



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN.
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**ASOCIACIÓN DE TRISTEZA Y ESCALA DE
DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS 15)**

T E S I S

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
SUBESPECIALIDAD EN**

GERIATRÍA

PRESENTA:

DRA. MA. DE GUADALUPE JUÁREZ HERNÁNDEZ

ASESOR:

DRA. ROSALÍA RODRÍGUEZ GARCÍA.

MÉXICO D.F., A 15 DE NOVIEMBRE DEL 2000



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.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	I
SUMMARY	III
INTRODUCCIÓN	IV
JUSTIFICACIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODOS	2
RESULTADOS	3
DISCUSIÓN	5
CONCLUSIONES	6
BIBLIOGRAFÍA	7
ANEXOS	8

RESUMEN

Introducción.- La depresión en el paciente anciano es una entidad sub diagnosticada, la prevalencia reportada no es la real, es causa importante de aumento en la morbimortalidad, y la expectativa a futuro es convertirse en un problema serio de salud pública. Esto nos lleva a diseñar pruebas de escrutinio rápido que motiven al médico a interesarse en identificar síntomas diagnósticos, como la tristeza, manifestación no expresada con frecuencia por el anciano.

Objetivo.- Determinar si la pregunta ¿se siente triste? Está asociada con cada uno de las preguntas diagnósticas de la Escala Geriátrica de Depresión (GDS 15).

Material y métodos.- Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional en pacientes hospitalizados en el Servicio de Geriátrica, de julio de 1999 a septiembre del 2000. Se recolectaron 136 pacientes de la base de datos clinimétricos. Se excluyeron 52 pacientes por no contar con GDS resuelto. Incluimos 84 pacientes con GDS resuelto y respuesta a ¿se siente triste?. Se cruzó en tablas de 2x2, el sentirse triste con cada pregunta del GDS, y se realizó prueba de Chi cuadrada.

Resultados: Se encontró asociación estadística significativa en solo 33% de los ítems, mientras que en el 60% no hubo significancia estadística.

Conclusiones: Nosotros concluimos que el interrogar sobre la tristeza es equivalente a 33% de respuestas diagnósticas de la escala de depresión geriátrica de 15 preguntas, sin considerar el diagnóstico de depresión, que si bien no es posible considerar como diagnóstico el solo hecho de obtener respuesta afirmativa a sentimientos de tristeza, dicho hallazgo durante su aplicación en la práctica diaria, nos obliga a realizar el GDS completo y darle la debida importancia al diagnóstico y manejo oportuno de la depresión.

Además es necesario realizar otro estudio con pacientes deprimidos, en los cuales esperamos que la proporción de asociación aumente.

SUMMARY

Depression in the elderly patient is a non-diagnosed entity, the actual reported prevalence is not the real, depression causes an increase in the morbimortality, and in the future it is expected to become a serious public health problem. Because of this are designed fast tests to motivate the Physician for being more interested identifying diagnostic symptoms, such as sadness, a no frequent manifestation by the elderly.

Objective.- To determine if the question do you feel sad ? Is associated with each one of the GDS-15 diagnostic questions.

Methodology.- We realized a retrospective, transversal, descriptive and observational study in the hospitalized patients of the Geriatric Service, from July 1999 to September 2000. We choose 136 patients from the clinimetric data base, and exclude 52 patient because they didn't have the GDS questions solved. Eighty-four patients have been including with the GDS and the question you feel sad? Solved. The GDS and the question do you feel sad? Has been crossed in 2x2 tables, and we realized the chi2 test.

Results. - We found important statistic association in only 33% of the items, mean while there was no statistic association in a 60%.

Conclusions. - We concluded that to ask about sadness had a diagnostic answer of about 33% from 15 questions GDS, without consider depression diagnostic, that by itself it is not possible to consider a diagnostic prove, just for having affirmative answer about sadness feelings, this find across the diary practice, must suggest to realize a hole GDS and to give the proper importance to the diagnostic and the correct treatment for depression. Further more it is necessary to realize another depressed patients study, in which we expected that the group with association would be higher.

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los principales problemas que enfrentamos los geriatras en la consulta diaria, se estima que por lo menos un 15 al 20% de la población mayor de 65 años, tiene algún problema depresivo, esto equivale al triple de la prevalencia en la población general; la mayoría de estos pacientes (25%), son observados en casas de reposo. Se considera que si los factores de riesgo más comunes por la edad, sobretodo enfermedades físicas, funcionales y deterioro cognitivo son controladas, entonces la prevalencia no se incrementará con la edad.

Sin duda es el trastorno afectivo que se presenta con mayor frecuencia asociado a pérdidas, aislamiento social, visión negativa del envejecimiento, viudez, bajo nivel socioeconómico, así como lo ya comentado anteriormente. Desafortunadamente se ha visto que la presentación de la enfermedad es tan atípica e inespecífica, que los viejos visitan muchos médicos que elaboran una serie de diagnósticos menos la depresión, por lo que se estima que un 40% de la población geriátrica es mal diagnosticada, por ello es necesario un buen contacto con el paciente junto con un clima de sinceridad.

Los pacientes ancianos, al contrario de lo que ocurre en los pacientes más jóvenes, son menos propensos a expresar verbalmente sus sentimientos (alexistimia) especialmente los pensamientos suicidas, aunque el suicidio consumado es mayor en los ancianos con depresión, puesto que experimentan sentimientos de culpa asociados con este síntoma. Si ellos disfrutaban menos de la vida que antes, lo atribuyen a una inevitable consecuencia de su edad. Por ello, el humor depresivo puede ser menos evidente, mientras que predominan la ansiedad y los síntomas somáticos, que son más fácilmente admitidos. Pensamientos depresivos como pesimismo sobre el futuro, pensamientos peyorativos sobre uno mismo y autoinculpaciones aparecen con mucha frecuencia. Los ancianos son más propensos a

quejarse de insomnio, mismo que es normalmente rápido al inicio y esta acompañado por falta de descanso al no haber dormido bien, despertar temprano y variación diurna del humor. La agitación es una característica común de la depresión en la edad avanzada así como la ansiedad coexistente.

La tríada semiológica que asocia los trastornos afectivos (tristeza y ansiedad), el enlentecimiento y los trastornos somáticos habituales constituye la herramienta del clínico. Según la situación encontrada podrá adaptar el modelo, subrayando la intensidad de la tristeza o de la inhibición o incluso de los trastornos del sueño, los dolores y las manifestaciones digestivas en caso de depresión en mascarada. Sea cual fuere la reunión de las tres series, aportará la mejor asistencia al diagnóstico. Después conviene ajustar esta evaluación a la condición del anciano deprimido.

La tristeza patológica que se distingue de la tristeza reactiva, en que el interesado no puede deshacerse de ella ni aún momentáneamente para vivir una situación agradable, es un trastorno afectivo anclado en el funcionamiento, un dolor moral hecho de pesimismo, y de autodevaluación. El sujeto se siente incapaz, inútil y vacío.

La depresión también se puede presentar con un deterioro de la función cognitiva, cuando ésta es muy importante puede simular demencia (pseudodemencia), el rasgo distintivo de la demencia es la resolución de la disfunción cognitiva con el tratamiento efectivo de la depresión. La pseudodemencia (Depresión con daño cognoscitivo) puede acarrear un mal pronóstico a largo plazo con alto riesgo de desarrollo tardío de una demencia irreversible. Se conocen más de 40 enfermedades en el anciano que pueden causar el síndrome depresivo, así mismo se habla de más de 50 medicamentos que directa o indirectamente pueden causar depresión. Miller menciona que la enfermedad depresiva puede deberse a causa reactivas, neuróticas y orgánicas. La primera relacionada con la restricción de la

competencia social, el retraimiento, los conflictos interpersonales, la inactividad, los problemas financieros y los cambios de residencia, caracterizándose esta por agitación, síntomas hipocondríacos, sentimientos de culpa e insuficiencia. Las enfermedades sistémicas pueden causar depresión, desordenes degenerativos como los corticoides y depresores del sistema nervioso central. Otros factores mencionados incluyen sentimientos de inferioridad, personalidades hipocondríacas, pérdida del estatus social, pérdida de la autonomía y de la reputación. Otros autores mencionan que el estresor más frecuentemente asociado con una depresión mayor es la pérdida percibida o real. Estos estresores psicosociales, van desde una enfermedad física, cirugías, inmovilidad, deprivación sensorial, pobres condiciones de vida, pérdidas humanas, especialmente de la pareja y el rechazo de los niños. Además se han invocado cambios fisiológicos relacionados con la edad como la reducción de aminos biogénicas (acetilcolina, dopamina y norepinefrina). Estos cambios junto con alteraciones neuroendocrinas, desincronizan los ritmos circadianos con la consecuente alteración del ciclo sueño vigilia. Se han observado también cambios estructurales en el tejido cerebral subcortical de pacientes deprimidos después de los 45 años de edad. Lesiones cerebrales por infarto pueden propiciar la depresión en el anciano. Hay menos contribución familiar o genética para depresión.

El no diagnosticar un problema depresivo a tiempo puede llevar a múltiples complicaciones entre ellas la disminución de la funcionalidad como lo demuestra un estudio realizado en la universidad de Duke, en donde la depresión asociada a la funcionalidad se refleja en deterioro de las actividades básicas de la vida diaria así como las instrumentales, ellos observaron que la discapacidad y la depresión van de la mano y que al mejorar los síntomas depresivos hay una cierta mejoría en los pacientes.

Otra de las complicaciones graves de la depresión es el suicidio, este riesgo siempre es muy elevado en ancianos aunque se ha visto que no es mayor que en resto de la población.

Hablar de diagnóstico de depresión en Geriátrica, implica que el mismo paciente anciano esté renuente a buscar ayuda psiquiátrica; por otra parte, los familiares pueden no reconocer la gravedad de la enfermedad de su paciente y tomar sus síntomas con fastidio o con la clásica respuesta: “Es que está viejito”. Incluso cuando hay depresión con síntomas psicóticos, los ancianos son maltratados. Entre los síntomas más importantes de depresión, se encuentran: Humor depresivo, anhedonia, apatía, pérdida de peso, insomnio, agitación psicomotriz, retardo psicomotor, fatiga, sentimientos de culpa, falta de concentración, ideación de muerte, minusvalía o bien suicidio.

Se han diseñado varios instrumentos o escalas de evaluación que pueden ser útiles para buscar síntomas depresivos o medir cambios en la sintomatología del paciente. Algunas como la escala de depresión de Montgomery y Asberg (MADRS), es confiable para la detección y con alta validez para severidad del trastorno y sensibilidad al cambio, la mayoría de estas escalas fueron hechas para adultos jóvenes. La escala para Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage et. al., un autorreporte es específica para la etapa senil; ha sido validada por Katona en 1994, consiste en 30 preguntas con respuestas fáciles de contestar para los pacientes de si/no, esta escala ha sido manejada en varios estudios considerando hasta 100% de sensibilidad y 72% de especificidad con puntos de corte desde los 10 hasta los 14 puntos.. También se han desarrollado versiones más cortas entre las que se incluyen la versión de 20, 15 y 4 ítems. Se ha encontrado 86% de sensibilidad y 66% de especificidad para la versión de 15 ítems en ingresos agudos con puntos de corte desde los 5 puntos; 80% de sensibilidad y 77% de especificidad en pacientes bajo

atención permanente. Por otra parte, en esta misma población, hay antecedente de sensibilidad/especificidad del 85%/60% para la versión de 4 ítems.

Otras escalas de depresión se han manejado no con tanto éxito para esta población, como es el caso de la escala de depresión de Zung, o la escala de Beck fue modificada por Cavanaugh et.al., sugiriendo una subescala con los 7 ítems cognitivos de la escala de Beck.

Dentro de los modelos más cortos que pudieran ser antecedente para diagnóstico de depresión, es la pregunta ¿Se siente triste?, aunque no validada, ha permitido ser primicia para aplicación de otras escalas como las mencionadas anteriormente. La pregunta es fácil de aplicar incluso por y para el familiar. Muchas veces los pacientes que tienen problemas agudos no están capacitados en el momento para responder las preguntas de toda una escala, en cambio, cuando la pregunta se realiza a los familiares, comienzan a dar otros datos clínicos de depresión.

Podemos considerar esta última pregunta como una opción que nos oriente hacia el diagnóstico, esto incluye que el médico tenga la suficiente habilidad para realizarlo; con sólo responder la pregunta, el paciente puede desencadenar en él una serie de elementos como llanto fácil, ansiedad, falta de concentración entre otros.

Como podremos observar, las escalas más sencillas pueden dar indicios para el diagnóstico de depresión o bien de su evolución.

JUSTIFICACIÓN

La depresión per se o asociada a otras enfermedades aumenta en forma importante, la morbimortalidad de los pacientes geriátricos; esto, puede ser explicado porque en este grupo de edad, el enfermo, por temor a expresar minusvalía y/o dependencia, deliberadamente oculta su sintomatología en especial el ánimo depresivo caracterizado por tristeza. Aunado al hecho de que el médico tratante desarrolla poco interés en el diagnóstico de depresión, pasando por alto la sintomatología; además de que en la valoración inicial puede dejar fuera la aplicación de las escalas diagnósticas ya validadas por considerarlas no procedentes.

De manera que resulta primordial el contar con un instrumento de valoración de “alerta” en la práctica diaria que dirija al médico a desarrollar las escalas bien estructuradas para diagnóstico y evolución de la depresión.

Por tanto el objetivo del estudio es determinar si la pregunta ¿Se siente triste? está asociada con los ítems diagnósticos para depresión en la escala Geriátrica de depresión (GDS –15)

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio retrospectivo transversal, descriptivo, y observacional en el HOSPITAL REGIONAL ADOLFO LOPEZ MATEOS, en el periodo comprendido del primero de julio de 1999 al 30 de septiembre de 2000. Para lo cual se revisó la base de datos de clinimetría de los pacientes hospitalizados en el servicio de Geriatria. Se revisaron 136 pacientes en la base de datos, se excluyeron a los pacientes que debido a su estado mental o físico al momento de realizar el estudio clinimetrico no pudieron contestar el cuestionario GDS. Se incluyeron a los pacientes con cuestionario GDS resuelto en todos sus ítems, así como respuesta a la pregunta ¿Se siente triste?. La cédula de recolección corresponde a la hoja de la escala misma, agregando en dicha hoja la respuesta a la pregunta ¿Se siente triste?. Una vez obtenidos los resultados, se ordenaron en tablas de 2x2, considerando en las columnas la respuesta sí/no al ítem del cuestionario GDS, y en las filas la respuesta sí/no para la pregunta ¿Se siente triste?, éstos datos fueron sometidos al análisis estadístico de Chi cuadrada. Se consideró como hipótesis de nulidad que la respuesta afirmativa a la pregunta ¿Se siente triste? y cada uno de los ítems del GDS con respuestas depresivas no están asociados.

RESULTADOS

Se incluyeron a 84 pacientes con GDS resuelto y respuesta disponible a la pregunta ¿Se siente triste?. Se excluyeron a 52 pacientes por no contar con el GDS resuelto, que debido a incapacidad física o mental al momento de su hospitalización no pudieron completar el cuestionario.

Se estableció de acuerdo a la tabla de 2x2 un grado de libertad de 1, con significancia estadística de $p < 0.05$, un valor de tablas de χ^2 de 3.84. como punto de referencia para establecer la significancia estadística.

Los resultados de valor observado, valor esperado y χ^2 calculada se presentan en la siguiente tabla, las preguntas se muestran en número progresivo, el enunciado completo de la misma se encuentra en la hoja del GDS.

Encontramos significancia estadística en las preguntas 1, 2, 3, 5 y 7, es decir los valores de chi cuadrada calculada fueron mayores de 3.84; mientras que para las preguntas 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14 y 15 los valores de χ^2 calculada fueron menores a 3.84, por tanto estadísticamente no significativos. La pregunta once del GDS, enunciada como ¿Cree que es maravilloso estar vivo? no pudo ser comparada, debido a que todos los pacientes contestaron afirmativamente

De los 15 ítems del GDS comparados con la respuesta afirmativa a sentirse triste, se encontró significancia estadística en 5 preguntas, con lo cual se rechaza la hipótesis de nulidad, es decir que sentirse triste y una respuesta diagnóstica en estas preguntas si están asociados. Mientras que en nueve preguntas no encontramos diferencias estadísticamente significativas, por tanto no se rechaza la hipótesis de nulidad, esto equivale a decir que no hay asociación entre responder afirmativamente estar triste e ítem diagnóstico del GDS. La pregunta once (¿cree que es maravilloso estar vivo?), fue contestada por todos los pacientes

como no diagnóstica para GDS, por tanto no fue posible aplicar la hipótesis de nulidad y análisis estadístico en este rubro. Por tanto se encuentra que 60% de los ítems diagnósticos no son equivalentes a respuesta afirmativa a tristeza, mientras que 33% de los ítems si son equivalentes.

DISCUSIÓN

Nosotros encontramos que los pacientes con ítems diagnósticos para GDS y respuesta afirmativa para sentirse triste, solo se pueden asociar en una tercera parte de los mismos, mientras que en la dos terceras partes restantes no es posible establecer una asociación, por lo que no pueden considerarse como equivalente de inicio el solo preguntar se siente triste. Sin embargo esto tiene un sesgo importante, ya que la base de datos considera las respuestas del GDS pero no especifica cuáles de los pacientes tienen diagnóstico establecido de depresión, con lo cual el análisis se realizó indistintamente de esto, de manera que el referir estar triste independientemente del diagnóstico de depresión, asocia un tercio de ítems diagnósticos, si consideramos que la prevalencia de depresión en este grupo de edad es del 15 al 20%, es posible que si estamos detectado indicios de depresión y requieran estos pacientes se desarrollen GDS completos, esto explicaría el por qué no se encontró asociación entre estar triste y contestar el GDS con respuesta diagnóstica en un mayor número de ítems, por tanto esperamos que si el estudio se realizara exclusivamente en pacientes deprimidos la relación se invierta, y podamos confirmar lo que ahora suponemos.

Esto nos lleva directamente a otra fase de investigación tomando como grupo de estudio pacientes con diagnóstico específico de depresión, y aplicar el GDS y la pregunta estar triste.

Cabe aclarar que tampoco es posible estadificar la depresión con esta pregunta, ya que no aporta la información suficiente para dicho efecto. De tal manera que su uso parece estar confinado a realizarse como prueba de escrutinio de primer contacto.

CONCLUSIONES

Nosotros concluimos que el interrogar sobre la tristeza es equivalente a 33% de respuestas diagnósticas de la escala de depresión geriátrica de 15 preguntas, sin considerar el diagnóstico de depresión, que si bien no es posible considerar como diagnóstico el solo hecho de obtener respuesta afirmativa a sentimientos de tristeza, dicho hallazgo durante su aplicación en la práctica diaria, nos obliga a realizar el GDS completo y darle la debida importancia al diagnóstico y manejo oportuno de la depresión.

Además es necesario realizar otro estudio con pacientes deprimidos, en los cuales esperamos que la proporción de asociación aumente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yesavage, J. A., Brink, T.L. DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A GERIATRIC DEPRESSION SCREENING SCALE:A PRELIMINARY REPORT. J. Psychiatric. Res. 1983 17: 37-49.
2. Sheikh, J. I., Yesavage, J. A. GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS).RECENT EVIDENCE AND DEVELOPMENT OF A SHORTER VERSION. Clin. Gerontol 1986. 5: 165-173.
3. Baker, F.M., Espino, V.D.A SPANISH VERSION OF THE GERIATRIC DEPRESSION SCALE IN MEXICAN – AMERICAN ELDERLS. Int. Journal of Geriatric Psychiatry 1997 12: 21-25.
4. D'Ath, P., Mullan, M., Katona, P., Evans, S., Katona, C.SCREENING, DETECTION AND MANAGEMENT OF DEPRESIÓN IN ELDERLY PRIMARY CARE ARTTENDERS. 1: THE ACCEPTABILITY AND PERFORMANCE OF THE 15 ITEMS GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS 15) AND DEVELOPMENT OF SHORT VERSIONS. Family Practice 1994 .11: 260-266.
5. Katona, C. L. E. DEPRESSION IN OLD AGE. Wiley, Chichester 1994. pp.16-41
6. Ferrey, G., Le Goues, G., Bobes, J. MANUAL DE SICOPATOLOGÍA DEL ANCIANO.1994. Ed. Masson. pp. 175-188.
7. Katona, C., Livingston, G. DEPRESIÓN COMORBIDA EN ANCIANOS. 1998. Ed. Martín Dunitz. pp. 1-79
8. Gottfries, C.G., Karlsson, I. LA DEPRESION EN EL ANCIANO (II). 1994. pp.9-73.
9. Roche, B.A., et. al. PROGRAMA DE ACTUALIZACION CONTINUA EN PSIQUIATRIA. PSICOGERIATRIA B-3. 19-26.

ANEXO I

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS) –15

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida? | SI | NO |
| 2. ¿Ha renunciado a muchas básicamente y aficiones? | SI | NO |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | SI | NO |
| 4. ¿Se siente a menudo aburrido | SI | NO |
| 5. ¿Tiene a menudo buen ánimo | SI | NO |
| 6. ¿Tiene miedo de que le ocurra algo malo | SI | NO |
| 7. ¿Se siente contento la mayor parte del tiempo | SI | NO |
| 8. ¿Se siente a menudo indefenso | SI | NO |
| 9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas? | SI | NO |
| 10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que las demás gentes
de su edad | SI | NO |
| 11.¿Cree que es maravilloso estar vivo | | |
| 12.¿Se siente bastante inútil tal como está ahora | SI | NO |
| 13.¿Se siente lleno de energía | SI | NO |
| 14.¿Piensa que su situación es desesperada | SI | NO |
| 15.¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que Ud.? | SI | NO |
| | SI | NO |

ANEXO II.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS) – 4

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Está básicamente satisfecho con su vida | SI | NO |
| 2. ¿Siente que su vida está vacía? | SI | NO |
| 3. ¿Teme que algo malo pueda sucederle? | SI | NO |
| 4. ¿Es feliz la mayor parte del tiempo? | SI | NO |

ANEXO III.

RESULTADOS DE CHI CUADRADA.

PREGUNTA	VALOR OBSERVADO	VALOR ESPERADO	X2 CALCULADA
1	12	6.86	3.86
2	40	3.43	9.52
3	28	1.83	5.16
4	20	2.06	1.59
5	12	6.86	3.86
6	20	1.83	1.61
7	4	4.57	7.14
8	20	2.29	3.57
9	28	2.74	1.19
10	12	1.37	2.14
11	0	0.00	0.00
12	28	2.29	1.16
13	16	1.83	2.86
14	24	1.83	1.79
15	28	2.29	1.16

ANEXO IV
NUMERO DE ITEMS ASOCIADOS A TRISTEZA

