



ACUÑA DE SAZ RICARDO

GERIATRÍA

TAREA DE CUARENTENA

SEXTO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ García

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO



SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (*DELIRIUM*)

Se denomina síndrome confusional agudo (SCA) o delirium al cuadro clínico de inicio brusco caracterizado por la aparición fluctuante y concurrente de: • alteración del nivel de conciencia, • afectación global de las funciones cognitivas, • alteraciones de la atención-concentración con desorientación, • exaltación o inhibición psicomotriz que puede llegar al estupor o a la agitación, • alteraciones del ritmo vigilia-sueño el enfermo aparece adormecido, obnubilado, confuso, sin claridad perceptiva, lo cual

hace que se desoriente viviendo borrosamente la realidad objetiva el estado de alerta físico y mental que supone un nivel de conciencia normal y la supresión total de dicha actividad que define el estado de coma pueden establecerse una serie de estados intermedios.

El SCA puede estar originado por toda una larga serie de factores que actúan a varios niveles; pudiendo ser factores predisponentes o factores desencadenantes. 4 Los factores que predisponen a la aparición del SCA son: - Edad avanzada. - Deterioro cognitivo previo. - Antecedentes de SCA o de daño cerebral. - Abuso crónico de alcohol o drogas. - Factores psicosociales (depresión, estrés, falta de apoyo familiar). - Factores relacionados con la hospitalización, siendo este un factor de suma importancia; tales como inmovilización (p. ej. postquirúrgica, postraumática) deprivación de sueño, falta de adaptación al entorno hospitalario, deprivación sensorial, entendida como una reducción de los estímulos sensoriales habituales (p. ej. estancia en UCI, aislamiento por enfermedad contagiosa, etc.), sobreestimulación sensorial, entendida como aumento persistente de los estímulos sensoriales habituales (p.ej. conversaciones inusuales de personas ajenas al paciente, ruidos no habituales, trasiego del personal, etc.) Por otra parte, existen una serie de factores desencadenantes que constituirían la causa orgánica del SCA, tales como:

Enfermedad cerebral primaria. - Enfermedad sistémica que afecta secundariamente a las funciones cerebrales. - Intoxicaciones con sustancias exógenas. - Deprivación brusca en caso de abuso de sustancias tóxicas. Las etiologías más frecuentes son aquellas de origen neurológicas (tabla 1) y de origen sistémico (tabla 2) que afectan a las funciones cerebrales.

Las intoxicaciones, así como la deprivación de tóxicos son la causa más frecuente de SCA reversible. Causas neurológicas del SCA Lesiones focales Lesiones difusas

Ictus Traumatismo craneal Hematoma subepidural/epidural Hidrocefalia Hemorragia subaracnoidea Status no convulsivo Tumor cerebral Meningoencefalitis Absceso cerebral 5 Tabla 2. Causas sistémicas del SCA. Trastornos metabólicos Infecciones Hipoxia Sepsis Hiper-capnia Neumonía Hipoglucemia Fiebre reumática Uremia Endocarditis Porfiria Brucelosis Deshidratación Paludismo Enfermedad de Wilson Hepatopatía Acidosis/alcalosis Agentes externos Hiper-hiponatremia Hiper-hipokalemia Hipotermia Hiper-hipocalcemia Golpe de calor Electrocuación Endocrinopatías Hiper-hipotiroidismo Hiper-hipoparatiroidismo Panhipopituitarismo Hiperglucemia Insulinoma Síndrome de Cushing Enfermedad de Addison Enfermedades cardiopulmonares Infarto agudo de miocardio Insuficiencia cardiaca Arritmias Tromboembolismo pulmonar Tóxicos implicados.

Alcohol Ciclosporina Litio Antiarrítmicos Cimetidina Narcóticos Anticolinérgicos Corticoides Neurolépticos Anticomociales Cocaína Opiáceos Antidepresivos Digoxina Tóxicos industriales Antihipertensivos Disulfiram Antineoplásicos Heroína Agonistas dopaminérgicos Inhalantes Barbitúricos Interferón Benzodiacepinas Levodopa III. DIAGNÓSTICO Es esencial hacer el diagnóstico etiológico con rapidez. A veces no se identifica el factor causal, o el origen es multifactorial. III.1.- Anamnesis La historia clínica del paciente se recoge a través de sus familiares o de las personas que han estado en contacto con él. Interesa la situación basal (autónomo, dependiente, etc.), patologías previas, hábitos tóxicos, trastornos psiquiátricos, traumatismo craneal reciente, cronología del proceso, medicaciones habituales.

