



11241  
24  
Universidad Nacional  
Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Dpto. de Psicología Médica  
Psiquiatria y Salud Mental

T E S I S A

ASPECTOS CLINICOS DE LA DEPRESION EN ANCIANOS  
INSTITUCIONALIZADOS QUE CURSAN LA OCTAVA DECADA  
DE LA VIDA.

Asesor: Miguel Krassorevitch Zibach *Wkeing*

2002

DR. SALVADOR HERRERA ROSARIO

DR. JORGE MORAN MANRIQUEZ *Adela*

TESIS CON  
VALIA DE ORIGEN

*Vib. Aljondra R*



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.

A MIS MAESTROS

He vivido largos años  
y he llegado a la vejez  
con un saco inmenso, lleno  
de recuerdos, aventuras,  
de cicatrices, de úlceras  
incurables, de dolores,  
de recuerdos, de cobardias  
y de tragedias....

Ahora.... de repente a los  
80 años me doy cuenta de que  
se tocar muy bien el violín...  
" que soy un virtuoso ".

Me gusta haber llegado a la  
vejez siendo un gran violinista...

Un virtuoso.

LEON FELIPE.

# ASPECIOS CLINICOS DE LA DEPRESION EN ANCIANOS INSITIUCIO NALIZADOS QUE CURSAN LA OCTAVA DECADA DE LA VIDA.

## INIRODUCCION.

La ancianidad se ha convertido en los últimos 100 años en un problema social importante. La sociedad no estaba acostumbrada a que un porcentaje tan alto de la población, y cada día -- creciente, fuese de edad tan avanzada. No existían los largos cuidados de salud para el anciano, no existía apenas aunque -- tanto se alude a ello, la convivencia trigeneracional o aún -- cuatrigeneracional. Pero la sociedad también preocupa a los -- ancianos, les preocupa porque son ellos los que reciben gran -- parte de las consecuencias negativas del hecho, los ancianos -- no han creado el problema de la ancianidad; ha sido la socie -- dad quién lo ha hecho, o al menos así se pretende ver.

La situación del anciano en las sociedades depende de las formas sociales, las cuales determinan en todas las culturas la -- suerte del anciano. La miseria o la riqueza, la inseguridad o seguridad de la sociedad hacen de los ancianos infelices o poderosos. En el fondo, la vejez, aún en situaciones de poder es respetada pero no amada ni deseada. En la literatura las sátiras y burlas de la vejez son abundantes y constantes. El viejo es un ser que ya no es de este mundo y que, por tanto, debe renunciar a las satisfacciones y placeres de la vida. El análisis de la historia de las civilizaciones demuestra que el anciano casi siempre ha sido despreciado o cuando menos soportado oficialmente y criticado en la realidad.

En nuestros días no existe un momento concreto en que por su -- edad una persona pase al grupo de los ancianos, es decir no -- hay un rito de entrada como existe para pasar al estado adulto.

Viejo es el que es reconocido como tal por el grupo social en el que vive.

Existe un hecho de particular interés, la disminución o pérdida de las capacidades física, mental y económica, sobre todo en -- las culturas más pobres, condicionan que el viejo sea el improductivo, el enfermo e incluso "el estorbo" y por ello se ve o bligado a modificar su status, forzando su adaptación al medio ambiente, pudiendo entonces presentar síntomas característicos del síndrome depresivo. Sin embargo, la eliminación del viejo no es generalizable. En el mejor de los casos el anciano como grupo es respetado o temido y en ocasiones positivamente querido y aceptado.

#### JUSIIFICACION.

Ya desde la década de los 50's al reunirse un comité de expertos de la O.M.S. para estudiar los problemas de salud mental, propios del envejecimiento; se observó la importancia de la interacción de los factores emocionales, biológicos y sociales en la aparición y evolución de los trastornos mentales en la vejez, haciendo énfasis en la urgencia de nuevos estudios sobre la epidemiología, la etiología y el tratamiento de estos. Debido a que la depresión es una de las alteraciones más frecuentes en la vejez y a que en nuestro país son pocos los estudios realizados al respecto, consideramos de interés la realización del presente trabajo en un asilo de ancianos situado en el D.F., con la particularidad de que el grupo seleccionado es autosuficiente y cuentan con 80 años de edad o más, época de la vida en que, de acuerdo a reportes previos, la incidencia de depresión es baja.

## ANIECEDENIES.

Desde que fueron separadas por Kraepelin las depresiones que se manifiestan por primera vez en la senectud de las denominadas - involutivas, ha existido la controversia entre los autores que tienden a unificarlas, sin embargo, se han reportado que las de presiones que se manifiestan por primera vez en la vejez, tienen algunas características propias que permiten diferenciarlas de las involutivas, (Krassoievitch<sup>1</sup>) los factores hereditarios - maniaco-depresivos son poco frecuentes, no existe una personalidad previa característica y la ansiedad predomina en el cuadro clínico. La depresión en el anciano es considerada como una -- condición patológica de etiología multifactorial, así (Fergusson<sup>2</sup>) refiere que en la ancianidad el proceso del envejecimiento está relacionado con cambios patológicos, y estos afectan no solo el cerebro sino muchos otros órganos del cuerpo. Por lo tanto, la enfermedad mental se asocia con frecuencia a la enfermedad física, la cual, algunas veces es remediable con la consecuente cura de la perturbación mental. (Ban<sup>3</sup>) menciona por su parte que existe una incidencia de aproximadamente del 10% de depresión en la población general de ancianos, que puede llegar a un 50% en los viejos con enfermedad física agregada y que entre los pacientes gerontopsiquiátricos hospitalizados se presentan trastornos afectivos en un poco más del 50% entre los 60 y 70 años, y en algo menos del 50% entre los de 70 y 80 años, pero que después de los 80 años se produce un brusco decremento - en la incidencia de depresión. Por otra parte, señala algunos cambios biológicos que se presentan con mayor frecuencia en la depresión de iniciación tardía: arterioesclerosis cerebral, aumento de la concentración de MHPG, disminución de los niveles séricos de testosterona y/o estrógenos e incremento de la actividad de la monoaminooxidasa (MAO) en plasma, plaquetas y mesencéfalo humano, conociendo que la actividad de la MAO aumenta a partir de los 35 años, alcanzando su máximo alrededor de los 70

años y observando además que esta actividad se incrementa cuando los niveles séricos de testosterona y estrógenos se encuentran disminuidos. (Mendelewicz<sup>4</sup>) refiere que los diversos modelos genéticos de enfermedad depresiva están basados en diferencias de edad de inicio. De acuerdo con el modelo multifactorial un inicio tardío puede indicar un mínimo de componentes genético y un máximo de factor ambiental. El sugirió una herencia poligénica, particularmente una combinación de múltiples genes interactuantes y factores ambientales, que pueden jugar un papel importante en las depresiones de iniciación tardía. Considerando que el anciano es más susceptible a los estímulos de su entorno, debido a esa disminución global de sus capacidades de la que hablabamos anteriormente, (Charatan<sup>5</sup>) informa de la mayor frecuencia de depresiones reactivas en la vejez. (Push y Wegener<sup>6</sup>) comprobaron que los procesos fisiológicos de adaptación al stress se encuentran disminuidos en los ancianos en comparación con los jóvenes y que unas de las principales causas de stress en el anciano resultan ser las enfermedades físicas, especialmente las de tipo crónico incapacitante, estas, menciona (Oster<sup>7</sup>), conducen a una deprivación sensorial progresiva -- que acelera los cambios degenerativos normalmente asociados al envejecimiento y cuya consecuencia es una disminución de la actividad física, del status social e intelectual, así como del conjunto general de valores. De lo anterior se puede llegar fácilmente a otro importante factor de stress: las pérdidas, éstas pueden consistir en alteraciones somáticas específicas y no específicas, las que a su vez conducen a una serie de cambios percibidos en las capacidades funcionales, así como a mayores problemas de tipo médico en la persona anciana. (Paul<sup>8</sup>) señala como la reducción de las funciones perceptivas en la vejez crea una limitación en el espacio personal del anciano. Menciona que a las diferentes actividades del hombre corresponden ciertos hábitos cuyos requerimientos de espacio son establecidos de acuerdo con el individuo y la sociedad, así algunas necesidades adap

tativas especiales en relación con la situación del espacio surgen de cambios psicofisiológicos en conexión con la fase de la vida, los cambios ecológicos y las restricciones externas del espacio disponible. El establecimiento de límites territoriales determinan entonces la conducta para ese espacio en particular y las transgresiones a esas fronteras son sancionadas por la sociedad mediante agresividad que puede en edades avanzadas causar trastornos psíquicos. De manera similar (Brink<sup>9</sup>) hace notar que la dinámica de la depresión en la vejez esta condicionada por el sentimiento de inferioridad producido por la suma total de las deprivaciones biopsicosociales. Estas pérdidas también son consideradas por (Bungard<sup>10</sup>) y (Mar Zuñiga<sup>11</sup>); quienes coinciden en que la idea del suicidio en los ancianos es producto de un impedimento social a intimar y de una pérdida de relaciones de alto valor relacionados con sentimientos de soledad con la cantidad de contactos sociales, agregando que parece ser de gran importancia el aislamiento voluntario como característica persistente en el estilo de vida. (Patiño<sup>12</sup>) enfatiza que el fondo motivacional del suicidio radica en el aislamiento y la sociedad, así como en una situación real o supuestamente irremediable, de tal forma que los suicidios consumados serían más bien situacionales que endógenos, dice además, que el intento de suicidio debe interpretarse no como un impulso de autodestrucción sino como una llamada de atención y señal de alarma para la sociedad. Este sentimiento de soledad como generador de angustia es de particular importancia, ya que como señala el mismo autor, la vejez conduce al inevitable balance de la vida, de lo vivido y experimentado; pero sobre todo de aquello que no se conoce, que se ha desperdiciado en forma irreparable y que no puede ser ya vivido ni experimentado. Cabe mencionar aquí que la angustia en el viejo no solo surge de su propia existencia, sino también de la coexistencia con los jóvenes y los adultos, puesto que ésta en la mayoría de los casos no puede ser armónica, luego entonces la vivencia del tiempo que tiene el an-



ciano deprimido resultará alterada. (Wyrich<sup>13</sup>) hace notar que en general, en el deprimido, la percepción del tiempo es más lenta, encontrándose aumentada la preocupación por el pasado, haciendo a este más extenso, en cambio la visión hacia el futuro es inmediata pero reducida. (Alonso Fernández<sup>14</sup>) coincide con esta opinión al mencionar que el presente del anciano deprimido se encuentra aumentado a expensas del pasado.

Hasta este momento no hemos hablado de la demencia, alteración que junto con la depresión son las de más frecuente presentación en la vejez. Sabemos que los dos cuadros pueden coexistir en el paciente, tampoco resulta raro que el estado demencial sea un factor precipitante o desencadenante al igual que otras enfermedades físicas, por el contrario, con menor frecuencia los síntomas depresivos indican el comienzo de un cuadro demencial. Por otra parte, algunos estados depresivos en los ancianos muestran elementos clínicos con características demenciales que desaparecen al tratar la depresión y que se han denominado pseudodemencias depresivas. Al respecto (Krassoievitch y Esquerre<sup>15</sup>) en un trabajo realizado en dos asilos y un hospital psiquiátrico en la Cd. de México, reportan la presencia de síntomas depresivos en las dos terceras partes de los pacientes incluidos en el estudio sobre semiología y clínica de las demencias en gerontopsiquiatría. (Blazer<sup>16</sup>) por su parte, hace mención de un síntoma complejo que puede ser fácilmente confundido con trastornos de la depresión en el anciano al que denomina Desmoralización; caracterizado por la sensación de imposibilidad para satisfacer sus demandas por sí mismo ante el rol social asignado para él.

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Nosotros pretendemos detectar que tan frecuente es el síndrome

depresivo en ancianos de ambos sexos, autosuficientes, de 80 -- años o más que habitan en un asilo y establecer las posibles co rrelaciones existentes entre depresión y sus particulares condi ciones de vida.

#### OBJEIIIVO:

La finalidad del estudio fue dar respuestas a preguntas plantea das por (Caraveo<sup>17</sup>) en un trabajo previo, para un grupo diferen te. Las interrogantes a resolver son. ¿ Porque no todos los an cianos sufren depresión? ¿ Porque los ancianos que viven en ca sas de asistencia e instituciones padecen más enfermedades fisi cas, son menos capaces de mantener su independencia, tienden al aislamiento y aparentemente tienen una peor evolución que los - ancianos que viven en la comunidad?¿Cuántos de estos ancianos - presentan por primera vez sintomatología depresiva? ¿ Cuáles -- son los síntomas psíquicos predominantes? ¿Cuáles son los sínto mas somáticos predominantes? ¿Cuáles fueron las causas desenca denantes del cuadro o en su defecto la ausencia de ellas? ¿Cuán tos presentaron demencia? ¿ En cuántos existía la ideación sui- cida? ¿En cuantos hubo intentos de suicidio? ¿ Cuántos padecían una enfermedad física concomitante que coincidiera con el ini - cio o que exacerbara la depresión?

#### HIPOIESIS:

Dado que se trata de una investigación con diseño descriptivo, - no pretendemos demostrar hipótesis sino apreciar si se cumplen los hallazgos de estudios previos en grupos diferentes y dejar un precedente para trabajos subsecuentes. .

#### UNIDAD DE INVESTIGACION:

Se efectuó un estudio sobre depresión en 20 ancianos, 9 mujeres y 11 hombres de 80 años de edad o más, autosuficientes, que vi-ven en un asilo situado en el D.F., bajo condiciones favorables para la mayoría de ellos.

#### CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Que contaran con 80 años de edad o más.
2. Que fueran autosuficientes.
3. Que desarrollaran alguna actividad laboral sencilla dentro del asilo.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Alcoholismo crónico.
2. Estado confusional.
3. Psicosis.
4. Trastorno neurológico previamente establecido.

#### TECNICA Y PROCEDIMIENTOS:

De una población de 250 ancianos que habitan el asilo Isabel la Católica, 60 sujetos corresponden al grupo de 80 años de edad o más, de ambos sexos. Nosotros dividimos a estos ancianos en tres subgrupos de veinte cada uno mediante información previa y observación directa del grado de autonomía y autosuficiencia de cada uno de los sujetos.

PRIMER GRUPO. (AUTOSUFICIENTE): Cubren sus necesidades básicas y realizan actividades laborales sencillas en beneficio de

la comunidad a la que pertenecen tales como el aseo del área física, participación en la elaboración y distribución de los alimentos así como en el servicio de lavandería: en el lavado, - - planchado y arreglo de ropa en general además de colaborar en - la asistencia a los compañeros que no pueden valerse por si mismos.

SEGUNDO GRUPO. (PARCIALMENTE AUTOSUFICIENTES): Aquellos que - requieren asistencia para alguna de sus necesidades básicas como el desplazarse dentro del asilo, aseo personal, alimentación, vestido y que no participan en las actividades laborales.

TERCER GRUPO (NO SUFICIENTES): Requieren asistencia continua del personal y compañeros para cualquiera de sus actividades.

Para llevar a cabo el estudio clínico se realizó primeramente - una entrevista con la religiosa encargada del servicio médico - del asilo en quien se delegó la autoridad de la dirección para - asistir a los dos médicos que realizaron el trabajo, misma que - se encargó de que no se interfiera en la dinámica de la comunidad para un mejor desarrollo del estudio, informándonos a la - vez de los antecedentes generales de cada uno de los sujetos tales como estado de salud, participación laboral, grado de autonomía y autosuficiencia, datos que pudieron constatarse posteriormente mediante la observación directa y valoración clínica, autorizándose 150 minutos diarios para la misma comprendiendo - esta en: entrevista psiquiátrica semiestructurada, exploración física completa y valoración geriátrica basada en las formas diseñadas por Krassoievitch y Caraveo modificadas para este estudio por los autores. ( Se anexan formas )

Se utilizaron los expedientes médicos ya existentes para verificar enfermedades intercurrentes y su tratamiento ya que en la - valoración, pudieron en algunos casos, detectarse las mismas.

A continuación se describen algunos términos importantes para el desarrollo del trabajo,

#### VEJEZ:

Período de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se acentúan cada vez más en comparación con épocas anteriores de la vida. En algunos países se utiliza la edad de 70 años como línea divisoria, la (O.M.S.<sup>18</sup>) considera a las personas ancianas entre 60 y 74 años de edad personas de edad, entre 75 y los 90, viejas y a las de más de 90 muy viejas. Aún para cuando nuestro estudio utilizamos personas de 80 años de edad o más, consideramos conveniente situar a la vejez, como la mayoría de los autores, en una edad promedio de 65 años.

#### DEPRESION:

La depresión puede considerarse como síntoma, enfermedad o síndrome, sus manifestaciones principales ocurren en el área cognitiva y las accesorias en la somática. También puede decirse que es un desorden funcional del humor que afecta en forma global a la personalidad. En la clínica se manifiesta en forma única o asociada con otras enfermedades. Esta alteración es relativamente persistente y se acompaña de otras manifestaciones tales como alteración del apetito, cambio en el peso, trastornos del sueño, agitación o retardo psicomotor, disminución de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad de concentración o pensamiento, ideas de muerte e ideas o intento de suicidio (D.S.M. III<sup>19</sup>).

#### DEPRESION ENMASCARADA:

Ocurre cuando varios síntomas ocultan el desorden afectivo en el curso de la depresión.

DUELO NO COMPLICADO:

Se presenta ante la pérdida de un objeto o ser querido en un plazo no mayor de seis meses, predominando los sentimientos o ideas de culpa, pérdida del apetito, pérdida de peso e insomnio, puede ser considerado como síndrome depresivo típico.

DEMENCIA:

Síndrome clínico ocasionado por cambios cerebrales degenerativos que conducen a una disminución importante de las funciones cerebrales superiores (memoria, capacidad de juicio, pensamiento abstracto, etc.) y se acompaña de modificaciones en la personalidad y en la conducta, interfiriendo en el funcionamiento social.

PSEUDODEMENCIA:

Es un síndrome de elementos clínicos con características demenciales pero que desaparecen al tratar la depresión. No es rara en la senectud y es puramente descriptivo.

DETERIORO:

Disminución de la capacidad intelectual ocasionado por una enfermedad psíquica la cual puede ser reversible al ser resuelta esta.

DESMORALIZACION:

Síntoma complejo caracterizado por la sensación de imposibilidad para satisfacer sus demandas por sí mismo ante el rol social asignado para él.

ANSIEDAD:

Sensación de aprensión, tensión o inquietud derivada de la anti

cipación de un peligro interno o externo.

#### ANGUSTIA:

Estado de intensa aprensión, miedo o pánico asociado a veces a sentimientos de catástrofe inminente con características de expresión neurovegetativa. Estrictamente conceptuada solo puede hablarse de angustia en el ser humano dado que es el único ser vivo que tiene subjetividad e intimidad, connotándose la primera como la experiencia interna y la segunda lo intimo, lo concientemente vivido.

#### CONFUSION MENTAL:

Estado caracterizado por obnubilación de la conciencia, desorientación, ilusiones y a menudo alucinaciones vívidas. Generalmente se debe a un trastorno cerebral o extracerebral de origen tóxico, infeccioso, metabólico o general. Por lo común son reversibles. Pueden manifestarse síntomas depresivos y pa ranoides pero no constituyen características esenciales (Caso <sup>20</sup>)

#### IDEA, INTENTO Y SUICIDIO CONSUMADO:

En general se considera signo de trastorno psicológico, aunque esto no siempre es válido. Todo ser humano tiene pensamientos transitorios acerca de la muerte y el morir, e incluso son frecuentes los pensamientos de autodestrucción. Aunque muchos eventos precipitan el suicidio y muchas fuerzas lo motivan, las personas con ideas suicidas tienen una intensa sensación subyacente de carencia de afecto y amor, y un profundo sentimiento de haber sido rechazadas como personas. La tentativa de suicidio es motivada por el deseo de vengarse, por la desesperanza o por el anhelo de reunirse con la persona amada ya fallecida. Agobiadas por una sensación aguda de desamparo, después de un -

abandono real o imaginario, impulsivamente llevan a cabo su ven ganza (Noyes<sup>21</sup>).

#### ENFERMEDAD FISICA:

Cualquier alteración somática que afecte aparatos o sistemas pu diendo ser agudas o crónicas, reversible o irreversible.

#### CAUSA DESENCADENANTE:

Cualquier situación vivencial que implique una pérdida para el- sujeto y que por tanto lo enfrente a una diferente situación - - existencial. Entendiendo como pérdidas las funcionales, las de- objeto o persona y las sociales.

Nota aclaratoria: La descripción de los términos se ha hecho si guiendo el criterio de uno o varios autores (22).

#### RESULIADOS:

Del primer grupo de 20 ancianos de 80 años de edad o más, autosu ficientes y con actividad laboral dentro del asilo se busco el - síndrome depresivo. 11 de ellos correspondían al sexo masculino y 9 al femenino.

De la entrevista psiquiátrica semiestructurada se obtuvieron los siguientes datos: (ver cuadro 1)

En 10 ancianos siete mujeres y tres hombres, hubo manifestaciones depresivas en las diferentes áreas utilizadas como parámetros. Las más relevantes para el área de la tristeza fueron: disminu - ción de la energía, falta de ilusión para vivir, pérdida interés por los demás y sensación de estar triste como tal. Para la in- hibición: sensación de lentificación en pensamientos, acciones y



en el transcurso del tiempo, apatía, dificultad para actuar, sensación de pérdida de función. Para la angustia: en todos los casos hubo manifestaciones vegetativas expresadas como sensación de opresión en el pecho y/o nudo en la garganta, así como inquietud. Finalmente en el contenido del pensamiento: ideas de culpa, ruina, robo, temor desesperación, remordimientos y de burlas.

Las causas desencadenantes encontradas fueron de dos tipos: físicas y emocionales, las primeras consistieron, casi siempre en la pérdida o disminución de la función de un órgano; las segundas, -sentimiento de soledad que derivada de la ausencia o rechazo familiar.

Las enfermedades físicas concomitantes fueron: artritis, cardioangioesclerosis, hipertensión arterial, insuficiencia venosa periférica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, pérdida o --disminución sensorial (visión, audición), gastritis, retardo para la micción, constipación instestinal y disminución en la función de extremidades.

El promedio de edad para este grupo fue de 83.6 años.

El promedio de estancia en el asilo fue de 49.9 meses.

La incidencia de depresión fue mayor en las mujeres, con una relación aproximada de 2 a 1

#### RESUMEN DE LOS CASOS EN LOS QUE HUBO MANIFESTACIONES DEPRESIVAS:

Caso No.1 Masculino de 94 años de edad, originario del Edo. de México, casado, la esposa también vive en el asilo, con escolaridad de cuarto año de primaria, de ocupación anterior con 18 meses de estancia en el asilo, sin antecedentes familiares de longevidad en el cual se encontraron las siguientes alteraciones físicas: pérdida de la visión en ojo izquierdo, catarata en el derecho que condiciona disminución de la visión en el mismo, hiperu

tensión arterial y cardioangioesclerosis bajo control médico, - las manifestaciones depresivas fueron para el área de la tristeza: disminución de la energía, falta de ilusión para vivir, pérdida de interés por los demás y sensación de tristeza como tal, para el área de la inhibición: sensación de lentificación en acciones y en el transcurso del tiempo, apatía y dificultad para actuar, para el área de la angustia: sensación de nudo en la garganta y opresión en el pecho e inquietud. Como causa desencadenante sensación de inutilidad, refiriéndose a añoranza de actividades realizadas con anterioridad y " envidia de los jóvenes".

Caso No.2 Masculino de 80 años de edad, originario de Puebla, - soltero de ocupación anterior, Ingeniero Civil, con 36 meses de estancia en el asilo, con antecedentes familiares de longevidad de bisabuela paterna de 110 años y la mayoría de sus parientes entre los 80 y 90 años de edad, ya fallecidos. Cursa con glaucoma bilateral, gastritis, retardo para la micción y constipación intestinal. Las manifestaciones físicas encontradas para la tristeza: disminución de la energía, falta de ilusión para vivir y pérdida de interés por los demás; para la inhibición: sensación de lentificación en pensamientos, acciones y en el transcurso de tiempo, apatía, para la angustia: sensación de opresión en el pecho y de nudo en la garganta; en el contenido del pensamiento: remordimiento, culpa y temor. Refiriendo desesperación ante la inminente pérdida de la visión y remordimientos por " su carácter fuerte de toda la vida". Como causa desencadenante: pérdida progresiva de su visión y fuerza.

Caso No.5 Femenino de 80 años de edad, originaria del D.F., - soltera, con escolaridad de quinto año de primaria, de ocupación anterior doméstica y prostituta, con estancia en el asilo de 180 meses, con antecedente familiar de longevidad de madre de 84 años de edad ya fallecida, presenta las siguientes alteraciones

físicas: ausencia de ojo izquierdo, angor pectoris, marcha claudicante a expensas del MID más corto, limitación en la función de MSI, disminución de la fuerza y sensibilidad de dedos de mano izquierda. La forma de expresión de la tristeza: disminución de la energía, falta de ilusión para vivir y pérdida de interés por los demás; para la inhibición, sensación de lentificación para acciones, pensamientos y en el transcurso del tiempo así como sensación de pérdida de función sin manifestaciones de angustia en el contenido del pensamiento: desesperación. Como causa desencadenante sus limitaciones físicas, recalcando "sufrimiento" por su reciente lesión en brazo izquierdo.

Caso No.8 Masculino de 80 años de edad, originario del D.F., soltero de ocupación anterior Ingeniero Civil con 24 meses de estancia en el asilo, sin antecedentes familiares de longevidad. Cursa con hipoacusia bilateral. Para la tristeza: sensación de malestar sin sentido, de estar triste, disminución de la energía, para la inhibición: sensación de lentificación de acciones, pensamientos y en el transcurso del tiempo; para la angustia: inquietud y sensación de opresión en el pecho, sin alteraciones en el contenido del pensamiento y como causa desencadenante rechazo familiar.

Caso No.9 Femenino de 86 años de edad, originaria de Guadalajara, con escolaridad de cuarto año de primaria, viuda y dedicada al hogar con anterioridad, sin antecedentes familiares de longevidad, cursa con las siguientes alteraciones físicas: constipación intestinal. La forma de expresión de la tristeza: disminución de la energía, falta de ilusión para vivir, pérdida de interés por los demás y sensación de tristeza como tal; para la inhibición: sensación de lentificación en pensamientos, acciones y en el transcurso del tiempo; para la angustia: sensación de nudo en la garganta e inquietud; sin alteraciones en el contenido del pensamiento y como causa desencadenante: viudez y rechazo familiar, "perdí a la familia".

Caso No. 10 Femenino de 95 años de edad, originaria de Queretaro, soltera, con estancia en el asilo de 240 meses, sabe leer y escribir, de ocupación anterior doméstica, con antecedentes de longevidad de madre de 70 años ya fallecida. Padece artritis, insuficiencia vascular periférica y adoncia. Las manifestaciones depresivas expresadas para la tristeza: disminución de la energía; para la inhibición: sensación de lentificación en acciones y pensamientos, así como en el transcurso del tiempo, además de sensación de pérdida de función; sin manifestaciones de angustia ni alteraciones en el contenido del pensamiento. Como causa desencadenante: ausencia de familiares y 20 años de estancia en el asilo, "Ya son muchos años de estar aquí Dr."

Caso No. 11 Femenino de 82 años de edad, originaria de Guajuato, soltera, con 25 meses de estancia en el asilo, sabe leer y escribir, con antecedentes de longevidad, madre fallecida a los 115 años y padre a los 88 años de edad, de ocupación anterior doméstica, cursa con disminución de agudeza visual y auditiva, trastornos digestivos, constipación, meteorismo y flatulencia. Las manifestaciones depresivas fueron expresadas, para la tristeza: sensación de malestar sin sentido, disminución de la energía, falta de ilusión para vivir, pérdida de interés por los demás y sensación de estar triste; para la inhibición -- sensación de lentificación en acciones, pensamientos y en el -- transcurso del tiempo, dificultad para actuar y sensación de pérdida de función; para la angustia: cefalea, sensación de opresión en el pecho e inquietud; en el contenido del pensamiento -- ideas de culpa, ruina y enfermedad. Como causa desencadenante -- disminución sensorial y carencia de familiares.

Caso No. 12 Femenino de 82 años de edad, originaria del Edo. de México, con escolaridad de cuarto año de primaria, soltera, de ocupación anterior doméstica, con 60 meses de estancia en el asilo, con antecedentes de longevidad: tío materno fallecido a los 82 años. Padece artritis reumatoide desde hace 22 años. Sus ma

nifestaciones depresivas fueron para la tristeza: sensación de malestar sin sentido, tristeza como tal, disminución de la energía, falta de ilusión para vivir, pérdida de interés por los demás; para la inhibición: sensación de lentificación en pensamientos, acciones y en el transcurso del tiempo, dificultad para actuar y sensación de pérdida de función física; para la angustia: cefalea e inquietud; en el contenido del pensamiento ideas de ruina y robo. Como causa desencadenante sensación de inutilidad por su limitante física de larga evolución. Refirió "Ya no puedo ser como antes".

Caso No.14 Femenino de 80 años de edad, originaria de Orizaba, viuda analfabeta, dedicada anteriormente al hogar, con una estancia de 28 meses en el asilo, sin antecedentes familiares de longevidad. Los hallazgos físicos fueron: disminución de fuerza en extremidades anteriores como secuela de AVC, enfermedad pulmonar obstruccion crónica y cardioangioesclerosis. Sus manifestaciones depresivas en el área de la tristeza: disminución de la energía, falta de ilusión para vivir y tristeza como tal; para la inhibición: sensación de lentificación en acciones, pensamientos y en el transcurso del tiempo, así como sensación de pérdida de función física; sin manifestaciones de angustia ni alteraciones en el contenido del pensamiento. Como causa de desencadenante su limitante física que le hace pensar que es inútil.

Caso No.15 Femenino de 83 años de edad originaria de Guanajuato, viuda, analfabeta, de ocupación anterior doméstica, con 24 meses de estancia en el asilo, con antecedentes familiares de longevidad de madre fallecida a los 75 años y padre a los 115 años de edad, Cursa con cardioangioesclerosis, artritis e hipocausia bilateral. Sus manifestaciones depresivas para la tristeza: disminución de la energía, falta de ilusión para vivir, pérdida de interés por los demás y sensación de tristeza como

tal; para la inhibición: sensación de lentificación en acciones, pensamientos y en el transcurso del tiempo, así como sensación de opresión en el pecho sin alteraciones en el contenido del pensamiento. Como causa desencadenante su limitante física y la carencia de familiares.

Como podemos observar en el resumen de los casos, las causas de desencadenantes fueron: primer lugar la sensación de inutilidad producida por las limitantes físicas que padecían los ancianos y de manera similar o combinada el rechazo familiar o ausencia de los mismos con la consecuente sensación de soledad.

Resulta fácil hasta aquí apreciar como nuestros hallazgos coinciden con los de otros autores en estudios previos.

Redundando sobre las manifestaciones depresivas encontradas, nosotros tratamos de hacer una extrapolación de estas a la categorización de síntomas y signos de depresión en la vejez de Beck/Blazar (Ver cuadro 3), mencionando la frecuencia de aquellos datos que resultaron concordantes y constantes obtenidos a través de la entrevista psiquiátrica semiestructurada (ver cuadro 4).

Siguiendo con el objetivo del estudio encontramos que los ancianos no sufren de síndrome depresivo como tal o con características propias que pudieran atribuirse a esta etapa de la vida, sin embargo, consideramos indudable que la mitad de ellos presentan algunos de los síntomas que forman el cortejo sintomático de la depresión.

En cuanto a las preguntas planteadas por Caraveo y que hemos tomado como lineamiento a seguir; podemos decir, que al menos para este grupo no todos los ancianos se deprimen porque en su mayoría ellos gozan de condiciones favorables dentro del asilo, además de que una buena parte de ellos eligieron por cuenta pro

pia su estancia en el mismo. No se pudo establecer una relación entre pobreza y depresión dado que ellos son solventes económicamente ya sea por sí mismos o a través de terceros (pensiones por jubilación y/o aportaciones económicas por parte de familiares o amigos). Tampoco encontramos esa alta incidencia de enfermedades físicas que conllevan a menor capacidad para mantener su independencia, no apreciamos tendencia al aislamiento y no podemos hablar de peor evolución en comparación con los ancianos que viven en la comunidad puesto que no contamos con grupo comparativo.

En solo dos de los casos encontramos relación entre enfermedad concomitante e inicio de las manifestaciones depresivas, en ambos casos la enfermedad concomitante resultó ser la pérdida progresiva de un órgano sensorial (visión y audición). En ninguno de los ancianos hubo antecedentes de depresión como entidad nosológica previa, pero manifestaron haberse sentido en igualdad de circunstancias, refiriéndose al momento actual, ante pérdidas significativas en otras épocas de sus vidas, con una resolución equiparable al duelo no complicado. En ninguno de los casos se encontró ideación o intento suicida.

Los síntomas psíquicos y somáticos predominantes, así como las posibles causas desencadenantes fueron detalladas con anterioridad en el resumen de los casos y pueden también apreciarse en el cuadro No. 2.

Resulta interesante que solo tres de los sujetos de estudio; dos mujeres y un hombre presentaran demencia grado I. Esto puede deberse a lo reducido del grupo estudiado o bien las características de vida propia de todos y cada uno de ellos. Las dos mujeres presentaron algunas manifestaciones depresivas sin llegar a ser concluyentes, considerando que en ambos casos (13 y 20) estas pueden corresponder al proceso degenerativo característico

de la involución. Por otra parte, sabemos que la demencia junto con la depresión son las dos alteraciones de más frecuente presentación en la vejez y que los dos cuadros pueden coexistir en el mismo paciente, hemos dicho también que no es raro que el estado demencial sea un factor precipitante o desencadenante de la depresión y que con menor frecuencia los síntomas pueden sugerir el inicio de un cuadro demencial.

Para poder determinar el grado de demenciación de estos ancianos hemos empleado una forma de valoración geriátrica diseñada por Krassoievitch y una exploración física completa (Ver formas adjuntas). Todos los ancianos fueron sometidos a esta valoración y los resultados con las respectivas diferencias entre ellos pueden apreciarse en el cuadro 5.

Se enlistan las características distintivas entre depresión y demencia (ver cuadro 6) que orientan fácilmente al diagnóstico diferencial entre estas dos entidades.

A continuación se hace un breve resumen de los casos de los pacientes que resultaron con esta alteración:

Caso No.7 Masculino de 90 años de edad, originario del Edo. de Guanajuato, viudo, con escolaridad de 40. año de primaria, de ocupación anterior militar, ya retirado, e impresor, con doce meses de estancia en el asilo, sin antecedentes familiares de longevidad, padece bronquitis crónica. En la valoración geriátrica: desorientación temporoespacial, disminución de memorias reciente y de fijación, su juicio crítico también disminuido, presenta disartría, así como dificultad para la repetición de sílabas, palabras y comprensión de ordenes complejas además de apraxia constructiva. No le es posible la realización de la figura de un cubo y la figura humana se reduce a unas cuantas líneas.

Caso No.13 Femenino de 82 años de edad originaria del D.F.,



viuda, con escolaridad de 3o. año de primaria, de ocupación anterior el hogar con 26 meses de estancia en el asilo, sin antecedentes familiares de longevidad, padece cardioangioesclerosis e hipertensión arterial. En la valoración geriátrica: desorientación temporoespacial, disminución de memorias tanto para hechos recientes como para los remotos, su juicio crítico disminuido, se le dificulta el repetir palabras y sílabas, así como la comprensión de ordenes complejas, presenta también apraxia constructiva, al igual que en el caso anterior solo realiza un esbozo de la figura humana y escribe su nombre con gran dificultad.

Caso No.20 Femenino de 85 años de edad, originaria del Edo. de México, viuda, con escolaridad 3o. año de primaria, de ocupación anterior costurera, 36 meses de estancia en el asilo, con antecedentes de longevidad de madre fallecida de 90 años, cursa con hipertensión arterial e infección crónica de vías urinarias. En la valoración geriatrica: desorientada en tiempo, parcialmente en espacio, con disminución de memorias reciente y de fijación, juicio crítico disminuido, tiene dificultad para la repetición de sílabas, palabras y comprensión de ordenes complejas y también apraxia constructiva; garabatea su nombre e intenta dibujar un círculo y un cuadrado sin lograr la forma de los mismos.

#### COMENTARIOS:

Nosotros consideramos que nuestro grupo no es representativo de la magnitud del problema, sin embargo, podemos mencionar que aun cuando no encontramos un síndrome depresivo como tal ni características peculiares del mismo como lo han hecho otros autores, podemos asegurar que al igual que en otros grupos de edad, las manifestaciones depresivas encontradas estan intimamente relacionadas con factores biológicos, psicológicos y sociales, siendo

estos últimos de particular interés para los ancianos estudiados en este trabajo. Decimos esto en base al análisis realizado de las condiciones previas que les rodearon antes de su ingreso al asilo y de aquellas que ahora viven dentro del mismo. Si tomamos como ejemplo al anciano del cano No. 2 diremos que -- a través de sus antecedentes biográficos se le pudo situar como un profesional (Ingeniero Civil) de renombre, de cuyos éxitos -- como tal se siente orgulloso, hombre sano de "gran fuerza" como el mismo refiere, llegar a la senectud con poder social y económico, sin embargo, la pérdida progresiva de su vista le obliga a buscar un sitio seguro donde cuiden de él y de su hermana; -- único familiar ya en este sitio, el asilo, él se muestra irritable, ansioso, pero a pesar de ello, él dice seguir sintiéndose sano y fuerte, capaz de cubrir sus necesidades básicas y que de no ser por su problema sensorial no permanecería en el asilo sino que se dedicaría a trabajar como antes. Podemos apreciar -- en este relato como esta sensación de autonomía y autosuficiencia tanto en el terreno biológico como en lo social es lo que -- "mantiene viva la esperanza en la propia existencia"; y es así como la mayoría de estos "viejos" que no se aceptan como tales -- siguen viviendo sintiéndose útiles para sí mismos y para quienes les rodean dejando entrever, solo cuando se interroga propositivamente, su inquietud, su angustia, su desesperanza y esa soledad que a fin de cuentas no son otra cosa que los reclamos -- de su estado anímico.

Al generalizar dando particular importancia a los factores sociales en la génesis de las manifestaciones depresivas de nuestro grupo de ancianos, lo hacemos con la doble finalidad de como son estos mismos, como se ha ejemplificado anteriormente, los que en un momento dado "mantienen a flote" el estado anímico de los sujetos sin que lleguen a presentar un cuadro de depresión mayor -- que pudiera ser de consecuencias fatales a estas alturas de la vida.

Para ahondar aún más en estos factores sociales, diremos que ca si todos los internos que ahí viven deciden su ingreso por cuenta propia, está por demás repetir que las condiciones tanto ff-sicas como de relaciones interpersonales son gratas, estos que han decidido pasar ahí el resto de su vida tienen, en su mayo -ría, recursos económicos propios, otros reciben pensiones de -- sus respectivos trabajos y no es raro que los patrones hayan colaborado para que se les recibiera en el asilo. No se puede dejar olvidados aquellos que simplemente son indigentes y que han recibido el beneficio por parte de las religiosas encargadas -- del establecimiento o bien de algún samaritano.

Aunque se ha hablado de que las condiciones generales de vida - en el asilo son favorables, vale la pena enunciar algunas de -- ellas: área física espaciosa y comfortable, alimentos apetito -sos, servicio médico general y especializado cuando la situa -- ción lo requiere, asistencia física y espiritual por parte de - las religiosas, horarios adecuados para las diferentes activida -des a realizar, relativa libertad para efectuar algunas activi -dedades fuera del asilo (cambio de cheques, giros, recepción o de pósito de documentación, pequeñas compras o paseos en las inme -dianías, etc.) para aquellos con mejores condiciones físicas. A ninguno de los ancianos se les obliga a realizar actividades laborales sino que son ellos mismos quienes deciden colaborar - en aquello que se sienten aptos o es de su agrado.

Nosotros pensamos que estos ancianos al sentir que conservan su independencia económica, su autosuficiencia, por lo menos en -- cuanto a necesidades básicas se refiere y sobre todo el saberse útiles para sí mismos y/o para quienes les rodean, hacen que se sientan gratificados y por ende con pocas o ninguna manifesta -ción depresiva. Cabe aclarar en este momento que las considera - ciones hechas anteriormente parecieran ser controversiales con - los resultados obtenidos, pero queremos dejar claro que al refe

rinos al "saberse útiles y a pocas o ninguna manifestación depresiva", hablamos del grupo en general y de la vivencia que al respecto ellos trataron de transmitir.

Hablando del total del grupo nos referiremos ahora a la otra mitad de la población estudiada y que no está deprimida. Los datos relevantes de ésta fueron en primer lugar el hecho de que resultara relativamente de más edad que el grupo de los que presentaron manifestaciones depresivas, fluctuando sus respectivas edades entre los 81 y 90 años (ver cuadro 1). De estos 10 ancianos; 3 resultaron con demencia grado I y aún cuando sabemos que el resultado no es estadísticamente significativo por el bajo número de ancianos estudiados, creemos que existe concordancia con estudios previos en el sentido de un decremento importante de la incidencia de depresión después de los 80 años de edad.

Finalmente diremos que consideramos que este y cualquier otro grupo de ancianos institucionalizados deben considerarse como una población de alto riesgo para depresión puesto que la marginación "voluntaria" u obligada es fuente de esta por sí misma - una buena opción para estos ancianos son alternativas terapéuticas en base al reforzamiento de todas aquellas condiciones que han favorecido o al menos han logrado mantenerlos activos, fomentando un acercamiento más estrecho entre todos aquellos que laboran y habitan el asilo, mediante la participación profesional del psiquiatra, integrando un equipo multidisciplinario, para orientar y dirigir en forma sistemática la organización social ya existente con la finalidad de incrementar de acuerdo a las características propias de cada uno de ellos, su interés y su capacidad tanto creativa como productiva. Esperando lograr con ello una reafirmación en la autoestima que disminuya el riesgo depresivo.

## CONCLUSIONES;

Los resultados de este estudio son preliminares y como tales carecen de valor estadístico, sin embargo, implican un acercamiento al problema de la depresión en ancianos aislados que cursan esa época de la vida que algunos han dado en llamar "terminal", podemos decir que no es válido generalizar y que resultarían interesantes nuevas investigaciones en esta particular etapa de la vida.

Analizando síntomas reportados, correlación con enfermedades -- concomitantes, así como causas desencadenantes de depresión, en contramos similitud con los informes previos de otros autores.

No encontramos ideación o intentos de suicidio en este grupo de ancianos debido posiblemente a que en ninguno de ellos se presentó depresión mayor como tal.

Las manifestaciones depresivas se encontraron presentes en la mitad del grupo sin llegar a constituir en ninguno de los casos una entidad con características particulares.

Como inferencia nuestra creemos que aún cuando en la mitad de la muestra hubo manifestaciones depresivas, la vivencia nunca fue paralizante, ya que los ancianos a pesar de que llegaron a mencionar sensación de inutilidad por la enfermedad intercurrente generalmente progresiva incapacitante, referían a la vez su anhelo por seguir viviendo y realizando lo que hasta ese momento les era posible llevar a cabo. Es importante la necesidad de alternativas terapéuticas que fomenten la continuidad de las diferentes actividades que desarrollan cada uno de los ancianos como medida preventiva en la depresión.

Consideramos que las guías a manera de cuestionarios diseñados pro Krassoievitch y Caraveo constituyen elementos clínicos prácticos.

ticos de gran utilidad para obtener información de manera sistematizada. Se realizaron algunos cambios en el planteamiento de las preguntas para hacerlas fácilmente entendibles, se suprimieron algunos apartados que se repetían.

Al intentar dar respuesta a preguntas planteadas por Caraveo en un trabajo de revisión nos encontramos ante la limitante de no contar con un grupo comparativo, específicamente de una población con menos recursos económicos y de otros tipos de instituciones como serían hospitales o bien población no internada.

Ante estas limitaciones creemos necesario la realización de próximos estudios que contemplen estas variables y sirvan de manera positiva a evitar la segregación de los "viejos", que no por ello adolecen de dignidad humana.

#### RESUMEN:

Se realiza un estudio sobre depresión en ancianos de ambos sexos de 80 años de edad o más, autosuficientes en sus necesidades básicas y que desempeñan alguna actividad laboral sencilla en el asilo donde viven, tomando en consideración la carencia de este tipo de estudios en nuestro país y los reportes previos sobre la disminución de depresión en este particular grupo de edad.

Se efectúa el estudio en un asilo de religiosas situado en Ilalpan, D.F., que cuenta con una población total de 250 ancianos, de los cuales 60 corresponden al grupo de 80 años de edad o más. Seleccionaron a 20 de ellos, 11 hombres y 9 mujeres por ser autosuficientes.

Se realiza estudio clínico en los 20 ancianos consistiendo este en entrevista psiquiátrica semiestructurada la cual contempla aspectos fundamentales sobre depresión, se realiza exploración fi-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sica completa, así como valoración geriátrica como instrumento de detección de demencia.

De los 20 ancianos estudiados, diez, 7 mujeres y 3 hombres presentaron manifestaciones depresivas sin llegar a constituir un síndrome o entidad nosológica como tal, la relación por sexo, favoreció a las mujeres; 2 a 1 aproximadamente, sin embargo, y de acuerdo a inferencia nuestra, las manifestaciones depresivas en ninguno de los casos fueron tan graves que interfirieran con el impulso vital y/o con el grado de autosuficiencia.

Como causas desencadenantes encontramos dos tipos: alteraciones físicas y alteraciones emocionales. Las primeras representadas por la pérdida o disminución de un órgano o función, las segundas básicamente la ausencia o rechazo por parte de la familia.

Se realiza una correlación de síntomas y se anota su frecuencia entre aquellos datos que fueron concordantes y constantes entre la entrevista psiquiátrica semiestructurada y la categorización de Beck/Blazer.

Los síntomas predominantes en el área emocional fueron: disminución del humor o tristeza, decremento en la satisfacción de la vida, pérdida de interés, irritabilidad, sensación de vacío, inquietud, ansiedad, sentimientos negativos hacia si mismos, -- preocupación, desesperanza, sensación de pérdida, soledad y sensación de inutilidad, en el área cognitiva: baja autoestima, pesimismo, autculpa y crítica, rumiación de problemas; en el área física: fatigabilidad, perturbaciones del sueño, cansancio y dolor, para el área volitiva: pérdida de motivación y hostilidad y finalmente lentificación de movimientos como expresión del área retardo psicomotor.

En 8 de los casos se corrobora la importancia de la interrelación entre enfermedad física crónica de tipo incapacitante y la

presencia de manifestaciones depresivas. En los dos casos restantes la interrelación es principalmente con factores emocionales.

No existieron ideación o intentos suicidas en ninguno de los sujetos.

Se detectó déficit de funciones intelectuales en tres ancianos, dos mujeres y un hombre, correspondiéndoles un grado de demencia mínimo o grado I.

Consideramos importante la necesidad de alternativas terapéuticas que fomenten la continuidad de las diferentes actividades que desarrollan cada uno de los ancianos como forma preventiva para la depresión.

Se pretende continuar el estudio con el resto de la población correspondiente a los 80 años de edad o más y sugerimos la realización de otros en grupos de la misma edad pero con diferentes condiciones socioeconómicas para poder establecer comparaciones y en la medida de lo posible mejorar el nivel de su vida evitando la segregación a la que se ven sujetos habitualmente los ancianos.



ENIREVISIA PSQUIAIRICA SEMIESIRUCTURADA:

- A. Antecedentes heredofamiliares.
- B. Antecedentes personales patológicos  
( Cuadros depresivos previos especialmente).
- C. Exámen mental.
- D. Estratos de la efectividad, condiciones motoras y expresión.
  - a). Tristeza.
    - 1. ¿ Se ha sentido mal sin sentido últimamente ?
    - 2. ¿ Ha sentido disminución en su energía o fuerza ?
    - 3. ¿ Ha sentido decaimiento, falta de ilusión o estímulo para vivir ?
    - 4. ¿ Se ha sentido triste o con defectos ?
    - 5. ¿ Ha sentido como si no le importaran más los demás ?
  - b). Inhibición.
    - 1. ¿ Se ha sentido lento tanto en sus acciones como en sus pensamientos ?
    - 2. ¿ Se ha sentido desganado ?
    - 3. ¿ Ha sentido como le cuesta más trabajo hacer sus cosas ?
    - 4. ¿ Ha sentido que no rie igual que antes ?
    - 5. ¿ Le vienen recuerdos del pasado constantemente ?
    - 6. ¿ Ha sentido que los días o las horas son más lentas ?
    - 7. ¿ Ha sentido como si se le dificultara caminar ?
    - 8. ¿ Hay alguna idea o tarea que debe estar repitiendo todo el tiempo ?
    - 9. ¿ Ha sentido que alguna parte de su cuerpo ha dejado de funcionar ?
    - 10. ¿ Siente como si las cosas se le olvidaran ?
  - c). Angustia.
    - 1. ¿ Ha sentido como un nudo en la garganta. ?

2. ¿ Ha sentido una opresión en el pecho ? palpitaciones o falta de respiración
3. ¿ Ha sentido mareos frecuentemente ?
4. ¿ Ha sentido como una inquietud o malestar en su cuerpo ?
5. ¿ Ha tenido dolores de cabeza frecuentemente ?

d). Otros:

1. ¿ Tiene algún conflicto con su familia o en su trabajo actualmente ?
2. ¿ Ha tenido problemas toda su vida que se repiten ?
3. ¿ Ha tenido dificultad para tomar decisiones ultimamente ?
4. ¿ Ha sentido remordimiento por las acciones de su vida?
5. ¿ Se ha sentido preocupado constantemente ?
6. ¿ Se ha sentido temeroso o con miedo ?
7. ¿ Se ha sentido desamparado ?
8. ¿ Se ha sentido desesperado?
9. ¿ Se ha sentido aburrido ?
10. ¿ Se ha sentido con vergüenza ?
11. ¿ Se ha vuelto desconfiado ?
12. ¿ Ha sentido menos tolerancia hacia los demás ?
13. ¿ Ha sentido que ya no lo quieren, que se burlan de Ud.?

e). Pensamiento:

1. ¿ Ha sentido culpa ?
2. ¿ Piensa que esta enfermo de muchas cosas ?
3. ¿ Se ha sentido arruinado ?
4. ¿ Piensa que le desean robar ?
5. ¿ Piensa que esta condenado sin salvación ?
6. ¿ Piensa que el diablo o el mal se ha apoderado de Ud. ?

**VALORACION GERIATRICA:**

1. Información del expediente clínico, indirecta y del paciente



- b). Cadáver con 30 o 40 puñaladas en el que se sospecha suicidio.

C. Lenguaje:

1. Espontáneo: disartria  
voz gangosa  
logoclonias  
palilalia.
2. Repetición de sílabas y palabras: Constitucional, anticonstitucional, lalpan, estalactita, tres tristes tigres.
3. Designación: se le dice al anciano que encuentre y señale los distingos objetos que le rodean.
4. Denominación: decir al anciano que diga el nombre de objetos y partes de los mismos.
5. Comprensión de ordenes simples y completas.
6. Lectura: de algunas frases e indagar si entendió lo que leyó.
7. Escritura dictada y copiada.

D. Praxias:

1. Ideomotoras: espacio centrado sobre el cuerpo del enfermo primero por orden verbal y si fracasa por imi-tación.
2. Ideatorias: espacio exterior al cuerpo del enfermo: clavar un clavo, planchar, encender una vela o un cigarrillo y agarrar una mosca. ( se realizan primero sin los objetos y después con ellos)
3. Constructivas: espacio exterior representado; dibujar figuras geométricas, con perspectiva y la figura humana.

E. Gnosias:

1. Visuales: reconocer imagenes de objetos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2. Auditivas: reconocer sonidos elementales; silbido - aplauso, papel, llaves, monedas, etc.
  3. Táctiles: reconocer con ojos cerrados, objetos puestos en cada mano.
  4. Somatognosia: partes del propio cuerpo y del examinador.
  5. Autotopognosia: con ojos cerrados que el paciente - reconozca la parte de su cuerpo indicada por el examinador.
- Gnosias digitales: igual que la anterior pero referida únicamente a los dedos.

F. Exámen Físico:

1. Exploración de cada uno de los aparatos y sistemas.
2. Exámen neurológico en busca de lesiones cerebrales focales.
3. Signos neurológicos prefrontales: hipertonia de oposición, reflejo oral, prensión forzada táctil y propioceptiva, reflejo palmomentoniano.
4. Presencia de esterotipias motoras.

G. Grados de demencia.

1. No hay ningún signo de los grados uno a cuatro.
  - a). hipoamnesia.
  - b). Apraxia constructiva.
2. Los signos del grado uno más uno o dos de los siguientes.
  - a). Apraxia ideatoria.
  - b). Apraxia ideomotora.
  - c). Agnosia visual.
  - d). Agnosia táctil
  - e). Agnosia auditiva.
  - f). Asomatognosia.
  - g). Afasia.
  - h). Un signo prefrontal (excepto palmomentoniano)

3. Más de dos signos anotados en grado dos, pero incompleto con respecto al grado cuatro,
4. Amnesia (memoria reciente y remota).
  - Afasia
  - Apraxia
  - Agnosia
  - Signos prefrontales.

C U A D R O N U M. 1

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS ANCIANOS

CASO	EDAD	SEXO	ESTANCIA ASILO	ESCOLARIDAD	OCUPACION ANTERIOR	EDO.CIVIL	LUGAR DE ORIGEN	ANTECEDENTES DE LONGEVIDAD
1	94	M	18 meses	4o. primaria	campesino	casado	Elo. de México	Ninguno
2	80	M	36 meses	Profesional	Ing. Civil	soltero	Puebla	Bisabuela Paterna 116 años
3	86	M	60 meses	1o. primaria	campesino	viudo	Michoacán	Ninguno
4	85	M	24 meses	analfabeta	campesino	soltero	Guanajuato	Ninguno
5	80	F	180 meses	5o. primaria	doméstica	soltera	Distrito Fed.	Madre 84 años
6	80	M	12 meses	4o. primaria	obrero	soltero	Distrito Fed.	Ninguno
7	90	M	12 meses	4o. primaria	impresor	viudo	Guanajuato, Gto.	Ninguno
8	80	M	24 meses	profesional	Ing. Civil	soltero	Distrito Fed.	Ninguno
9	86	F	30 meses	4o. primaria	hogar	viuda	Guadalupe	Ninguno
10	95	F	240 meses	lee y escr.	hogar	soltera	Querétaro	Madre 70 años
11	82	F	27 meses	lee y escr.	doméstica	soltera	Guanajuato	Madre 115 años padre 88 años
12	82	F	60 meses	4o. primaria	doméstica	soltera	Edo. de México	Tío materno 88 años
13	82	F	26 meses	3o. primaria	hogar	viuda	Distrito Fed.	Ninguno
14	80	F	28 meses	analfabeta	hogar	viuda	Orizaba, Ver.	Ninguno
15	83	F	24 meses	lee poco	doméstica	viuda	Guanajuato, Gto.	Padre 115, madre 75 años
16	81	M	48 meses	6o. primaria	Téc. mecan.	viudo	Jalisco.	Madre 73 años
17	81	M	20 meses	profesional	Cont. Púb.	viudo	Puebla	Gemelo 80 años
18	90	M	58 meses	2o. Agricul.	Emp. fed.	viudo	Distrito Fed.	Ninguno
19	89	M	108 meses	lee y escr.	comerc.	viudo	Michoacán, Mór.	Madre 75 años
20	85	F	36 meses	3o. primaria	costura	viuda	Estado de Mex.	Madre 90 años

36

MANIFESTACIONES DEPRESIVAS  
( CUADRO No. 2 )

No.	TRISTEZA	INHIBICION	ANGUSTIA	PENSAMIENTO	CAUSA DESENC.	EDAD Y SEXO.	ENFER.FISICAS.
1	Disminución de la energía. Falta de ilusión para vivir. Pérdida de interés en los demás. Se siente triste.	Sensación de lentificación en acciones, pensamientos y en el transcurso del tiempo.	Sintomatología vegetativa. (sensación de nudo en la garganta, opresión en el pecho, e inquietud).	Temor, desamparo desesperado que se burlan.	Añoranza de actitudes realizadas anteriormente.	94 M.	Pérdida de la visión ojos izquierdo. Catarata ojo derecho (hipertensión arterial) Cardioangioesclerosis
2	Se siente mal, sin sentido. Disminución de la energía. Falta de ilusión para vivir. Pérdida de interés en los demás. Se siente triste.	Sensación de lentificación en acciones, pensamientos y en el transcurso del tiempo. Apatía, dificultad para actuar. Sensación de pérdida de función.	Sintomatología vegetativa. (nudo en la garganta y opresión en el pecho).	Culpa Remordimiento Temor	Pérdida progresiva de visión y fuerza.	80 M.	Glaucoma bilateral. Retardo para la micción. Constipación intestinal. Gastritis.
3	Disminución de la energía.	---	---	---	---	86 M.	EPOC. Retardo para la micción. Insomnio.
4	Disminución de la energía.	---	---	---	---	85 M.	Hipoacusia izquierda Hernia umbilical.
5	Disminución de la energía. Falta de ilusión para vivir. Pérdida de interés en los demás.	Sensación de lentificación en acciones, pensamientos y en el transcurso del tiempo. Sensación de pérdida de función.	---	Desesperación.	Pérdida de ojo izquierdo. Limitación en la función de conflictos con las monjas. Lesión tendones y nervios. Secuela a herida en MSI.	80 F.	Ausencia de ojo izq. Marcha claudicante a expensas de MID más corto. Angor pectoris Limitación en la función de MSI; disminución de la fuerza y sensibilidad dedos de mano izquierda.

37



No.	TRISTEZA	INHIBICION	ANGUSTIA	PENSAMIENTO	CAUSA DESENC.	EDAD Y SEXO	ENF. FISICAS.
6	---	---	---	Que se burian	---	80 M	Aparentemente sano.
7	---	Sensación de lentificación en acciones, pensamientos y en el transcurso del tiempo. Dificultad para actuar.	---	---	---	90 M	Bronquitis crónica.
8	Disminución de la energía. Se siente mal, sin sentido. Triste.	Sensación de lentificación en acciones, pensamientos y en el transcurso del tiempo	Sintomatología vegetativa. (Inquietud y sensación de opresión en el pecho).	---	Rechazo familiar.	80 M	Hipoacusia bilateral. Adoncia.
9	Disminución de la energía. Falta de ilusión para vivir, Pérdida de interés por los demás. Triste	Sensación de lentificación en acciones, pensamientos y en el transcurso del tiempo. Olvidos.	Sintomatología vegetativa. (Sensación de nudo en la garganta e inquietud).	---	Rechazo familiar. Viudez.	80 F	Constipación intestinal.
10	Disminución de la energía.	Sensación de lentificación en acciones, pensamientos y en el transcurso del tiempo.	---	---	20 años de estancia en el asilo. Sin familiares.	95 F	Artritis. Insuficiencia vascular periférica. Adoncia
	Disminución de la energía. Se siente mal, sin sentido. Falta de ilusión para vivir. Pérdida de interés por los demás. Triste.	Sensación de lentificación en acciones, pensamientos y en el transcurso del tiempo. Dificultad para actuar. Sensación de pérdida de función.	Sintomatología vegetativa. (Cefalea, sensación de opresión en el pecho e inquietud).	Culpa Ruina Enfermedad	Disminución de la agudeza visual y auditiva. Sin familia.	82 F	Disminución de la agudeza visual y auditiva. Constipación, meteorismo, flatulencia.

38

No.	TRISTEZA	INHIBICION	ANGUSTIA	PENSAMIENTO	CAUSA DESENC.	EDAD Y SEXO	ENF. FISICA
12	Se siente mal -- sin sentido, disminución de la energía. Falta de ilusión para vivir. Pérdida de interés por los demás. Triste.	Sensación de lentificación de acciones, y pensamientos y en el transcurso del tiempo. Dificultad para actuar. Sensación de pérdida física (función).	Cefalea e inquietud.	Idea de ruina y de robo.	Sensación de inutilidad. (Piensa que puede hacer más).	82 F	Artritis de 22 años de evolución.
13	Se siente mal -- sin sentido. Troste.	Sensación de lentificación en el transcurso del tiempo.	---	---	---	82 F	Cardioangioesclerosis. Hipertensión arterial.
14	Disminución de la energía. Falta de ilusión para vivir. Triste.	Sensación de lentificación de acción, pensamiento y en el transcurso del tiempo. Sensación de pérdida física (función)	---	---	Sensación de inutilidad,	80 F	Disminución de fuerza MS e Is por secuela de AVC, EPOC y cardioangiosclerosis.
15	Disminución de la energía. Falta de ilusión para vivir. Pérdida, interés por los demás. Triste.	Sensación de lentificación en acciones, pensamientos y en el transcurso del tiempo. Sensación de Pérdida de función física.	Cefalea y opresión en el pecho. (sensación).	---	Sensación de inutilidad y no tener familia,	83 F	Cardioangioesclerosis. Hiperacúsia, artritis.
16	---	---	---	---	---	81 M	Insuficiencia Vascul ar periferica, tiñapedis.
17	Disminución de la energía.	Dificultad para actuar.	---	---	---	81 M	Miopia.
18	---	---	---	---	---	90 M	Hipoacusia, Adoncia

39

No.	TRISTEZA	INHIBICION	ANGUSTIA	PENSAMIENTO	CAUSA DESENC.	EDAD Y SEXO	ENF.FISICA
19	_____	_____	_____	_____	_____	89 M	Cataráta Izq.
20	Disminución de la energía.	Dificultad para actuar Sensación de lentificación en el transcurso del tiempo.	_____	_____	_____	85 F	Hipertensión arterial, Infección de vías urinarias.

---

410

CUADRO N.º 3

CATEGORIZACION DE SINTOMAS Y SIGNOS DE DEPRESION EN LA VEJEZ (BECK-BLAZER)

AREA EMOCIONAL:

Disminución del humor o tristeza  
Decremento en la satisfacción de la vida  
Pérdida de interés  
Impulso a llorar  
Inquietud y Ansiedad  
Sentimientos negativos hacia sí mismo  
Preocupación  
Desesperanza  
Sensación de pérdida  
Soledad

AREA COGNITIVA:

Baja autoestima  
Pesimismo  
Rumiación de problemas  
Pensamientos suicidas  
Delirios de: - inutilidad  
- de comportamiento  
- nihilistas  
- somáticos

Alucinaciones: - auditivas  
- visuales  
- cenestésicas  
Duda de valores y creencias  
Dificultad en la concentración  
Memoria pobre

AREA FISICA:

Pérdida de apetito  
Fatigabilidad  
Perturbaciones del sueño: - insomnio inicial  
- insomnio terminal  
Constipación  
Pérdida del líbido  
Dolor  
Cansancio

AREA VOLUTIVA:

Pérdida de motivación o parálisis de volición

41

APARIENCIA:

- Postura firme
- Cara triste
- Falta de cooperatividad
- Alejamiento social
- Hostilidad
- Suspiciousidad
- Confusión y alteraciones de conciencia
- Variaciones del humor diurno
- Mal aliño
- Ulceraciones dérmicas ocasionales, secundarias a picadura de insecto
- Llanto o sollozo
- Pérdida de peso
- Ulceraciones corneales ocasionadas por falta de parpadeo

RETARDO PSICOMOTOR:

- Lentificación del lenguaje
- Lentificación de movimientos
- Mimificación de gestos
- Mutismo
- Estupor o semicomato en casos severos
- Cese de masticación o tragado en casos severos
- Disminución o inhibición de parpadeo en casos severos

42

AGITACION PSICOMOTORA:

Continúa actividad motora

Temblor de manos

Lesiones de piel que conducen a ulceraciones

Sueño inquieto

COMPORTAMIENTO INADECUADO O BIZARRO:

Intentos suicidas

Negativismo como rehusar comer o beber

Actitudes de agresividad

Regresiones.

44  
CUADRO NUM. 4

DATOS ENCONTRADO EN LA CORRELACION EFECTUADA ENTRE LA CATEGORIZACION DE SINTOMAS Y SIGNOS DE/BECK/ BLAZER Y LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA SEMIESTRUCTURADA PARA EL ESTUDIO. (FRECUENCIA DE SINTOMAS)

<u>AREA EMOCIONAL:</u>	<u>FREC.</u>	<u>AREA FISICA:</u>	<u>FREC.</u>
Disminución del humor o tristeza	11	Fatigabilidad	Si
Decremento en la satisfacción de la vida.		Perturbaciones del sueño	Si
Pérdida de interés	10	Cansancio	6
Irritabilidad	10	Dolor	4
Sensación de vacío	10		
Inquietud y ansiedad	7	<u>AREA VOLITIVA:</u>	
Sentimientos negativos hacia sí mismo	9	Pérdida de motivación	9
Preocupación	9	Hostilidad	3
Desesperanza	6		
Sensación de pérdida	14	<u>RETARDO PSICOMOTOR:</u>	
Soledad	10	Lentificación de movimientos	10
Inutilidad	6		
<u>AREA CONGENITA:</u>			
Baja autoestima	14		
Pesimismo	12		
Autoculpa y crítica	2		
Rumiación de problemas	10		

47

CUADRO#5  
HOJA DE EVALUACION GERIATRICA

DATOS	PACIENTE NUM.																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20.
<u>ORIENTACION</u>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	↓	↓	↓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
TIEMPO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	↓
ESPACIO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	↓
PERSONA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<u>MEMORIA</u>	↓	↓	↓	↓	✓	✓	↓	↓	✓	✓	✓	↓	↓	✓	↓	✓	✓	✓	✓	↓
RECIENTE	↓	↓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	↓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
REMOTA	↓	↓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	↓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
FIJACION	↓	↓	↓	↓	✓	✓	↓	↓	✓	✓	✓	↓	↓	✓	↓	✓	✓	✓	✓	↓
FALSOS RECONOCIMIENTOS.	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
<u>JUICIO CRITICO</u>	✓	✓	✓	↓	✓	✓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	↓
<u>LENGUAJE</u>	✓	✓	✓	↓	✓	✓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ESPONTANEO	✓	✓	✓	↓	✓	✓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
REPETICION	✓	✓	↓	✓	✓	✓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	↓
SILABAS Y PALABRAS.	✓	✓	↓	✓	✓	✓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	↓
DESIGNACION	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
DENOMINACION	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
COMPRESION	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ORDENES SIMPLES	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ORDENES COMPLEJAS	↓	↓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	↓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	↓
ESCRITURA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
DICTADA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
COPIADA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
LECTURA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<u>PRAXIAS</u>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
IDEOMOTORAS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
IDEATORIAS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CONSTRUCTIVAS	↓	↓	↓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
<u>GNOSIAS</u>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
VISUALES	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
AUDITIVAS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
TACTILES	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
SOMATOGNOSIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
AUTOTOPGNOSIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
GNOSIAS DIGITALES	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<u>DEMENCIA.</u>	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓

PRESENTE: ✓      AUSENTE: ✗      NO VALORABLE: ↓      DISMINUCION: ↓



CARACTERISTICAS DISTINTIVAS ENTRE LA DEPRESION Y  
DEMENCIA

DEMENCIA

Inicio insidioso  
Síntomas usualmente de larga evolución  
Afecto y conducta fluctuante  
Respuestas erráticas típicas  
El paciente encubre sus fallas  
El menoscabo cognitivo es relativamente estable

DEPRESION

Inicio rápido  
Síntomas usualmente de corta duración  
Afecto consistentemente depresivo  
No se conocen respuestas típicas  
El paciente luce altamente sus fallas  
El menoscabo cognitivo fluctúa ampliamente

BLAZER II D.G.-Depresión In Iate Life, The C.V. Mosby Co. St. Louis Miss; Chapter 9 (Clinical diagnosis and differential diagnosis).

46

BIBLIOGRAFIA

1. Krassoievitch M.: Aspectos Clínicos de la depresión del an-  
ciano. *Psiquiatría*, 1976 (1): 29-35
2. Ferguson A.: The Inter-Relationship Between Physical and --  
Mental Disease in the Elderly, *Brit. J. Psychiat. Special -*  
*Publication No. 6* 1971.
3. Ban I.: The Treatment of Depressed Geriatric Patients. *Am. J.*  
*Psychother.*; 1978, 32(1): 93-104
4. Mendelewicz J.: "The Age Factor in Depressive Illnes: Some -  
Genetics Considerations. *J. Gerontol.* 31 (3): 300-303; 1976.
5. Charatan F.B.: "Depression in Old Age". *N.Y. St. J. Med.* 75  
(11): 2505-2509; 1975.
6. Pusch H.J, Wegener, M.: Altered Adaptation Behavior in The -  
Elderly *Munch. Med.* 118(37): 1149-1159; 1976.
7. Oster C. Sensory Deprivation in Geriatric Patients. *Journal*  
*of the American Geriatrics*, 24(10): 461-464; 1976.
8. Paul H.A. Space Perception and Space Requirements of the Aged.  
*Aktuel Gerontol*; 6(11): 581-589, 1976
9. Brink T.L. Depression in the Aged: Dinamics and Treatment.  
*Journal of the National Medical Association*, Vol. 69 No. (12):  
891-893, 1977
10. Bungard. Isolation, Loneliness and suicidal ideas in the aged.  
*Aktuel Gerontol.* 7(2): 81-89, 1977

11. Mar Zuñiga: Vejez, Depresión y Suicidio; Memoria de la Jornada sobre problemas de la vejez y del envejecimiento. Universidad del Ejercito y de la Fuerza Aerea, Pág. 229-251 Junio 22, 1979.
12. Patiño: 26 Lecciones de Psiquiatría Clínica; Taller de Imp. Pop. 1975,
13. Wyrich, R.: Iime experience during depression. Arch. Gen - Psychiat, 34(12): 1441-1443, 1977
14. Alonso Fernández.: Fundamentos de la Psiquiatría Actual, -- Tomo I. Paz Montalvo Madrid 1972.
15. Krassoievitch y Esquerra: Semiología y Clínica de las Demencias en Gerontopsiquiatría, Vol,16 No,1 1975,
16. Blazer II D.G.: Depression In Late Life, The C.V. Mosby Co. St. Louis Miss; Chapter 2 y 9, 1982
17. Caraveo J.: Algunos problemas relacionados con la depresión de los ancianos. Psiquiatría Vol,10 No.1 Enero-Abril 1980.
18. CIE 9 (OMS)
19. DSM III, 1980
20. Caso A.: Fundamentos de Psiquiatría. Ed. Limusa la edición 1979, reimpresión 1981.
21. Noyes and Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna; Ed. Prensa Médica Mexicana, 6a. ed. en español traducida de la 9a. en inglés. 1983.

- 22.. Kaplan/Freedman/Sadok: Comprehensive Textbook of Psychiatry; Thirs edition, Ed. Williams and Wilkins, 1980..
- Vallejo Nágera: Introducción a la Psiquiatría. Ed. Científico Médica 10a. edición, reimpresión 1981..
  - Ignasi Casals: Sociología de la Ancianidad. Ed. Mezquita, la edición 1982..
  - Beauvoir Simone: La vejez ( Ed, Sudamericana, Buenos Aires) 1970..

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA