

11226 16



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, EL "ROSARIO", DELEGACION 1 NOROESTE.

FRECUENCIA DEL SINDROME DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR USUARIO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

T E S I S

AUTOR: DRA. SILVIA CUEVAS LEON 1

ASESOR: DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS. 2

- 1. RESIDENTE DE 3er. AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR SEDE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO", DELEGACION 1 NOROESTE.
2. JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO DELEGACION 1 NOROESTE.



MEXICO, D. F.

FEBRERO DEL 2001



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 esta 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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**


DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS


JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA


DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI.

PROF. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR.


DRA. MA DEL CARMEN MORELOS.

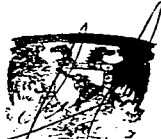
PROF. ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR.


DRA. SILVIA CUEVAS
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR



DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS.

ASÉSOR.

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA
EN LA UMF N. 33.


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
D. N. A. M.

TELEFONO
FALLA DE ALBERGEN


EXCENTRO DE INVESTIGACIONES
C. R. N. NO. 20
- a la Dirección General de Bibliotecas.
- a difundir en formato electrónico e impreso
- nido de mi trabajo recep.

OMBRE: _____

CHA: _____

MA: _____

AGRADECIMIENTOS:

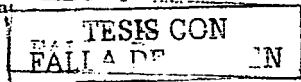
Doy gracias primeramente a mis padres, por que a través de ellos obtuve la libertad de poder lograr realizar un sueño deseado ahora hecho realidad, por el apoyo que siempre me brindaron y por creer en mi como profesionista.

A mis hermanos de los cuales he obtenido comprensión y un ejemplo a seguir.

A mi hijo misael alejandro por tener toda la calma durante todo el tiempo que me necesito y no pude estar junto a él, por toda la ausencia y la soledad que ha pasado, a él le debo el tiempo que le he robado sin estar a su lado y la fortaleza para este logro tan grande.

A mi asesor el dr. Rodolfo arvizu el cual siempre me apoyo con sus conocimientos y al que le debo también crecer como profesional.

A mis profesoras por brindar con tanta sencillez todo lo aprendido con tanto esfuerzo y lograr empujar a cada uno de sus alumnos para ser mejores cada generación.



OBJETIVO GENERAL

DETERMINAR LA FRECUENCIA DEL SÍNDROME DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR USUARIO DE LA U.M.F. No. 33

OBJETIVOS OPERATIVOS

DETERMINAR LOS TIPOS DE DEPRESION QUE SE PRESENTAN EN EL ADULTO MAYOR USUARIO DE LA U.M.F. No. 33

DETERMINAR LA FRECUENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE DEPRESIÓN QUE SE PRESENTAN EN EL ADULTO MAYOR USUARIO DE LA U.M.F. No. 33

DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DE LA U.M.F. No. 33

TESIS CON
FALLA DE ORDEN

ANTECEDENTES

1. - DEPRESION.

UNA ENFERMEDAD DE NUESTRO TIEMPO.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

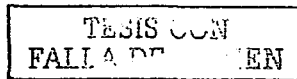
LA DEPRESIÓN HA ESTADO CON LA HUMANIDAD DESDE EL PRINCIPIO DE LA MISMA, A LO LARGO DE LA HISTORIA DEL SER HUMANO. COMO ANTECEDENTES HISTÓRICOS PODEMOS MENCIONAR LA UTILIZACIÓN DE LA PALABRA *MELANCOLIA* EN UN ESCRITO DE HIPÓCRATES EN EL SIGLO V A. C.. DESPUÉS ENCONTRAMOS EN EL SIGLO II DE NUESTRA ERA QUE ARETEO DE CAPADOCIA SE REFIERE A LA DE PRESIÓN COMO CAUSADA POR LA BILIS NEGRA. LO QUE POSTERIORMENTE REAFIRMARA GALENO EN SUS ESCRITOS.

DE AHÍ PODEMOS DAR UN BRINCO HASTA EL SIGLO XIV, CUANDO PARECELSE HABLA TANTO DE LA DEPRESIÓN ENDOGENA COMO LA EXÓGENA. ROBERTO BURTON ESCRIBE SU LIBRO *LA ANATOMÍA DE LA MELANCOLIA* HACIENDO REFERENCIA A LOS ASPECTOS HASTA ENTONCES CONOCIDOS SOBRE EL PADECIMIENTO.

EL SIGLO PASADO EMIL KRAEPELIN UNO DE LOS MÁS EMINENTES PSIQUIATRAS DE SU TIEMPO HABLA DE LA *MELANCOLIA ATÓNITA*. TAMBIÉN EL SIGLO PASADO KAHLBAUM EN 1863 ACUÑA Y EMPIEZA A UTILIZAR EL TÉRMINO DISTIMIA. TAN DIFUNDIDO ACTUALMENTE ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL.

YA EN 1911 SIGMUNDO FREUD PUBLICA SU TRABAJO *DUELO Y MELANCOLIA*. EN EL CUAL ESTABLECE LAS DIFERENCIAS ENTRE LA ENFERMEDAD Y EL PROCESO DE DUELO, QUE SE DA AL SUFRIR LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO Y EN EL QUE ES NORMAL LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN, SIEMPRE Y CUANDO ESTA SE RESUELVA EN 6 A 12 MESES Y NO INCAPACITE A LA PERSONA A DESARROLLAR SUS ACTIVIDADES NORMALES.

DESPUÉS LA ENFERMEDAD HA RECIBIDO EL NOMBRE DE NEUROSIS DEPRESIVA EN UNA DE SUS VARIEDADES, MIENTRAS QUE EN LA OTRA DE PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA. FUE A PARTIR DEL DSM III, EL MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICA DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA. PUBLICADO EN SU TERCERA EDICIÓN EN 1981 QUE SE CAMBIAN LOS NOMBRES POR TRASTORNO DISTÍMICO PARA LA NEUROSIS DEPRESIVA Y DE TRASTORNO AFECTIVO MAYOR PARA LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA. (1)



1.2. - ORÍGENES DE LA ENFERMEDAD DEPRESIVA.

YA MENCIONAMOS AL PRINCIPIO DE LOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS SOBRE COMO EN LA ANTIGÜEDAD SE LIGABA EL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD A LA LLAMADA BILIS NEGRA Y POR ELLO SE LE DABA EL NOMBRE DE MELANCOLÍA.

FREUD CONTRIBUYÓ MUCHO AL ENTENDIMIENTO DEL ORIGEN PSICOLÓGICO, EMOCIONAL DE LA DEPRESIÓN. FUNDAMENTÁNDOLO EN LA PRESENCIA DE PERDIDAS DE OBJETO. YA SEA LA PÉRDIDA DE UNA RELACION, DE UN TRABAJO, DE ALGO QUERIDO O APRECIADO. ALGÚN TIPO DE PÉRDIDA QUE LLEVA AL PADECIMIENTO.

MIENTRAS QUE DESDE EL PUNTO DE VISTA FÍSICO, PODEMOS HABLAR DE CAMBIOS EN LA QUÍMICA CEREBRAL, SOBRE TODO EN UN NEUTRANSMISOR QUE SE LLAMA SEROTONINA Y QUE AL DISMINUIR ÉSTE, LLEVA A LOS CAMBIOS Y MANIFESTACIONES QUE SE DAN EN LA ENFERMEDAD. AHORA LO DECIMOS CASI CON 100 % DE CERTEZA PERO HA TOMADO MUCHAS INVESTIGACIONES EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS PARA PODER FUNDAMENTARLA ADECUADAMENTE.

1.3. - FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO.

LA DEPRESIÓN ES PADECIDA POR 15 DE CADA 100 PERSONAS, DE CUALQUIER CIUDAD O POBLADO DEL MUNDO. DIEZ DE ESTAS SON MUJERES Y 5 SON HOMBRES. LAS PERSONAS ENTRE LOS 20 Y 30 AÑOS DE EDAD SON LOS QUE MÁS LAS PADECEN DESPUÉS DE LOS ANCIANOS, PUDIENDO ESTOS ÚLTIMOS LLEGAR A UN DE CADA CUATRO PERSONAS ANCIANAS.

POR LO TANTO ES MÁS FRECUENTE QUE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL O LA DIABETES. MÁS INCAPACITANTE QUE LA ARTRITIS REUMATOIDE. CAUSA MÁS MUERTES QUE EL SIDA. ES UN GRAVE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA, QUE MUCHAS VECES PASA DESAPERCEBIDA AUN POR LA PERSONA QUE LA PADECE O MUCHOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

EN CUANTO A LOS FACTORES DE RIESGO ES EVIDENTE QUE ES EL DOBLE DE VECES MÁS FRECUENTE ENTRE LAS MUJERES. ENTRE LOS DESEMPLEADOS ES 3 VECES MÁS FRECUENTE QUE EN EL RESTO DE LA POBLACIÓN. SIENDO IGUAL DE FRECUENTE EN TODOS LOS ESTRATOS SOCIALES. EN LAS ÁREAS URBANAS ES MÁS FRECUENTE QUE EN LAS ÁREAS RURALES. EN CUANTO AL ESTADO CIVIL, EN LAS PERSONAS DIVORCIADAS, COMO EN LAS SOLTERAS ES MÁS FRECUENTE. (5)

LA HISTORIA FAMILIAR, EL ENCONTRAR QUE LA PERSONA TIENE FAMILIARES QUE HAN PADECIDO DEPRESIÓN AUMENTA TAMBIÉN LA POSIBILIDAD DE PADECERLA EN COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN QUE

6 TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NO HA TENIDO FAMILIARES QUE LA HAYAN O LA PADEZCAN. TRES DE CADA CUATRO PERSONAS QUE SUFREN LA ENFERMEDAD DEPRESIVA TIENEN UN PROMEDIO DE 5 CRISIS DEPRESIVAS A LO LARGO DE SU VIDA.

ES TAN GRAVE DEPRESIVA QUE 15 AL 20 % DESARROLLAN CRONICIDAD, ESTO QUIERE DECIR QUE VA A ESTAR EN LA PERSONA MÁS DE 2 AÑOS. 10 AL 20 % SE SUICIDAN. 20 % DE LA VIDA DE UNA PERSONA CON DEPRESIÓN SE PUEDE CONSUMIR EN LAS CRISIS DE LA ENFERMEDAD. PERO POR OTRA PARTE 20 % DE QUIENES LLEGAN A PRESENTAR LA ENFERMEDAD TIENEN SOLO UNA CRISIS DEPRESIVA EN TODA SU VIDA.

1.4. - COMO IDENTIFICARLA.

SE VA A CONSIDERAR QUE UNA PERSONA TIENE DEPRESIÓN MAYOR CUANDO POR LO MENOS PRESENTA DURANTE LAS PASADAS 2 SEMANAS, 5 DE LAS MANIFESTACIONES QUE A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN:

1. - ANIMO DEPRESIVO (IRRITABILIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES).
2. - IMPORTANTE PÉRDIDA DE INTERÉS O PLACER.
3. - AUMENTO O DISMINUCIÓN SIGNIFICATIVA DE PESO (5 %).
4. - INSOMNIO O SUEÑO EXCESIVO.
5. - AUMENTO O DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA.
6. - FATIGA O PÉRDIDA DE ENERGÍA.
7. - EXCESIVO SENTIMIENTO DE CULPA O MINUSVALIA (NO VALGO NADA).
8. - DIFICULTADES PARA PENSAR Y/O CONCENTRARSE.
9. - PENSAMIENTOS FRECUENTES DE MUERTE.

ADEMÁS DEBE DESCARTARSE UN FACTOR ORGÁNICO (PROVOCADA POR OTRA ENFERMEDAD). QUE NO SEA UNA REACCIÓN DE DUELO.

EL OTRO TIPO DE DEPRESIÓN ES LA DISTIMIA. QUE SE CARACTERIZA POR SER UNA DEPRESIÓN DE LEVE A MODERADA Y LA HA ESTADO PADECIENDO LA PERSONA POR LO MENOS DURANTE 2 AÑOS. Y ENCONTRAR POR LO MENOS 2 DE LOS QUE A CONTINUACIÓN MENCIONO:

1. - AUMENTO O DISMINUCIÓN DEL APETITO.
2. - INSOMNIO O SUEÑO EXCESIVO.

3. - FATIGA O PÉRDIDA DE LA ENERGÍA.
4. - BAJA AUTOESTIMA (NO VALGO NADA).
5. - DIFICULTAD EN TOMAR DECISIONES Y CONCENTRACIÓN.
6. - SENTIMIENTO DE DESESPERANZA.

CLARO PODEMOS HABLAR DE OTRAS CLASIFICACIONES DE DEPRESIÓN O DE OTROS CUADROS DE LA MISMA, PERO NO VIENE AL CASO PARA EL PROPOSITO DEL PRESENTE TRABAJO.

NO HAY EN LA DEPRESIÓN UNA PRUEBA DE LABORATORIO QUE NOS PUEDA DAR EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD. LO MÁS VALIOSO PUEDE SER LA UTILIZACIÓN DE LAS LLAMADAS ESCALAS DE DEPRESIÓN. QUE SON ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS CON LAS QUE SE PUEDE EVALUAR LA PRIMERA VEZ Y TODAS LAS QUE ACUDA LA PERSONA CON DEPRESIÓN. PRIMERO PARA RATIFICAR EL DIAGNÓSTICO, LUEGO PARA REGISTRAR LOS CAMBIOS QUE SE DAN EN ESA DEPRESIÓN, SEAN DE MEJORÍA O LO CONTRARIO, EMPEORAMIENTO.

EL EFECTUAR ESTUDIOS COMO LA TOMOGRAFÍA CRANEAL O POR EMOCIÓN DE POSITRONES, ASÍ COMO LA RESONANCIA MAGNÉTICA PUEDEN SER DE APOYO PARA DESCARTAR OTRAS ENFERMEDADES QUE PUEDEN SEMEJAR O PRESENTARSE COMO DEPRESIÓN.(6)

1.5. - COMO SE TRATA.

ASÍ COMO HABLAMOS QUE EL ORIGEN PUEDE TENER DOS VERTIENTES, LA EMOCIONAL, PSICOLÓGICA; COMO LA FÍSICA. TAMBIÉN PODEMOS HABLAR DE ÉSTAS MISMAS VERTIENTES AL REFERIRNOS AL COMO SE TRATA LA DEPRESIÓN.

LA PSICOTERAPIA TENDRÁ LOS SIGUIENTES OBJETIVOS:

1. - MEJORAR LA AUTOESTIMA (EL AMOR A UNO MISMO).
2. - DAR CONFIANZA (LA DEPRESIÓN PASARÁ).
3. - QUE EXPRESE SUS SENTIMIENTOS.
4. - PONER LOS PIES EN LA TIERRA (UBICARLE EN SU REALIDAD).
5. - APOYO CONSTANTE (QUE AYUDA A EVITAR EL SUICIDIO).
6. - CALIDEZ DE LA FAMILIA.

TODO ESTO DENTRO DEL MANEJO DE LA TÉCNICA DE PSICOTERAPIA, CUANDO SE TIENE QUE ACUDIR POR LO MENOS UNA VES POR SEMANA A SESIONES DE 50 MINUTOS EN PROMEDIO Y CON UN OBJETIVO BIEN CLARO PARA CADA SESIÓN Y PARA EL PLAN DE TRATAMIENTO EN GENERAL.

LA OTRA PARTE DEL COMO SE TRATA LA DEPRESIÓN ES LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS, LOS CUALES APENAS SE EMPEZARON A UTILIZAR EN LA DÉCADA DE LOS CINCUENTAS, CON LOS TRICICLICOS Y QUE ACTUALMENTE SE PUEDE MANEJAR CON LOS NUEVOS ANTIDEPRESIVOS, LOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA. ESTOS ÚLTIMOS A DIFERENCIA DE LOS PRIMEROS CAUSAN MENOS MOLESTIAS Y LA MAYORÍA SOLO REQUIERE UNA TOMA AL DÍA LO QUE HACE MENOS COMPLICADO SU UTILIZACIÓN.

LOS MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS NO CAUSAN DEPENDENCIA, AUNQUE SE TIENE QUE TOMAR POR VARIOS MESES. PRIMERO PARA ALIVIA LA ENFERMEDAD Y LUEGO PARA EVITAR QUE HAYA RECAÍDAS, QUE NUEVAMENTE SE VUELVA A MANIFESTAR. DEPENDIENDO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN SE SELECCIONARA EL MEDICAMENTO Y DEPENDIENDO DE SU SEVERIDAD SERÁ LA VÍA QUE SE EMPLEE, TOMADA, INYECTADA O DIRECTAMENTE EN LA VENA.

TAMBIÉN SERÁ IMPORTANTE LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE SOBRE SU ENFERMEDAD, MIENTRAS MÁS SEPA DE LA MISMA, MÁS ARMAS TENDRÁ PARA COMBATIRLA Y PARA EVITARLA. TAMBIÉN ES IMPORTANTE LA EDUCACIÓN DE LA FAMILIA PARA QUE CONOZCA LA ENFERMEDAD QUE ESTA PROVOCANDO EN SU FAMILIAR, LO QUE TAL VEZ EN UN PRINCIPIO IDENTIFICO COMO, DEBILIDAD DE CARÁCTER, FLOJERA, IRRESPONSABILIDAD, GANAS DE VER SIEMPRE LA VIDA TODA NEGRA. ESTO FACILITARA QUE LA FAMILIA DE EL APOYO EMOCIONAL QUE LA PERSONA CON DEPRESIÓN REQUIERE Y QUE ES DE TANTA AYUDA.(7)

2. ORIGEN BIOLÓGICO DE LA DEPRESION EN EL HOSPITAL GENERAL.

SABEMOS DE LA DEPRESIÓN COMO ENFERMEDAD HA ESTADO CON EL SER HUMANO DESDE EL PRINCIPIO DE LOS TIEMPOS, PERO HASTA HACE POCO, SE HA CONOCIDO UN POCO, SOBRE SU ORIGEN BIOLÓGICO. HIPOCRATES HABLABA DEL PAPEL DE LA BILIS NEGRA, EN EL ORIGEN DE ESTA ENFERMEDAD. EN LA EDAD MEDIA ROBERT BURTON HIZO UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, QUE REAFIRMARON SU EXISTENCIA.

A PRINCIPIOS DEL PRESENTE SIGLO, EL CONOCIMIENTO DEL ORIGEN BIOLÓGICO, DE LA ENFERMEDAD DEPRESIVA, SE ENCONTRABA, EN EL MISMO PUNTO QUE CUANDO ADÁN MORDIÓ LA MANZANA. NADA HABÍA CAMBIADO, LOS RECURSOS DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO, CONTINUABAN

EN CERO. SOLO SE DABA SEGUIMIENTO A LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD. POR ELLO, DURABAN MESES O AÑOS, AUN EN SUS ETAPAS MÁS GRAVES Y EL PRONÓSTICO ERA MUY POBRE.

KALLMAN HIZO ALGUNAS INVESTIGACIONES, EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DE ESTE SIGLO, CON GEMELOS IDÉNTICOS. Y LOGRO ESTABLECER EL FACTOR DE HERENCIA EN LOS TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES. WINOKUR DE LA UNIVERSIDAD DE IOWA, HA SIDO UNO DE LOS INVESTIGADORES QUE HA DADO PESO A ESTE CONCEPTO, A TRAVÉS DE SUS PROPIOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN.

RECORDEMOS QUE FUÉ EN FORMA CASUAL QUE KHUN DESCUBRIÓ EL EFECTO ANTIDEPRESIVO DE LA IMPRAMINA, CUANDO LA ADMINISTRO A ENFERMOS ESQUIZOFRÉNICOS Y DADA SU SAGACIDAD COMO INVESTIGADOR, IDENTIFICO LOS EFECTOS SOBRE EL ESTADO DE ANIMO. YA UNOS AÑOS ANTES SE HABÍA EMPEZADO A ESPECULAR SOBRE EL PAPEL DE LAS CATECOLAMINAS, POR PARTE DE INVESTIGADORES, COMO SMITHYES.

AL ANALIZAR EL PAPEL DE LA RESERPINA SOBRE LAS CATECOLAMINAS; Y COMO EL EFECTO SECUNDARIO DE ESTA, ERAN PROVOCAR MANIFESTACIONES DEPRESIVAS. Y DADO QUE SU PAPEL ERA DISMINUIR ESTAS SUSTANCIAS; SE PENSO QUE UNA DISMINUCIÓN DE CATECOLAMINAS DABA ORIGEN A LOS CUADROS DEPRESIVOS, DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOLÓGICO. NO FUÉ HASTA 1967, QUE MEDIANTE LOS TRABAJOS PUBLICADOS POR SCHILDKRAUT, EMPEZÓ A TOMAR MÁS PESO ESTA TEORÍA. PRIMERO SE SIMPLIFICO HABLANDO DE LAS DEPRESIONES DEPENDIENTES DE NOREPINEFRINA Y AQUELLAS DEPENDIENTES DE SEROTONINA.

MÁS SIN EMBARGO LOS ESTUDIOS HECHOS EN LA PSICONEUROENDOCRINOLOGIA EN LA DÉCADA DE LOS SETENTAS Y A PRINCIPIOS DE LOS OCHENTAS; FUE TAL EL CUMULO DE INFORMACIÓN, QUE DIO ORIGEN A MAS PREGUNTAS, QUE HA RESPUESTAS CLARAS, SOBRE LA NEUROFISIOLOGIA (MECÁNICA BIOLÓGICA CEREBRAL.) DE LA DEPRESIÓN.

HAN QUEDADO CLARO QUE MUCHOS DE LOS ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS ACTUAN SOBRE LA RECAPTURA DE SEROTONINA Y CON ELLO SE ESTABLECIERON, LOS FUNDAMENTOS PARA LOS NUEVOS ANTIDEPRESIVOS, LOS CUALES CONOCEMOS COMO INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA. NO HAY DUDA YA, DE LOS CAMBIOS BIOQUÍMICOS, EN LAS CELULAS NERVIOSAS, CAMBIOS QUE CONDUCEN A LA DEPRESIÓN.

POR OTRA PARTE, FUÉ YA HACE 50 AÑOS, EN 1946 QUE DÍAZ GUERRERO, PSICÓLOGO MEXICANO, QUE PUBLICO SU TRABAJO SOBRE ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PACIENTES DEPRIMIDOS. SE PUEDE HABLAR QUE LAS

ALTERACIONES DEL SUEÑO, SON: DISMINUCIÓN EN EL SUEÑO DELTA, ACORTAMIENTO DEL PRIMER EPISODIO DE SUEÑO NO MOR Y ALTERACIONES EN SU DISTRIBUCIÓN. TODO ESTO APUNTA A UN DESBALANCE ENTRE LOS SISTEMAS ADRENERGICOS Y COLINERGICOS, SEGÚN JANOWSKY. Y TAMBIÉN HA LEVADO AL MANIPULACIÓN DEL DORMIR, COMO EFECTO ANTIDEPRESIVO. DESDE LA DEPRIVACIÓN TOTAL HASTA HECEERLA EN FORMA SELECTIVA.

HABLAR DEL ORIGEN BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL, IMPLICA FUNDAMENTALMENTE, HABLAR DE LAS DEPRESIONES CONOCIDAS COMO ORGÁNICAS Y TAMBIÉN DE LA COMORIBILIDAD DE LA ENFERMEDAD DEPRESIVA EN OTROS PADECIMIENTOS. EL EJEMPLO CLARO Y MUY CLÁSICO ES EL DE LA DIABETES. TAMBIÉN OTROS PADECIMIENTOS HORMONALES, COMO EL HIPERTIROIDISMO, LA ENFERMEDAD DE CUSHING. ENFERMEDADES DE LA COLAGENA COMO EL LUPUS ERITEMATOSO. TAMBIÉN LA ARTRITIS. MUCHAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS, PORQUE EL SISTEMA INMUNOLÓGICO SE SE ABATE Y PUEDE HABER DESDE GRIPE HASTA LOS CUADROS QUE ACOMPAÑAN AL SIDA. UNA CAUSA NUTRICIONAL PUEDEN SER LAS DEFICIENCIAS VITAMÍNICAS. LA UTILIZACIÓN DE ALGUNOS MEDICAMENTOS COMO LA ALFA-METILDOPA, LA CIMETIDINA, LOS CORTICOSTEROIDES, ENTRE OTROS, EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS COMO EL PARKINSON, LAS EMBOLIAS CEREBRALES. EN SUS INICIOS LA DEMENCIA.

SON MÚLTIPLES LAS POSIBILIDADES DE ORIGEN DE LA DEPRESIÓN EN UN HOSPITAL GENERAL, POQUE EL SER HUMANO ES UN TODO. NO HAY TAL DUALIDAD MENTE CEREBRO. LA PERSONA ENFERMA RESPONDE EMOCIONALMETE A LAS ALTERACIONES BIOLÓGICAS DE LAS ENFERMEDADES QUE LLEGA A PADECER. Y TAMBIÉN SUCEDE LO CONTRARIO, UNA RESPUESTA FÍSICA A SUS ESTADOS EMOCIONALES. ES POR ELLO QUE LA PROPUESTA PRIMARIA DE ESTE TRABAJO, ES EL APOYAR EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LAS PERSONAS QUE LLEGAN A ENFERMARSE. NO OLVIDAR ESTO, AYUDARA MUCHO A LAS PERSONAS ENFERMAS.(8)

3. ANSIEDAD Y DEPRESION EN LA PRACTICA MEDICA.

LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN SON LOS MÁS FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS EN LA PRACTICA DE LA MEDICINA, EN HOSPITALES Y CONSULTORIOS NO PSQUIATRICOS; Y MUCHAS VECES SE PRESENTAN, MUCHO ANTES QUE LA ENFERMEDAD NO PSQUIATRICA A LA QUE DESPUÉS SE ENCUENTRAN LIGADOS.

3.2. EL ENFERMO CON DEPRESION.

DIVERSOS ESTUDIOS MUESTRAN QUE ENTRE 12 Y 36 DE CADA 100 PERSONAS QUE ACUDEN A CONSULTA CON UN MEDICO, Y APROXIMADAMENTE LA TERCERA PARTE DE LAS PERSONAS HOSPITALIZADAS, TIENEN MOLESTIAS DEPRESIVAS. DE ESTAS PERSONAS INTERNADAS ENTRE UNA Y 26 DE CADA 100, DESARROLLAN UN TRASTORNO DEPRESIVO. MIENTRAS QUE EN LA POBLACION EN GENERAL SON 15 DE CADA 100.

DE AQUELLAS PERSONAS ENFERMAS QUE DESARROLLAN DEPRESIÓN, EN 25 DE CADA 100 ESTABA PRESENTES DE LA ENFERMEDAD. MIENTRAS QUE EN 75 DE CADA 100 DE LAS PERSONAS QUE DESARROLLAN DEPRESIÓN, ESTA ES DEBIDA EN GRAN PARTE A LA ENFERMEDAD. HAY TRES FACTORES QUE CONTRIBUYEN A QUE UNA PERSONA ENFERMA DESARROLLE UNA DEPRESIÓN.

1. LA REACCIÓN PSICOLÓGICA A LA ENFERMEDAD.
2. LA ENFERMEDAD POR SI MISMA.
3. LA MEDICIÓN EMPLEADA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.

EL MEDICO DEBE TOMAR EN CUENTA ESTOS ASPECTOS, CUANDO EVALÚA LA POSIBILIDAD DE PRESENCIA DE UNA DEPRESIÓN EN UNA PERSONA ENFERMA.

HABLEMOS DE ALGUNAS DE LAS ENFERMEDADES DONDE PUEDE SUCEDER ESTO. POR EJEMPLO 42 DE CADA 100 PACIENTES CON CÁNCER DESARROLLAN DEPRESIÓN. 90 DE CADA 100 PACIENTES CON PARKINSON. 45 DE CADA 100 PACIENTES QUE SUFREN EMBOLIAS CEREBRAL. DE 20 A 50 DE CADA 100 PERSONAS QUE SUFREN UN ATAQUE AL CORAZÓN. Y EN ESTAS ÚLTIMAS LAS MANIFESTACIONES DEPRESIVAS PUEDEN DURAR PRESENTES MÁS DE UN AÑO EN 70 DE CADA 100 PACIENTES. EL SIDA TIENE UNA ALTA INCIDENCIA DE DEPRESIÓN.-

POR OTRA PARTE, ALGUNOS MEDICAMENTOS PUEDEN CAUSAR DEPRESIÓN O PROVOCAR QUE UN CUADRO DEPRESIVO SE EMPEORE, ES EL CASO DE ALGUNOS BATABLOQUEADORES, COMO EL PROPRANOLOL, DE MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ALTA, COMO LA METILDOPA. TAMBIÉN LOS CORTICOSTEROIDES, LAS HORMONAS TIROIDEAS, EL METRONIDAZOL. NO TODAS LAS PERSONAS TIENEN LA MISMA SENSIBILIDAD A VERSE INFLUIDAS POR ESTOS MEDICAMENTOS PARA DESARROLLAR UNA DEPRESIÓN. PERO DEBE TENERSE EN CUENTA, LA POSIBILIDAD DE QUE ADEMÁS DE QUE UNA PERSONA SE DEPRIMA POR X ENFERMEDAD, LA MEDICACIÓN, QUE SE DE PARA ESA ENFERMEDAD, CONTRIBUYA A UNA DEPRESIÓN.

MUCHOS DE ESTOS ENFERMOS VAN A REQUERIR TOMAR UN MEDICAMENTO ANTIDEPRESIVO, PARA MEJORAR. CLARO TOMANDO EN CUENTA LA ENFERMEDAD QUE PADECE. LO FUNDAMENTAL SERÁ TAMBIÉN, EL TRATAMIENTO ADECUADO DE LA ENFERMEDAD QUE LA PERSONA PADECE Y EL MANEJO DE LA REACCIÓN PSICOLÓGICA A LA MISMA, QUE EN OCASIONES REQUIERE DE PSICOTERAPIA.(9)

4. DEPRESION EN LA TERCERA EDAD.

UNO DE LOS INVESTIGADORES DE LA DEPRESIÓN, VAN, SEÑALO EN 1978, QUE LA DEPRESIÓN SE PRESENTA, EN EL 10% DE LA POBLACIÓN GENERAL DE MÁS DE 65 AÑOS DE EDAD; LLEGANDO HASTA EL 50% EN LOS ANCIANOS CON ALGUNA ENFERMEDAD. LA DEPRESIÓN SEVERA LLEGA A REPRESENTAR ENTRE UN 2 A UN 10 % DE LOS CUADROS DE ENFERMEDAD DEPRESIVA, EN LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD.

OTRO FACTOR QUE SE AGREGA A LA DEPRESIÓN Y QUE LA HACE MÁS GRAVE, ES EL AUMENTO DE SUICIDIOS EN PERSONAS DE ESTA EDAD; QUE EN PAÍSES COMO LA UNIÓN AMERICANA LLEGAN A SER HASTA EL 25% DEL TOTAL DE LOS SUICIDIOS QUE SE DAN EN ESTE PAÍS.

4.1.ASPECTOS PSICISOCIALES

EL QUE LA DEPRESIÓN SEA TAN FRECUENTE EN LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD, ESTA DETERMINADA SEGÚN ESPECIALISTAS, EN LOS FACTORES PSICOSOCIALES. EN LA EDAD AVANZADA SE HACEN MÁS FRECUENTES LAS SITUACIONES DE PERDIDA, SEPARACIÓN Y/O EL TENER QUE RENUNCIAR A ALGO O A ALGUIEN. A ESTO SE AÑADE EL AISLAMIENTO DE LAS DEMÁS PERSONAS, LA INSEGURIDAD ECONÓMICA POR LAS PENSIONES TAN LIMITADAS, O DE PLANO CARECER DE ALGÚN TIPO DE PENSIÓN. LA PERDIDA DE FAMILIARES Y AMIGOS, QUE HACEN MÁS PRESENTE LA POSIBILIDAD DE MUERTE.

LA JUBILACIÓN HACE QUE LA PERSONA PIERDA SOBRETUDO LA SEGURIDAD PERSONAL QUE SU TRABAJO LE PROPORCIONABA, EL HACERLE SENTIRSE ÚTIL ANTE LAS DEMÁS PERSONAS Y ANTE EL MISMO; SER UNA PERSONA PRODUCTIVA Y TENER LA CAPACIDAD DE SER PARTE DEL SECTOR PRODUCTIVO. LAS PERSONAS QUE VIVEN SOLAS, YA SEA POR VIUDEZ O ALGUNA OTRA RAZÓN, SON PRESA FÁCIL DE LA DEPRESIÓN.

4.2.ASPECTOS BIOLÓGICOS.

ES BIEN SABIDO QUE LA DEPRESIÓN SE PRODUCE POR FALLAS EN LA QUÍMICA CEREBRAL. HAY CARENCIAS DE ALGUNAS SUSTANCIAS A NIVEL CEREBRAL. Y ESTO ES MÁS EVIDENTE EN LAS PERSONAS ANCIANAS; POR LO

QUE ESTÁN MAS PRESENTES LOS CUADROS DEPRESIVOS POR FALTA DE SEROTONINA Y/O NORADRENALINA.

4.3. CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN.

LA CLAVE PARA DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN ES LA PALABRA PERDIDA. SE DAN ENTONCES EN LA PERSONA DEPRIMIDA, PERDIDA DE INTERÉS EN TODO TIPO DE ACTIVIDADES, PERDIDA DEL DISFRUTE DE LAS COSAS O ACTIVIDADES, QUE ANTES DE DEPRIMIRSE GOZABA O SE SENTÍA MOTIVADA A HACER. PUEDE HABER TAMBIÉN PERDIDA DEL SUEÑO, SE DUERME NORMALMENTE Y DESPIERTA A LAS 2 DE LA MAÑANA (INSOMNIO TERMINAL). ES FRECUENTE QUE SE AGREGUEN MOLESTIAS COMO DOLOR DE CABEZA, TAQUICARDIA, FATIGABILIDAD AUN SIN HACER NADA; TRASTORNOS ESTOMACALES Y UNA SERIE DE SÍNTOMAS, QUE SU MEDICO NO LES ENCUENTRA UNA EXPLICACIÓN CLARA.

PUEDE LLEGAR A PRESENTARSE COMO UNA DEPRESIÓN ENMASCARADA. UNA DEPRESIÓN OCULTA TRAS UNA GRAN CANTIDAD DE MOLESTIAS FÍSICAS; PARA LAS QUE EL MEDICO NO ENCUENTRA UNA EXPLICACIÓN CLARA Y LA PERSONA SE MUESTRA ALEGRE Y ACTIVA. PUEDE SUFRIR CAMBIOS BRUSCOS EN SU ESTADO DE ANIMO, ESTAR MUY IRRITABLE. DIFÍCILMENTE ALGUIEN PENSARÍA QUE ESTO ES UNA DEPRESIÓN, SI NO TIENE EN MENTE LA POSIBILIDAD.

4.4. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.

LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS DADOS POR SU MEDICO DE CABECERA O POR UN PSIQUIATRA. SON MEDICAMENTOS QUE ESPECÍFICAMENTE ATACAN, ALIVIAN Y CURAN A LA PERSONA DEPRIMIDA. ESTO ÚLTIMO ES VISTO MUY LEJOS POR LA PERSONA ENFERMA. DADO QUE PIENSA QUE SU ESTADO NO CAMBIARÁ Y ESPERA LO PEOR, TODO LO VE NEGRO. LOS ANTIDEPRESIVOS NO PROVOCAN DEPENDENCIA, PERO SI DEBEN TOMARSE POR VARIOS MESES. Y LOS MÁS NUEVOS CAUSAN UN MÍNIMO DE MOLESTIAS Y GENERALMENTE SOLO REQUIEREN TOMARSE UNA VEZ AL DÍA, EN LAS MAÑANAS. LO QUE HACEN ESTOS MEDICAMENTOS ES AUMENTAR LA SEROTONINA Y/O NOREPINEFRINA, QUE ESTA ESCASA EN EL CEREBRO. LO HACE LENTAMENTE, ACABANDO A FIN DE CUENTAS CON LA ENFERMEDAD. (10).

DEPRESION

UNA VIDA LARGA ES DESEABLE, SI EXISTE UN ADECUADO FUNCIONAMIENTO FISICO, Y ESPECIALMENTE, SI SE MANTIENE LA FUNCION INTELECTUAL. MUCHAS PERSONAS ENFRENTAN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO CON DEPRESION.

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO PUEDE AMENAZAR LA CAPACIDAD PARA PENSAR, AMAR Y COMUNICARSE. EL PRONTO RECONOCIMIENTO POR PARTE DEL MEDICO DE LOS TRASTORNOS CONDUCTUALES EN PACIENTES ANCIANOS PUEDE PERMITIR EL RAPIDO TRATAMIENTO DE LAS CAUSAS REVERSIBLES Y UNA EXPLOTACION MAS COMPLETA DE LOS RECURSOS QUE AUN QUEDAN EN CONDICIONES CRONICAS Y DE DETERIORO.

LA PREVALENCIA DE SINTOMAS DE DEPRESION ENTRE LOS ANCIANOS ES IGUALMENTE IMPRESIONANTE. DOS GRUPOS DE INVESTIGADORES ENCONTRARON UNA PERSISTENCIA DE DEPRESION DEL 13 AL 18% EN ANCIANOS. LAS TASAS DE SUICIDIOS ENTRE LOS ANCIANOS SON DESPROPORCIONADAMENTE GRANDES. ESTA PARTE DE LA POBLACION COMPRENDE TAN SOLO EL 11.9% DE LA POBLACION PERO DA CUENTA DE CASI UNA CUARTA PARTE DE TODOS LOS SUICIDIOS. LAS PERSONAS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN DEPRIMIDAS TIENEN MAS SINTOMAS SOMATICOS Y VISITAS DEL PERSONAL DE ATENCION PRIMARIA QUE SUS CONTRAPARTES NO DEPRIMIDAS. RARA VEZ RECIBEN TRATAMIENTO DE ESPECIALISTAS EN SALUD MENTAL POR ESA RAZON LA IDENTIFICACION Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES, O SU CANALIZACION CON UN PSIQUIATRA, SE CONVIERTE EN RESPONSABILIDAD PRINCIPAL DEL MEDICO FAMILIAR. LAS CARACTERISTICAS ESENCIALES DE UN TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR ES UN CURSO CLINICO CARACTERIZADO POR MAS O MENOS EPISODIOS DEPRESIVOS MAYORES. (3)

EL TERMINO DEPRESION SE UTILIZA EN MUCHOS SENTIDOS, PUEDE DENOTAR UNA REACCION NORMAL ANTE CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA (ESTAR ABATIDO O TRISTE), ES UN SINTOMA PSIQUIATRICO AISLADO O UN SINDROME PSIQUIATRICO GRAVE EN QUE LAS ALTERACIONES AFECTIVAS SE ACOMPAÑAN DE OTROS SINTOMAS GENERALIZADOS.

DEPRESION MAYOR UNIPOLAR

SE IDENTIFICA COMO UNA ENTIDAD ESPECIFICA QUE SE CARACTERIZA POR SER UN TRANSTORNO DEL AFECTO HACIA LA DEPRESION DE GRADO MODERADO, DE TIPO PRIMARIO Y SIN ALTERACIONES DEL AFECTO HACIA LA MANIA.

CLASIFICACION DE LOS TRANSTORNOS AFECTIVOS

PRIMARIOS:

TRANSTORNO UNIPOLAR: EL PACIENTE SUFRE DEPRESION, PERO SIN MANIA.

TRANSTORNO BIPOLAR: EL PACIENTE CON DEPRESION PRESENTA EPISODIOS DE MANIA.

SECUNDARIOS:

EFFECTOS DE MEDICAMENTOS

TRANSTORNOS NEUROLOGICOS

TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS NO AFECTIVOS (ALCOHOLISMO, ABUSO DE DROGAS, ESQUIZOFRENIA)(2)

DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO ES NECESARIO DISTINGUIR ENTRE UN ESTADO DE TRISTEZA NORMAL Y LA DEPRESION COMO ENFERMEDAD, ESTA ENFERMEDAD SE BASA PRINCIPALMENTE EN:

- EL GRADO EN QUE LAS MANIFESTACIONES PERTURBAN EL MODO HABITUAL DE SER DEL SUJETO.
- SU RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

COMO UNA EMOCION NORMAL:

LA DEPRESION ESTA PRESENTE EN LA EXISTENCIA HUMANA COMO UNA REACCION DE TRISTEZA O DESILUCION ANTE EVENTOS DESAFORTUNADOS BIEN IDENTIFICADOS. ES UNA MODULACION AFECTIVA PASAJERA Y PROPORCIONAL AL ESTIMULO PRESENTADO.

COMO UN SINTOMA

LA DEPRESION OCURRE COMO UN ABATIMIENTO DEL HUMOR CON MAYOR DURACION QUE EL CASO PERO SIN LLEGAR A INTEGRAR UN SINDROME. ESTE CASO OCURRE EN UNA AMPLIA GAMA DE REACCIONES AL ESTRÉS, A CONDICIONES MEDICAS Y PSIQUIATRICAS.

COMO UN SINDROME

SE TRATA DE UN TRANSTORNO DEL AFECTO PERSISTENTE QUE SE ACOMPAÑA DE MANIFESTACIONES EN LAS DIFERENTES ESFERAS PSICOLOGICAS, SOMATICAS Y CONDUCTUAL. (4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACION

UNA VIDA LARGA ES DESEABLE, SI EXISTE UN ADECUADO FUNCIONAMIENTO FISICO, Y ESPECIALMENTE, SI SE MANTIENE LA FUNCION INTELLECTUAL. MUCHAS PERSONAS ENFRENTAN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO CON DEPRESION.

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO PUEDE AMENAZAR LA CAPACIDAD PARA PENSAR, AMAR Y COMUNICARSE. EL PRONTO RECONOCIMIENTO POR PARTE DEL MEDICO DE LOS TRASTORNOS CONDUCTUALES EN PACIENTES ANCIANOS PUEDE PERMITIR EL RAPIDO TRATAMIENTO DE LAS CAUSAS REVERSIBLES Y UNA EXPLOTACION MAS COMPLETA DE LOS RECURSOS QUE AUN QUEDAN EN CONDICIONES CRONICAS Y DE DETERIORO.

LA PREVALENCIA DE SINTOMAS DE DEPRESION ENTRE LOS ANCIANOS ES IGUALMENTE IMPRESIONANTE. DOS GRUPOS DE INVESTIGADORES ENCONTRARON UNA PERSISTENCIA DE DEPRESION DEL 13 AL 18% EN ANCIANOS. LAS TASAS DE SUICIDIOS ENTRE LOS ANCIANOS SON DESPROPORCIONADAMENTE GRANDES. ESTA PARTE DE LA POBLACION COMPRENDE TAN SOLO EL 11.9% DE LA POBLACION PERO DA CUENTA DE CASI UNA CUARTA PARTE DE TODOS LOS SUICIDIOS. LAS PERSONAS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN DEPRIMIDAS TIENEN MAS SINTOMAS SOMATICOS Y VISITAS DEL PERSONAL DE ATENCION PRIMARIA QUE SUS CONTRAPARTES NO DEPRIMIDAS. RARA VEZ RECIBEN TRATAMIENTO DE ESPECIALISTAS EN SALUD MENTAL. POR ESTA RAZON LA IDENTIFICACION Y EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES, O SU CANALIZACION CON UN PSIQUIATRA, SE CONVIERTE EN RESPONSABILIDAD PRINCIPAL DEL MEDICO FAMILIAR. DE AHI LA IMPORTANCIA DE REALIZAR LA SIGUIENTE PREGUNTA:

¿ CUAL ES LA FRECUENCIA DEL SINDROME DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR USUARIO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 33 ?.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS:

1. SITIO DE ESTUDIO

EL ESTUDIO SE REALIZARA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 33 EL ROSARIO DE LA DELEGACION I NOROESTE, REGION LA RAZA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. ESTA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CUENTA CON 27 CONSULTORIOS DE LOS CUALES SE TOMARA EN FORMA ALEATORIA A LOS PACIENTES, EN DONDE SE APLICARA EL TEST DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES.

2. TIPO DE ESTUDIO.

DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL, OBSERVACIONAL.

3. PROPÓSITO DEL ESTUDIO.

CLÍNICO

3. POBLACIÓN EN ESTUDIO.

SON TODOS LOS ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 33 EL ROSARIO.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- ADULTOS MAYORES
- ADSCRITOS AL IMSS
- USUARIOS DE LA UMF. N. 33
- AMBOS SEXOS
- QUE NO PRESENTEN ENFERMEDADES MENTALES, ALCOHOLISMO U OTRA TOXICOMANIA O ENFERMEDAD DE PARKINSON.
- CUALQUIER ESTRATO SOCIOECONOMICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

- QUE NO SEAN ADULTOS MAYORES
- QUE NO ESTÉN ADSCRITOS AL IMSS.
- QUE NO SEAN USUARIOS DE LA UMF N. 33
- QUE PRESENTEN ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL, ALCOHOLISMO U OTRA TOXICOMANIA O ENFERMEDAD DE PARKINSON.
- PACIENTES QUE NO ACEPTEN PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

6. CRITERIOS DE ELIMINACION.

- LLENADO PARCIAL DEL CUESTIONARIO.

7. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

$$N = Z \frac{Pq}{D} = (1.96) \frac{(0.26)(0.25)}{(0.05)} = 3.84 \frac{(0.065)}{0.0025} = 0.2496 = 99.84 = 100 + 10\%$$

110 PACIENTES.

TAMAÑO DE LA MUESTRA 110 PACIENTES

8. MUESTREO:

SERÁN 110 PACIENTES USUARIOS DE LA UMF N. 33 ADULTOS MAYORES, POR MEDIO DE UNA MUESTRA ALEATORIA, DE LOS 27 CONSULTORIOS CON QUE CEUNTA LA UMF N. 33.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

SE REALIZARÁ MEDIANTE ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

SE REALIZARA UN ESTUDIO DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL, PROSPECTIVO Y OBSERVACIONAL EN PACIENTES ADSCRITOS AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, USUARIOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 33 EL ROSARIO, CON LA FINALIDAD DE IDENTIFICAR LA FRECUENCIA DEL SINDROME DEPRESIVO Y EL TIPO DE DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS PACIENTES ES DECIR LEVE, MODERADA O SEVERA O BIEN TAMBIEN IDENTIFICAR CUANTOS PACIENTES NO CURSAN CON DEPRESION.

PARA EVALUAR ESTA FRECUENCIA SE UTILIZARA EL INSTRUMENTO DE MEDICION QUE ES UNA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YASAVAGE Y BRINK, LA CUAL MIDE SI EXISTE O NO DEPRESIÓN Y DE EXISTIR DEPRESIÓN EL TIPO DE LA MISMA CLASIFICADA POR ESTOS AUTORES COMO LEVE, MODERADA O SEVERA, ESTE TEST O ESCALA SE CALIFICARA CON 30 PREGUNTAS DE LAS CUALES CONSTA, TIENE UN PUNTAJE DE 1 CADA RESPUESTA DE ACUERDO A SI ES SI O NO, YA QUE 15 RESPUESTA DE SI VALEN 1 Y 15 RESPUESTA DE NO VALEN 1 ASI SE TIENE UN TOTAL DE 30 PUNTOS Y DE ACUERDO A ESTA PUNTUACIÓN SE VALORARA SI EXISTE O NO DEPRESIÓN, ESTA ESCALA SE CLASIFICA DE LA SIGUIENTE MANERA: PUNTAJE: 0-10 SIN DEPRESIÓN, 11-20 DEPRESIÓN LEVE, 21-30 DEPRESIÓN MODERADA O SEVERA, ESTA ULTIMA SI ES MENOR DE 25 PUNTOS SE CONSIDERA DEPRESIÓN MODERADA Y SI ES MAYOR DE 25 PUNTOS DEPRESIÓN SEVERA.

LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN SERA A TRAVES DE UNA ENTREVISTA DIRECTA POR EL INVESTIGADOR, SE HARA LA PREGUNTA Y EL INVESTIGADOR MARCARA CON UNA CRUZ DE ACUERDO A LA RESPUESTA DEL PACIENTE UNA VEZ IDENTIFICADO EL PACIENTE SE REALIZARA PRIMARAMENTE UN SALUDO Y SE LE EXPLICARA EL PROPOSITO DEL ESTUDIO, EL PACIENTE DEBE DAR SU AUTORIZACION PARA QUE SE PUEDA REALIZAR ESTE TEST, SE LE EXPLICARA QUE SE DETECTARA SI EXISTE O NO DEPRESIÓN Y SE ORIENTARA EN CASO DE PRESENTAR LA MISMA, PARA QUE EN CASO DE SER NECESARIO SU MEDICO FAMILIAR CANALIZE AL PACIENTE AL SERVICIO ESPECIFICO PARA INICIAR TRATAMIENTO OPORTUNO, UNA VEZ QUE EL PACIENTE HA ACEPTADO QUE SE LE REALIZE EL TEST SE LE PREGUNTARA, EDAD, ESTADO CIVIL, OCUPACION, ESCOLARIDAD, ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE ESTAS ENFERMEDADES, EL INVESTIGADOR PONDRÁ EN LA ENCUESTA SEXO MASCULINO O FEMENINO SEGÚN SEA EN CADA PACIENTE.

ESTE TEST SE REALIZARA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EL ROSARIO DE LOS 27 CONSULTORIOS CON LOS CUALES CUENTA ESTA UNIDAD, UNA VEZ REALIZADA LA ENCUESTA SE LE DARA UN TIEMPO AL PACIENTE PARA QUE PREGUNTE SUS DUDAS Y PARA QUE EL INVESTIGADOR RESPONDA Y ORIENTE EN CASO DE SER NECESARIO.

AL CONCLUIR LAS 110 ENCUESTAS SE RECOLECTARAN LOS DATOS Y SE
DESCARGARAN PARA CONTINUAR A SEGUIR EL ANALISIS ESTADISTICO DE
TODOS LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

VARIABLES DEL ESTUDIO.

1. DEPRESIÓN:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL. EL TERMINO DEPRESIÓN SE UTILIZA EN MUCHOS SENTIDOS, PUEDE DENOTAR UNA REACCIÓN EMOCIONAL ANTE CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA (ESTAR ABATIDO O TRISTE), UN SINTOMA PSIQUIATRICO AISLADO O UN SINDROME PSIQUIATRICO GRAVE EN QUE LAS ALTERACIONES AFECTIVAS SE ACOMPAÑAN DE OTROS SINTOMAS GENERALIZADOS.

DEFINICIÓN OPERACIONAL. SE MEDIRA A TRAVÉS DE UNA ESCALA O TEST DE DEPRESIÓN GERIATRICA PROPUESTA POR YASAVAGE Y BRINK, ESTA ESCALA ESTA COMPUESTA DE 30 PREGUNTAS A LAS CUALES SE LES DA EL VALOR DE 1 SEGUN SEA LA RESPUESTA 15 PREGUNTAS CON RESPUESTA SI VALEN UNO Y 15 RESPUESTAS NO VALEN 15 LAS CUALES EN TOTAL HACEN 30 PUNTOS, ESTAS RESPUESTAS NOS CALIFICARAN DE ACUERDO A LA PUNTUACIÓN QUE SE OBTENGA LO SIGUIENTE: 0-10= SIN DEPRESIÓN 11-20 = DEPRESIÓN LEVE Y DE 21 - 30 = DEPRESIÓN MODERADA O SEVERA DE ACUERDO A LOS PUNTOS OBTENIDOS ES DECIR MENOS DE 25 ES CONSIDERADA A MO DE DEPRESIÓN MODERADA Y SI ES MAYOR DE 25 ES DEPRESIÓN SEVERA.

ADULTO MAYOR.

DEFINICION CONCEPTUAL: ES AQUELLA PERSONA QUE POR EDAD CRONOLOGICA TIENE 60 AÑOS O MAS.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: SE MEDIRA PREGUNTANDO A CADA PACIENTE LA EDAD, Y QUE TENGA 60 AÑOS O MÁS DE EDAD.

ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS:

DEFINICION CONCEPTUAL: SON TODAS AQUELLAS ENFERMEDADES QUE TENGAN POR LO MENOS UN AÑO DE EVOLUCIÓN Y QUE ADEMÁS PUEDAN DEGENERAR OTROS ORGANOS.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: SE MEDIRA PREGUNTANDO A CADA PACIENTE SI PRESENTA ESTE TIPO DE ENFERMEDADES Y EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO.

CARACTERISTICAS PROPIAS DE LOS PACIENTES:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: SON TODAS AQUELLAS CARACTERISTICAS QUE IDENTIFICA AL INDIVIDUO COMO SER UNICO.

DEFINICIÓN OPERACIONAL. SE MEDIRA CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS.

- A) **EDAD:** ES EL NUMERO DE AÑOS QUE EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO TIENE EL PACIENTE, SE MEDIRA EN AÑOS CERRADOS.
- B) **ESCALA DE MEDICIÓN INTERVALO.**
SEXO: SON LAS CARACTERISTICAS FENOTIPICAS QUE IDENTIFICAN AL PACIENTE; SE MEDIRA CON SEXO: MASCULINO O FEMENINO.
ESCALA DE MEDICIÓN NOMINAL.
- C) **OCUPACIÓN:** ES EL TIPO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA EL PACIENTE EN EL MOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN. SE MEDIRA CON LO QUE REFIERE EL PACIENTE. **ESCALA DE MEDICIÓN ORDINAL.**
- C) **ESTADO CIVIL:** ES EL TIPO DE UNIÓN CON SU PAREJA QUE REFIERA EL PACIENTE EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO.
- D) **ESCOLARIDAD:** ES EL GRADO DE ESTUDIOS QUE REALIZO EL PACIENTE.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YASAVAGE Y BRINK.

Escoja la respuesta que indique lo más exactamente posible cómo se ha sentido usted en la última semana.

1. ¿Está usted satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Han dejado de interesarle cosas y actividades que antes lo hacían?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se aburre usted con frecuencia?	SI	NO
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO
6. ¿Tiene preocupaciones que no se puede quitar de la cabeza?	SI	NO
7. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Teme que algo malo le suceda?	SI	NO
9. ¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?	SI	NO
10. ¿A menudo se siente indefenso?	SI	NO
11. ¿Se siente a menudo nervioso e inquieto?	SI	NO
12. ¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
13. ¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	SI	NO
14. ¿Cree que tiene menos memoria que el resto de la gente?	SI	NO
15. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	SI	NO
16. ¿A menudo se siente descorazonado y triste?	SI	NO
17. ¿Se siente inútil?	SI	NO
18. ¿Se preocupa mucho por el pasado?	SI	NO
19. ¿Piensa que la vida es excitante?	SI	NO
20. ¿Le cuesta empezar nuevos proyectos?	SI	NO
21. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
22. ¿Cree que su situación es desesperante?	SI	NO
23. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SI	NO
24. ¿A menudo se entristece por pequeños?	SI	NO
25. ¿Tiene usted a menudo ganas de llorar?	SI	NO
26. ¿Le cuesta concentrarse?	SI	NO
27. ¿Se despierta generalmente animado?	SI	NO
28. ¿Evita el contacto social?	SI	NO
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	SI	NO
30. ¿Está su mente tan clara como siempre?	SI	NO

PUNTAJE= 0-10 sin depresión. 11-20 depresión leve. 21-30 depresión moderada o severa según si es menor de 25 puntos se considera moderada si es mayor de 25 puntos se considera severa.

EDAD
 SEXO
 ESTADO CIVIL
 ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS
 ESCOLARIDAD
 ACTIVIDAD LABORAL

RECURSOS:

MATERIALES: SE CUENTA CON LA ESTRUCTURA FISICA ADECUADA, PARA LA INVESTIGACION, COMPUTADORAS, LAPICES, PAPEL, PLUMAS, GOMAS, IMPRESORA Y DISKETTS FLEXIBLES.

HUMANOS: SE TIENEN A LOS PACIENTES, AL INVESTIGADOR, ASESOR Y PERSONAL QUE LABORA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR COMO EL MEDICO Y LAS ASISTENTES QUIENES COOPERARON PARA LA BUSQUEDA DE ESTOS PACIENTES.

FINANCIEROS: RELACIONADO A LOS RECURSOS FINANCIEROS FUERON PROPORCIONADOS SOLAMENTE POR EL INVESTIGADOR.

ASPECTOS ETICOS: ESTA INVESTIGACION REUNE LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS, SERA CONFIDENCIAL Y CON EL RESPETO QUE EL PACIENTE MERECE.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
DEFINICIÓN DEL TEMA				PROGRAMADO								
REVISIÓN Y SELECCIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA					PROGRAMADO							
PLANIFICACIÓN OPERATIVA							PROGRAMADO					
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN									REALIZADO	REALIZADO		
REVISIÓN												REALIZADO
ANÁLISIS DE RESULTADOS												REALIZADO
ENTREGA												REALIZADO

27



PROGRAMADO



REALIZADO

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO POR RANGOS DE EDAD

EDAD	NÚMERO
60 - 64	27
65 - 69	44
70 - 74	34
75 - 79	6
80 Y MÁS	

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO POR SEXO

SEXO	NÚMRO
MASCULINO	52
FEMENINO	58

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO SEGUN SU ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	NÚMERO
CASADO	76
VIUDO	31
SEPARADO	3

ADULTOS MAYORES SEGÚN ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA

ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA	NÚMERO
H. T. A. S.	51
D. M.	7
H. T. A. S. / D. M.	27
CARDIOPATÍA	2
E. A. D.	3
C. A. DE MAMA	1
NINGUNA	22

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO SEGÚN ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	NÚMERO
ANALFABETAS	8
PRIMARIA	52
SECUNDARIA	28
PREPARATORIA	1
TÉCNICA	12
PROFESIONAL	9

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL

ACTIVIDAD LABORAL	NÚMERO
EL HOGAR	47
COMERCIANTE	11
EMPLEADO	2
JUBILADO	50

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, SIN DEPRESIÓN
POR RANGOS DE EDAD**

RANGO DE EDAD	NÚMERO	%
60-64	7	6.36
65-69	5	5.54
70-74	9	8.18
75-79	1	.90
80- >	0	0
TOTAL:	22	20

COMO PUEDE OBSERVARSE DE 110 ADULTOS EN ESTUDIO SOLO 22 NO PRESENTARON DEPRESIÓN Y LA FRECUENCIA MAYOR FUE EN EL RANGO DE 70 A 74 AÑOS.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, SIN DEPRESIÓN
SEGÚN SEXO**

SEXO	NÚMERO	%
MASCULINO	11	50
FEMENINO	11	50
TOTAL	22	100

EL 50% DE LOS ADULTOS MAYORES SIN DEPRESIÓN FUERON HOMBRES Y 50% MUJERES

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, SIN DEPRESIÓN
SEGÚN ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	NÚMERO	%
CASADO	15	68.1
VIUDO	6	27.2
SEPARADO	1	4.5

DE LOS ADULTOS MAYORES SIN DEPRESIÓN SOBRESALEN LOS CASADOS Y EN SEGUNDO LUGAR LOS VIUDOS

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, SIN DEPRESIÓN
CON ENFERMEADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS**

NINGUNA	4	18.1
H. T. A. S.	11	50
D. M.	1	4.5
E. P. O. C.	0	0
H. T. A. S. Y D. M.	4	18.1
CARDIOPATÍA	0	0
E. A. D.	3	13.6
C A. DE MAMA	0	0
I. A. M.	0	0

DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y SIN DEPRESIÓN PREDOMINAN LOS QUE PADECEN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EXCLUSIVAMENTE.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, SIN DEPRESIÓN
SEGÚN SU ESCOLARIDAD**

ESCOLARIDAD	NÚMERO	%
ANALFABETA	0	0
PRIMARIA	8	36.3
SECUNDARIA	7	31.8
PREPARATORIA	3	13.6
TÉCNICA	0	0
PROFESIONAL	4	18.1

EN ESTE CASO PREDOMINAN LOS ADULTOS MAYORES SIN DEPRESIÓN QUE CURSARON SOLO PRIMARIA Y EN SEGUNDO LUGAR LA SECUNDARIA.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, SIN DEPRESIÓN
SEGÚN SU ACTIVIDAD LABORAL**

ACTIVIDAD LABORAL	NÚMERO	%
HOGAR	9	40.9
COMERCIANTE	4	18.1
EMPLEADO	2	9
JUBILADO / PENSIONADO	7	31.8

DE LOS ADULTOS MAYORES SIN DEPRESIÓN PREDOMINAN LOS QUE SE DEDICAN A QUEHACERES DOMÉSTICOS.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN LEVE
POR RANGOS DE EDAD**

RANGO DE EDAD	NÚMERO	%
60-64	13	25.4
65-69	22	43.1
70-74	14	27.4
75-79	2	3.9
80- >	0	0
TOTAL:	51	100

COMO PUEDE OBSERVARSE DE 110 ADULTOS EN ESTUDIO 51 PRESENTARON DEPRESIÓN LEVE, Y LA FRECUENCIA MAYOR FUE EN EL RANGO DE 65 A 69 AÑOS.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN LEVE
SEGÚN SEXO**

SEXO	NÚMERO	%
MASCULINO	24	47
FEMENINO	27	53
TOTAL	51	100

PREDOMINA LA DEPRESIÓN LEVE EN EL SEXO FEMENINO EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN LEVE
SEGÚN ESTADO CIVIL**

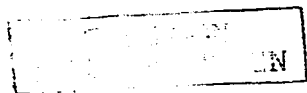
ESTADO CIVIL	NÚMERO	%
CASADO	39	76.47
VIUDO	12	23.53
SEPARADO	0	0

DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN LEVE SOBRESALEN LOS CASADOS Y EN SEGUNDO LUGAR LOS VIUDOS

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN LEVE
CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS**

NINGUNA	2	3.9
H. T. A. S.	21	41.1
D. M.	1	1.9
E. P. O. C.	2	3.9
H. T. A. S. Y D. M.	16	31.3
CARDIOPATÍA	1	1.9
E. A. D.	1	1.9
C A. DE MAMA	1	1.9
I. A. M.	1	1.9

DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y CON DEPRESIÓN LEVE PREDOMINAN LOS QUE PADECEN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EXCLUSIVAMENTE, Y LOS QUE PADECEN HIPERTENSIÓN Y DIABETES MELLITUS



**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN LEVE
SEGÚN SU ESCOLARIDAD**

ESCOLARIDAD	NÚMERO	%
ANALFABETA	4	7.8
PRIMARIA	25	49
SECUNDARIA	14	27.4
PREPARATORIA	4	7.8
TÉCNICA	2	3.9
PROFESIONAL	2	3.9

EN ESTE CASO PREDOMINAN LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN LEVE QUE CURSARON SOLO PRIMARIA Y EN SEGUNDO LUGAR LA SECUNDARIA.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN LEVE
SEGÚN SU ACTIVIDAD LABORAL**

ACTIVIDAD LABORAL	NÚMERO	%
HOGAR	20	39.2
COMERCIANTE	6	11.7
EMPLEADO	1	1.9
JUBILADO / PENSIONADO	24	47

DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN LEVE PREDOMINAN LOS JUBILADOS / PENSIONADOS Y LOS QUE SE DEDICAN A QUEHACERES DOMÉSTICOS.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN MODERADA
POR RANGOS DE EDAD**

RANGO DE EDAD	NÚMERO	%
60-64	5	25
65-69	5	25
70-74	6	30
75-79	4	20
80- >	0	0
TOTAL:	20	100

COMO PUEDE OBSERVARSE DE 110 ADULTOS EN ESTUDIO 20 PRESENTARON DEPRESIÓN MODERADA, Y LA FRECUENCIA MAYOR FUE EN EL RANGO DE 70 A 74 AÑOS.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN MODERADA
SEGÚN SEXO**

SEXO	NÚMERO	%
MASCULINO	11	55
FEMENINO	9	45
TOTAL	20	100

PREDOMINA LA DEPRESIÓN LEVE EN EL SEXO MASCULINO EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN MODERADA
SEGÚN ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	NÚMERO	%
CASADO	13	65
VIUDO	6	30
SEPARADO	1	5

DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN LEVE SOBRESALEN LOS CASADOS Y EN SEGUNDO LUGAR LOS VIUDOS

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN MODERADA
CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS**

NINGUNA	3	15
H. T. A. S.	10	50
D. M.	2	10
E. P. O. C.	0	0
H. T. A. S. Y D. M.	5	25
CARDIOPATÍA	0	0
E. A. D.	0	0
C A. DE MAMA	0	0
I. A. M.	0	0

DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y CON DEPRESIÓN MODERADA PREDOMINAN LOS QUE PADECEN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EXCLUSIVAMENTE, Y LOS QUE PADECEN HIPERTENSIÓN Y DIABETES MELLITUS.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN MODERADA
SEGÚN SU ESCOLARIDAD**

ESCOLARIDAD	NÚMERO	%
ANALFABETA	2	10
PRIMARIA	12	60
SECUNDARIA	4	20
PREPARATORIA	0	0
TÉCNICA	0	0
PROFESIONAL	2	10

EN ESTE CASO PREDOMINAN LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN MODERADA QUE CURSARON SOLO PRIMARIA Y EN SEGUNDO LUGAR LA SECUNDARIA.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN MODERADA
SEGÚN SU ACTIVIDAD LABORAL**

ACTIVIDAD LABORAL	NÚMERO	%
HOGAR	9	45
COMERCIANTE	1	5
EMPLEADO	0	0
JUBILADO / PENSIONADO	10	50

DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN MODERADA PREDOMINAN LOS JUBILADOS / PENSIONADOS Y LOS QUE SE DEDICAN A QUEHACERES DOMÉSTICOS.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN SEVERA
POR RANGOS DE EDAD**

RANGO DE EDAD	NÚMERO	%
60-64	2	11.76
65-69	10	58.8
70-74	5	29.4
75-79	0	0
80- >	0	0
TOTAL:	17	100

COMO PUEDE OBSERVARSE DE 110 ADULTOS EN ESTUDIO 17 PRESENTARON DEPRESIÓN SEVERA. Y LA FRECUENCIA MAYOR FUE EN EL RANGO DE 65 A 69 AÑOS.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN SEVERA
SEGÚN SEXO**

SEXO	NÚMERO	%
MASCULINO	8	47
FEMENINO	9	53
TOTAL	17	100

PREDOMINA LA DEPRESIÓN LEVE EN EL SEXO FEMENINO EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN SEVERA
SEGÚN ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	NÚMERO	%
CASADO	10	58.8
VIUDO	6	35.2
SEPARADO	1	5.8

DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN LEVE SOBRESALEN LOS CASADOS Y EN SEGUNDO LUGAR LOS VIUDOS.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN SEVERA
CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS**

NINGUNA	2	11.7
H. T. A. S.	9	52.9
D. M.	3	17.6
E. P. O. C.	0	0
H. T. A. S. Y D. M.	2	11.7
CARDIOPATÍA	0	0
E. A. D.	1	5.8
C A. DE MAMA	0	0
I. A. M.	0	0

DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y CON DEPRESIÓN SEVERA PREDOMINAN LOS QUE PADECEN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EXCLUSIVAMENTE.

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN SEVERA
SEGÚN SU ESCOLARIDAD**

ESCOLARIDAD	NÚMERO	%
ANALFABETA	2	11.7
PRIMARIA	6	35.3
SECUNDARIA	4	23.5
PREPARATORIA	4	23.5
TÉCNICA	0	0
PROFESIONAL	1	5.88

EN ESTE CASO PREDOMINAN LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN SEVERA QUE CURSARON SOLO PRIMARIA Y EN SEGUNDO LUGAR LA SECUNDARIA Y PREPARATORIA

**ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, CON DEPRESIÓN SEVERA
SEGÚN SU ACTIVIDAD LABORAL**

ACTIVIDAD LABORAL	NÚMERO	%
HOGAR	8	47
COMERCIANTE	0	0
EMPLEADO	0	0
JUBILADO / PENSIONADO	9	53

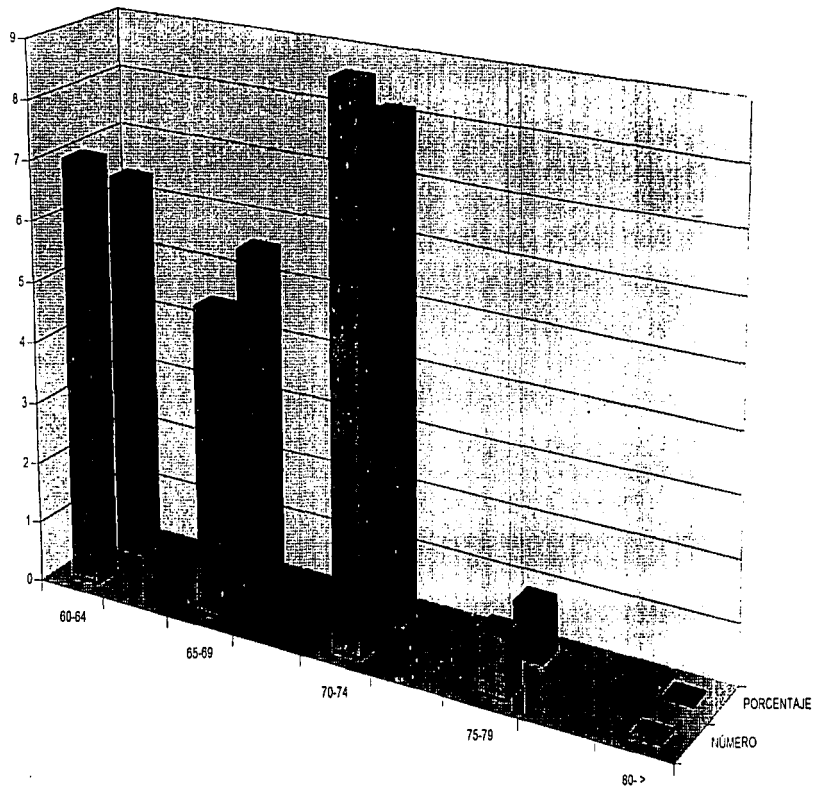
DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN SEVERA PREDOMINAN LOS JUBILADOS / PENSIONADOS Y LOS QUE SE DEDICAN A QUEHACERES DOMÉSTICOS.

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO SIN DEPRESIÓN POR RANGOS DE EDAD

TESIS COM
FALSA DE
IN

42

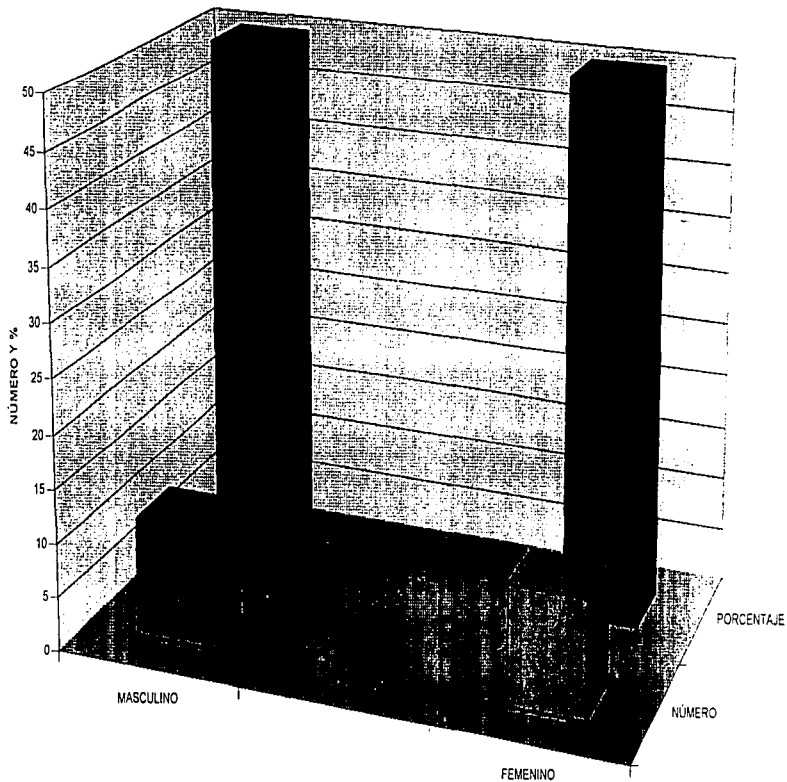
42



■ NÚMERO ■ PORCENTAJE

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, SIN DEPRESIÓN SEGÚN SEXO

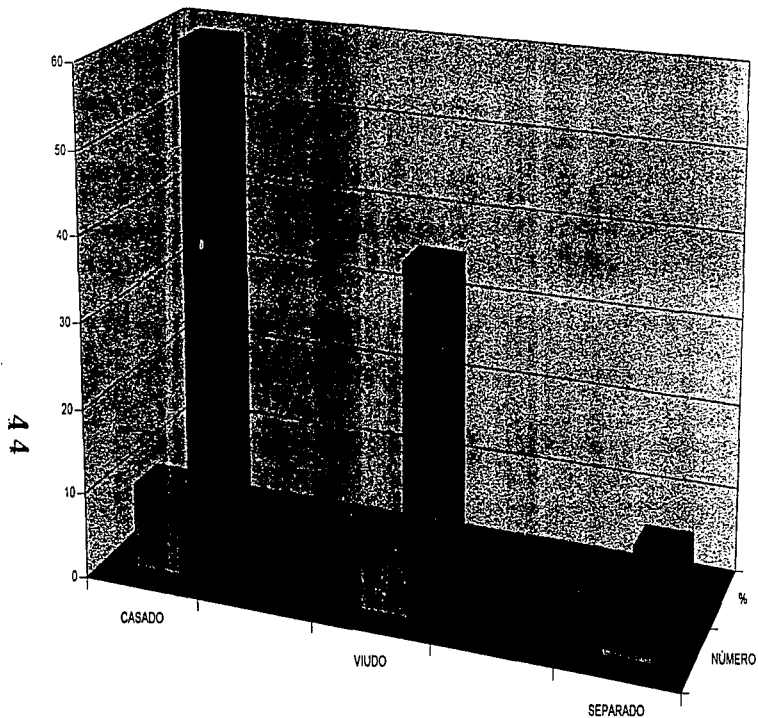
43



■ NÚMERO ■ PORCENTAJE

TESIS OCU
FALTA N
N

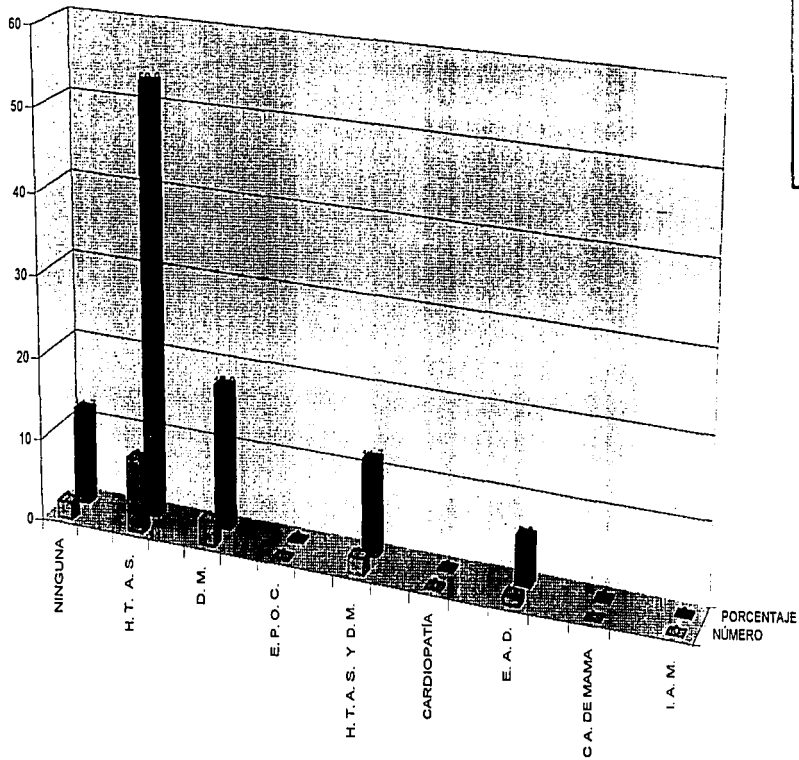
ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CON DEPRESIÓN SEVERA, SEGÚN ESTADO CIVIL



INSTITUTO
PSICOLÓGICO
FALCÓN

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO SIN DEPRESIÓN, CON ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA

45



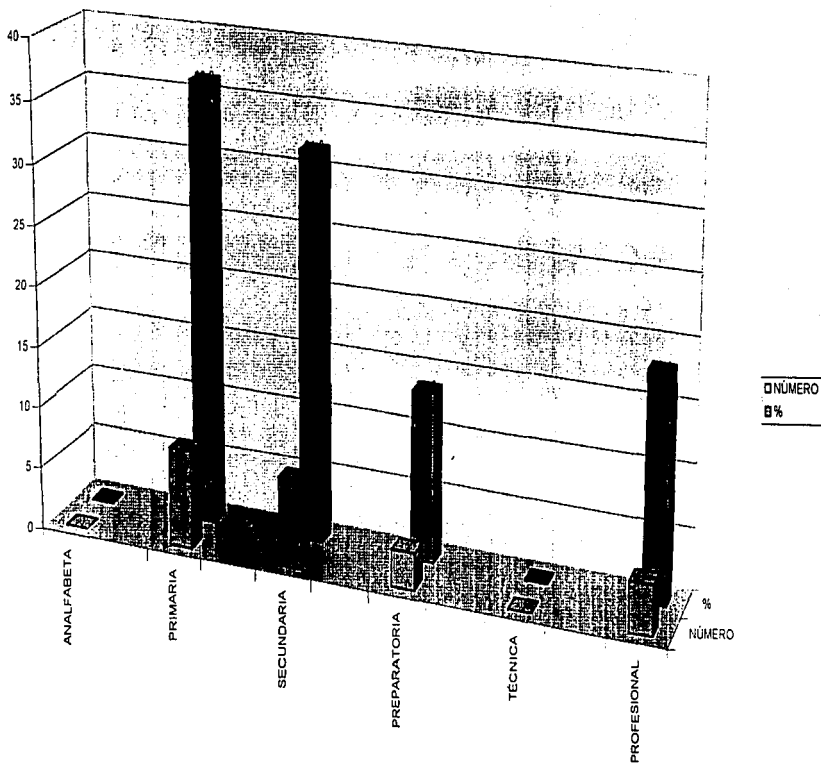
■ NÚMERO ■ PORCENTAJE

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO SIN DEPRISIÓN, SEGÚN ESCOLARIDAD

TESIS CON
FALTA EN

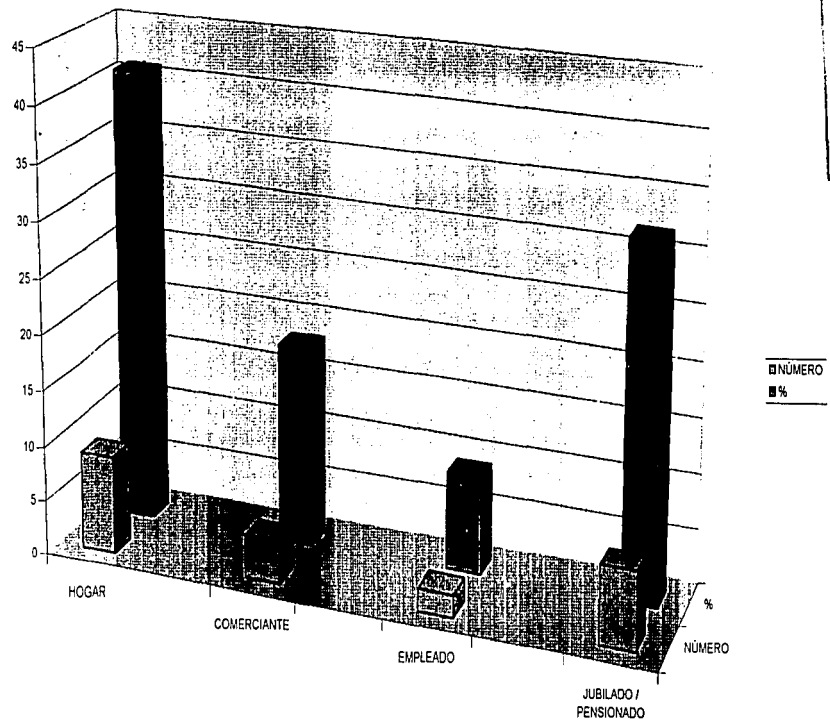
46



ADULTOS MAYORES SIN DEPRESIÓN, SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL

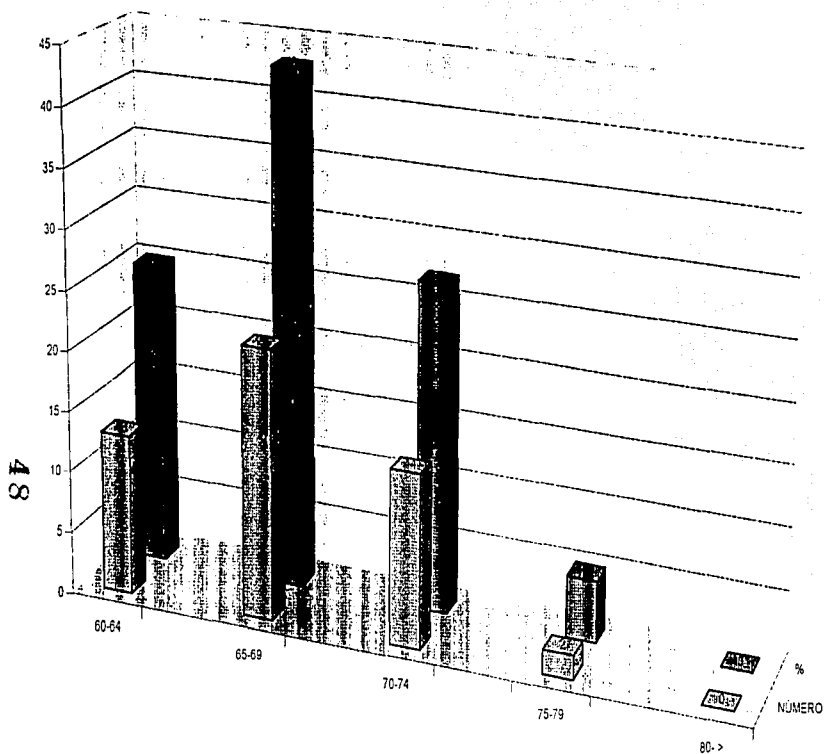
TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

47



□ NÚMERO
 ■ %

ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN LEVE, SEGÚN RANGOS DE EDAD



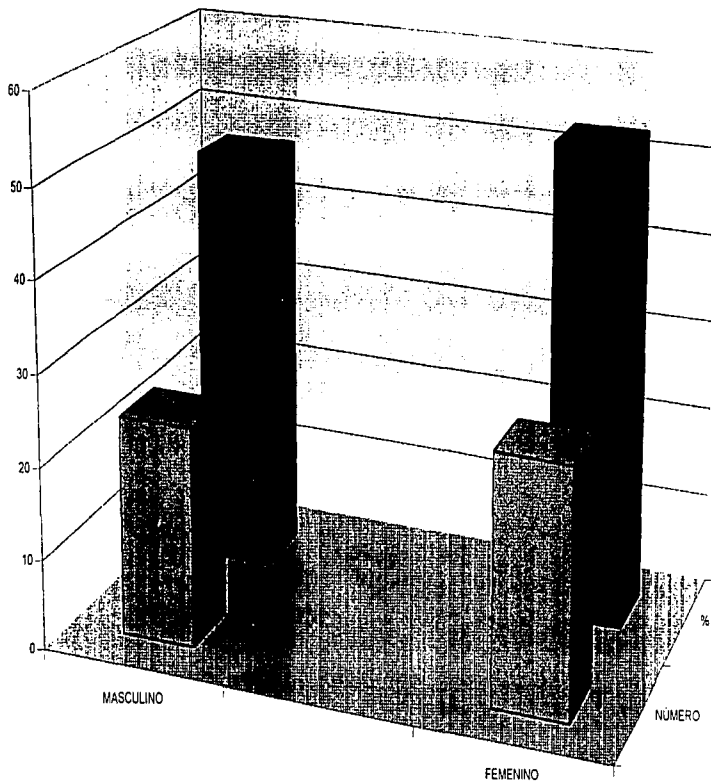
■ NÚMERO ■ %

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CON DEPRESIÓN LEVE, SEGÚN SEXO

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

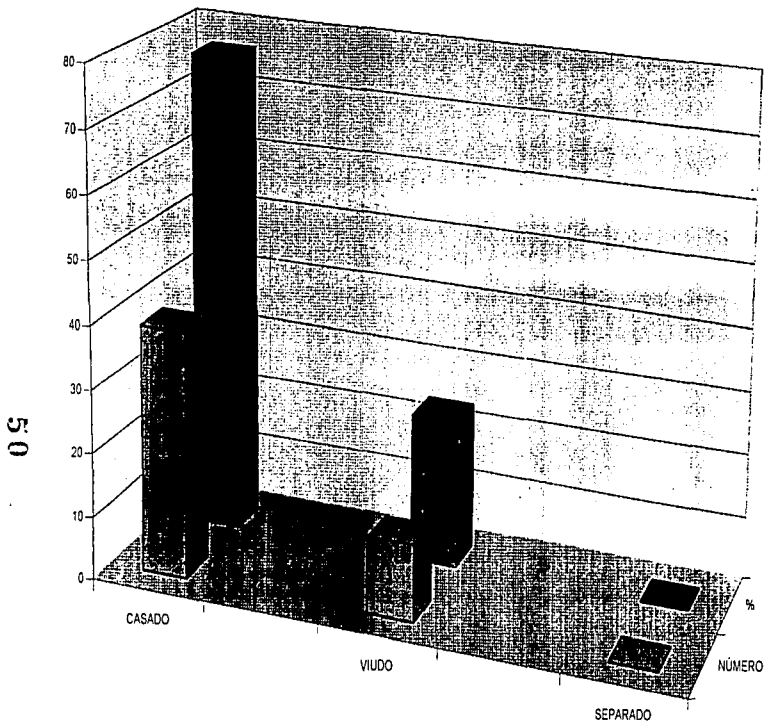
49



■ NÚMERO ■ %

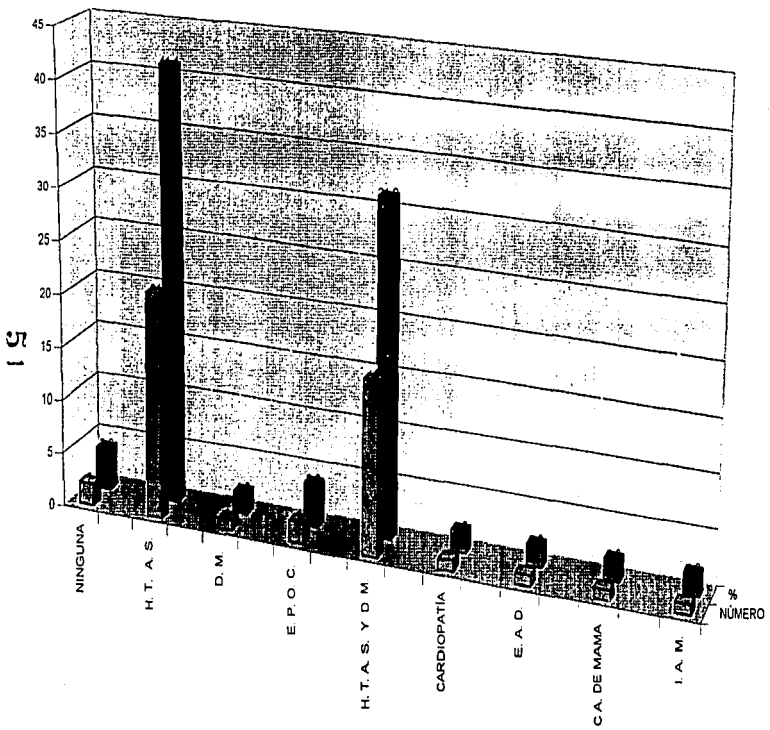
ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN LEVE, SEGÚN ESTADO CIVIL

TESIS CON
FALTA DE CATEGORÍA

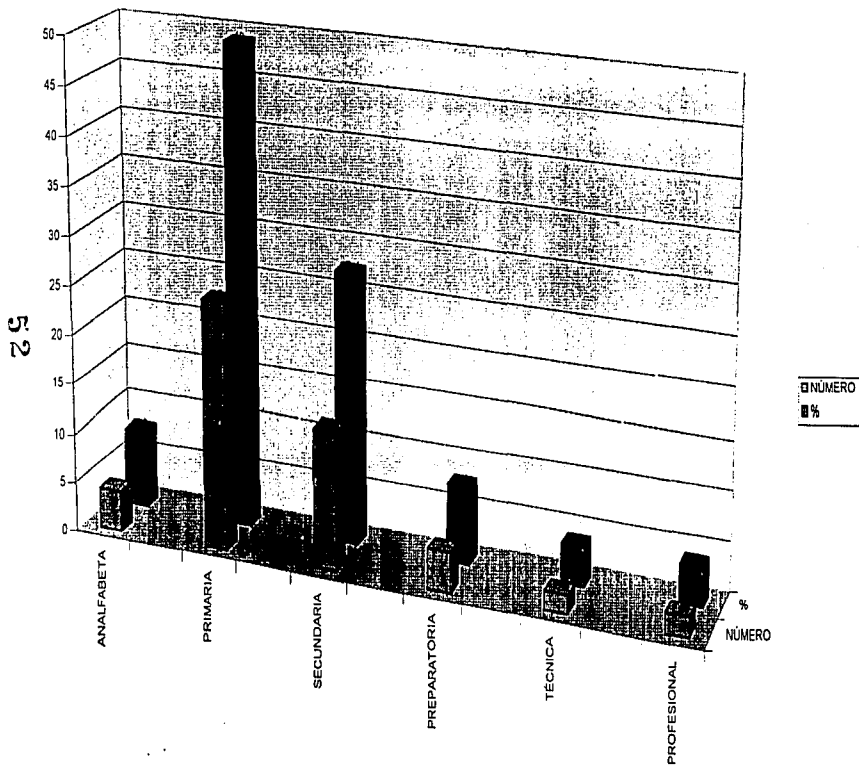


ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CON DEPRESIÓN LEVE CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA

TESIS CON
PAT. A. T. T. C. GEN

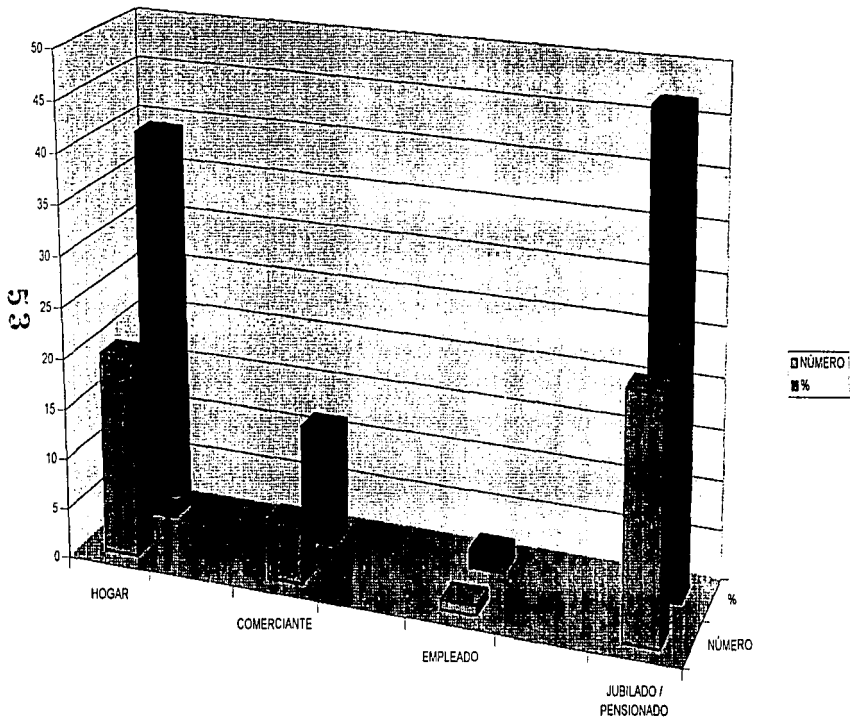


ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CON DEPRESIÓN LEVE, SEGÚN ESCOLARIDAD



TESIS LOCAL
FACULTAD DE
CIENCIAS

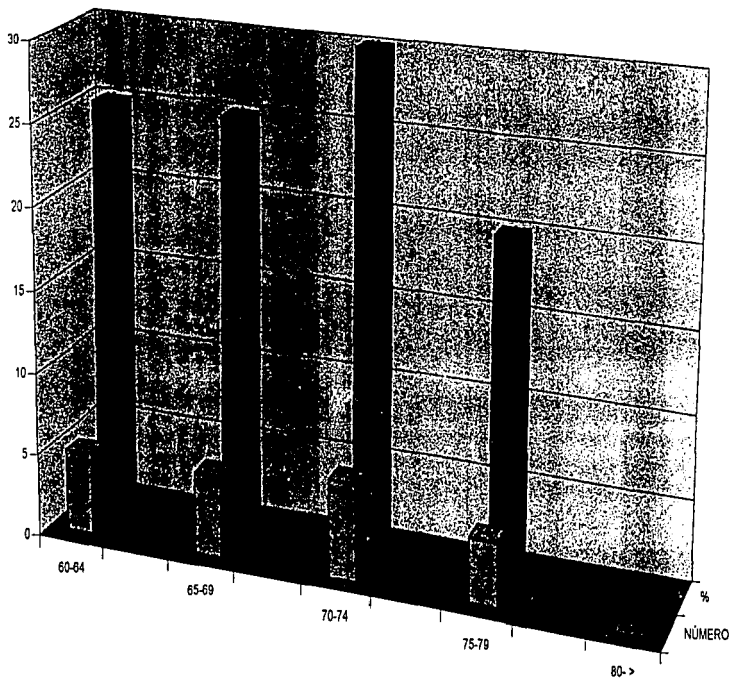
ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CON DEPRESIÓN LEVE SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL



ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CON DEPRESIÓN MODERADA, SEGÚN RANGOS DE EDAD

TESTIS CON
PATI A N P S
EN

54

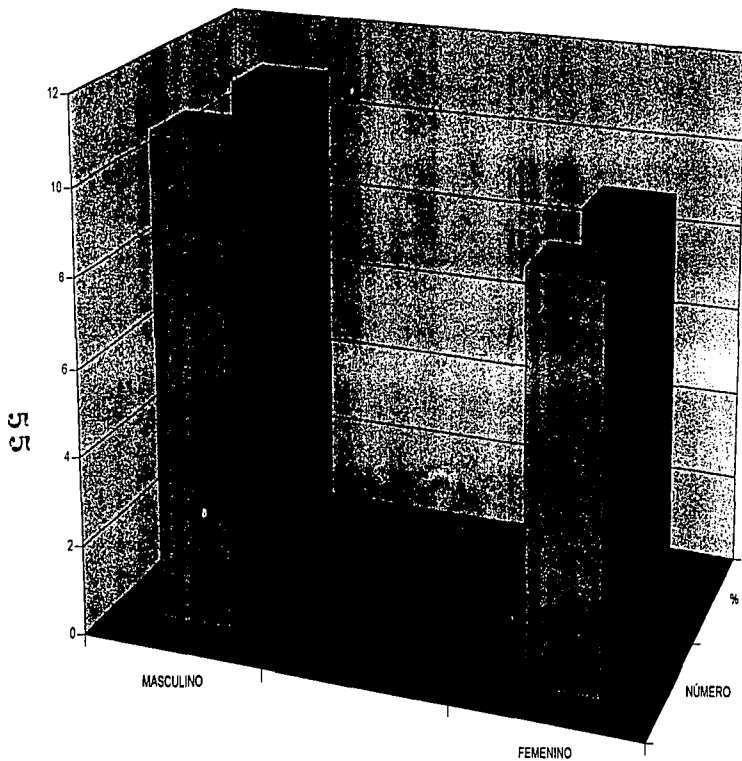


□ NÚMERO
■ %

NÚMERO

80- >

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CON DEPRESIÓN MODERADA, SEGÚN SEXO



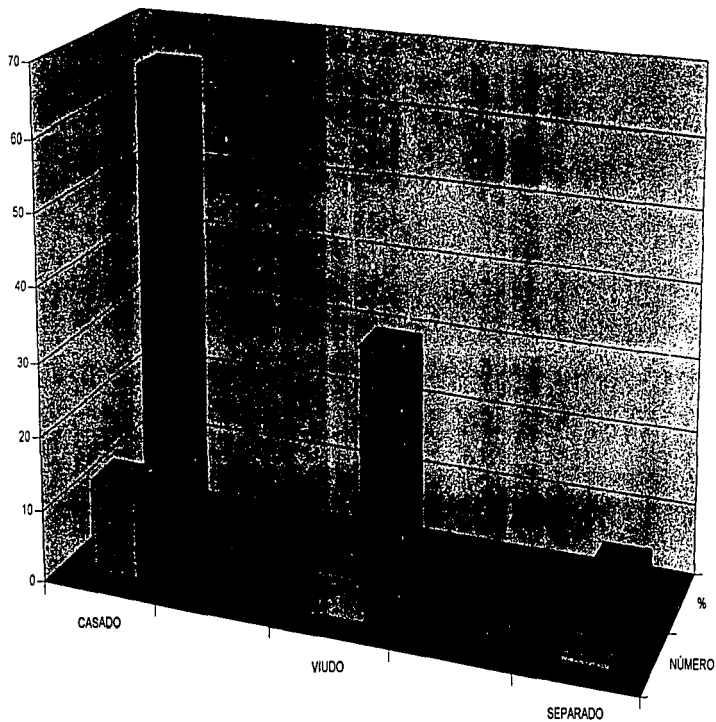
TESIS CON
RATIA DE
NO SISEL

□ NÚMERO
■ %

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CON DEPRESIÓN MODERADA, SEGÚN ESTADO CIVIL

TABLE 001
 FAMILIA DE ORIGEN

56

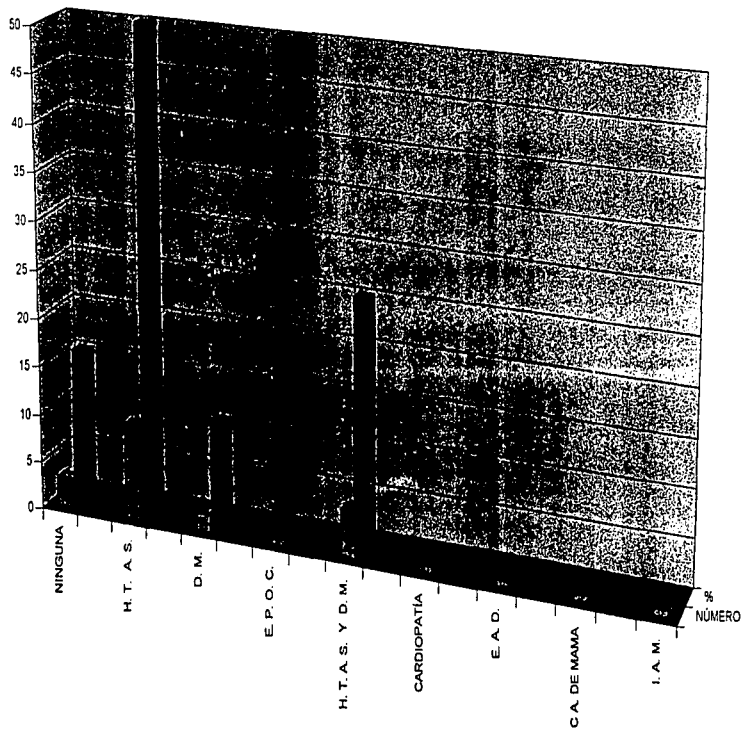


□ NÚMERO
 ▣ %

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CON DEPRESIÓN MODERADA, SEGÚN ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA

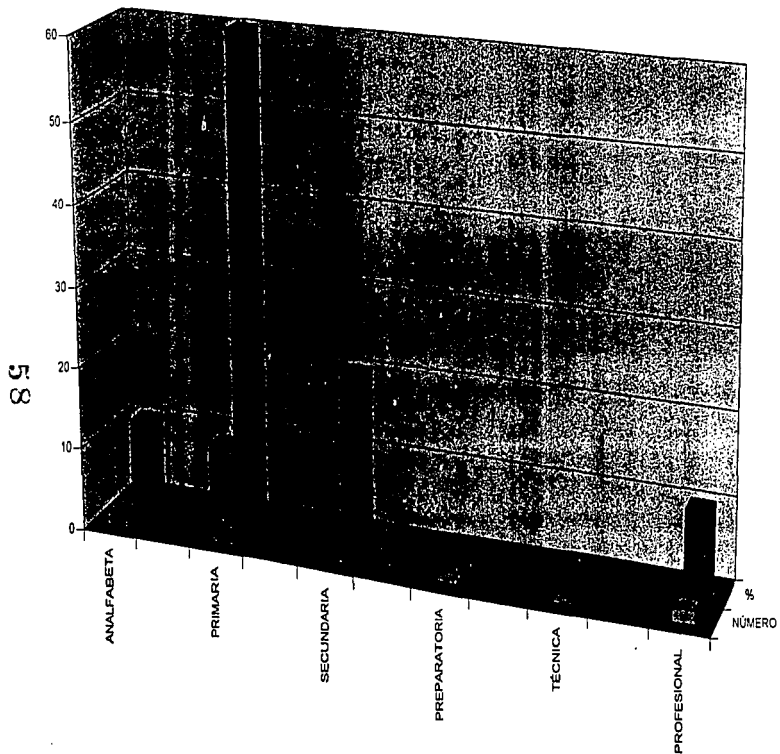
TESIS CON
FALTA DE AVANCE

57



□ NÚMERO
■ %

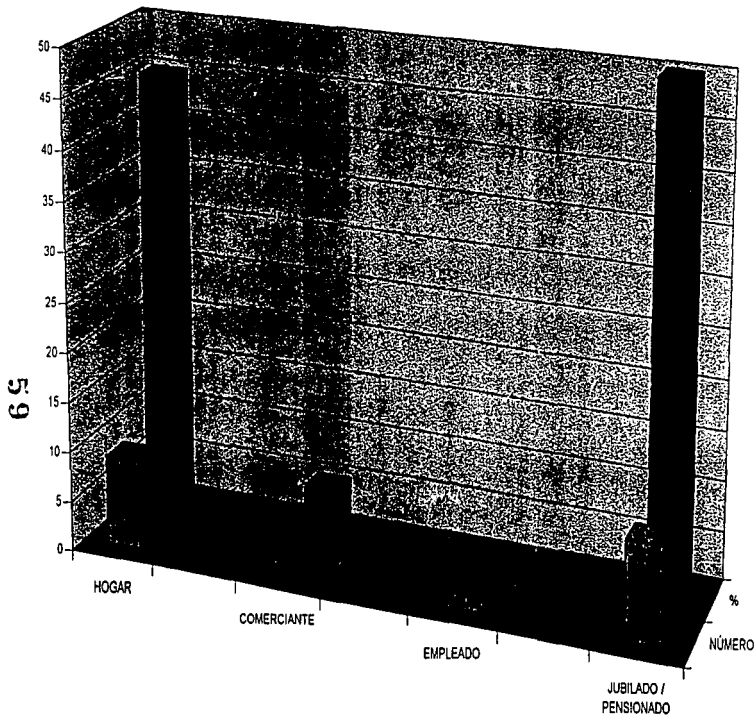
ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CON DEPRESIÓN MODERADA, SEGÚN ESCOLARIDAD



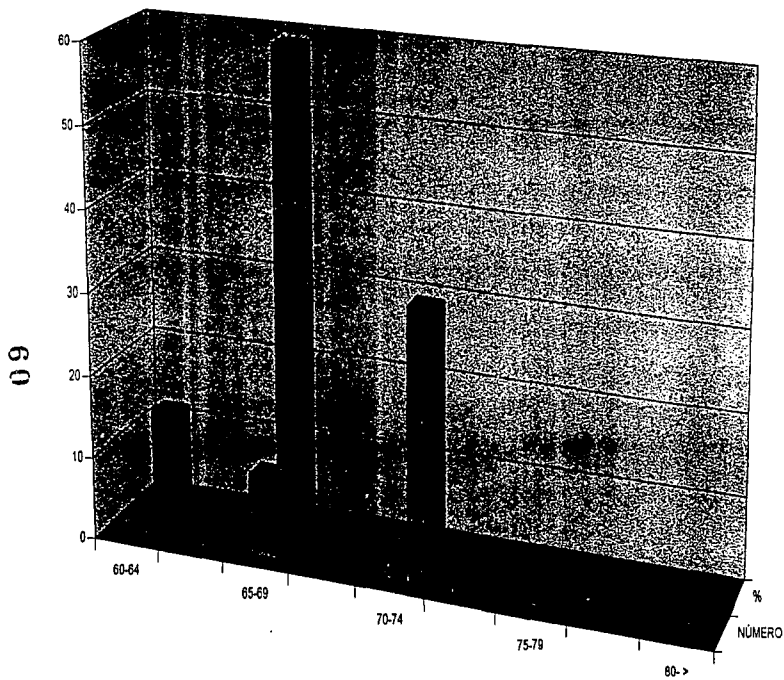
TESIS
FALTA DE
GEN

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CON DEPRESIÓN MODERADA, SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL

TESIS CON
 FALTA DE
 NÚMERO



ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CON DEPRESIÓN SEVERA, POR RANGOS DE EDAD



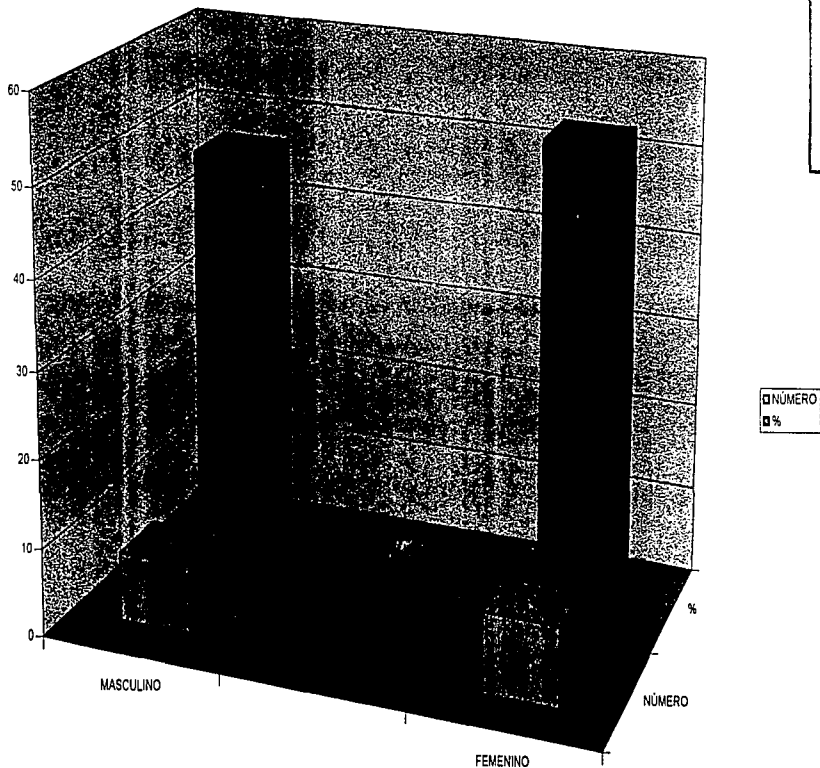
INSTITUTO
NACIONAL DE
PSIQUIATRÍA

□ NÚMERO
■ %

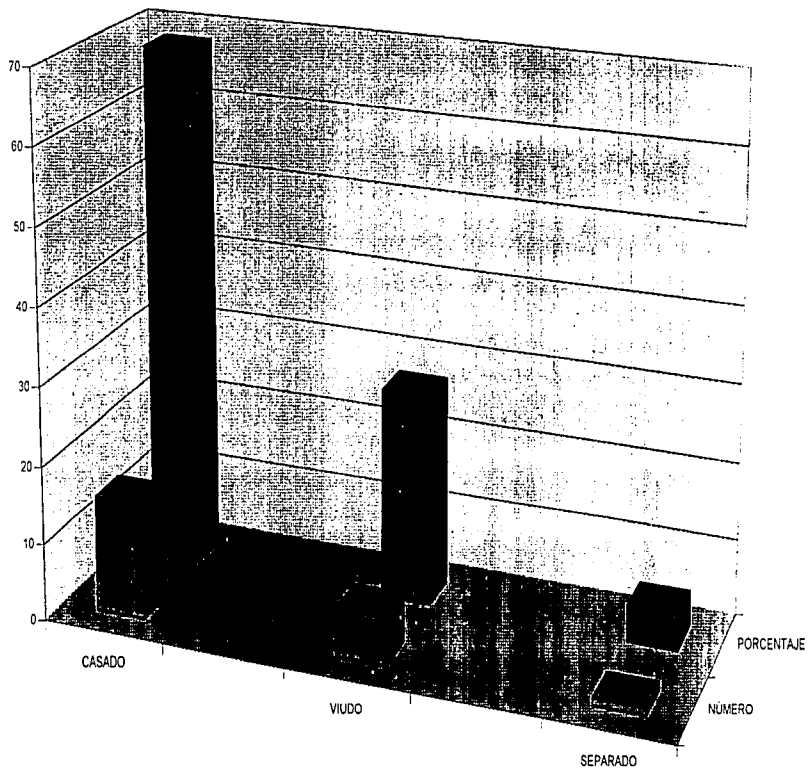
ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CON DEPRESIÓN SEVERA, SEGÚN SEXO

TESIS CON
FALTA DE
EN

61



ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, SIN DEPRESIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL



62

■ NÚMERO ■ PORCENTAJE

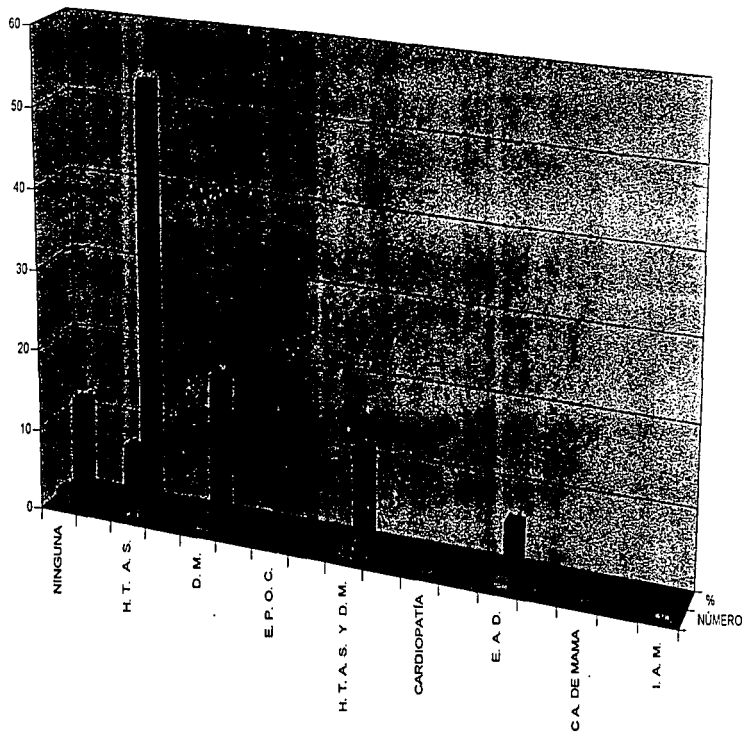
ESTA TESIS NO SALE
 DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON
 FALTA DE
 GEN

ADULTOS MAYORES EN ETUDIO CON DEPRESIÓN SEVERA, SEGÚN ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS

TESIS CON
FALTA DE
GEN

63

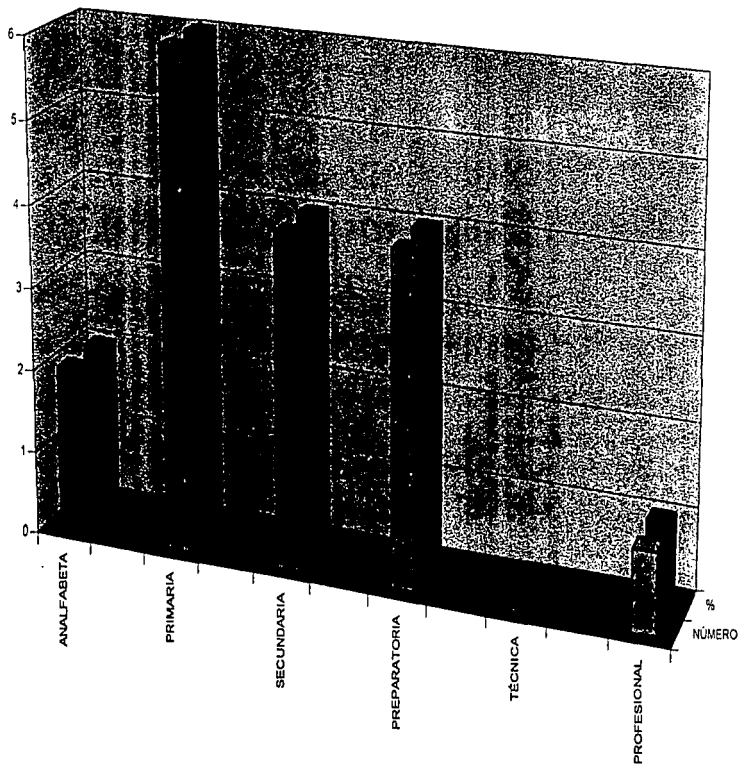


NÚMERO
%

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CON DEPRESIÓN SEVERA, SEGÚN ESCOLARIDAD

TESIS CON
FALTA DE
EN

64

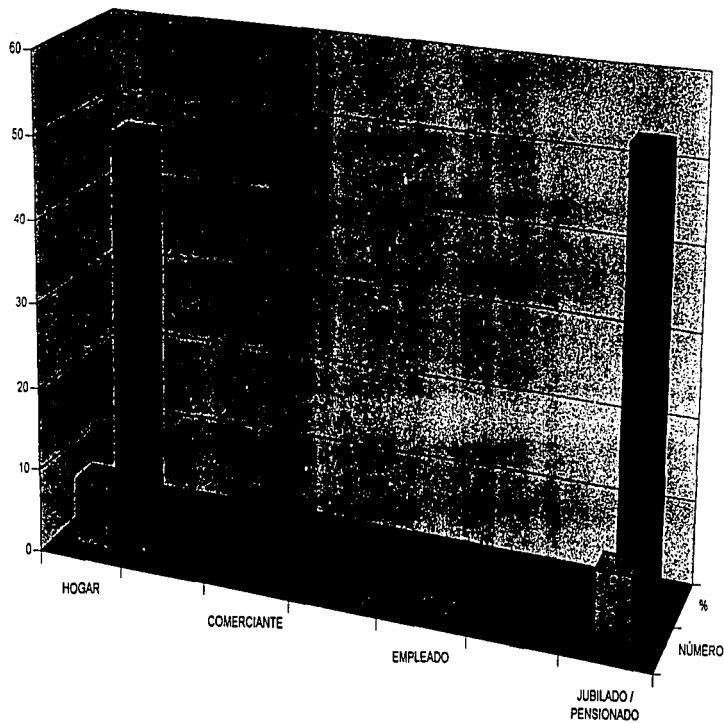


□ NÚMERO
■ %

ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CON DEPRESIÓN SEVERA, SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL

TESIS CON
FALLA DE
N.E. NO SELL

62



■ NÚMERO
■ %

RESULTADOS

SE ESTUDIARON A 110 PACIENTES ADULTOS MAYORES, LOS CUALES FUERON CAPTADOS EN LOS 27 CONSULTORIOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 33 EL ROSARIO DE LA DELEGACION I NOROESTE.

DE LOS CUALES 52 FUERON HOMBRES Y 58 MUJERES, PREDOMINANDO EL SEXO FEMENINO.

DE LOS 110 PACIENTES POR RANGOS DE EDAD SE ENCONTRO QUE ENTRE LOS 60 -64 AÑOS DE EDAD SE ENCONTRO A 27 PACIENTES, EN EL RANGO DE EDAD DE 65 - 69 AÑOS DE EDAD FUERON 44 PACIENTES, EN EL RANGO DE 70-74 AÑOS DE EDAD 34 PACIENTES DE 75-79 AÑOS DE EDAD FUERON SEIS PACIENTES Y DE 80 AÑOS O MAS NO SE ENCONTRO NINGÚN PACIENTE, POR LO TANTO EL RANGO DE EDAD QUE PREDOMINA EN ESTE GRUPO DE PACIENTES ES DE 65 A 69 AÑOS.

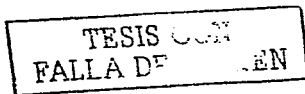
DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL SE ENCONTRO QUE 76 PACIENTES SON CASADOS, 31 VIUDOS Y 3 SEPARADOS, PREDOMINANDO EN EL ESTADO CIVIL LOS CASADOS.

DENTRO DE LAS ENFERMEDADES QUE PUDIMOS DETECTAR SE ENCONTRO QUE 51 PACIENTES PRESENTABAN HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EXCLUSIVAMENTE, 7 PACIENTES PRESENTABAN DIABETES MELLITUS, 27 PRESENTABAN AMBAS ENFERMEDADES ES DECIR HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA Y DIABETES MELLITUS, 2 PRESENTABAN CARDIOPATIA, 3 ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA, 1 CANCER DE MAMA Y 3 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, 22 PACIENTES DE ESTE GRUPO NO PRESENTABAN NINGUNA ENFERMEDAD.

SEGUN LA ESCOLARIDAD, SE ENCONTRO QUE 8 PACIENTES SON ANALFABETAS, 52 ESTUDIARON SOLO LA PRIMARIA, 28 ESTUDIARON SECUNDARIA, 9 PREPARATORIA, 12 CARRERA A NIVEL TECNICO Y 9 PACIENTES LLEGARON HASTA PROFESIONAL.

RELACIONADO A LA ACTIVIDAD LABORAL DE ESTOS 110 PACIENTES 47 SE DEDICAN A LOS QUEHACERES DOMESTICOS, 11 SON COMERCIANTES, 2 EMPLEADOS Y 50 JUBILADOS O PENSIONADOS.

DE LOS 110 PACIENTES SE ENCONTRO QUE EN 22 PACIENTES NO SE PRESENTABA DEPRESION ENCONTRANDO LA FRECUENCIA MAYOR POR RANGO DE EDAD DE 70 A 74 AÑOS QUE EN TOTAL SON 9 PACIENTES, DE LOS 22 PACIENTES SIN DEPRESION SE ENCONTRO QUE EL 50% SON HOMBRES Y EL 50% SON MUJERES, RELACIONADO AL ESTADO CIVIL SOBRESALEN LOS CASADOS CON UN 68% Y EN SEGUNDO LUGAR LOS VIUDOS CON UN 27.2%, DENTRO DE LAS ENFERMEDADES QUE PREDOMINARON ENCONTRAMOS EN LOS PACIENTES SIN DEPRESION PRIMERAMENTE LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EXCLUSIVAMENTE CON UN 50%, POR LA ESCOLARIDAD PREDOMINAN EN LOS ADULTOS MAYORES SIN DEPRESION LOS QUE CURSARON SOLO PRIMARIA Y EN SEGUNDO LUGAR SECUNDARIA



CON UN PORCENTAJE DE 49 Y DE 27.4, POR SU ACTIVIDAD LABORAL PREDOMINARON LOS QUE SE DEDICAN A QUEHACERES DOMESTICOS CON UN 40.9%

CON DEPRESIÓN LEVE SE ENCONTRO QUE LA PADECEN 51 PACIENTES Y LA FRECUENCIA MAYOR POR RANGO DE EDAD FUE ENTRE LOS 65 A 69 AÑOS CON UN 43.1%, PREDOMINANDO EL SEXO FEMENINO CON UN 53% Y EL 47 % DEL SEXO MASCULINO. DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN LEVE SOBRESALEN LOS CASADOS CON UN 76.47% Y EN SEGUNDO LUGAR LOS VIUDOS CON UN 23.53%. DE LAS ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS PREDOMINARON EN LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN LEVE LOS QUE PADECEN HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA EXCLUSIVAMENTE CON UN 41.1% Y LOS QUE PADECEN HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA Y DIABETES MELLITUS CON UN 31.3%. SEGUN LA ESCOLARIDAD DE ESTE GRUPO PREDOMINAN LOS QUE CURSARON SOLO LA PRIMARIA CON UN 49% Y EN SEGUNDO LUGAR SECUNDARIA CON UN 27.4%. POR SUS ACTIVIDADES LABORALES SE ENCUENTRA EL MAYOR NUMERO EN LOS PENSIONADOS O JUBILADOS CON UN 47% Y EN SEGUNDO LUGAR LOS DEDICADOS A LOS QUEHACERES DOMESTICOS CON UN 39.2%.

SE ENCONTRO QUE 20 PACIENTES PRESENTABAN DEPRESIÓN MODERADA CON PREDOMINIO EN EL SEXO MASCULINO DE 55% Y EL FEMENINO CON UN 45%. POR SU ESTADO CIVIL SE ENCONTRO QUE LOS CASADOS PREDOMIAN CON UN 65% Y LOS VIUDOS EN SEGUNDO LUGAR CON UN 30%. DENTRO DE LAS ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS EN LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN MODERADA PREDOMINO LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA EXCLUSIVAMENTE CON UN 50% Y DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA CON UN 25%. SEGUN LA ESCOLARIDAD SE ENCUENTRAN EN PRIMER LUGAR A LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN MODERADA QUE CURSARON SOLO PRIMARIA CON UN 60% Y EN SEGUNDO LUGAR SECUNDARIA CON UN 20%. RELACIONADO A LA ACTIVIDAD LABORAL DE ESTE GRUPO DE PACIENTES ENCONTRAMOS A LOS JUBILADOS CON UN 50% Y LOS DEDICADOS A LOS QUEHACERES DOMESTICOS CON UN 45%.

SE ENCONTRO QUE 17 PACIENTES PRESENTARON DEPRESION SEVERA CON EL RANGO DE EDAD QUE PREDOMINA ENTRE 65 A 69 AÑOS CON UN 58.8%. PREDOMINANDO EL SEXO FEMENINO CON UN 53%. RELACIONADO AL ESTADO CIVIL SOBRESALEN LOS CASADOS CON UN 58.8% Y EN SEGUNDO LUGAR LOS VIUDOS CON UN 35.2%. DENTRO DE LAS ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS PREDOMINAN LOS QUE PADECEN HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA EXCLUSIVAMENTE CON UN 52.9%. SEGUN LA ESCOLARIDAD EL GRUPO MAYOR ES EN LOS PACIENTES QUE ESTUDIARON SOLO PRIMARIA CON UN 35% Y EN SEGUNDO LUGAR LOS QUE ESTUDIARON SECUNDARIA Y PREPARATORIA CON UN 23.5%. POR SU ACTIVIDAD LABORAL LOS JUBILADOS OCUPAN EL PRIMER LUGAR EN ESTE GRUPO Y EN SEGUNDO LUGAR LOS DEDICADOS A LOS QUEHACERES DOMESTICOS CON UN 47%.

CONCLUSIONES

ES EVIDENTE QUE LOS RESULTADOS DEL PRESENTE ESTUDIO MUESTRAN UNA GRAN PROBLEMÁTICA QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES CONSIDERANDO QUE LA MAYORÍA PRESENTA DEPRESIÓN.

TENIENDO EN CUENTA QUE HAY UNA GRAN PÉRDIDA, LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS-DEGENERATIVAS ASÍ COMO MUCHAS VECES YA LAS COMPLICACIONES, LA PÉRDIDA DE LA PAREJA Y LA SEPARACIÓN DE LOS HIJOS, EL ALEJAMIENTO DE SUS ACTIVIDADES LABORALES Y LA FALTA DE RECURSOS ECONÓMICOS HACE QUE AUNADO A LA EDAD EN DONDE SE PRESENTAN MIEDOS POR EL ACERCAMIENTO A LA SOLEDAD, SON FACTORES QUE DESENCADENAN LA DEPRESIÓN, SIN OLVIDAR QUE ESTA PUEDE INCLINAR AL PACIENTE AL AISLAMIENTO SOCIAL, A SENTIRSE INÚTIL, A NO TENER ESPERANZAS FUTURAS, A SENTIRSE TRISTE, VACÍO Y CON INSATISFACCIÓN POR LA VIDA, PERO A LO QUE EL PACIENTE SE ENFRENTA Y LO QUE ES MÁS DIFÍCIL ES EL INTENTO DE SUICIDIO.

EL INTENTO DE SUICIDIO OCUPA UN LUGAR IMPORTANTE EN ESTE GRUPO DE EDAD, SIN DUDA EL MÉDICO FAMILIAR TIENE UNA GRAN RESPONSABILIDAD CON ESTE GRUPO DE PACIENTES DE DIAGNÓSTICAS TEMPRANAMENTE ESTE TIPO DE PADECIMIENTOS Y DE SER NECESARIO CANALIZAR A LOS PACIENTES PARA RECIBIR UN TRATAMIENTO OPORTUNO. EN ESTE ESTUDIO SE ENCONTRÓ QUE SON POCOS LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN SIN DEPRESIÓN Y QUE PREDOMINA LA DEPRESIÓN LEVE, EN GENERAL EL GRUPO DE EDAD QUE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA FUE EL DE 65 A 69 AÑOS DE EDAD. ADEMÁS LOS CASADOS Y LOS VIUDOS SE ENCONTRARON CON MAYOR FRECUENCIA. DENTRO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS-DEGENERATIVAS SE ENCONTRÓ CON MAYOR FRECUENCIA LA DIABETES MELLITUS Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, PREDOMINANDO EL SEXO FEMENINO, DENTRO DE LA ESCOLARIDAD LOS QUE CURSARON SOLO PRIMARIA Y RELACIONADO A LAS ACTIVIDADES LABORALES PREDOMINARON LOS JUBILADOS Y LOS DEDICADOS A LOS QUEHACERES DOMÉSTICOS.

ESTE ESTUDIO SE PUDO REALIZAR GRACIAS A LA COLABORACIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACEPTARON ENTRAR A ESTE ESTUDIO, UN GRUPO DE PACIENTES CON CARACTERÍSTICAS ESPECIFICADAS EN EL ESTUDIO, Y LO MÁS IMPORTANTE UN GRUPO QUE MERECE TODO EL RESPETO Y LA ADMIRACIÓN, UN GRUPO QUE LLEGO A LA VEJEZ, ALGUNOS EN BUENAS CONDICIONES, OTROS CON MUCHOS OBSTÁCULOS, PERO QUE AL FINAL ESTÁN AHÍ PRESENTES LUCHANDO POR SEGUIR EN LAS MEJORES CONDICIONES, POR TENER UNA VEJEZ DIGNA Y QUE NOSOTROS COMO MÉDICOS FAMILIARES PODEMOS PROPORCIONAR MUCHO PARA QUE ESTOS PACIENTES TENGAN UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA.

BIBLIOGRAFÍA

1. -Birrner-R. Depresión y vejez se mezclan muy frecuentemente. Med. 1998 Sep; 104(3): 143-9,153-4, 163-4.
2. -Krishnan-KR; George-LK; Pieper-CF; Jiang-W; Arias-R; Look-A; O'Connor-C. Depresión y apoyo social en pacientes ancianos con enfermedades cardíacas. Am-Heart-J. 1998 Sep; 136(3): 491-5
3. -Zisook-S. Depresión en la vejez. Consideraciones especiales en el tratamiento. Postgrad-Med. 1996 Oct; 100(4): 161-2,165-7,171-2
4. -Zisook-S. Depresión en la vejez. Diagnóstico, curso y consecuencias. Postgrad-Med. 1996 Oct; 100(4): 143-8; 150, 156
5. -Martin-LM; Fleming-KC; Evans-JM. Reconocimiento y manejo de ansiedad y depresión en pacientes ancianos. Mayo-Clin-Proc. 1995 Oct; 70(10): 999-1006
6. -Lichtenberg-PA; Ross-T; Millis-SR; Manning-CA. La relación entre la depresión y el conocimiento en los ancianos: un estudio validado. J-Gerontol-B-Psychol-Sci-Soc-Sci. 1995 Ene; 50(1): P25-P32
7. -Casey-DA. Depresión en los ancianos. Sur-Med-J. 1994 May; 87(5): 559-63
8. -VanDerPol-CA; Setter-SM; Hunter-KA, Pamintuan-H. Depresión en comunidades habitadas por ancianos. Venciendo obstáculos en el tratamiento con nuevos antidepresivos. Postgrad-Med. 1998 Mar; 103(3): 165-8, 171-4
9. -Parmelee-PA; Lawton-MP; Katz-IR. La estructura de la depresión entre residentes de instituciones para ancianos: correlaciones afectivas y somáticas de la fragilidad física. J-Gerontol-A-Biol-Sci-Med-Sci. 1998 Mar; 53(2): M155-62

10. -Cobbs-EL; Ralapati-AN, Salud en las mujeres ancianas.
Med-Clin-Nort-Am. 1998 Ene,82(1): 127-44

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN