes objetivos de investigación gerontológica por sí mismos porque afectan, directa e indirectamente, tanto a la salud como a la calidad de vida de las personas mayores^{13,17-19}.

Con este estudio se comprueba el incremento del grado de ansiedad, la mayor tendencia al aislamiento y el menor grado de autoestima de los mayores de 60 años frente a los problemas cardíacos, de forma diferenciada de sus coetáneos sin enfermedad cardíaca. Además, el incremento de la edad aumenta progresivamente el malestar de los sujetos con enfermedades cardíacas en relación con su grado de ansiedad, la presencia de trastornos psicósomáticos y la mayor irritabilidad.


 Discusión
Cuadro resumen
Lo conocido sobre el tema

- Las enfermedades cardíacas agudizan y elevan la incidencia de cuadros de ansiedad y depresión.
- Las alteraciones emocionales se presentan en mayor medida en los primeros meses de la enfermedad.

Qué aporta este estudio

- La edad es un factor determinante en el agravamiento de las alteraciones emocionales de personas con enfermedad cardíaca.

En la actualidad muy pocos investigadores ponen en duda que las alteraciones emocionales constituyen un factor de riesgo para enfermar física o mentalmente.

La presencia de alteraciones emocionales vinculadas con las personas mayores con problemas cardíacos queda ampliamente constatada en distintos estudios mencionados con anterioridad, a pesar de que algunos de ellos consideran que estas alteraciones emocionales están causadas por el paso del tiempo. Sin embargo, todos coinciden, prácticamente de manera unánime, en que éstas se intensifican y se hacen más frecuentes en presencia de alguna enfermedad grave o que sea considerada como tal.

Los estudios realizados con respecto al concepto de vejez han demostrado que hay cambios biológicos, psicológicos y sociales que son inevitables por el paso del tiempo^{10,15,16}. Pero no todas las personas envejecen de la misma forma ni a la misma velocidad; además, las variaciones en la salud, los recursos y las experiencias vividas influyen de forma diferente en los cambios que se producen en cada uno. Algunos autores¹⁷⁻¹⁹, afirman que el envejecimiento no es discapacitante por sí solo hasta edades muy extremas y que la satisfacción con la vida se mantiene y no disminuye necesariamente con la edad. También consideran que hay una mayor estabilidad emocional con los años y una disminución del malestar psicológico. En los estudios realizados por Yela et al¹⁷ se informa que las alteraciones emocionales en el anciano son distintas según el tipo de patrón de personalidad: abierto a la vida o cerrado a ella. El primero se cree valioso y capaz, mientras que el segundo se siente inferior a los demás y, por lo tanto, suele presentar más alteraciones emocionales que el primero.

En definitiva, el comportamiento, lo que uno hace, es la cuestión central para un envejecimiento y una vejez de calidad^{7,14,20,21}. Lo que hacemos día a día es importan-

te, pero cómo lo vivimos puede llegar a ser trascendental para la calidad de vida de las personas mayores. Además, es posible actuar eficazmente para mejorar la calidad de vida en la tercera edad. Por ejemplo, uno de los factores más importantes para el buen envejecer es ocupar bien el tiempo. La ociosidad, la falta de estímulo para hacer cosas y la pereza mental son muy peligrosas^{5,6,15,21,22}.

Bibliografía

1. Engel E. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1997;1996:130-6.
2. Balaguer IV. Epidemiología cardíaca. En: Soler Soler J, Bayés de Luna A, editores. *Cardiología*. Barcelona: Doyma; 1986.
3. Jenkis CD. Epidemiology of cardiovascular and clinical psychology. *Arch Physiol Med Rehabil*. 1988;56:324-32.
4. Fernández-Ballesteros R, Díez-Nicolás J, Ruiz-Torres A. Aging in Spain. En: Schroots JJ, Fernández-Ballesteros R, Rüdinger G, editors. *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS press; 1996.
5. Fernández-Ballesteros R. Hacia una vejez competente. En: Carrero M, Marchesi A, Palacios J, editores. *Psicología evolutiva*. Vol. 3. Adolescencia, madurez y senectud. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
6. Bueno AM, Buceta JM. Intervención psicológica en la rehabilitación de pacientes post-IM: una revisión de la literatura. En: Simón MA, editor. *Comportamiento y salud*. Valencia: Promolibro; 1993.
7. Hionara SR, Stern MJ, Pascale L, McLoone JB. Psychosocial adaptation following and acute myocardial infarction. *J Chronic Dis*. 1970;1976:513-26.
8. Dembroski TM, McDougall JM, Williams RB, Haney TL, Blumenthal JA. Components of type-a, hostility, and anger-in: relationship to anigraphic findings. *Psychosomatic Med*. 1985;47:219-33.
9. Buceta JM, Gutiérrez F, Castejón FJ, Bueno AM. Tratamiento psicológico del comportamiento sedentario. En: Buceta JM, Bueno AM, editores. *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide; 1996.
10. Buceta JM, Bueno AM. Tratamiento psicológico del infarto de miocardio. En: Buceta JM, Bueno AM, editores. *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide Psicología; 1996. p. 455-93.
11. Fernández-Ballesteros R. *Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 1996.
12. Reig A. Estrés y estado de salud en personas ancianas. En: Reig A, Ribera D, editores. *Perspectivas en gerontología y salud*. Valencia: Editorial Promolibro; 1992.
13. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Macía A. *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid: INSERSO; 1996.
14. Fernández-Ballesteros R, Izal M, Montorio I, Díaz P, González JL. *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: MartínezRoca; 1982.
15. Reig A. *Personalidad. Tipos. Teorías. Identidad. Autoconcepto*. En: Moragas R, editor. *Máster Universidad a Distancia en Gerontología Social Aplicada*. Barcelona: IDER/Fundación Bosch y Gimpera; 1998.

16. Gatz M, Kasl-Godley JE, Karel MJ. Aging and mental disorders. En: Birren JE, Schaie KW, editors. Handbook of the psychology of aging. 4th ed. San Diego: Academia Press; 1996. p. 365-82.
17. Yela M. Psicología de la vejez: la mirada hacia atrás. En: Reig A, Ribera D, editors. Perspectivas en gerontología y salud. Valencia: Promolibro; 1992.
18. Yela M. El mundo visto desde la tercera edad. En: Higiene preventiva de la tercera edad. Madrid: Karpos; 1979. p. 219-49.
19. Burns Pahor M, Shorr RI. Evidence based medicine holds the key to the future for geriatric medicine. J Am Geriatrics Soc. 1997;45:1268-72.
20. King DW, Reed WA, Marshall JM, Rochetts JW. Depression. En: Birren J, editor. Enciclopedia of Gerontology. Age, aging and the aged. New York: Academic Press; 1992.
21. Bueno AM. La enfermedad coronaria. Curso de posgrado en psicopatología y Salud. Madrid: UNED-Fue; 1999.