

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado e Investigación
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
Para los Trabajadores del Estado
Unidad Académica
Clínica Revolución

85
\$g.

PREVALENCIA DE DEPRESION Y DE DETERIORO
MENTAL EN PENSIONADOS Y JUBILADOS DE LA
CLINICA REVOLUCION DEL I.S.S.S.T.E.

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:

DR. JULIAN JUAN HERNANDEZ VERA



MEXICO, D. F.

1995

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

264984
1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**PREVALENCIA DE DEPRESION Y DE DETERIORO MENTAL EN
PENSIONADOS Y JUBILADOS DE LA CLINICA REVOLUCION
DEL ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. JULIAN JUAN HERNANDEZ VERA

AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U. N. A. M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
U. N. A. M.



DRA. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U. N. A. M.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. JULIAN JUAN HERNANDEZ VERA

**PREVALENCIA DE DEPRESION Y DE DETERIORO MENTAL EN
PENSIONADOS Y JUBILADOS DE LA CLINICA REVOLUCION
DEL ISSSTE**

DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
ASESOR DE TESIS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM

CLINICA REVOLUCION, DICIEMBRE DE 1995.

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A:

DR. JULIAN JUAN HERNANDEZ VERA

**PREVALENCIA DE DEPRESION Y DE DETERIORO MENTAL EN
PENSIONADOS Y JUBILADOS DE LA CLINICA REVOLUCION
DEL ISSSTE**



**DRA. EMMA MONDRAGON GALICIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA AMEDICOS GENERALES EN LA CLINICA REVOLUCION**



**DRA. EMMA MONDRAGON GALICIA
ASESOR DE TESIS**



**DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.**



CLINICA REVOLUCION, DICIEMBRE DE 1995.

A
MARIA TERESA,
MI ESPOSA.

A
JULIO IVAN
MARCO ABIEL
MARIA FERNANDA,

MIS HIJOS

INDICE

ANTECEDENTES.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
JUSTIFICACION.....	31
OBJETIVOS.....	33
METODOLOGIA.....	34
RESULTADOS.....	41
TABLAS Y GRAFICOS.....	44
ANALISIS DE RESULTADOS.....	60
CONCLUSIONES.....	62
ANEXOS.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	68

1- ANTECEDENTES

1.1- EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El concepto de envejecimiento se refiere a las modificaciones que sufre el organismo humano con el paso del tiempo , específicamente en las últimas décadas de la vida. Se trata de un hecho **universal** ya que afecta a todos los seres humanos, pero también es un proceso totalmente **individual** ya que la edad biológica no siempre corresponde a la cronológica. (19)

El proceso de envejecimiento se caracteriza, en forma general, por una tendencia a la atrofia con modificaciones morfológicas y funcionales en los diversos órganos y tejidos. Hay tendencia a la pérdida de volumen y peso de los órganos parenquimatosos, reducción de la vascularización capilar, aumento del tejido conjuntivo, disminución del contenido hídrico con pérdida de turgencia y tendencia a la resequedad. En este proceso hay reducción del número de células, con atrofia de ellas en forma desigual en los diferentes aparatos y sistemas. (8)

Intervienen tres factores principales en este proceso , primero el Equipo Genético que cada ser humano tiene , por raza, herencia, etc., segundo el Estilo de Vida, es decir, el uso y abuso individual de las propiedades del organismo, y tercero el Entorno, físico, socio-económico y cultural, con todos los elementos de costumbres, valores, clima alimentación, micro-organismos circundantes, enfermedades intercurrentes, etc. (8)

Los periodos de Crecimiento y Desarrollo se considera que terminan definitivamente alrededor de los 30 años. A partir de entonces se

calcula que se pierde en promedio el 1% por año de todas las células funcionales, aunque cada tejido tiene diverso ritmo.(19)

Con precisión desconocemos muchos límites entre lo normal y lo patológico, y con frecuencia atribuimos al “envejecimiento” enfermedades no conocidas o no tratadas. Hay enfermedades inmunológicas, humorales, intracelulares y hasta celulares que aún no tratamos y que tienen diferentes repercusiones en cada aparato y sistema. El Proceso de Envejecimiento, más que ningún otro, es con verdad **multifactorial** y en cada organismo se requiere una valoración, según el momento del proceso, para conocer la Reserva Homeostática de cada organismo humano en concreto.(8)

La parte de la medicina que estudia la vejez y sus enfermedades es la Geriátrica. La Gerontología es más amplia e interdisciplinaria y estudia los fenómenos sociales, psicológicos, económicos, de salud, etc., que inciden en el proceso de envejecimiento.(19)

Podemos hablar de tres tipos de envejecimiento, el **Usual** que se ajusta a la cultura de cada lugar y se considera “normal”; el **Patológico**, en que la persona, sin ninguna medida de prevención, llega a los años postreros con patologías crónico-degenerativas sin tratamiento, y con cualquier evento se desencadena la llamada “Catástrofe en Cascada” hasta llegar a la muerte; en tercer lugar, el **Envejecimiento Exitoso**, que con medidas de prevención y tratamiento conserva al anciano funcional y activo, y además satisfecho consigo mismo hasta llegar al punto final de su **Ciclo de Vida**.

La Geriatria Preventiva contempla la perspectiva de este viejo que cuida su Estilo de Vida y lo protege con ejercicio , alimentaci3n adecuada , h3bitos sanos, y m3s que todo, con actitudes positivas ante el dolor, la enfermedad, los cambios culturales, la vida en general. No es viejo el que tiene muchos a3os, sino aquel al que le pesan los a3os que tiene. (8)

1.2- ASPECTOS DEMOGRAFICOS

En los 3ltimos 100 a3os la Expectativa de Vida casi se ha duplicado. Los cambios de la civilizaci3n , la cultura , los adelantos m3dicos, han llevado al ser humano a edades cada vez mayores.

El promedio de vida en las cavernas era de alrededor de 18-20 a3os; en la Edad Media de unos 35-40 a3os; a principios del s. XVIII de unos 50 a3os; ya en este siglo en los pa3ses industrializados, de 70-80 a3os, y se piensa que en Suecia, Alemania, EEUU, se est3 alcanzando la expectativa de 90 a3os. Por otra parte, al organismo humano se le considera equipado para vivir en "3ptimas condiciones" unos 115 a3os. Queda a la ciencia , a la civilizaci3n, y al buen juicio de cada persona en su "estilo de vida", el obtener dichas "3ptimas condiciones".(19)

El acuerdo de la Organizaci3n Mundial de la Salud, tomado en Kiev en 1979, considera "viejos" a los individuos de m3s de 65 a3os, en los pa3ses desarrollados; pero en los pa3ses en vias de desarrollo, considera "viejos" a los individuos de 60 a3os en adelante.

La población de viejos en el mundo va en aumento. En 1975 tenían más de 60 años alrededor de 343,151 millones de individuos; para el año 2,000 se calcula una cifra de 579,995 millones de viejos.(19)

El porcentaje de viejos varia en los diferentes países, desde cifras bajas en países subdesarrollados, hasta porcentajes entre 15 y 16% en algunos países desarrollados. (8)

En México en 1930, 873,101 individuos eran mayores de 60 años; en 1960 eran 1,930,745; en 1980 eran 3,581 792. En el **Conteo de Población y Vivienda** realizado por el INEGI en 1995, el número de habitantes en México mayores de 60 años son 5,955 597, para el año 2,000 se calcula en un 6% el número de mayores de 60 años, o sea, un poco más de 6 millones. Para el año 2,025, será el grupo etario con mayor aumento si se consideran los índices de natalidad registrados alrededor del año 1940. Actualmente tenemos en México cerca de 4 millones de individuos con más de 60 años, según el INSEN. (19)

1.3- TEORIAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO.

Como las teorías sobre el Origen de la Vida, también las que se refieren a la Etiopatogenia del Envejecimiento, son múltiples. Todas ellas se basan en algunos hechos, pero la interrelación de estos hechos con otros factores variables, nos dan formulaciones hipotéticas en relación al complejo proceso de envejecimiento. He aquí algunas:

1.3.1- Teoría Clonal o Mutacional. Durante el envejecimiento se producen cambios celulares con modificaciones morfológicas y funcionales que deterioran las funciones de las células y de todo el organismo. Cuando hay condiciones desfavorables a la homeostasia y supervivencia, las clonas hijas pueden tener desventajas respecto a las células originales. Experimentalmente se han producido estos cambios con agentes físicos o químicos, como radiaciones ionizantes o antimetabólicos, y se ha comprobado que los animales radiados mueren más jóvenes y tienen con mayor frecuencia neoplasias, nefrosclerosis y enfermedades degenerativas. Estos conceptos explicarían la mayor frecuencia de neoplasias en la edad avanzada. (8)

1.3.2- Teoría de la Catástrofe por Errores. Ligada íntimamente a la teoría anterior, supone la acumulación de errores en la formación del RNA. Serían mutaciones con aumento progresivo de la autoinmunidad, con una secuencia dañina a la molécula del DNA, la cual perdería capacidad en las reparaciones celulares por los exesos en la dinámica interna. Habría producción de sustancias anormales no reconocidas por las células inmunocompetentes, con lesiones celulares irreversibles.(19,8)

1.3.3- Teoría de la Calcifilaxia. La propone Slye, basándose en el hecho de que las alteraciones de mayor importancia en el envejecimiento son las debidas a la calcificación difusa de los diferentes grupos celulares, como sistema cardiovascular, piel y otros órganos. A esta teoría se añade la Teoría del Envejecimiento de la Colágena, que conlleva condensación y envejecimiento de los coloides, pérdida de las cargas eléctricas y precipitación, depósitos de calcio y colesterol, engrosamiento de membranas, con reducción

del intercambio nutricional y de oxígeno, y de ahí atrofia de órganos y tejidos, con deterioro funcional general.(8)

1.3.4- Teoría de los Radicales Libres. Proceso que ocurre principalmente en algunos órganos, como hígado, corazón, cerebro, y que se debe a procesos de peroxidación lipídica a cargo de los organelos, mitocondrias, microsomas, en que se llevan a cabo los procesos enzimáticos. Los radicales libres serían moléculas cargadas eléctricamente en forma inestable, por tener menos protones que electrones, siguiéndose una reacción prácticamente en cadena. Se produciría así un proceso destructivo por lesionar células y consiguientemente alterar los tejidos y sus funciones. La resistencia de los tejidos se ve disminuida tanto intra, como extracelularmente.

Se considera acorde con esta teoría, el desarrollo de la Enfermedad de Parkinson, el cáncer, la Enfermedad de Alzheimer, cataratas, artritis, cardiopatías, y en general las alteraciones en la integración de las proteínas y otras sustancias humorales. (19,8)

1.3.5- Teoría Nerviosa. Las células nerviosas sufren destrucción progresiva en el curso de la vida, pero al contrario de las células de otros tejidos, éstas no se renuevan ni son sustituidas por otras. En todos los órganos llega a disminuir y hasta desaparecer la acción reguladora del Sistema Nervioso sobre la homeostasia, sobreviniendo las alteraciones funcionales que caracterizan al envejecimiento, y en particular algunas enfermedades como el Parkinson, los patrones del sueño, cambios de la función sexual, la termorregulación, etc.

Ligado íntimamente al Sistema Nervioso está el Sistema Endócrino, que también muestra alteraciones típicas del envejecimiento, intolerancia a los hidratos de carbono, disminución de la

sintomatologia de la Diabetes Mellitus, hipofunciòn tiroidea, insuficiencia ovàrica, etc.

Tambièn el Sistema Inmune juga un papel importante en el envejecimiento, los tejidos linfáticos sufren atrofia gradual en la vejez, disminuciòn de las Cèlulas T y las B, lo que trae disminuciòn en la respuesta inmune y surgen enfermedades por un organismo inmunodeprimido, como el càncer, las neumonias, TB, y en general todos las infecciones.(8,19)

1.4- PATOLOGIAS ASOCIADAS AL ENVEJECIMIENTO.

El envejecimiento no es en si mismo una enfermedad. Sin embargo, se le asocian numerosas patologias. Son a veces alteraciones cuyo grado varia entre lo normal y lo patològico, pero que avanzan hasta ser enfermedades declaradas. Cerca del 80% de los ancianos padecen enfermedades crònicas. De hecho, el 36% de los ancianos padecen màs de tres enfermedades.(11)

Las Enfermedades Cardiovasculares ocupan el primer lugar en las estadísticas de defunciòn a partir de los 40 años. Son bien conocidas la Hipertensiòn Arterial, los problemas Coronarios, la Insuficiencia Cardiaca, los Eventos Vasculares Cerebrales, etc.

En el Sistema Mùsculo Esquelético, los problemas Articulares son estadísticamente la patologia màs comùn a partir de la 6a. Dècada, y

ofrecen una autèntica dimensiòn geriàtrica por la minusvalidez que producen y por la rehabilitaciòn que ameritan en los programas de Geriatria Preventiva. Pueden mencionarse: Enfermedad Articular Degenerativa, Osteoporosis, Artritis Reumatoide, Artrosis, Fracturas, etc.

Las alteraciones metabòlicas del envejecimiento son tambièn características en la involuciòn propia del viejo. Està principalmente la Diabetes Mellitus, pero tambièn las hiperlipidemias, las hipoglucemias, la hiperuricemia, la obesidad, etc.

Se añaden a èstas, las Enfermedades hematopoyéticas como las anemias, con diferentes orìgenes, las leucemias, las Enfermedades Inmunològicas en general y el càncer en especial, bajo sus diferentes formas en cada tejido y sus apariciones primaria y secundarias características, patologías mäs frecuentes a medida que avanzan las dècadas de la vida.

Otros problemas muy comunes en el envejecimiento son los de Oftalmologia y de Deprivaciòn Auditiva, tambièn son frecuentes la Insuficiencia Renal, Hepatopatias, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crònica, Neumonias, etc.

Finalmente debe mencionarse la alteraciòn del funcionamiento de las estructuras cerebrales, encontràndose sintomas característicos, como pèrdida de la memoria, de la atenciòn, deterioro del pensamiento abstracto, del juicio, afasia, agnosia, apraxia, y en general modificaciones de la conciencia y hasta de la personalidad, siendo representativas en esta àrea las Demencias en general y en particular la Enfermedad de Alzheimer.(15,8,19,6,10,2)

Esta frecuencia de diversas enfermedades en el anciano condiciona otro hecho también bien conocido que es la Polifarmacia . En la asistencia de primer nivel el 80% de los ancianos consumen de 2 a 5 medicamentos diarios, y a nivel hospitalario de 6 a 7 medicamentos. Y a pesar de que la población geriátrica constituye un poco menos del 6% , sin embargo consume alrededor del 30% o más de los gastos por medicamentos.(19,8)

1.5- ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS Y PSICOLOGICOS.

La participación del anciano en la estructura social está condicionada por los valores vigentes de la sociedad en que vive. Y es un hecho que los valores de la Productividad y el Consumo tienen la prioridad en las sociedades actuales. El anciano por consiguiente va quedando poco a poco en una condición de desventaja.

Hay países donde la política socio-económica incluye para los ancianos diversos programas específicos de empleo, ayuda social, casas hogar estables o diurnas, terapias ocupacionales, políticas de vivienda y alimentación, y en el aspecto médico no sólo Atención Geriátrica específica y Rehabilitación, sino principalmente un impulso importante a la Geriatria Preventiva con programas cuidadosos de Detección y Control de las Enfermedades Crónico-degenerativas y de otras frecuentes en el envejecimiento. Todo esto en México tiene algunos inicios y esfuerzos.

Estas desventajas económicas y sociales del anciano mexicano concretizadas en Baja Productividad, Ingresos Insuficientes, Desempleo, aunadas a la falta de asistencia médica suficiente, al frecuente aislamiento, a la no valoración y aprecio de la experiencia del anciano, junto con el deterioro orgánico ya mencionado en apartados anteriores, colocan al anciano en una “situación emocional lábil” con propensión a numerosas manifestaciones.

Se pueden mencionar las siguientes manifestaciones psicológicas: disminución de la autosuficiencia y de la autoestima, el anciano se siente inútil, tolerado y hasta como un estorbo, aparecen somatizaciones por su necesidad de atención, afecto y cuidado, se encuentran trastornos del sueño, trastornos del humor, cefaleas, dolores vertebrales, pérdida del interés por la vida, con sentimientos de angustia y ansiedad.

Si no existe una buena Reserva Homeostática Orgánica y Psicológica reforzada por una suficiente Red de Apoyo Familiar, puede presentarse el derrumbe psicológico y hasta el suicidio. De hecho, el suicidio tiene su mayor frecuencia con eficacia en la consumación entre los 65 y 70 años.(6,12)

1.6- TRASTORNOS MENTALES

Como se ha mencionado en el capítulo anterior, es frecuente la aparición de patologías psiquiátricas en el proceso de envejecimiento. En realidad, pueden encontrarse casi todas las enfermedades psiquiátricas, como en otras etapas de la vida. Sin embargo, hay algunas que son más frecuentes, entre ellas están la

Depresión, la Angustia, las Manifestaciones Hipocondriacas, algunas Psicosis, y desde luego las Demencias, señalándose entre ellas en forma importante, la Enfermedad de Alzheimer. (15,19)

En general se ha documentado que las alteraciones del funcionamiento cognitivo están estrechamente vinculadas a las alteraciones de tipo afectivo.(15) De hecho, la Depresión y el Deterioro Mental son los dos padecimientos detectados con mayor frecuencia, solos o asociados, en las poblaciones de adultos mayores. (6,11,19,31,23)

DETERIORO MENTAL.

Se entiende como Deterioro Mental el trastorno degenerativo del funcionamiento cerebral, producido por el envejecimiento o por otras causas y que lleva a la alteración orgánica o al desequilibrio metabólico de las estructuras cerebrales, afectando la autosuficiencia y la personalidad del anciano.

Se trata de un problema insidioso y paulatino que tiende a hacerse crónico, con manifestaciones a veces claras, otras veces no claras, apareciendo el anciano en ciertas actividades completamente normal sin que pueda diagnosticarse tipo alguno de etiología.

A partir de los treinta años se pierden diariamente cerca de 100,000 neuronas y una cantidad mayor de sinapsis intraencefálicas. Además, aparecen placas seniles y de lipo-fucsina, parecidas a las que se encuentran en corazón e hígado.(8)

Como en los demás aparatos y sistemas, la muerte neuronal en el envejecimiento es el resultado de muchos factores, algunos conocidos otros desconocidos, que dependen tanto de procesos

naturales como patológicos. La velocidad con que se produce la muerte neuronal estaría ligada a la influencia de diferentes causas. No es lo mismo un ictus que la degeneración por cuerpos amiloides en la Enfermedad de Alzheimer. Hay argumentos para afirmar que el ión Calcio es el más importante en la regulación de la estructura y la función neuronal. Pero la medición de estos procesos aún no se tiene.(23)

Los cambios macroscópicos observados en el cerebro de los ancianos son una disminución del peso a partir de los 50 años y del volúmen, con relación a la cavidad craneana, y se encontró con la medición de los volúmenes de sustancia gris y blanca en autopsias, un 2% menos por década de la vida después de los 50 años.(23)

En el nivel microscópico el número de neuronas corticales decrece con la edad , en especial en las circunvoluciones superiores del lóbulo temporal. La deficiencia de neurotransmisores, desde el punto de vista estrictamente bioquímico, también afecta la homeostasis y sobrevivencia celular cerebral, ya que interviene en la regulación del metabolismo y la circulación cerebral, disminuyen, por ejemplo, la noradrenalina, dopamina, acetilcolina y algunas enzimas.

Se desconoce el acontecimiento preciso que lleva a la muerte neuronal luego del aumento del Calcio intracelular. Uno de los hallazgos en común entre la muerte neuronal natural y la patológica es que en ambas la disfunción mitocondrial precede a los signos morfológicos y consiguientemente a la manifestación de las funciones llamadas corticales.(23)

La cognición, así como otras funciones biológicas declinan también con la edad, pero existe un alto grado de variación entre un

individuo y otro. Por consiguiente, distinguir entre el estado inicial del deterioro demencial y la declinación natural de las funciones cerebrales, asociada a la edad, es muy difícil y a veces imposible en la práctica. La falta de límites precisos entre el envejecimiento fisiológico y estadios iniciales del síndrome demencial no sólo se circunscribe a lo cognitivo, sino que incluye otras múltiples áreas estructurales y de funcionamiento.

En realidad, la falta de conocimiento de los mecanismos precisos subyacentes al envejecimiento biológico impiden un pronunciamiento preciso. En los hospitales especializados, el diagnóstico se realiza con la participación de Neurólogos, Geriatras, Psiquiatras, Neuropsicólogos, Neurolinguistas, Psicólogos, Terapistas Ocupacionales, Terapistas Físicos, etc., y después del diagnóstico se plantea la estrategia terapéutica y de manejo global.(23)

Presentamos a continuación la clasificación de los síndromes demenciales, según Katzman y Col., o Entidades Nosológicas con Deterioro Mental, aunque también hay la tendencia a agruparlos en relación al área cerebral más afectada en cada Entidad Nosológica, a saber, corteza, área subcortical y sustancia blanca.(23,15)

DEMENCIAS IRREVERSIBLES

PROCESOS DEGENERATIVOS:

Enfermedad de Alzheimer: presenil y senil

-asociada con Trastornos Vasculares

-asociada con Parkinsonismo

Enfermedad de Pick

Enfermedad de Parkinson

Enfermedad de Huntington

Parálisis supranuclear progresiva

Degeneraciones cerebelosas
Esclerosis lateral amiotrófica

PROCESOS VASCULARES:

Demencia multiinfarto
Enfermedad de Binswanger
Infartos corticales de territorio limítrofe

PROCESOS ANOXICOS:

Demencia posparo cardiorrespiratorio
Intoxicación con CO

PROCESOS TRAUMATICOS:

Demencia postraumática (lesión axonal difusa)
Demencia pugilística

PROCESOS INFECCIOSOS:

Demencia pos encefálica
Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob
Leucoencefalopatía multifocal progresiva
Complejo SIDA-Demencia (encefalopatía por HIV)

DEMENCIAS TRATABLES

PROCESOS INFECCIOSOS:

Neurolúes (parálisis general progresiva)
Infecciones crónicas: hongos y bacterias.

PROCESOS OCUPANTES DE ESPACIO:

Tumores primarios o secundarios
Hematoma subdural crónico

PROCESOS AUTOINMUNES:

Lupus eritematoso sistémico
 Vasculitis cerebral
 Esclerosis múltiple

OTRAS:

Hidrocefalia normotensiva del adulto
 Epilepsia
 Demencia alcohólica
 Enfermedad de Whipple

DEMENCIAS REVERSIBLES

Demencias secundarias a drogas

PROCESOS METABOLICOS Y DISENDOCRINOS:

Insuficiencia hepática
 Insuficiencia renal
 Hipoglucemia
 Disfunción tiroidea
 Disfunción metabolismo calcio-fósforo
 Disfunción cortico-adrenal
 Deficit de vitamina B-12
 Deficit de niacina

Otras Demencias de causa no determinada

Es claro que los cambios metabólicos y estructurales llevan a una declinación de las funciones cerebrales, tanto en el caso de Entidades etiológicamente identificadas, como en el caso del Proceso de Envejecimiento natural, con grandes variaciones, ya que la capacidad mental no es una función simple, sino más bien una variedad interrelacionada de capacidades/habilidades/hábitos,

todavía no bien conocidos, en que se incluyen: memoria, funciones de abstracción, de asociación lógica, de aprendizaje de material nuevo, de formulación verbal, aritmética, apreciación viso-espacial, pensamiento abstracto, etc.(23)

El desempeño intelectual medido por la habilidad verbal llega a su cenit entre los 20 y 30 años y se mantiene estable hasta entrados los 70 años; el desempeño intelectual medido en tiempo-problema llega a su cenit a los 20 años, se mantiene por algunos años y después declina muy lentamente, con pérdida significativa dentro de los 70 años.(23)

La memoria se pierde normalmente en las personas añasas, aunque no sufran algún tipo de demencia, esto se denomina “olvido benigno”, y está caracterizado por la dificultad en recordar datos de poca importancia o impersonales, lo que el individuo compensa con circumloquios. El “olvido maligno” se asocia con marcado impedimento en la evocación no sólo de detalles sino de todo el episodio en sí, a veces se le denomina “síndrome de amnesia senil” y se le relaciona generalmente con enfermedades de etiología conocida, como la de Alzheimer.(23)

La variedad de factores que afectan inclusive las solas funciones mentales, como el stress, la depresión, la ansiedad, y otros trastornos, hacen difícil, y a veces imposible, el estudio y valoración de variables en forma longitudinal y comparativa entre diferentes individuos y edades. Además, la exclusión sistemática de los ancianos para los estudios de investigación clínica, han retrasado conocimientos necesarios, no hay duda de que su inclusión paulatina permitirá conocer resultados más precisos.

El concepto de Deterioro Mental incluye, consiguientemente, un ámbito de manifestaciones relacionadas con la memoria en sus diferentes formas, episódica, de corto y largo plazo, semántica, de procedimientos de trabajo, topográfica, y también las demás áreas cognitivas, como pensamiento abstracto, atención, juicio, lenguaje, praxias, gnosias, trastornos construccionales y viso-espaciales. Todas estas fallas estarían contenidas en la expresión Deterioro Mental, sin que haga referencia al proceso etiológico subyacente. El diagnóstico es clínico y está basado en el desempeño y la conducta del sujeto.

Existen una gran variedad de tests para evaluar el deterioro global, incluido el mental y la autosuficiencia del paciente anciano. Los más utilizados son: "Deterioro de las Actividades de la Vida Diaria" de Katz, "Deterioro de las Actividades Instrumentales" de Lawton-Brody, "Evaluación de la Marcha y Balance" de Tinetti, la Evaluación Global del anciano" de Nosger, "Evaluación Mental" de Pfeiffer, "Test Rápido de Funciones Mentales" de Majoi, y el más conocido de todos el "Mini-Mental State Examination" de Folstein , y otra serie de tests más específicos que evalúan cada uno de los diferentes dominios cognitivos, como "test de Inteligencia para los adultos" de Weschler, "test de cartas para resolución de Problemas" de Boston, "Juicio y Pensamiento Abstracto" de Wais, "discriminación de Formas Visuales" de Benton, y otros.(6,21,23,24) En este trabajo se utilizará el "Mini-Mental State Examination" de Folstein. (30) Sin determinar una etiología concreta y que puede corresponder, por consiguiente, a un deterioro mental asociado al proceso natural de envejecimiento.

DEPRESION.

Se entiende como Depresión, según el "CIE-10-Trastornos Mentales y del Comportamiento" de la O.M.S., un trastorno afectivo clínico

que abarca las esferas psíquica, somática y de la conducta, sobresaliendo en la esfera afectiva, el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de los apetitos e intereses; en la esfera cognitiva, la autodevaluación, y en la somática, la pérdida del apetito, baja de peso y perturbación del sueño.

Las estadísticas muestran una Prevalencia de Depresión en adultos mayores hasta del 15% (6), otros investigadores señalan el 23%(12), y aun cifras mayores en determinadas poblaciones .(28) Para el Síndrome de Ansiedad y Angustia se ha encontrado alrededor del 20%. (2)

La Enfermedad de Alzheimer tiene una Prevalencia de entre el 6 y el 10%, y se encuentra asociada a Depresión en alrededor del 30% de los casos. (6) En los Centros Asistenciales de los EEUU, se ha encontrado la Enfermedad de Alzheimer hasta en un 50% de los asilados.(6) En México, la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares (AMAES) señala para la Enfermedad de Alzheimer un 10% para los ancianos con más de 65 años, y un 47% en mayores de 85 años. Sin embargo, la mayor parte de los estudios se han llevado a cabo en otros países, contando nosotros en México con menor información y datos estadísticos. (12,28)

El diagnóstico de los distintos tipos de depresión es eminentemente **clínico**, y se apoya en diferentes pautas, como disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, pérdida de la capacidad de disfrutar, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, trastornos del sueño, pérdida del apetito, etc. Pudiendo ser alguna de dichas manifestaciones la más destacada.

El presente estudio se aboca a la detección genérica de un episodio o de un síndrome depresivo sin llegar a la determinación si este estado de ánimo es transitorio, crónico, subcrónico, reactivo, recurrente, con síntomas psicóticos o no, etc., ni a la especificación de las diferentes categorías que señala el "C.I.E.-10", ni al tratamiento, medicamentoso o no, correspondiente.(25)

El uso de tests para efectuar el diagnóstico de depresión, es cuestionado por muchos médicos, sin embargo en un trabajo de investigación como el presente es necesario utilizar un instrumento como criterio único, y que sea suficiente para realizar un rastreo epidemiológico o tamizaje y puedan detectarse aun las "formas menores", o reactivas, de depresión.

Los tests más utilizados son el de Hamilton, el "Cuestionario de Depresión" de Zung, llamado también "GDS-30", Geriatric Depression Screening Scale, con 30 reactivos, y su forma acortada el "GDS-15", el "Cuestionario de Depresión" de Calderón-Narvaez, y otros. En el presente trabajo utilizaremos el "GDS-15", que se utiliza en el Hospital General de México.(7)

1.7- PENSIONADOS Y JUBILADOS

Para ubicar el ámbito del presente estudio, conviene precisar dentro de la población geriátrica, cuáles individuos son jubilados o pensionados.

La Ley del I.S.S.S.T.E. distingue cinco formas de pensión directamente obtenida por el trabajador y una sexta que se otorga a los deudos del trabajador que fallece.(13)

Estas cinco formas son:

1a.- Pensión por Jubilación, a los treinta años de servicio en hombres y a los veintiocho en mujeres.(Art.60) Estos individuos son “Jubilados y Pensionados”.

2a.- Pensión de Retiro por Edad y Tiempo de Servicios, a los cincuenta y cinco años de edad y al menos quince de servicio.(Art.61-66)

3a.- Pensión por Invalidez, con al menos quince años de servicio, en enfermedad ajena al trabajo.(Art. 67-72).

4a.- Pensión por Cesantía en Edad Avanzada, a los sesenta años y al menos diez de servicio.(Art.82-86)

5a.- Pensión por Accidente de Trabajo, con Incapacidad Total y Permanente. (Art.40)

La 6a. Forma (Art.. 41-43 y 73-81), otorga Pensión por causa de muerte del trabajador a sus deudos cercanos. Y esto da origen a las Pensiones por “Viudez”, por “Orfandad”, por “Ascendencia”, que reciben la esposa, sola o con los hijos, la concubina, sola o con los hijos, el esposo o concubino superviviente, solo o con los hijos, el hijo o los hijos solos, el padre o la madre, u otro ascendiente, si dependían económicamente del trabajador fallecido.

De entre estas formas de ser "Pensionado del I.S.S.S.T.E.", sólo interesan para nuestro estudio las cinco primeras, o sea, cuando el trabajador o trabajadora reciben su Pensión por su trabajo desempeñado. Por consiguiente el individuo Jubilado es el señalado en la 1a. Forma de pensión y el Pensionado el que recibe su Pensión según las formas 2,3,4, y 5. La 6a. Forma no es considerada en este estudio.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como país en vías de desarrollo, en México oficialmente se considera "viejo" al individuo después de los 60 años.(OMS, Kiev 1979)(11). Por otra parte, la Expectativa de Vida actual en nuestro país fluctúa entre los 70 y 80 años, siendo apenas hace 50 años de 10 a 15 años menos. Tomando en cuenta, además, la disminución de la Mortalidad Infantil a partir de la década de los años cuarentas, sabemos que nuestra población de ancianos irá en aumento.(19)

Actualmente, según el Censo de Población y Vivienda, llevado a cabo por el INEGI en 1995, tenemos una población de 5,955 579 mexicanos mayores de 60 años, y esperamos para el año 2000 una cifra mucho mayor a los 6 millones de adultos mayores de 60 años.

Conocemos, por otro lado, que la patología en general del organismo humano va en aumento en cada individuo conforme avanza en edad. Por consiguiente nuestras Clínicas de Primer Nivel tendrán cada vez mayores porcentajes de pacientes ancianos por atender. Será cada vez más importante el conocimiento completo del Proceso de Envejecimiento, de sus necesidades específicas y de su manejo.

Necesitamos conocer con más exactitud aspectos concretos sobre nuestra población geriátrica, entre ellos, el número de viejos que atendemos, el número de viejos sanos, el número de enfermos, de inválidos, de dependientes, el riesgo y prevalencia de cada padecimiento, etc. Con información adecuada se tendrá un diagnóstico preciso de las enfermedades más frecuentes en la vejez y será posible llevar a cabo los programas de acuerdo a las necesidades detectadas.(19)

La experiencia de los países desarrollados señala que entre los problemas más frecuentes en estas décadas últimas de la vida, se encuentran no sólo las Enfermedades Orgánicas crónico-degenerativas, sino también los Trastornos Mentales, igualmente invalidantes. Sin embargo, los estudios correspondientes, de Prevalencia, de Diagnóstico, de Tratamiento, de nuevas Sales químicas, de Etiologías, de Variables Causales y Asociadas, etc., se llevan a cabo principalmente en otros países.(12,28)

El presente trabajo se aboca, por consiguiente, a investigar directamente en nuestra población geriátrica, atendida en el primer nivel, y se dirige a los dos padecimientos psiquiátricos conocidos como más frecuentes en adultos mayores, Deterioro Mental y Depresión. (6,11,19,31) Precizando que se busca únicamente Prevalencia de los padecimientos mencionados, sin determinar variables causales.

Para circunscribir mejor a la población en estudio, se enfoca a los Pensionados y Jubilados que reciben una pensión por su propio trabajo realizado, y que asisten en forma espontánea a la Consulta Externa de la Clínica Revolución.

El Planteamiento concreto del Problema es: ¿Qué Prevalencia de Deterioro Mental y de Depresión, encontramos en la población de Pensionados y Jubilados que asisten a la Consulta Externa de la Clínica Revolución del ISSSTE?

3.- JUSTIFICACION

La atención médica de Primer Nivel, como la prestada en la Clínica Revolución del ISSSTE, está destinada a resolver aproximadamente el 90% de todos los padecimientos del derecho-habiente que acude a consulta.

Por otra parte, la Medicina Familiar contiene en sus Bases Filosóficas la orientación de proporcionar una atención médica personalizada y completa, y coloca al Médico Familiar como responsable de una Atención Médica Integral.

No es posible, por consiguiente, evadir del interés de la consulta diaria ningún aspecto importante implicado en el derecho-habiente enfermo que acude a consulta; no obstante, nos encontramos con los hechos siguientes:

1o. La Atención Primaria en Clínicas y Hospitales no está encaminada a la detección de Padecimientos Psiquiátricos, sino orientada básicamente a la detección y tratamiento de la patología orgánica.(12,24)

2o. Los padecimientos crónico-degenerativos, propios del Proceso de Envejecimiento, colocan frecuentemente al anciano en situación emocional propensa a numerosas manifestaciones psiquiátricas que requieren oportuna valoración y atención.(8)

3o. El hecho de pensionarse o jubilarse no proporciona al enfermo, un equilibrio Bio-Sico-Social ni bienestar, por sí mismo, sino que con frecuencia aísla más al anciano, y si a lo anterior se aúna el no reconocimiento de su experiencia, el resultado es que el anciano se siente inútil y como carga familiar y social.(11)

4o. La Geriátría Preventiva y todas las Organizaciones para Ancianos contienen en sus objetivos mejorar la "Calidad de Vida" del anciano, como el elemento más importante en esta etapa del Ciclo Vital, donde lo primordial es la "actitud psicológica" con que se enfrenta a la vida.(28)

5o. El porcentaje de Consulta Otorgada a ancianos en la Clínica Revolución es cada vez mayor, de acuerdo al aumento de la población geriátrica del país.(19)

Por consiguiente, aparece clara la trascendencia del presente trabajo al abocarse al estudio de los trastornos que con más frecuencia deterioran el aspecto psicológico y funcional de los ancianos pensionados, provocando daño y desconcierto para ellos mismos, para la familia y para la sociedad.

Estas son las razones que apoyan el que en una Clínica de Primer Nivel, sean estudiados los dos padecimientos psiquiátricos más frecuentes, el Deterioro Mental y la Depresión en los pensionados y jubilados, iniciándose con un estudio básico de Prevalencia.

4.- OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

El objetivo general de la presente investigación es determinar la Prevalencia de los dos padecimientos psiquiátricos conocidos como más frecuentes, es decir, Deterioro Mental y Depresión, en la población de Jubilados y Pensionados que asisten a la consulta diaria de la Clínica Revolución del ISSSTE.

OTROS OBJETIVOS:

A).-Conocer por separado, en la Población Masculina de los Jubilados y Pensionados estudiados, la Prevalencia de Deterioro Mental y de Depresión.

B).-Conocer así mismo, en la Población Femenina estudiada, la Prevalencia de Deterioro Mental y de Depresión.

C).-Investigar en los grupos etarios de las últimas décadas de la vida, tanto en la Población Masculina como en la Femenina, la Prevalencia de los dos padecimientos, Deterioro Mental y Depresión.

5.-METODOLOGIA

5.1.- TIPO DE ESTUDIO.

Se trata de un estudio Transversal, Descriptivo, Observacional, Prospectivo.

5.2.1.- POBLACION.

Se tomò estrictamente la poblaciòn de Pensionados y Jubilados que disfrutan de esta prestaciòn econòmica por razòn de su propio trabajo y a quienes el ISSSTE otorga tambiàn atenciòn mèdica en esta Unidad de Medicina Familiar, Clínica Revoluciòn. No se tomaron en cuenta los Pensionados que reciben su pensiòn por ser deudos de un trabajador fallecido y a quienes se ha transferido la pensiòn del derecho-habiente.

5.2.2.- LUGAR.

El estudio se realizò en la Clínica Revoluciòn del ISSSTE, donde los Pensionados y Jubilados asisten a recibir servicio mèdico en Consulta Externa.

5.2.3.- TIEMPO.

Se llevò a cabo el presente estudio durante cinco meses completos, iniciàndose el 1o, de julio de 1995 y terminàndose el 31 de noviembre del mismo a\u00f1o.

5.3. TIPO DE MUESTRA.

El tipo de muestra utilizado fue Aleatoria Simple, ya que se tomaron a los pacientes conforme asistían a consulta en forma completamente espontánea, sin buscar a nadie.

5.3.1.- TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Los encuestados en este estudio realizado durante cinco meses resultaron 252 Jubilados o Pensionados.

5.3.2.- JUSTIFICACION DE LA MUESTRA.

1o.- Se realizó la investigación con el levantamiento de datos durante cinco meses del año, aleatorios y completos, esto es, de julio a noviembre de 1995, lo cual resulta suficientemente representativo de la Consulta Diaria Anual que es otorgada en la Clínica Revolución, ya que este periodo de tiempo representa casi la mitad de la atención médica prestada en un año a los Pensionados y Jubilados.

2o.- Según el último Anuario Estadístico del I.S.S.S.T.E., 1993, de la Subdirección General de Finanzas, Tomo 1, los pensionistas correspondientes a la Clínica Revolución son en cifra total 3,594, de los que quitados los que gozan de "Pensión por Viudez", "Pensión por Horfandad", "Pensión por Ascendencia", queda una cifra de 2,156; representando la muestra de 252 pensionados el 11.6% de la población de trabajadores Pensionados y Jubilados que corresponden a esta Clínica Revolución.

30.- La Piràmide Poblacional correspondiente al Consultorio 18, donde se realizò el estudio, tiene una poblaciòn a partir de los 45 años, de 759 pacientes, donde los 252 encuestados resultan el 34.2%.

5.4.1.- CRITERIOS DE INCLUSION.

Se incluyeron exclusivamente en la muestra:

- Derecho-habientes que fueran Jubilados o Pensionados pertenecientes a la Clínica Revolución del ISSSTE.
- Que estos pacientes tuvieran un nivel de estudios al menos de Primaria .
- Que estos pacientes tuvieran suficiente audiciòn y visiòn para la realizaciòn del estudio.

5.4.2.- CRITERIOS DE EXCLUSION.

Se excluyeron de la muestra:

- Derecho-habientes geriàtricos que no fueran Pensionados o Jubilados.
- Jubilados o Pensionados que no pertenecieran a la Clínica Revolución.
- Que no tuvieran un nivel de estudios al menos de Primaria.
- Que por problema de audiciòn o de visiòn fuera imposible aplicàrseles los tests de evaluaciòn.
- Pensionados que tuvieran las llamadas “Pensiòn por Viudez”, “Pensiòn por Orfandad”, “Pensiòn por Ascendencia”, ya que gozan de esta prestaciòn no por sÌ mismos, sino por el fallecimiento del trabajador.

5.4.3.- CRITERIOS DE ELIMINACION.

Se eliminaron los Pensionados o Jubilados que, aunque llenaban los requisitos, sin embargo, sus entrevistas quedaron incompletas, o porque ellos así lo decidieron, o porque no pudieron terminarse.

5.5.- INFORMACION A RECOLECTAR.

Las variables investigadas fueron las siguientes: Deterioro Mental y Depresión, ambas continuas ya que su proceso de aparición ordinariamente es paulatino y difícilmente medible en sus primeras etapas. Por lo cual se presentan a continuación las definiciones utilizadas en el presente estudio para identificar los padecimientos.

5.5.1.- DETERIORO MENTAL.

Como se ha expuesto en el Marco Teórico, 1.6, se entiende por Deterioro Mental un trastorno del funcionamiento mental, asociado al proceso de envejecimiento o producido por otras etiologías y que produce una disminución o alteración estable de las capacidades intelectuales, principalmente memoria, atención, capacidad de juicio, cálculo, pensamiento abstracto, orientación, y que es producido por alteración orgánica o desequilibrio metabólico de las estructuras cerebrales. (10,15)

Dentro de la clasificación de estos padecimientos se encuentran predominantemente los diferentes tipos de demencia, destacándose entre ellas la Enfermedad de Alzheimer.(3,5,15)

En el estudio llevado a cabo se utilizò el Test “Mini-Mental State Examination”, de Folstein y Folstein, que cuenta con estudios de comprobada Especificidad y Sensibilidad (30), midiéndose Deterioro Mental Moderado y Deterioro Mental Severo.

5.5.2.- DEPRESION.

Se entiende por Depresión el trastorno afectivo clínico que implica abatimiento del estado de ánimo, donde prevalecen sentimientos de infelicidad, desesperanza, inutilidad, inferioridad, autodevaluación, aflicción, pesimismo, inhibición de las motivaciones, pérdida de los apetitos e intereses, (15,10)

En el presente estudio tratamos de Depresión como “Síndrome”, sin la intención de especificar un diagnóstico diferenciado de Depresión Mayor, Reactiva, Repetitiva, Distimia, etc., por consiguiente, los criterios utilizados fueron el hallazgo clínico de abatimiento del humor, con sentimientos de desesperanza, falta de interés, sensación de soledad, vacío, desaliento, infelicidad, inutilidad. Para lo cual se aplicò la “Geriatric Depression Scale” en su versión de 15 reactivos, “GDS-15”, que cuenta con acreditación amplia y que se utiliza en el Hospital General de México, calificándose tres situaciones: “Depresión Moderada”, “Depresión Severa”, y “Normalidad”.(24,15)

5.6.-PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

El levantamiento de la información se llevó a cabo con el siguiente procedimiento:

10.- El estudio se realizó antes o después, según el caso lo permitiera, de la Consulta ordinaria, a la que el Pensionado o Jubilado acudía de manera espontánea.

20.- La información se recabó en tres tiempos: primero se realizó una entrevista con el Pensionado donde se captaron los datos generales y se le explicó el motivo del estudio y el procedimiento para la aplicación de los dos Tests. En segundo lugar, se pasó a la aplicación del Test "Mini-Mental", y en tercer lugar se aplicó el "Geriatric Depression Scale" de 15 reactivos.

30.- Este procedimiento, en cada Pensionado o Jubilado tuvo una duración promedio de 30 minutos.

40. Los datos recabados en la "Cédula de levantamiento de datos" fueron posteriormente vaciados en una "Hoja de concentración de datos" y de ahí fueron transferidos a la computadora, donde se sacaron los porcentajes que aparecen expresados en el Capítulo de RESULTADOS, de la presente investigación.

50.- En los anexos se encuentra la "Cédula de Recolección de Datos" utilizada.

5.7.- CONSIDERACIONES ETICAS.

Antes de recabar la información del presente estudio y de aplicar los Tests mencionados, se explicaron a cada Pensionado o Jubilado, los motivos, la utilidad y el procedimiento de la investigación, y se obtuvo su libre y expresa aceptación para participar en el estudio, y

en la misma hoja de los tests se recabó su firma, según criterios de la Asamblea Médica Mundial en su Declaración de Helsinki, 1964, y revisada en Tokio en 1975. Todo lo cual fue llevado a cabo en las instalaciones de la Clínica, con la autorización expresa de las autoridades de la misma.(22)

6.- RESULTADOS.

El tamaño de la muestra estudiada sumò un total de 252 Pensionados, de los cuales 144 fueron hombres, y 108 mujeres. (Tabla y Grafico General).

Resultaron sin Deterioro Mental 184 pensionados, significando el 73% del total de los encuestados.

Con Deterioro Mental Moderado resultaron 62 pensionados, representando 24.6%, y finalmente con Deterioro Mental Severo resultaron 6 pensionados, esto es, el 2.3% de la poblaciòn entrevistada. (Tabla 1, Figura 1).

Sin Depresiòn fueron 188 pensionados, significando el 74.6% del total de la poblaciòn encuestada.

Con Depresiòn Moderada resultaron 60 pensionados, o sea, el 23.8%, y finalmente con Depresiòn Severa fueron 4 pensionados, siendo el 1.5% del total. (Tabla 2, Figura 2)

Comparando los resultados de la Poblaciòn Masculina con los de la Poblaciòn Femenina, en cuanto a Deterioro Mental, obtenemos lo siguiente: Poblaciòn Masculina sin Deterioro Mental 106 pensionados; con Deterioro Mental Moderado 38 pensionados, y con Deterioro Mental Severo, ninguno.

En la Poblaciòn Femenina, sin Deterioro Mental 78 pensionadas, con Deterioro Mental Moderado 24 pensionadas, y con Deterioro Mental Severo, 6 pensionadas. (Tabla 3, Figura 3).

Comparando los resultados referentes a Depresiòn, en las poblaciones Masculina y Femenina, encontramos: Poblaciòn

Masculina con Depresión Severa, 4 pensionados, con Depresión Moderada 28 pensionados, sin Depresión, 112 pensionados.

Población Femenina con Depresión Severa ninguna mujer, con Depresión Moderada 32, y sin Depresión 76 pensionadas. (Tabla 4, Figura 4)

Dentro de la Población Masculina, si comparamos los resultados de Deterioro Mental con los de Depresión, obtenemos lo siguiente: sin Deterioro Mental 106 hombres, esto es 73.6%, y sin Depresión 112 hombres, esto es, 77.8%; con Deterioro Mental Moderado 38 hombres, es decir, el 26.3%, y con Depresión Moderada 28 hombres, es decir, el 19.4%; finalmente, con Deterioro Mental Severo ninguno, 0%, con Depresión Severa 4 hombres, 2.7%. (Tabla 5, Figura 5)

Dentro de la Población Femenina, si comparamos los resultados de Deterioro Mental y los de Depresión, obtenemos lo siguiente: sin Deterioro Mental 78 mujeres, es decir, el 72.2%, y sin Depresión 76 mujeres, es decir, el 70.4%; con Deterioro Mental Moderado 24 mujeres, esto es, el 22.2%, y con Depresión Moderada 32 mujeres, esto es, el 29.6%; finalmente, con Deterioro Mental Severo 6 mujeres, 5.6%, y con Depresión Severa, ninguna mujer, 0.0%. (Tabla 6, Figura 6)

Otros resultados que merecen puntualizarse son los referentes a los grupos etarios de las décadas finales del Ciclo Vital. Separando, según las décadas de la vida, cuatro grupos etarios, a saber, de 50-59 años, 60-69 años, 70-79 años, 80 años en adelante, se encontraron los siguientes datos en la Población Masculina: con

Deterioro Mental Moderado 4 pensionados en el primer grupo, 14 pensionados en el segundo grupo, 14 pensionados en el tercer grupo y 6 pensionados en el cuarto grupo; con Deterioro Severo ningún pensionado fue detectado. (Tabla 7, Figura 7)

Separando los mismos cuatro grupos etarios en la Población Femenina, se detectò lo siguiente: con Deterioro Mental Moderado 6 mujeres en el primer grupo, 2 mujeres en el segundo grupo, 14 mujeres en el tercer grupo, y 2 en el cuarto grupo; con Deterioro Mental Severo se encontraron 2 mujeres en el primer grupo, 2 en el tercero y 2 en el cuarto. (Tabla 8, Figura 8)

Finalmente, con relación a los resultados de Depresión, en la Población Masculina, según los mismos cuatro grupos etarios, los datos obtenidos fueron los siguientes: con Depresión Moderada 4 pensionados en el primer grupo, 14 pensionados en el segundo grupo, 6 pensionados en el tercer grupo, 4 pensionados en el cuarto grupo; con Depresión Severa solamente 4 pensionados en el cuarto grupo. (Tabla 9, Figura 9).

Y en cuanto a la Población Femenina, los datos de Depresión se distribuyeron en la forma siguiente: con Depresión Moderada 14 mujeres en el primer grupo, 2 mujeres en el segundo grupo, 12 mujeres en el tercer grupo, 4 mujeres en el cuarto grupo; Depresión Severa, no se encontró en la Población Femenina. (Tabla 10, Figura 10)

TABLAS Y GRAFICOS

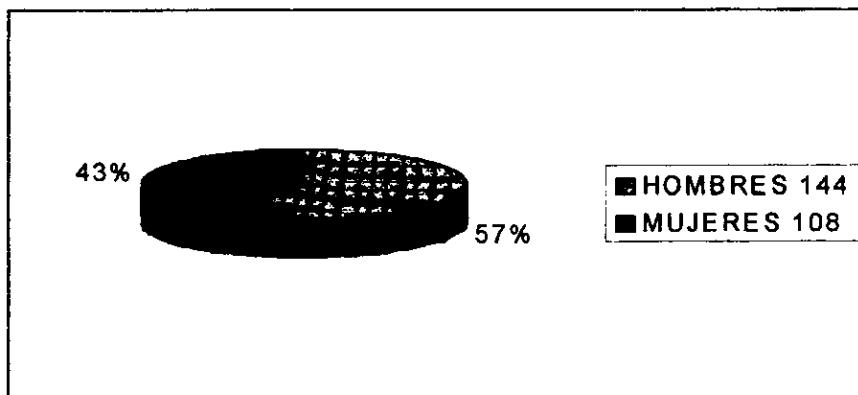
TABLA Y GRAFICO GENERAL:

TABLA GENERAL DE LA POBLACION ESTUDIADA

HOMBRES	144	57.14%
MUJERES	108	42.85%
TOTAL	252	100%

Fuente: Cedula de Recolección de Datos

GRAFICO GENERAL DE LA POBLACION ESTUDIADA:



Fuente: Cedula de Recolección de Datos

TABLA 1. DETERIORO MENTAL

	PENSIONADOS	PORCENTAJE
SIN DETERIORO MENTAL	184	73%
CON D.M. MODERADO	62	24.6%
CON D.M. SEVERO	6	2.3%
TOTAL	252	100%

Fuente : Cédula de recolección de datos

TABLA 2. DEPRESION

	PENSIONADOS	PORCENTAJE
SIN DEPRESION	188	74.6%
CON DEPRESION MODERADA	60	23.8%
CON DEPRESION SEVERA	4	1.5%
TOTAL	252	100%

Fuente : Cédula de recolección de datos

TABLA 3. Resultados de DETERIORO MENTAL de la Población Masculina comparados con los de la Población Femenina

	POBLACION MASCULINA		POBLACION FEMENINA	
	SIN DETERIORO MENTAL	106	73.61%	78
CON D. M. MODERADO	38	26.38%	24	22.22%
CON D.M. SEVERO	0	0%	6	5.55%
TOTAL	144	100%	108	100%

Fuente : Cédula de recolección de datos

TABLA 4. Resultados de DEPRESION de la Población Masculina comparados con los de la Población Femenina

	POBLACION MASCULINA		POBLACION FEMENINA	
	SIN DEPRESION	112	77.77%	76
CON DEPRESION MODERADA	28	19.44%	32	29.62%
CON DEPRESION SEVERA	4	3.57%	0	0%
TOTAL	144	100%	108	100%

Fuente : Cédula de recolección de datos

TABLA 5. Comparación de los datos de DETERIORO MENTAL con DEPRESION en la Población Masculina

DETERIORO MENTAL			DEPRESION		
SIN DETERIORO MENTAL	106	73.61%	112	77.77%	SIN DEPRESION
CON D. M. MODERADO	38	26.38%	28	19.44%	CON DEPRESION MODERADA
CON D.M. SEVERO	0	0%	4	2.77%	CON DEPRESION SEVERA
TOTALES	144	100%	144	100%	

Fuente : Cédula de recolección de datos

TABLA 6. Comparación de los datos de DETERIORO MENTAL con DEPRESION en la Población Femenina

DETERIORO MENTAL			DEPRESION		
SIN DETERIORO MENTAL	78	72.22%	76	70.37%	SIN DEPRESION
CON D. M. MODERADO	24	22.22%	32	29.62%	CON DEPRESION MODERADA
CON D.M. SEVERO	6	5.55%	0	0%	CON DEPRESION SEVERA
TOTAL	108	100%	108	100%	

Fuente : Cédula de recolección de datos

TABLA 7. DETERIORO MENTAL en la Población Masculina según los grupos etarios de las últimas décadas de la vida

POBLACION MASCULINA EN TOTAL : 144	50-59 AÑOS		60-69 AÑOS		70-79 AÑOS		80 AÑOS EN ADELANTE	
	SIN DETERIORO MENTAL	26	86.66%	32	69.56%	36	72%	12
CON D. M. MODERADO	4	13.33%	14	30.34%	14	28%	6	33.33%
CON D.M. SEVERO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	30		46		50		18	

Fuente : Cédula de recolección de datos

TABLA 8. DETERIORO MENTAL en la Población Femenina según los grupos etarios de las últimas décadas de la vida

POBLACION FEMENINA EN TOTAL: 108	50-59 AÑOS		60-69 AÑOS		70-79 AÑOS		80 AÑOS EN ADELANTE	
	SIN DETERIORO MENTAL	24	75%	30	93.75%	20	55.55%	4
CON D. M. MODERADO	6	18.75%	2	6.25%	14	38.88%	2	25%
CON D.M. SEVERO	2	6.25%	0	0%	2	5.55%	2	25%
TOTAL	32	100%	32	100%	36	100%	8	100%

Fuente : Cédula de recolección de datos

TABLA 9. DEPRESION en la Población Masculina según los grupos etarios de las últimas décadas de la vida

POBLACION MASCULINA EN TOTAL : 144	50-59 AÑOS		60-69 AÑOS		70-79 AÑOS		80 AÑOS EN ADELANTE	
	SIN DEPRESION	26	86.66%	32	69.56%	40	80%	14
CON DEPRESION MODERADA	4	13.33%	14	30.43%	6	12%	4	22.22%
CON DEPRESION SEVERA	0	0%	0	0%	4	8%	0	0%
TOTAL	30	100%	46	100%	50	100%	18	100%

Fuente : Cédula de recolección de datos

TABLA 10. DEPRESION en la Población Femenina según los grupos etarios de las últimas décadas de la vida

POBLACION FEMENINA EN TOTAL: 108	50-59 AÑOS		60-69 AÑOS		70-79 AÑOS		80 AÑOS EN ADELANTE	
	SIN DEPRESION	22	61.11%	28	93.33%	24	66.66%	2
CON DEPRESION MODERADA	14	38.88%	2	6.66%	12	33.33%	4	66.66%
CON DEPRESION SEVERA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	36	100%	30	100%	36	100%	6	100%

Fuente : Cédula de recolección de datos

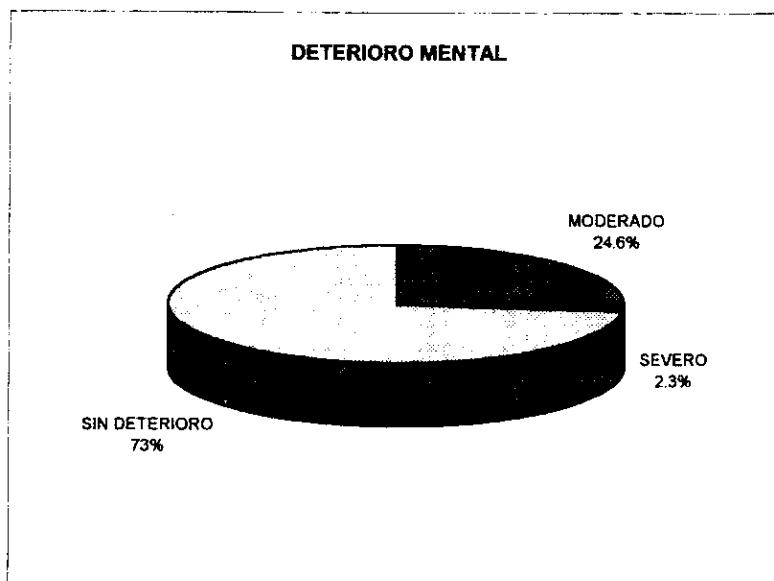


FIGURA 1.

PORCENTAJES OBTENIDOS DE DETERIORO MENTAL, EN LA POBLACION ESTUDIADA, CON LA APLICACION DEL TEST "MINI-MENTAL STATE EXAMINATION" DE FOLSTEIN.

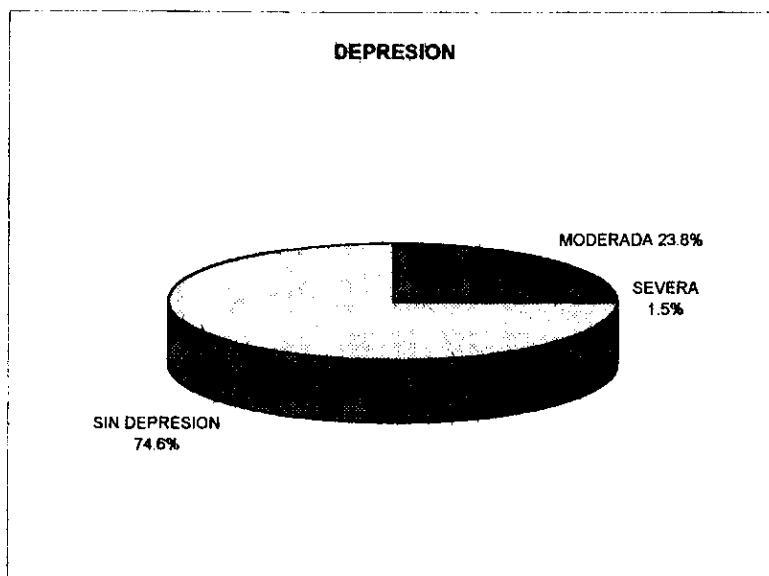


FIGURA 2.

PORCENTAJES OBTENIDOS DE DEPRESION, EN LA POBLACION ESTUDIADA, CON LA APLICACION DEL TEST "GERIATIC DEPRESSION SCALE-15"

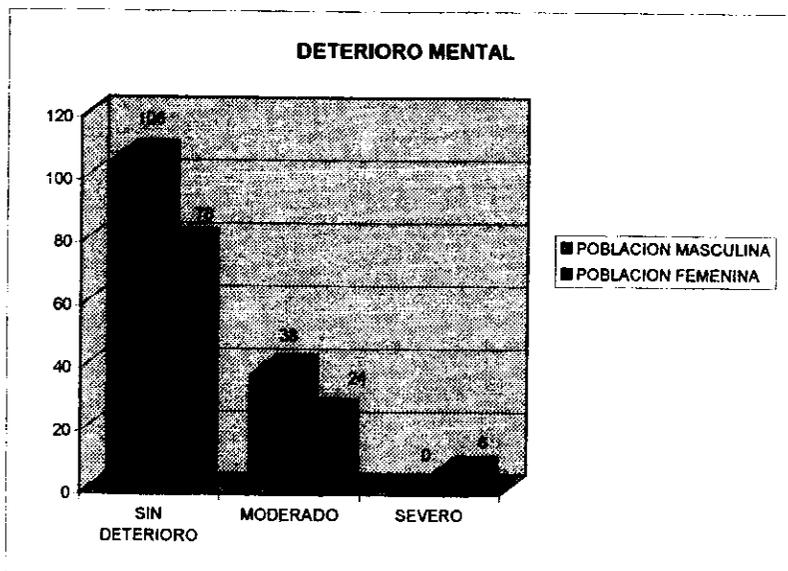


FIGURA 3.
Resultados de DETERIORO MENTAL de la Población Masculina comparados con los de la Población Femenina.

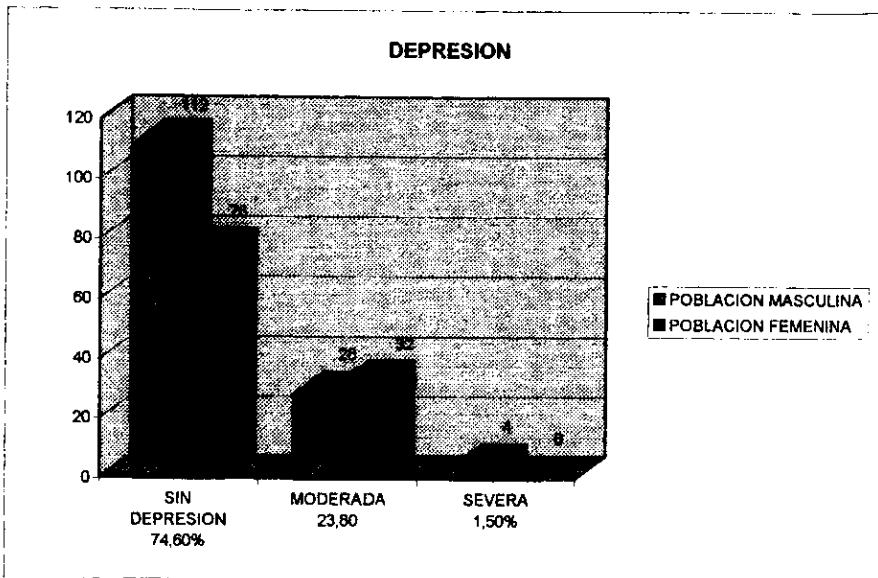


FIGURA 4.
Resultados de DEPRESION de la Población Masculina comparados con los de la Población Femenina

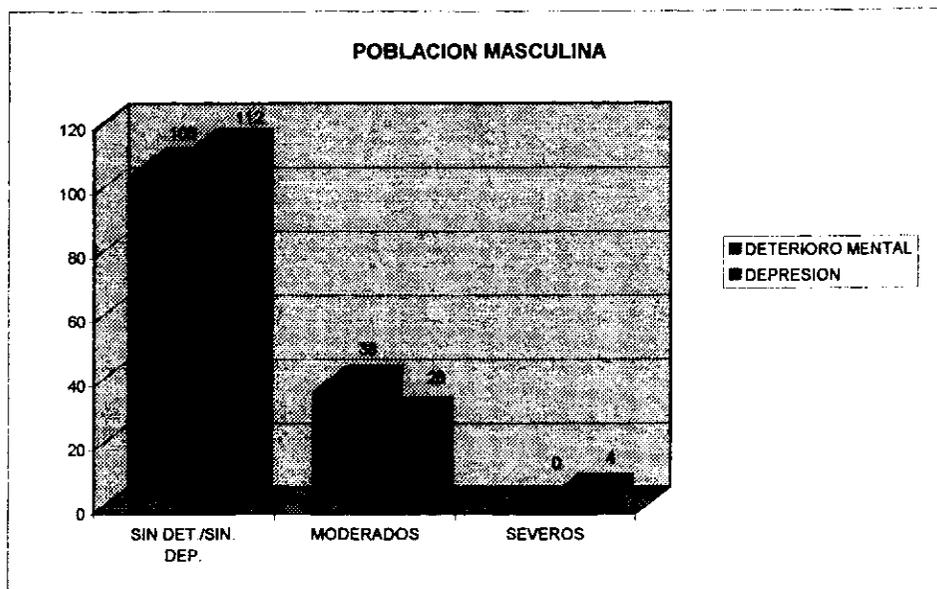


FIGURA 5.
Comparación de los datos de DETERIORO MENTAL con DEPRESION en la Población Masculina.

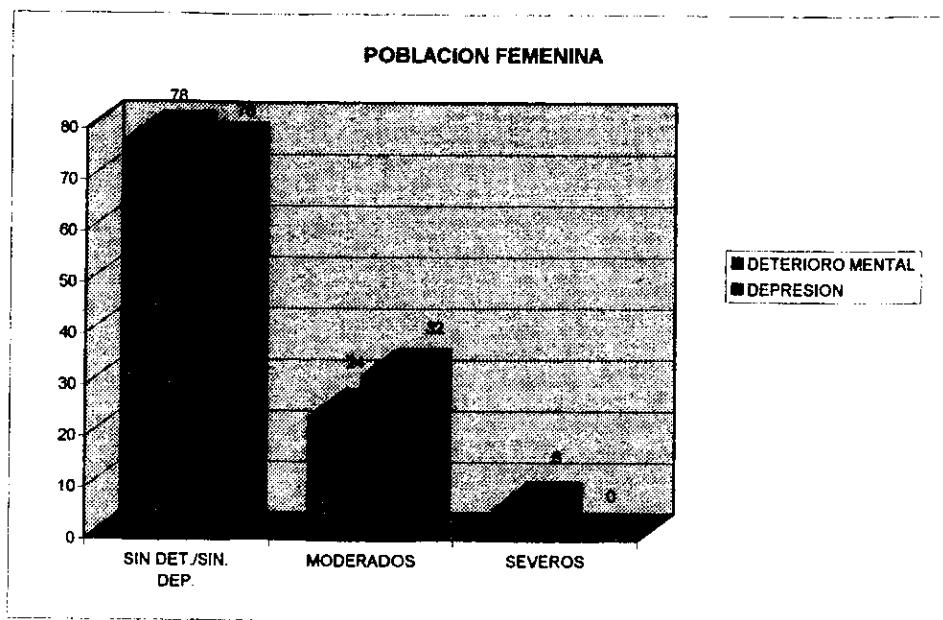


FIGURA 6.
Comparación de los datos de DETERIORO MENTAL con DEPRESION en la Población Femenina.

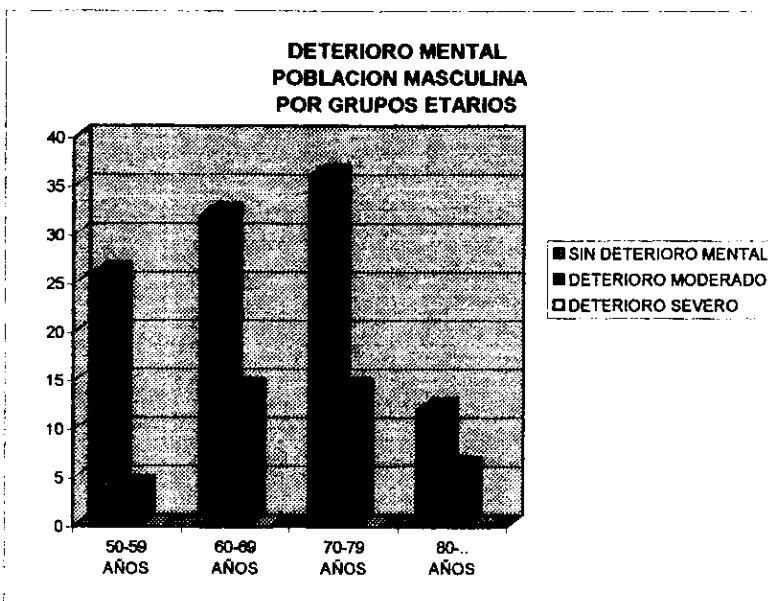


FIGURA 7.
DETERIORO MENTAL en la Población Masculina según los grupos etarios de las últimas décadas de la vida.

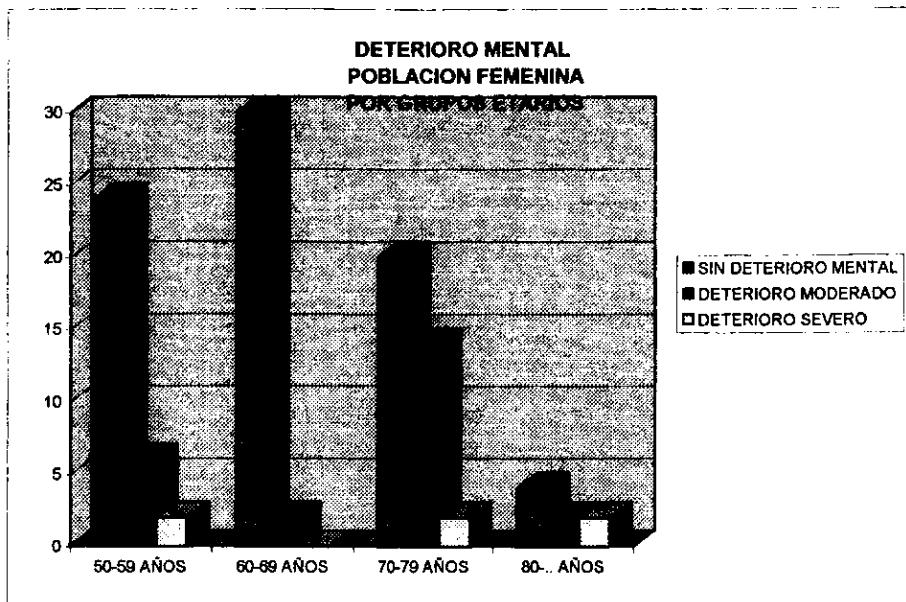


FIGURA 8.
DETERIORO MENTAL en la Población Femenina según los grupos etarios de las últimas décadas de la vida.

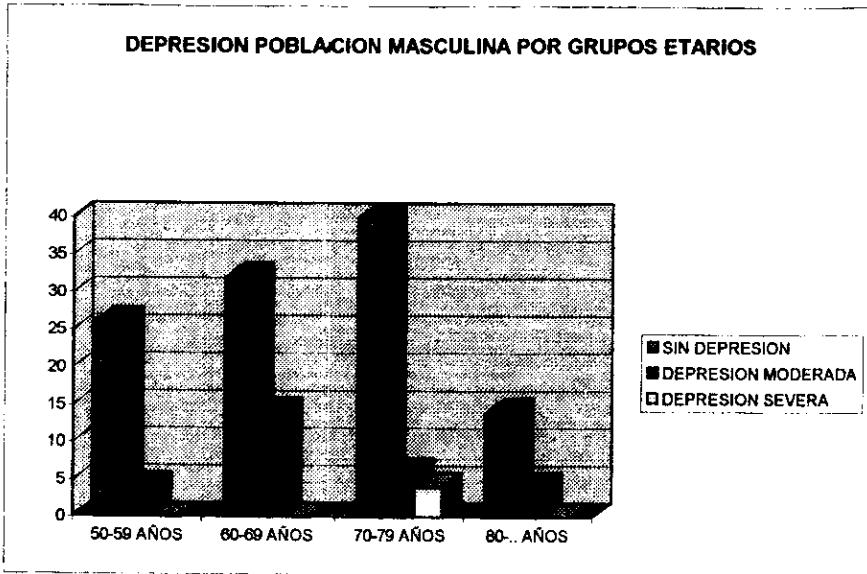


FIGURA 9.
DEPRESION en la Población Masculina según los grupos etarios de la últimas décadas de la vida.

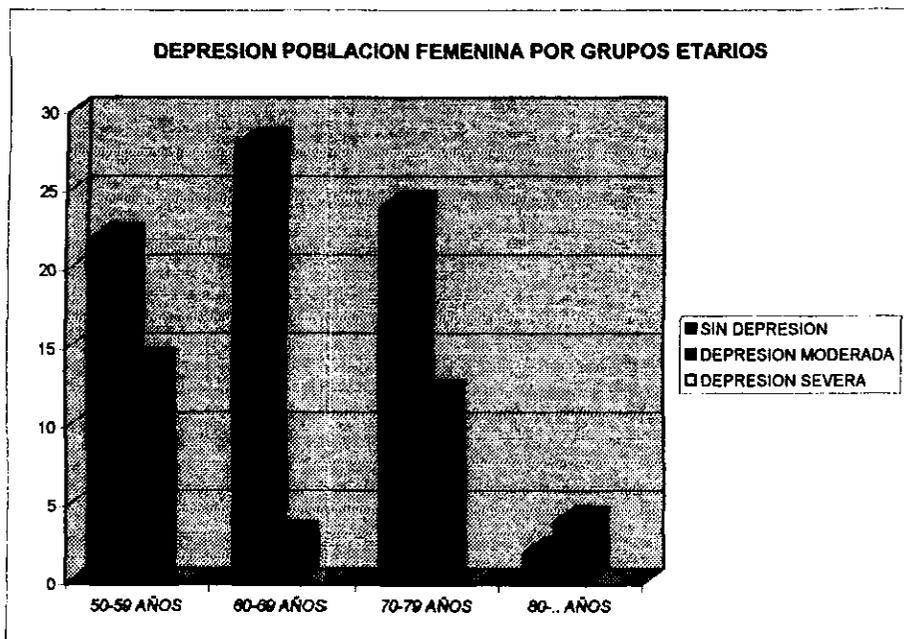


FIGURA 10.
DEPRESION en la Población Femenina según los grupos etarios de las últimas décadas de la vida.

8.- ANALISIS DE RESULTADOS.

De acuerdo a los datos obtenidos en el presente estudio con los Jubilados y Pensionados de la Clínica Revolución, encontramos el 27% de individuos con Deterioro Mental, y dentro de esta cifra, un 2.3% de Deterioro Mental Severo, lo cual corresponde a las cifras encontradas en otros estudios.(6,15,2,19)

Por otra parte, la Depresión fue detectada en un 25% en forma global, siendo Depresión Severa en un 1.5%. . Estas cifras también son semejantes a las encontradas en otros estudios de prevalencia.(6,12,2,28)

Al comparar los resultados entre la Población Masculina y la Femenina de los Pensionados estudiados, se observa que el Deterioro Mental Moderado es más frecuente en la Población Masculina , 26.3%, que en la Población Femenina, 22.6%. En cambio, Deterioro Severo sólo se detectó en Población Femenina, 5.6%.

En cuanto a Depresión Moderada, fue más frecuente en la Población Femenina, 30.1%, que en la Población Masculina, 19.4%, sin embargo, la Depresión Severa sólo se detectó en hombres, 2.7%.

Analizando los grupos etarios de las últimas décadas de la vida, encontramos que tanto la Población Masculina como la Femenina del grupo de los 80 años en adelante, tiene un Deterioro Mental al menos en el 50% de los casos.

Llama la atención también que el Deterioro Mental en hombres se observa en alta proporción a partir de los 60 años, en cambio en las mujeres se observa alto a partir de los 70 años.

Por otro lado, al analizar las cifras obtenidas en cuanto a Depresión, encontramos que en la Población Femenina tiene dos momentos de mayor incidencia, a saber, el primero entre los 50-59 años, correspondiendo aproximadamente al inicio de la llamada "Tercera Edad", y después a partir de los 70 años. En la Población Masculina en cambio, aparece menos frecuente la Depresión entre los 50-59 años, aumenta entre los 60-69 años, para hacerse después menos frecuente pero más severa, específicamente en la década de los 70-79 años, lo cual coincide con los reportes de otros estudios y con el dato conocido de ser este periodo de la vida, en que es más frecuente el suicidio con eficacia en la consumación. (6,12)

En general, puede afirmarse que los datos obtenidos en el presente estudio son similares en cuanto a Prevalencia a los que se reportan en otros estudios ya mencionados en los Antecedentes (1.4); especialmente los porcentajes encontrados referentes a Depresión y específicamente Depresión Moderada 23.8% y Depresión Severa 1.5%. Pero merece destacarse que los datos referentes a Deterioro Mental pertenecen a los rangos altos, 24.6%, encontrados en esos estudios.(6,15,24)

9.- CONCLUSIONES.

Con el trabajo realizado se lograron los objetivos del estudio: conocer la Prevalencia de Deterioro Mental y de Depresión en la población de Pensionados y Jubilados que asisten a consulta en la Clínica Revolución.

Junto con esos resultados, tenemos también las diferencias de Prevalencia entre la población masculina y la femenina, así como la identificación de las décadas de la vida en que los padecimientos estudiados se presentan con más frecuencia.

Observamos que el Deterioro Mental y la Depresión muchas veces se asocian entre sí en el paciente anciano, que por otra parte ya está aquejado por otras patologías orgánicas, y que ésto lo coloca en una condición de desventaja, aunque el envejecimiento no sea por sí mismo una enfermedad.

Como profesional de la salud y dedicado a la Medicina Familiar, el presente estudio me deja varias enseñanzas. En primer lugar que la relación Médico-Paciente es de primordial importancia, ya que la detección y el diagnóstico de los dos padecimientos estudiados es eminentemente clínico y con frecuencia se encuentran enmascarados con otros signos o síntomas.

En segundo lugar encuentro que las Bases Filosóficas de la Medicina Familiar que implican una atención integral, un seguimiento cercano y una serie de acciones preventivas, son un apoyo completo a la atención del paciente anciano, que requiere no sólo atenderle sus padecimientos orgánicos, sino también todo lo que pueda ayudar a su Calidad de Vida.

En tercer lugar, igual que en Pediatría el niño no es un adulto pequeño, en Geriatria el anciano no es un adulto más viejo, sino una persona cuya patología se mueve en un terreno somato-psíquico, puesto que los padecimientos tienen una implicación más allá del ámbito puramente orgánico.

De acuerdo a las cifras encontradas en el estudio, se ve claro que el estudio de la Geriatria es muy importante para el Médico Familiar, y de manera especial la Geriatria Preventiva, para atender a este grupo de pacientes de manera integral y poder establecer pautas en el Estilo de Vida y los diferentes procesos patológicos que van haciendo su aparición en el anciano.

El Deterioro Mental, y la Depresión como síndrome, los hemos detectado en proporciones semejantes, al menos en forma leve y tal vez incipiente, a las encontradas en otros estudios, siendo las cifras de aproximadamente la cuarta parte de la población estudiada, lo cual nos pide una atención específica a estos padecimientos para atenderlos oportunamente, ya sea en el consultorio, ya sea canalizándolos al Servicio especializado más conveniente según el caso, Geriatria, Psicología o Psiquiatria.

Finalmente, como fruto del estudio llevado a cabo, tenemos datos objetivos para jerarquizar y estructurar, además de la Consulta específica para los ancianos, otros programas, acciones, talleres, conferencias, círculos o clubes, que proporcionen a los ancianos y en especial a los Pensionados y Jubilados, la oportunidad de conservar, o recuperar, el Equilibrio Bio-Psico-Social, que es en definitiva nuestro trabajo como Médicos Familiares.

ANEXOS

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE.....

EXPEDIENTE.....
COLONIA.....
FECHA.....

EDAD.....
SEXO.....
ESCOLARIDAD.....

RESULTADO DEL TEST "MINI-MENTAL":

--

RESULTADO DEL TEST "GDS-15":

--

CLINICA REVOLUCION

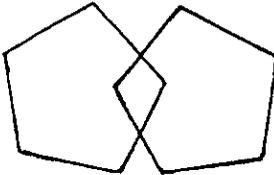
DR. HERNANDEZ VERA J.J.

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Folstein, Folstein, McHugh, 1975.

PUNTUACION.

- | | | |
|--|---|-----|
| 1-.Qué fecha es hoy? -Año-estación-mes-día-fecha. | 5 | () |
| 2-.En dónde estamos? Clínica-piso-ciudad-estado-país. | 5 | () |
| 3-.Nombre tres objetos. Mesa-silla-ventana: | 3 | () |
| 4-.Empezando de 100, reste de 7 en 7, 5 veces. | 5 | () |
| 5-.Repita el nombre de los 3 objetos que aprendió. | 3 | () |
| 6-.Mostrar una pluma y un reloj y que el paciente los identifique y nombre. | 2 | () |
| 7-.Repita la frase:"Tres tristes tigres". | 1 | () |
| 8-.Siga las siguientes instrucciones:"Tome una hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad,y póngala en el piso. | 3 | () |
| 9-.Lea y obedezca la frase:"CIERRE LOS OJOS" | 1 | () |
| 10-.Escriba una frase.(su nombre) | 1 | () |
| 11-.Copie el siguiente dibujo.(Dos pentágonos cruzados.) | 1 | () |

 PUNTOS:


Normal: 24-30 puntos.

Moderado deterioro: 18-23 puntos.

Severo deterioro: 0-17 puntos.

 CLINICA REVOLUCION
 Dr.Julián J.Hdez.Vera.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S.

67

SECCION DE GERIATRIA.

TEST ACORTADO DE DEPRESION GERIATRICA

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

FECHA _____ EXPEDIENTE _____ No DE TEST

1	2	3	4
---	---	---	---

No	PREGUNTA	RESPUESTA			VALOR
		SI	NO	CORRECTA	
1	ESTA SATISFECHO CON SU VIDA?			SI	
2	HA BAJADO MUCHO EL INTERES POR SUS ACTIVIDADES Y TRABAJO?			NO	
3	PIENSA QUE SU VIDA ESTA VACIA?			NO	
4	FRECUENTEMENTE ESTA ABURRIDO?			NO	
5	SE ENCUENTRA DE BUEN HUMOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?			SI	
6	TIENE MIEDO DE QUE LE PASE ALGO MALO EN CORTO TIEMPO?			NO	
7	SE ENCUENTRA FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?			SI	
8	TIENE LA SENSACION DE SER INCAPAZ?			NO	
9	PREFIERE PERMANECER EN CASA QUE SALIR A LA CALLE O PASEAR?			NO	
10	PIENSA QUE TIENE PROBLEMAS CON LA MEMORIA?			NO	
11	CREE QUE ES BELLO VIVIR?			SI	
12	TIENE LA SENSACION DE QUE LO QUE LO QUE HACE NO TIENE VALOR?			NO	
13	TIENE LA SENSACION DE TENER TODA SU ENERGIA?			SI	
14	PIENSA QUE SU SITUACION ES DESESPERADA?			NO	
15	CREE QUE LA GENTE TIENE MEJOR SUERTE QUE USTED?			NO	

SCOR: 0 a 5 = NORMAL. 6 a 10 = DEPRESION MODERADA. 11 a 15 = DEPRESION SEVERA

REALIZO: _____ FIRMA _____ REVISO: _____ FIRMA _____

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALMEIDA JOYCE, M.D., and FOTTRELL E., "Reviews in Clinical Gerontology", London 1991, I, pp.267-281.
- 2.- BARBEE JAMES, M.D., and MC.LAULIN B., M.D., "Anxiety Disorders: Diagnosis, and Farmacoterapy in the Elderly", Psychiatric Annals, Febr.1990, pp.439-445.
- 3.- BELLAK LEOPOLD, "Geriatric Psychiatry", New York, Crunc and Strattan 1976, 312 p.
- 4.- BRINK TERRY L., "Geriatric Psychotherapy", New York, Human Sciences, 1979, 318 p.
- 5.- BUSSE EWALD W. "Hanbook of Geriatric Psychiatry" New York, Van Nostrand Reinhold, 1980, 542 p.
- 6.- COHEN GENE D., M.D., Ph.D., "Prevalence of Psychiatric Problems in Older Adults", Psychiatric Annals, August 1990, pp.433-438.
- 7.- D'ATH PENNY et alii, "The Acceptability and Performance of the 15 Item Geriatric Depression Scale (GDS-15) and the Development of Short Versions", Family Practice, Oxford University Press, 1994, Vol.11, No.3, pp.260-266.
- 8.- DE NICOLA P., "Geriatría", Edit. Manual Moderno, México 1992, pp.265-269.

- 9.- FRIED LINDA P., M.D., M.P.H., et alii, "Diagnosis of Illness Presentation in the Elderly", J.A.G.S., American Geriatric Society, 1991, 39, pp.117-123.
- 10.- GOLDMAN HOWARD H., "Psiquiatría General", Edit. El Manual Moderno, México 1989, pp.83-88, 687-697.
- 11.- GONZALEZ ARAGON J. "Manual de Autocuidado y Salud en el Envejecimiento", Edit. Costa-Amic, México 1994, pp.295-297.
- 12.- HENDRIE HUGH C., M.D., and CROSSETT J.H.W., M.D., Ph.D., "An Overview of Depression in the Elderly", Psychiatric Annals, Febr.1990, pp.64-70.
- 13.- I.S.S.S.T.E., "Ley del I.S.S.S.T.E.", Edit. Delma, México 1995.
- 14.- JORES ARTHUR, "La Medicina en la Crisis de Nuestro Tiempo", Edit. Siglo XXI, México 1967, p.9, p.33 ss.
- 15.- KAPLAN HAROLD Y., "Compendio de Psiquiatría", Salvat, México 1994, pp.910-915.
- 16.- LACHS MARC S., M.D., MPH, and PILLEMER K., Ph.D., "Abuse and Neglect of Elderly Persons", The New England Journal of Medicine, Febr.1995, v.332, pp.437-442.
- 17.- LARSON B. ERCK, M.D., MPH, "Exercise, Functional Decline and Frailty", J.A.G.S., American Geriatric Society, 1991, 39, pp.635-636.
- 18.- LOPEZ PINERO J.M., "Medicina, Historia, Sociedad", Edit. Ariel, Barcelona 1987, p.32.

- 19.- LOZANO CARDOSO A., "Introducción a la Geriatria", Méndez Edit., México 1992, pp.271-284.
- 20.- MALLETA GABE J. M.D., Ph.D., "Pharmacologic Treatment and Management of Aggressive Demented Patient", *Psychiatric Annals*, August 1990, pp.446-455.
- 21.- MEDALIE JACK H., "Medicina Familiar, Principios y Prácticas", Edit. Limusa, México 1987, pp. 251-262.
- 22.- MENDEZ RAMIREZ G. et alii, "El Protocolo de Investigación", Edit. Trillas, México 1997.
- 23.- MICHELI FEDERICO E., "Neurología en el Anciano", Edit.Médica Panamericana, Buenos Aires 1996, pp.23-53.
- 24.- MULLAN ELEANOR et alii, "Screening, Detection and Management of Depression in Elderly Primary Care Attenders", *Family Practice*, Oxford University Press, 1994, vol.11, No.3, pp.267-269.
- 25.- O.M.S., "C.I.E.-10, Trastornos Mentales y del Comportamiento", O.M.S.-Meditor, Madrid 1992.
- 26.- RAPP STEPHEN R.,Ph.D., PARISI S.A.,Ph.D., WALLACE C.E.,M.D., "Comorbid Psychiatric Disorders in Elderly Medical Patients", *American Geriatrics Soc.*, Febr.1991, Vol.39, pp124-131.
- 27.- ROSENTHAL S.H., "Recognition of Depression", *Geriatrics* 1968, 23, pp.111-119.

- 28.- SAKAUYE KENNETH, M.D., "Psychotic Disorders: Guidelines and Problems with Antipsychotic Medications in the Elderly", *Psychiatric Annals*, Febr.1990, pp456-465.
- 29.- SANCHEZ OLANELL, DIEZ Q.C., "Trastornos Mentales de Base Somática Conocida", *Medicine*, Nov.1991, pp.93-110.
- 30.- TOMBAUGH TOM N. Ph.D, MC.INTYRE N.J., M.D., "The Mini-Mental State Examination: A Comprehensive Review", *J.A.G.S., American Geriatric Society*, Sept.1992, Vol.40, No.9, pp.922-935.
- 31.- YOUNG ROBERT C., "Pharmacological Treatment of Depression", *Psychiatric Annals*, Febr. 1990, pp.102-107.