El Síndrome confusional agudo no siempre se presenta con el cuadro típico de agitación, alucinaciones y trastornos psicomotores, en pacientes ancianos puede presentarse como un cuadro de letárgica e hipoactividad. Hay que tener en cuenta que estos cuadros pueden sufrir rápidas fluctuaciones o pueden asociarse a otras patologías que afecten a funciones corticales como la demencia. III.2.- Exploración física. Debe incluir las constantes habituales. Una minuciosa exploración sistémica y

neurológica puede orientarnos hacia una patología sistémica concreta (hepatopatía, cardiopatía, alteración endocrina, meningismo, señales de venopunción...). Un temblor prominente aparece en el sd de privación (alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas...) y algunos tóxicos (antidepresivos tricíclicos, teofilina...). Mioclonías y asterixis sugieren encefalopatía metabólica (hepática, urémica hipercápnica). La exploración neurológica irá enfocada a descartar signos de 7 focalidad, sd meníngeo, hipertensión intracraneal, mioclonías focales. También se debe valorar el estado mental, explorando los siguientes puntos:

- **Conciencia:** es el estado en el cual uno se da cuenta de sí mismo y del entorno. La conciencia tiene dos componentes, el contenido y el grado de alerta. El contenido se altera siempre en el síndrome confusional agudo.

El grado de alerta varía desde la somnolencia a la hiperactividad, pudiendo fluctuar a lo largo de la evolución del cuadro.

- **Atención:** es la capacidad para concentrarse en una tarea u objeto. En el síndrome confusional agudo está siempre alterada. Para explorarla se le puede pedir al paciente que repita dígitos, uno por segundo (normal hasta 5). Otro método es hacer que el paciente cuente los meses del año hacia delante y atrás (una persona normal puede nombrar hacia atrás los meses del año en 20 segundos). Si es incapaz de realizar esta tarea se le pide que haga lo mismo con los días de la semana.
- **Orientación:** está alterada en el síndrome confusional agudo. Por orden se afecta la esfera temporal, espacial y personal.
- **Memoria:** siempre se afecta en el síndrome confusional agudo. Se afecta principalmente la memoria reciente.

Se puede explorar haciendo que el paciente recuerde algunos acontecimientos históricos, año, mes, día (memoria remota) o bien diciéndole 3 palabras y pidiéndolo que las repita pasados 3 minutos (memoria reciente).

- **Pensamiento:** se alteran la organización y el contenido del pensamiento. Así el paciente presenta perseveración, repetición y fuga de ideas constantemente.
- **Percepción:** se altera dependiendo del

nivel de conciencia. Pueden existir alucinaciones e ilusiones, generalmente visuales.

- Alteraciones de funciones no intelectivas: se alteran el estado afectivo (ansiedad, depresión, euforia, apatía...), conducta o comportamiento (hipo o hiperactividad) y el sistema neurovegetativo (diaforesis, taquicardia, hipertermia...)

IV. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Hay que hacerlo principalmente con la demencia y otras enfermedades psiquiátricas como la depresión, ansiedad, trastornos disociativos, manía aguda y la esquizofrenia

| | SCA | DEMENCIA | PSICOSIS |
|---------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Comienzo | Agudo | Insidioso | Agudo |
| Evolución | Fluctuante | Estable | Estable |
| Duración | Transitorio | Persistente | Variable |
| Nivel de conciencia | Disminuido | Normal | Normal |
| Ciclo vigilia-sueño | Alterado | Normal | Alterado |
| Atención | Alterada | Normal | Puede alterarse |
| Orientación | Alterada | Alterada | Variable, según tipo |
| Lenguaje | Incoherente | Afasia frecuente | Normal, lento, rápido |
| Ilusiones | Transitorias, poco sistematizadas | Infrecuentes | Persistentes y sistematizadas |
| Alucinaciones | Visuales Infrecuentes | Auditivas frecuentemente | Movimientos Involuntarios Frecuentes |
| Enfermedad orgánica | Sí | No | No |

V. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Deben solicitarse basándose en los datos obtenidos en la historia clínica y exploración física

- Estudio inicial. Ante todo paciente con síndrome confusional agudo se debe realizar Hemograma, glucemia capilar inmediata, bioquímica sanguínea (glucosa, iones, calcio, creatinina), sistemática de orina, Rx de tórax, y ECG. Dado que la mayoría de los cuadros confusionales son de etiología exógena, siempre debe considerarse la búsqueda de focos infecciosos y un examen toxicológico.
- Pruebas dirigidas. *f* Datos de laboratorios.- según sospecha pueden realizarse pruebas de función hepática, serologías, cultivos microbiológicos, tóxicos en sangre y orina, hormonas tiroideas.

La punción lumbar debe realizarse siempre que la etiología no está clara o exista sospecha de infección del sistema nervioso central (previa realización de estudios de neuroimagen) *9 f* Estudios de neuroimagen.- según se disponga puede realizarse

TAC con sin contraste, RMN... f EEG.- puede ser de gran ayuda para: detectar causas intracraneales, diagnóstico en pacientes con trastornos del comportamiento, diferencias entre esquizofrenia y otros estados psiquiátricos, seguimiento y evolución de síndrome confusional agudo.

La necesidad de realizar alguna de estas exploraciones en urgencias y no durante el ingreso, viene dada por la disponibilidad de medios de cada centro y por la sospecha diagnóstica: por ejemplo, será urgente hacer una TC craneal y una punción lumbar a un paciente del que se sospecha padece una encefalitis herpética, pero no una determinación de hormonas tiroideas si se sospecha hipotiroidismo. VI. TRATAMIENTO A. Medidas generales: - Asegurar la permeabilización adecuada de la vía aérea. Para ello se aspirarán secreciones bronquiales en caso de ser necesario y se asegurará una ventilación apropiada , administrando oxígeno mediante mascarilla tipo Venturi al 24%. Si no hay respiración espontánea se valorará la posibilidad de intubación endotraqueal.

- Estabilizar hemodinámicamente al paciente mediante canalización de vía endovenosa y control de temperatura corporal, glucemia capilar, medición seriada de tensión arterial y frecuencia cardiaca. - Valorar la indicación de monitorización electrocardiográfica y oximétrica. - Valorar la indicación de sondaje nasogástrico y vesical. B. Tratamiento farmacológico: Se valorará la utilización de los siguientes fármacos: - Tiamina por vía im a dosis de 100mg (equivale a una ampolla del preparado comercial Benerva) como profilaxis de la encefalopatía de Wernicke. - Naloxona por vía iv en bolo a dosis de 0'01mg/kg que , para un paciente de unos 70kg equivale a 1'5 ampollas del preparado comercial Naloxone. Es útil en pacientes con disminución del nivel de conciencia con miosis y depresión respiratoria o evidencia de consumo de opiáceos. 10 - Glucosa hipertónica por vía iv a dosis de una ampolla del preparado comercial Glucosmon R-50, en caso de hipoglucemia confirmada por tira reactiva.

DEMENCIA



El deterioro de las funciones mentales es uno de los grandes mitos del envejecimiento tienen la creencia de que al envejecer perderan habilidades cognitivas inestablemente por lo que se piensa que todo los viejos están demenciados todos los problemas demenciales son debidos a enfermedades de Alzheimer se pierde el deterioro cognoscitivo es un padecimiento sindromático o sea multicausal donde un grupo de enfermedades comparten el deterioro de las funciones mentales llamadas superiores generalmente en forma global pueden ser debidas a muchos orígenes, hay riesgo específicos como las tendencias genéticas en las enfermedades degenerativas y el riesgo cardiovascular en las origen vascular.

El deterioro cognitivo asociados a la edad, hay evidencias de algunas fallas, especialmente en la memoria y en el desempeño visoespacial, pero no se pueden establecer el diagnostico de la demencia, los problemas demenciales se establecen con lentitud puede darse un periodo preclínico muy largo las personas que padecerán demencia tengan muchos años antes , daños pequeños que se van constituyendo y extendiendo en el cerebro hasta llegar a un punto de inflexión en el que el deterioro es evidente por diversas circunstancias es especialmente probable cuando se entorpecen la vida del paciente o de los que los rodean por razones muy diversas que generan estrés y exijan un esfuerzo homeostático mayor.

el proceso patológico de la demencia hasta que no se compensa, la enfermedad la enfermedad de Creutzfeldt – Jakob demencia por priones en los que la latencia podría ser hasta de 30 años demencias degenerativas donde el ha llevado a pensar que estos cambios ocurren, el deterioro sean atribuidos a envejecimientos con ello no sean considerados como signos de enfermedad, el deterioro es equilibrado con las condiciones y necesidades sociales del paciente sin que impacte el beneficio del diagnostico temprano pues considerar la posibilidad de modificar el curso de la

enfermedad lo que no siempre es posible como se hay dilemas éticos , el deterioro leve tiene un desenlace en demencia plena hasta el 12 a 15% por año en contraste de 1% por año del sujeto que no lo padecen por lo que la mayor parte de los autores considera que casi todos los deterioros leves desencadenara demencia, la contradicción se encuentra en el porcentaje que no tendrán demencia por lo que no se puede establecer el diagnostico firme sino a través del tiempo , la observación y cuidado a lo largo de meses o años, limitar los daños subsecuentes si es posible antiagregantes plaquetarios, nutrición , estabilidad emocional, participación social, ejercicio y fortalecer las funciones plasticidad cerebral, demencias reversibles se habla hasta de un 27% de los casos desafortunadamente ahora se tiene claro que lo que aparecía como daño cognotivivo curable era simplemente la manifestación de otras enfermedades, los esfuerzos en problemas de salud relacionados con la función tiroidea, la depresión seudodemencia , hidrocefalia normotensa , hematomas subdurales crónicas y meningiomas la mayoría de estos pacientes tenia un proceso demencial en curso que no era evidente hasta que la enfermedad intercurrente debilitada el equilibrio homeostasio incuyendo sus manifestaciones un mal desempeño cognocitivo al tratar la enfermedad nueva mejoraba el desempeño mental sin embargo la mayor parte de los pacientes volvía con las manifestaciones mentales tiempo despues alrededor de tres a cinco años cuando se podía establecer el diagnostico claro y solido de demencia.

Las manifestaciones de deterioro cognoscitivo son tan variadas como la mente misma cuando se desarrollan las funciones mentales cada cerebro lo hace en forma diferente si bien hay generalidades que conocemos en la neurofisiología como zonas de tal o cual función motora , mnésica , visual, las circunstancia particulares de cada individuo organizan la actividad mental de diferente forma; luego a lo largo de la vida se van estableciendo patrones de reconocimiento , creencias , modos de funcionamiento vital que las particularizan aun mas a ello se suman las emociones , mas tardes se moldean con la cultura , posteriormente será impactadas con la

enfermedad, el daño demencial que se va estableciendo rebasa la desdibujada línea de la evidencia clínica cuando las reservas fisiológicas no pueden compensarlo, ello puede ocurrir en el momento que se intercala un esfuerzo mayor como es la viudez y lo podría ser una enfermedad agregada, una hospitalización la intoxicación por un fármaco o cualquier otro problemas, la integridad mental es el factor determinante en la funcionalidad que representa un fino termómetro un estudio las deficiencias mentales la distinción entre olvidos benignos y malignos que podemos describir como es lo mismo olvidar donde he dejado las llaves que olvidar para que sirven y como se llaman las llaves, la depresión y el delirium son problemas que en muchas ocasiones ocurren como heraldo de la enfermedad demencial ambos trastornos están relacionados con la reserva cerebral lo que hace que la presentación de la demencia o problemas que llevan al descubrimiento del deterioro cognoscitivo, la demencia es el deterioro global de las funciones mentales superiores no esta de mas recordar cuales son esas funciones : la memoria, el lenguaje, el cálculo, las habilidades visuoespaciales, aprendizaje, juicio, orientación no debe olvidarse su conexión con el manejo de las emociones.

El conocimiento lo mas profundo del individuo evaluación gerontológica multidimensional y la evaluación de las funciones mentales son las herramientas principales los estudios paraclínicos son complementarios no siempre oportunos, si un paciente tiene datos de deterioro cognoscitivos pleno y ya lleva varios años es poco probable que los exámenes ayuden en algo hay pacientes muy deteriorados que no deben ser sometidos a estos estudios solo por simple curiosidad , negocio o falta de pericia son pertinentes si cambiaran nuestras decisiones terapeuticas lo que es poco probable los antecedentes esclarecen los riesgos y la probable los antecedentes esclarecen los riesgos y la probable causa o causas del problema la extensión del daño se hace evidente con la clinica son suficiente para tener un panorama y tomar decisiones para el cuidado ulterior muchos familiares pacientes están en realidad

agotados, empobrecidos y profundamente desilusionados después de extensos , molestos y costosos estudios la enfermedad avanzara con o sin estos apoyos.

el conocimiento lo mas profundo posible del individuo evaluación gerontologica multidimensional y la evaluación de las funciones mentales son las herramientas principales los estudios paraclnicos son complementarios y no siempre oportunos un paciente tienen datos de deterioro cognositivo pleno y ya lleva varios años es poco probable que los exámenes ayuden en algo hay pacientes muy deteriorados que no deben ser sometidos a estos estudios solo por simple curiosidad , negocio o falta de pericia son pertinentes si cambiaran nuestras decisiones terapéuticas lo que e poco probable los antecedentes esclarecen los riesgos y la probable los antecedentes esclarecen los riesgos y la probable los antecedentes esclarecen los riesgos y la probable causa o causas del problema , la extensión del daño se hace evidente con la clínica son suficiente para tener un panorama y tomar decisiones para el cuidado ulterior muchos familiares los mismos pacientes están realidad agotados , empobrecidos y profundamente desilusionados después de extensos , molestos y costosos estudios .generales biometría hemática, química de varios elementos , electrolíticos, de función tiroidea y neuroimagen sean los básicos sífilis , dinámica del liquido cerebroespinal , punción lumbar, son solo oportunos en casis seleccionados las pruebas neuropsicológicas en baterías se reservan a casos atípicos , los mismo debe considerarse para algunas escalas de evaluación tediosas y atemorizantes para el paciente que se deben sustituir por una conversación causal y compasiva con el paciente y sus cuidadores, los familiares acudan a la consulta angustiados y tratandi de evidencia el dño por caminos un poco rebuscados muecas , negaciones , tomar como pretexto otra queja de salud quieran conversar con el medico previamente para ponerlo en antecedentes se organiza una franca pelea. Puede ocurrir que se requiere tener una reunión ulterior con la familia para esclarecer sus dudad y planear el cuidado importante con el resto.

DEPRESION



La depresión es una de las enfermedades mas serias de las que se puede hablar, la padecen muchas personas y sus consecuencias las sufrimos todos como sociedad

, la personas deprimida experimenta sensaciones mas allá de las descripciones por las cuales ni siquiera se siente ella misma, funciona mal y se siente realmente infeliz suele invadir de desazon , desesperanza y exasperación a los que lo rodean en su circulo familiar , social y trabajo, al deprimido se le ve débil, caprichoso incapaz de enfrentar la vida y disfrutarla, se le recomiendan compras, vacaciones y otras variedades de consumismo para aliviar la siempre atribuyendo el problema a circunstancia vividas desagradable o excesivas, la indiferencia demotivada que producen la depresión, la depresión no es vista como una enfermedad por lo que la oportunidad de curarla es escasa, las depresiones se diagnostica de estas la tercera parte se trata de ellas solo 33% cumple el tratamiento aun menos complementan la propuesta terapéutica con psicoterapia, menos aun con algún camino de desarrollo personal espiritual, cuando un paciente acude a los sistemas sanitarios con multiples quejas que representan las muchas caras de la depresión, las quejas son tratadas aislandamente y en forma sintomática sin reconocer el cortejo sintomatico multiple diverso de la enfermedad depresiva; generalmente pasa mucho tiempo y muchas consultas hasta que algún medico logra acomodar el rompecabezas y atribuir las molestias al diagnóstico de depresión, prescribiendo una medicación antidepresora, no necesariamente la adecuada recomendando al paciente debe relajarse y echarle ganas despreciable frase habitual y desesperanzadora que se aplica al deprimido en nuestra sociedad.

La depresión y las abandonan en la creencia de generar una adicción o que sus mentes sean cambiadas por la sustancias prescrita: lo que eventualmente puede ocurrir con las benzodiazepinas no son antidepresivos, la prevalencia de la depresión en el ámbito de la geriatría depende en mucho de la definición de depresión no es lo mismo hablar de la sintomatología depresiva o del síndrome depresivo en general que referirnos al caso del episodio depresivo mayor asimismo las prevalencias son claramente dependientes de la población a la cual se haga referencia la población general pacientes de la consultas externa, pacientes ingresados a un hospital general

de enfermos agudos , población crónicamente institucionalizada, las formas de depresión en la población general así como en la de 65 años y más la prevalencia global es de 15 a 25% a diferencia de 4 a 5 % para el trastorno depresivo mayor en cuanto a la prevalencia y su relación con el tipo de población no es sorprendente el hecho de que los ancianos que con menor frecuencia presentan síntomas y trastornos depresivos, son aquellos estudiados en la comunidad seguidos por los evaluados en un contexto en el siguiente orden de menor o mayor prevalencia consulta externa, hospitalización breve y por último los pacientes en institucionalización prolongada en Inglaterra un estudio extenso ECA encontró frecuencias tan bajas como 1% en pacientes que se mantenían en la comunidad tan alta como el 50% en institucionalizados, los factores de riesgo que caracterizan a cada uno de estos grupos de población y su entorno, los ancianos que residen en la comunidad representan una población sobreviviente más sana mientras que los que viven en residencias o aislados están seleccionados por una alta morbilidad y mayor vulnerabilidad.

La prevalencia de la depresión se tiende a pensar que los más jóvenes incluyendo niños la padecerán menos sin embargo no parece ser así las cifras son aproximadas en todas las edades, lo que difiere es tanto las manifestaciones de la enfermedad como la apreciación social de la misma, la depresión en un niño que tiene una vida por delante y cuya única obligación es jugar e ir a la escuela, en tanto le parece lógica la tendencia depresiva en viejos deteriorados con futuros inciertos, el cerebro es el órgano de asiento de la enfermedad depresiva sufre cambios importantes en los que los neurotransmisores están involucrados al igual que en la fisiopatología conocida de la depresión una menor población neuronal expresada como atrofia y reconocida por aumento de los espacios entre las circunvoluciones y ventriculomegalia, disminución de receptores y de la síntesis de neurotransmisores como la hidroxitriptamina para generar serotonina, lesiones vasculares pequeñas que se identifican como hiperintensidades en las imágenes de resonancia magnética

localizadas en la sustancia blanca, generalmente cercanas a la astas leucoaraiosis también degenerativas que pueden ser difusas o localizadas con disminución del metabolismo de la glucosa en el estudio por emisión de positrones uso de múltiples fármacos que repercuten en el sistema nervioso, enfermedades concomitantes especialmente las neurológicas y quizás otros factores todo parece favorecer a la depresión en pacientes ancianos frágiles.

Se considera a la depresión como un trastorno del ánimo entonces es conveniente procurar un entendimiento de lo que es el ánimo denominado humor, tono afectivo y talante lo que no es fácil los músculos deben poseer un tono una cierta contracción de las fibras para poder funcionar la mente tienen que tener un cierto tono, volumen, propensión, energía de base sobre el cual desempeñar el impulso esencial el estado emocional es base para responder es decir la disposición afectiva dominante el tipo de exaltación afectiva con que se vive se proyecta hacia los demás el fluir de la conciencia se asientan las emociones y el tono afectivo depende del darse cuenta, la integridad cognoscitiva de la salud general y el equilibrio fisiológico general estos factores cambia también lo hace el tono afectivo cuando el ánimo baja la conciencia se estrecha y nos tornamos hacia adentro

se considera a la depresión como un trastorno del ánimo es conveniente procurar un entendimiento de lo que es el ánimo denominado humor tono afectivo y talante no es fácil definir el estado emocional es base para responder al mundo es la disposición afectiva dominante el tipo de exaltación afectiva se vive la conciencia se asientan las emociones y tono afectivo depende del darse cuando el ánimo baja la conciencia se estrecha los trastorno del ánimo no pueden ser entendidos y procesado en una sola línea vertical sin duda representan como cualquiera enfermedad un proceso que en este caso suele ser especialmente largo puede ser paralelo a la línea de vida.

Es indispensable mantener en mente tanto las características longitudinales de la depresión como su variedad de dimensiones sociales, físicas, mentales, culturales y factores contribuyentes que la circundan el conocimiento y forma a la depresión a la individualidad que presenta en cada enfermo sin duda dimensiones se entrelazan y son dependientes unas de otras.

El sector envejecimiento de la población sufre una gran segregación en todos los ámbitos sociales es evidente una relación directamente proporcional entre la edad y la pobreza a mayor probabilidad de vivir en un deterioro económico el dinero abundante en la edad y la pobreza a mayor edad mayor probabilidad de vivir en un deterioro económico el dinero abundante en la vejez puede ser motivo de dinámicas sociales negativas como aislamiento, abandono, abuso, avaricia de los de alrededor llama a jaulas de oro en el género las mujeres tienden estar en peores condiciones de salud y económica además de que muchas tienen la creencia de ser inútiles o irrelevantes después de la reproducción.

Bibliografía

Rodríguez R., Lazcano G., Medina H., & Hernández M. (2011). Cap. 70 (pags.. 544). México: Mc Graw Hill.

Rodríguez R., Lazcano G., Medina H., & Hernández M. (2011). Cap. 73 depresion (pags.. 576). México: Mc Graw Hill.