

11226



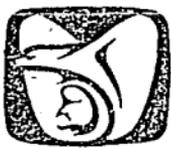
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Instituto Mexicano del Seguro Social
H. G. Z. No. 8 "San Angel"

27-A
2c/

LA PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN PACIENTES GERIATRICOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A I
DRA. ANGELA DIAZ GAMBOA



IMSS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	9
HIPOTESIS.....	10
PROGRAMA DE TRABAJO.....	11
RESULTADOS.....	13
ANALISIS DE RESULTADOS.....	21
CONCLUSIONES.....	22
COMENTARIOS.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	24

INTRODUCCION

Puesto que el envejecimiento no es en sí una enfermedad, el límite entre el proceso fisiológico del mismo (senescencia) y el envejecimiento patológico (senilidad) no está claramente establecido desde el punto de vista científico, por lo que no es raro encontrarse junto a "viejos" de 40 años a octogenarios sólidos y gallardos. La edad cronológica, por tanto, no parece tener un valor absoluto, a pesar de ser un elemento indispensable en los estudios estadísticos de población.

Según las culturas y las épocas, la vejez ha sido asimilada -- alternativamente con la senescencia o con la senilidad; algunos grupos humanos han seguido durante siglos el consejo de los ancianos en los aspectos trascendentales de sus actividades comunitarias; en otros, por el contrario, el viejo ha sido aislado y despreciado.

Como el ser humano tiene una trayectoria existencial única -- (biológica, psicológica, cultural y espiritual) es difícil diferenciar los aspectos somáticos y psicológicos del envejecimiento; de ahí la importancia del trabajo en equipo multidisciplinario en cualquier programa relacionado con la edad proveya, ya que el envejecimiento psicológico no puede ser aislado de sus raíces biológicas, ni de su marco sociocultural.

Por otra parte, como una de las principales funciones del aparato mental es unir el mundo interior con el exterior, asegurando un equilibrio homeostático entre las necesidades psíquicas individuales y las exigencias del ambiente en el sentido más amplio del término, la vejez es una etapa de la vida durante la cual el individuo necesita hacer un gran esfuerzo para adaptarse a los múltiples cambios a que tiene que enfrentarse:

MODIFICACIONES FISICAS: implican cambios del aspecto exterior, trastornos sensoriales, debilidad, retardo y fatigabilidad, que originan en la edad senil una sensación de inferioridad tanto en relación con los elementos más jóvenes de la comunidad, como con la imagen que de su propio pasado conserva el interesado. Los esfuerzos físicos de esta edad suelen acompañarse de un consumo energético excesivo, que puede originar pasividad o, por el contrario, una hiperactividad compensadora.

MODIFICACIONES INTELECTUALES: en el curso de la senescencia son menos severas de lo que se suele pensar. La disminución de la actividad sensorial origina dificultades de concentración y de atención. Los trastornos amnésicos para los nombres propios y la tendencia a valorizar los recuerdos de juventud son con frecuencia de origen afectivo.

MODIFICACIONES AFECTIVAS: suelen ser numerosas. El estrechamiento del espacio vital que provoca la jubilación, el alejamiento y la independencia de los hijos, el fallecimiento de contemporáneos, y especialmente del cónyuge en los matrimonios bien integrados, se combinan para engendrar un sentimiento de abandono y de soledad que generalmente se traduce en aislamiento.

MODIFICACIONES DE LA ACTIVIDAD SEXUAL: a menudo esta actividad se modifica en el curso de la senescencia sin que sea posible fijar un determinismo biológico evidente. La pérdida de la función reproductora de la mujer con frecuencia se considera erróneamente como el final de su actividad sexual; el temor a la disminución de la conducta sexual del hombre es un fuerte golpe a su orgullo viril. A ello debemos añadir la desaprobación social, con frecuencia de raíces inconscientes, que estigmatiza y hace aparecer como vergonzosa la sexualidad en la edad avanzada.

A fin de explorar, las modificaciones afectivas y sus repercusión en el desempeño cotidiano, se efectúa el presente estudio para descubrir la prevalencia de la depresión en pacientes geriátricos.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Durante siglos se ha reconocido que los extremos en el estado de ánimo son inherentes a la condición humana, pero diferenciar las alteraciones patológicas de las que no lo son, ha sido un problema-evasivo hasta hace poco tiempo. El reconocimiento de que los trastornos mentales mayores son fenómenos psicobiológicos resultantes de mecanismos cerebrales anormales, junto con el desarrollo de un esquema de clasificación diagnóstica basado empíricamente, han permitido a los clínicos diferenciar en forma consistente entre estados de ánimo anormales y los cambios normales transitorios en el tono afectivo que forman parte de nuestra vida diaria. (1)

Encuestas recientes indican que del 5% al 6% de la población adulta de los E.U.A. sufre importantes trastornos afectivos o del estado de ánimo. Los principales trastornos afectivos son un grupo heterogéneo de desequilibrios mentales caracterizados por exageraciones extremas y perturbaciones del estado de ánimo y del afecto que también alteran las funciones cognitivas y psicomotoras. Hay una marcada tendencia a la periodicidad y la recurrencia durante toda la vida del paciente, en la cual aparecen y remiten episodios afectivos diagnosticables y van seguidos por periodos libres de síntomas (eutimia) que duran semanas, meses o años. Los dos síndromes diagnósticos más importantes y frecuentes entre los trastornos afectivos mayores son la depresión mayor y los trastornos bipolares. (1)

El diagnóstico de un episodio afectivo clínicamente importante se basa en los criterios contenidos en la 3a. edición de Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III). Este método de clasificación diagnóstica ha sido desarrollada y aprobado por la American Psychiatric Association y es el sistema diagnóstico estándar en uso actualmente en los E.U.A. Hay dos tipos generales de episodios afectivos que se manifiestan en los pacientes: episodios depresivos mayores y episodios maníacos. Los criterios diagnósticos para los episodios depresivos mayores y los episodios maníacos se presentan a continuación:

A.- Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales. El estado de ánimo disfórico se caracteriza por síntomas como los siguientes: el paciente se encuentra deprimido, triste, decaído, desesperanzado, irritable. El trastorno del estado de ánimo debe ser muy neto y relativamente consistente pero no necesariamente el síntoma predominante, y no incluye cambios momentáneos de un estado de ánimo disfórico a otro también. (1).

B.- Cuando menos 4 de los siguientes síntomas han estado presentes casi diariamente durante un período de por lo menos dos semanas:

1.- poco apetito o importante pérdida de peso (sin estar a dieta) o gran apetito, con aumento importante de peso; 2.- insomnio o hipersomnias; 3.- agitación o retardo psicomotor (no simplemente sentimientos objetivos de inquietud o de estar deprimido); 4.- pérdida de interés o placer en las actividades habituales o disminución del impulso sexual (no limitado a un periodo con ilusiones o alucinaciones); 5.- pérdida de energía, fatiga; 6.- sentimientos de inutilidad, auto-reproche, culpa excesiva o inapropiada (pueden ser delirantes); 7.- quejas o evidencia de disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, como lentitud en el pensamiento o indecisión (que no se acompaña de poca hilación o incoherencia); 8.- pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas, deseos de estar muerto o intentos suicidas. (1)

ETIOLOGIA: Factores Genéticos.- Los estudios genéticos indican fuertemente la herencia de una vulnerabilidad especial para las enfermedades afectivas, pero la expresión genética es heterogénea, y el grado de vulnerabilidad es muy variable. Está comprobado que los factores genéticos son más fuertes en el trastorno bipolar que en la depresión unipolar. En la actualidad se cuenta con varias encuestas en gran escala que combinan metodologías de árbol genealógico y molecular y que se encuentran en progreso o en las etapas finales de implementación; es posible, que, en un futuro próximo, lleguen a identificarse y clonarse los genes que codifican para trastornos afectivos. (1)

Sistemas Neurotransmisores.- Existe un acuerdo general en el gran número de estudios conducidos hasta el momento actual en que la escasa relativa de un neurotransmisor o la inactivación o la lentitud de acción de acción de los receptores postsinápticos suelen guardar correlación con episodios depresivos, pero los cambios recíprocos que cabría prever en episodios maníacos no siempre se han logrado identificar. (1)

Factores Ambientales.- Se dispone de pocos datos sistemáticos que indiquen el papel desempeñado por las tensiones ambientales y los acontecimientos indeseables de la vida sobre el desarrollo de episodios afectivos mayores. En general, los estudios han demostrado una relación temporal general entre los acontecimientos importantes y negativos de la vida y la subsiguiente aparición de episodios afectivos. Los intentos de investigación para caracterizar diferencias cualitativas en el impacto de las tensiones de la vida han sido desalentadoras, aunque acontecimientos graves, como la muerte de un hijo o de un cónyuge, la pérdida del empleo, grandes cambios en la situación social, incluso graves ataques al amor propio se han relacionado con episodios afectivos. Aunque tal relación no siempre se ha demostrado entre el -

ambiente tenso y la aparición de episodios afectivos, en general la mayoría de los expertos están de acuerdo en que uno o varios acontecimientos adversos graves en la vida del individuo pueden interactuar con la predisposición constitucional de un paciente y dar como resultado el desencadenamiento de un episodio afectivo. (1)

Ritmos Biológicos; La marcada tendencia de los trastornos afectivos mayores a manifestarse periódicamente y las posibles variaciones estacionales han propiciado hipótesis que sugieren que la mala regulación de ritmos biológicos puede desempeñar un papel central en la fisiopatología de los trastornos afectivos. Hay informes de desincronización de ritmos circadianos en algunos pacientes bipolares, los cuales manifestaron ritmos circadianos rápidos y una fase de retardo en ellos. Hay también un subgrupo específico de pacientes con depresión mayor en los cuales los episodios depresivos se manifiestan en forma estacional durante el invierno. (1).

Hay notables diferencias entre la edad cronológica y la función física o psicosocial. Por esta razón considerar que los 65 años de edad y los años ulteriores constituyen la base para calificar a una población como anciana, traduce la influencia de estructuras sociales y convencionalismos así como la elaboración estadística, más que un cuadro clínico o de evolución clara en estas personas. Se tendrá también el mismo cuidado con el anciano en quien las variables de índole social, psicológica, económica, de albergue, grupos minoritarios nutricionales y de asistencia médica, modifican su salud física y mental. Además, en este terreno mucho se ha omitido, no se ha estudiado adecuadamente, o han habido conceptos erróneos en cuanto al curso normal del envejecimiento y el curso clínico de los problemas de la senectud. Cuando se presta atención a la senectud suele ser un capítulo independiente, que no tiene una perspectiva vital de normalidad e interacciones ampliadas al revisar dentro de cada capítulo un trastorno o enfermedad distinta, su cuadro clínico y al plan de tratamiento que es válido en el anciano. Ello, sin duda, es importante, se trate de la visión, la presión arterial o el estado psiquiátrico. Por estas razones debiera tratarse y centrarse el interés por el paciente y su problema. (2).

La depresión puede variar desde la "tristeza" común que experimentan ocasionalmente todas las personas y que no requiere tratamiento hasta un trastorno depresivo importante, que es una enfermedad grave y a menudo mortal, pero que cuenta en general con terapéutica. El Médico interviene cuando la depresión se vuelve de gra-

vedad suficiente para afectar a la vida o al trabajo del sujeto, o cuando se acompaña de un trastorno médico en evolución. (3).

La depresión durante la senectud se acompaña de complejidades nosológicas, fenomenológicas, diagnósticas y terapéuticas que requieren conocimientos especiales. Quizá no sean adecuados en estos casos los criterios empleados para diagnosticar la depresión en adultos jóvenes; son frecuentes las presentaciones clínicas poco usuales como depresión oculta y pseudodemencia que pueden confundir al médico; por último, el tratamiento se ve afectado por efectos colaterales de los medicamentos antidepresivos relacionados con el envejecimiento. Es indispensable estar profundamente familiarizado con todos estos aspectos para identificar y tratar de manera adecuada a los pacientes geriátricos que sufren este trastorno psiquiátrico reversible que pone en peligro la vida. Se atribuye a muchos factores una función causal en la depresión geriátrica. Cabe suponer que, para determinar si se provocará depresión en cualquier persona, entran en interacción tensión psicosocial y salud física, apoyos sociales, predisposición genética, sustrato neurobiológico y mecanismos previos para afrontar las cosas. (4)

Modelos Terapéuticos de la Conducta para la depresión: son 4 los modelos psicológicos de la depresión que han logrado atención general: cada modelo propone un aspecto primario de depresión unipolar y un modelo de su etiología. Estas teorías varían en su insistencia relativa sobre los procesos de la conducta o cognoscitivos en el desarrollo y la conservación de la depresión. Las teorías psicodinámicas y humanistas de la psicopatología siguen siendo modelos bastante viables para el tratamiento clínico de depresión y ansiedad. Estas formas de psicoterapia plantean desafíos metodológicos importantes a los resultados del investigador. Es difícil idear pruebas comparativas rigurosas de los resultados a causa de las dificultades para estandarizar la aplicación del tratamiento psicodinámico. En los casos en que se han comparado los tratamientos psicodinámicos con las terapéuticas de la conducta, las semejanzas en los resultados -- han hecho que se especule sobre la existencia de mecanismos comunes de acción. (6)

Farmacoterapia y Psicoterapia Combinadas: en vista de la eficacia equivalente manifiesta de los criterios farmacológicos y psicoterapéuticos, varias consideraciones adicionales podrían orientar la elección del tratamiento. Deben compararse los efectos colaterales de los medicamentos con los beneficios esperados. Con frecuencia, al resolverse la depresión afloran problemas subyacentes relacionados

que requieren atención psicoterápica. Aunque el tratamiento farmacológico puede mejorar la depresión, es poco probable que suceda lo mismo con la neurosis subyacente. La psicoterapia puede ser un medio auxiliar valioso incluso en los casos en que los fármacos son los medios primarios de intervención en la depresión. (6)

Medicamentos Antidepresivos: los antidepresivos de la primera generación comprenden los tricíclicos (TCA) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO). Hasta el momento, ninguna de las nuevas medicaciones tiene mayor eficacia que los antidepresivos de estas dos clases principales. Los inhibidores de la MAO son clínicamente eficaces y recientemente su uso clínico ha experimentado un resurgimiento, pero los problemas de interacciones entre estos medicamentos y ciertos alimentos han hecho que pasarán a segunda línea para tratamiento de trastornos depresivos. En contraste los TCA imipramina y amitriptilina se han convertido en los estándares para la eficacia antidepresiva. Ningún antidepresivo es ideal, y todos los fármacos actualmente disponibles tienen por lo menos una de las siguientes desventajas: comienzo retardado de la acción terapéutica (7 a 28 días), importantes efectos anticolinérgicos, sedación, cardiotoxicidad, aumento de peso, posible inducción de episodios maníacos en pacientes con trastornos bipolares, otros problemas de efectos colaterales. (7) (8).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

**¿Cuál es la Prevalencia de la Depresión en la edad
Geriátrica ?**

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

- Determinar la prevalencia de la depresión en pacientes geriátricos, en la consulta externa de Medicina Familiar.

- Identificar la frecuencia de los diferentes padecimientos del paciente geriátrico con Depresión.

HIPOTESIS GENERAL:

" El paciente geriátrico cursa con depresión hasta en un 90% de los casos, siendo una entidad que pasa desapercibida "

PROGRAMA DE TRABAJO

Se recopiló bibliografía sobre el tema en los meses de Enero, Febrero de 1991.

Se elaboró el Protocolo de Investigación con apoyo del asesor y de la Coordinación de la Residencia de la Especialidad de Medicina Familiar.

La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de Septiembre, Octubre de 1991, en los consultorios de la UMF-# 8, se seleccionaron pacientes de ambos sexos, mayores de 65 años, los cuales fueron entrevistados mediante del Test -- Geriátrico de Depresión.

La recopilación de datos se obtuvo mediante la "sábana" en la que se concentraron todos los datos obtenidos durante las entrevistas de los pacientes.

El análisis de resultados se realizó en el mes de Enero - de 1992.

En el mes de Enero de 1992, se presenta la tesis por el - investigador responsable y el tesista responsable.

TEST GERIATRICO DE DEPRESION

NOMBRE: _____ No. Afiliación: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ Consultorio: _____

FECHA: _____ ENF. ACTUAL: _____ Depresión: 76%

Elija la mejor respuesta en relación a su estado de ánimo durante la semana pasada:

- | | SI | NO |
|---|-------|-------|
| 1.- Está satisfecho con su vida | () | (x) |
| 2.- Ha decaído su interés en sus actividades | (x) | () |
| 3.- Siente que su vida es o ha sido vana | (x) | () |
| 4.- Tiene esperanza en el futuro | () | (x) |
| 5.- Frecuentemente está aburrido | (x) | () |
| 6.- Le desagrada no poder tomar decisiones | () | (x) |
| 7.- Está de buen humor la mayor parte del tiempo. | () | (x) |
| 8.- Se acobarda cuando algo malo le sucede. | (x) | () |
| 9.- Frecuentemente se siente desamparado | (x) | () |
| 10.- Frecuentemente se inquieta o agita | (x) | () |
| 11.- Se siente feliz la mayor parte del tiempo. | () | (x) |
| 12.- Prefiere quedarse en casa en vez de atender sus asuntos fuera de casa. | (x) | () |
| 13.- Se preocupa por el futuro | () | (x) |
| 14.- Su memoria le da más problemas que antes | (x) | () |
| 15.- Piensa que es maravilloso estar vivo. | () | (x) |
| 16.- Frecuentemente se siente descorazonado y triste. | (x) | () |
| 17.- Se siente inservible y sin valor por su tipo de vida actual. | (x) | () |
| 18.- Le preocupa recordar su pasado | (x) | () |
| 19.- Le es difícil hacer proyectos nuevos | (x) | () |
| 20.- Encuentra su vida excitante | () | (x) |
| 21.- Se siente con falta de energía | (x) | () |
| 22.- Siente que sus problemas no tienen solución | (x) | () |
| 23.- Piensa que la demás gente es mejor que usted. | (x) | () |
| 24.- Usted frecuentemente consigue cambiar pequeñas cosas. | () | (x) |
| 25.- Llora frecuentemente | (x) | () |
| 26.- Tiene problemas para concentrarse | (x) | () |
| 27.- Tiene esposa o pareja actualmente | () | (x) |
| 28.- Actualmente vive con algún familiar | () | (x) |
| 29.- Actualmente pertenece a algún grupo social | () | (x) |
| 30.- Cuántas personas integran su hogar: | _____ | _____ |
| 31.- La casa que habita es: | _____ | _____ |
| 32.- Actualmente quien lo sostiene económicamente: | _____ | _____ |

RESULTADOS

El grupo de pacientes que integraron el presente estudio estuvo conformado por 33 personas del sexo masculino que correspondieron al 40.75% de la población en estudio y 48 del sexo femenino que correspondieron al 59.25 %, siendo un total de 81 pacientes. (cuadro no. 1)

En el grupo estudiado se obtuvo una edad media de 70.4 con una desviación estándar de 6.5 y un coeficiente de variación de 10.83. (cuadro no. 2)

De acuerdo a los resultados obtenidos 8 pacientes (9.87 %) presentaron depresión, contra 73 pacientes (90.10%) que no la presentaron. (cuadro no. 3)

El número de pacientes estudiados por cada consultorio se detalla en la tabla no. 1 del presente estudio.

Asimismo el porcentaje de pacientes deprimidos y no deprimidos, con respecto a las preguntas planteadas en el Test Geriátrico de Depresión aplicado se refiere en la tabla no. 2 del presente estudio.

La patología que ocupó el primer lugar en orden de frecuencia de acuerdo a la información proporcionada en el estudio fue Hipertensión Arterial Sistémica con el 32.09%, seguida de Diabetes Mellitus con un 11.11% y posteriormente Cardiopatía y Enfermedad Articular Degenerativa ocupando el mismo porcentaje de 4.93%. El resto de las patologías se detallan en el cuadro no. 4.

El 50 % de los pacientes deprimidos no manifestaron alguna patología; en los restantes pacientes se reportaron Hipertensión Arterial Sistémica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Cardiopatía, y la asociación de HTA + D.M. (cuadro no. 5).

Las respuestas aportadas por este grupo de pacientes coincidieron al 100 % en algunas preguntas tales como: núm. 9, 12, 16, 17, 22, 23. (tabla no. 3).

CUADRO No. 1			
SEXO			
MASCULINO		FEMENINO	
Frecuencia	%	Frecuencia	%
33	40.74	48	59.25
TOTAL		81	

CUADRO No. 2		
\bar{X}	DS	CV
70.4	6.5	10.83

FUENTE: 81 Pacientes Geriátricos.
HGZ # 8

CUADRO No. 3		
	FRECUENCIA	%
DEPRESION	8	9.87
NO DEPRESION	73	90.10

FUENTE: 81 Pacientes Geriátricos

HGZ # 8.

TABLA No. 1

CONSULTORIO No.	FRECUENCIA	%
1	6	7.40
2	0	0
3	0	0
4	4	4.93
5	7	8.64
6	3	3.70
7	2	2.46
8	15	18.51
9	6	7.40
10	1	1.23
11	3	3.70
12	9	11.11
13	11	13.58
14	10	12.34
15	1	1.23
Otros no especificados	3	3.70

FUENTE: 81 Pacientes Geriátricos

HGZ # 8.

TABLA No. 2

SINTOMA	DEPRESION		NO DEPRESION	
	FREC.	%	FREC.	%
1	6	7.40	74	91.35
2	36	44.44	47	58.02
3	10	12.34	68	83.95
4	22	27.16	61	75.30
5	19	23.45	60	74.07
6	27	33.33	54	66.66
7	16	19.75	67	82.71
8	44	54.32	37	45.67
9	26	32.09	54	66.66
10	44	54.32	35	43.20
11	18	22.22	66	81.48
12	47	58.02	34	41.97
13	28	34.56	52	64.19
14	52	64.19	27	33.33
15	4	4.93	75	92.59
16	33	40.74	47	58.02
17	27	33.33	54	66.66
18	20	24.69	60	74.07
19	42	51.85	37	45.67
20	41	50.61	37	45.67
21	46	56.79	36	44.44
22	32	39.50	49	60.49
23	25	30.86	55	67.90
24	32	39.50	50	61.72
25	26	32.09	54	66.66
26	44	54.32	37	45.67
27	33	40.74	47	58.02
28	20	24.69	59	72.83
29	57	70.37	15	18.51
30	11	13.58	65	80.24
31	17	20.98	63	77.77
32	14	17.28	66	81.48

FUENTE: 81 pacientes geriátricos.
HGZ # 8.

CUADRO No. 4		
PATOLOGIA ACTUAL	FRECUENCIA	%
HTA	26	32.09
EPOC	1	1.23
CARDIOPATIA	4	4.93
D. M.	9	11.11
ARTRITIS	2	2.46
CEFALEA	1	1.23
RINITIS	1	1.23
E. A. D.	4	4.93
HTA + D. M.	2	2.46
HTA + GASTRITIS	1	1.23
COLITIS + ALERGIA	1	1.23
GOTA	1	1.23
D. M. + I A M	1	1.23
CONJUNTIVITIS	1	1.23
PRESBIACUSIA	1	1.23
VERTIGO	1	1.23
I. V. P.	1	1.23
I. V. U.	1	1.23
GASTRITIS	1	1.23
SIN PATOLOGIA	21	25.92

FUENTE: 81 Pacientes Geriátricos

HGZ # 8.

CUADRO No. 5

PATOLOGIA ACTUAL	FRECUENCIA	%
HTA	1	12.5
EPOC	1	12.5
CARDIOPATIA	1	12.5
HTA + D.M.	1	12.5
SIN PATOLOGIA	8	50

FUENTE: 8 Pacientes Geriátricos Deprimidos

HGZ # 8.

TABLA No. 3

SINTOMA	DEPRESION		NO DEPRESION	
	FREC.	%	FREC.	%
1	4	50	4	50
2	7	87.5	1	12.5
3	4	50	4	50
4	6	75	2	25
5	6	75	2	25
6	4	50	4	50
7	5	62.5	3	37.5
8	6	75	2	25
9	8	100	0	0
10	7	87.5	1	12.5
11	6	75	2	25
12	8	100	0	0
13	3	37.5	5	62.5
14	7	87.5	1	12.5
15	0	0	7	87.5
16	8	100	1	12.5
17	8	100	0	0
18	5	62.5	3	37.5
19	7	87.5	1	12.5
20	6	75	2	25
21	8	100	0	0
22	8	100	0	0
23	7	87.5	1	12.5
24	4	50	4	50
25	6	75	2	25
26	7	87.5	1	12.5
27	3	37.5	5	62.5
28	2	25	6	75
29	5	62.5	1	12.5
30	4	50	4	50
31	4	50	4	50
32	4	50	4	50

FUENTE: 8 Pacientes Geriátricos Deprimidos

HCZ # 8.

ANALISIS DE RESULTADOS

Se encontró que el 90.1% de los pacientes geriátricos no presentaron depresión quedando el 9.87 % clasificado como-deprimido, en forma independiente a las patologías que presentaron. (Gráfica no. 1)

Con esto se descarta la hipótesis que generó el trabajo, y nos queda el conocimiento nuevo de que, a pesar de todos los elementos que pudieran justificar la aparición de un cuadro depresivo, al menos en nuestra población estudiada, este es un evento más bien raro.

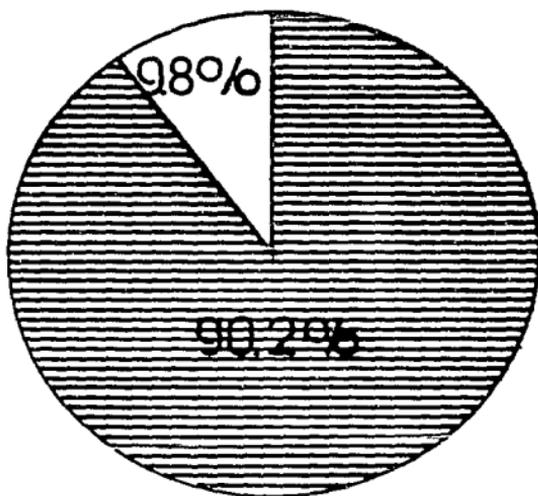
Cabe hacer mención de que en el total de pacientes se detectó como necesidad sentida en el 70.3% de población estudiada, la falta de pertenencia a algún grupo social, por lo -- se concluye que una medida urgente de atención a este sector poblacional son los clubes de la tercera edad.

GRAFICA No. 1

RESULTADO GLOBAL DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES

GERIATRICOS.



FUENTE: 81 Pacientes Geriátricos

Estudiados UNF No.8

CONCLUSIONES

- En orden de frecuencia se encontró un mayor porcentaje de pacientes geriátricos no deprimidos contra los que se cursaron con depresión; situación que pudo ser modificada por la falta de veracidad de las respuestas en el test aplicado, lo cual no está en manos del aplicador el controlarlo.
- Se rechazó la hipótesis general ya que no todos los pacientes geriátricos cursan con depresión.
- Las diferencias observadas se deben a variaciones propias del muestro o al azar.

COMENTARIO

Por lo tanto, los principales cambios que se presentan en el curso de la senescencia constituyen una serie de modificaciones físicas, intelectuales y afectivas que hacen -- que el envejecimiento radique esencialmente en la disminución de la capacidad de adaptación a estos cambios. Si se logra tener una actividad de interés social, cultural o espiritual se obtiene una suplencia que favorece a esta adaptación.

BIBLIOGRAFIA

1. - Judd L.L. Trastornos afectivos mayores. En Thorn G, Adams R, Harrison: Principios Medicina Interna. 11 ava ed. México: La Prensa Médica Mexicana, 1986 :2543-48.
2. - Cohen G.D. Problemas Psiquiátricos del anciano. Clin Med Nort 1977;Julio:855-865.
3. - Kamerow D.B. Ansiedad y Depresión en medicina. Clin Med Nort 1988;4:795-801.
4. - Meyer B.S., Alexopoulos G.S. Depresión Geriátrica Clin Med Nort 1988;4:903-923.
5. - Gullledge A.D., Calabrese J.R. Diagnóstico de ansiedad y depresión. Clin Med Nort 1988;4:803-813.
6. - Baer D.E., Scold-Hickey J. Criterios Psicológicos para valoración y tratamiento de ansiedad y depresión. Clin Med Nort 1988;4:971-985.
7. - Cole L.O. Tratamiento farmacológico de ansiedad y depresión. Clin Med Nort 1988;4:864-883.
8. - Judd L.L. El uso terapéutico de los medicamentos psicotrópicos. En Thorn G, Adams R, Harrison: Principios de Medicina Interna. 11 ava. ed. México: La Prensa Médica Mexicana, 1986:2561-68.
9. - Calderón Narváez G. Depresión, Causas, Manifestaciones y Tratamiento. México, D.F.: Editorial Trillas, 1989.
10. - American Psychiatric Association. DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Ed. Masson, S. A.; 1988:256-279.