

11241
24/19



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS SUPERIORES

**PATOLOGIA MENTAL EN UN ASILO DE
ANCIANOS DE UN HOSPITAL GENERAL**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA**

P R E S E N T A

DR. LORENZO VILLALBA MANGIATERRA

ASESOR:

DR. CARLOS CAMPILLO-SERRANO

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1984

Alfonso de la Cruz

[Signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

I N D I C E

	PAG.
I. Introducción y Antecedentes	1
II. Método y Procedimiento	16
III. Resultados	19
IV. Conclusiones	32
V. Bibliografía	35
VI. Anexos	42
Valoración para pacientes con probable daño orgánico cerebral	42
Valoración de actividades y autonomía	44

PATOLOGIA MENTAL EN UN ASILO DE ANCIANOS
DE UN HOSPITAL GENERAL

Dr. Lorenzo Villalba Mangiaterra

I. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

Los grandes avances ocurridos en el área social de la salud en los últimos 30 años, ha traído como consecuencia una mayor expectativa de vida y por lo tanto el aumento del número de habitantes longevos en todo el mundo.

Este aumento de la expectativa de vida ha sido mejor estudiado y documentado en los países altamente industrializados, en donde el fenómeno se presenta en mayor proporción.

En los E.E.U.U. la población con más de 65 años en 1900 era del 4%; en 1970 10%; y en 1980 11% (1). Se calcula que para el año 2030, 50 millones de individuos tengan más de 65 años y de estos 25 millones podrían estar por arriba de 75 años (2).

Kaufmann estima que la población mayor de 65 años en los países europeos, se elevará en un promedio aproximado de entre 16 a 17% entre 1980 a 1985 (3).

Este fenómeno también ocurre en los países en vía de desarrollo, como lo indica el informe del grupo de expertos -- convocados por el Institut de la Vie, en la cual informan que la población de más de 60 años de edad aumentó rápidamente, especialmente en los países en desarrollo. La población de más de 60 años constituirá el 9.3% de la población mundial en el año 2000, es decir 581 millones de personas, en contraste con el 8.4%, es decir 304 millones, que representaba en 1960. Dicho de otra manera, durante el mismo período de 30 años, se estima que todos los grupos de edad aumentarán en 73%, mientras que la población de más de 60 años aumentará en 91%, y de más de 80 años crecerá en 119%. El rápido crecimiento de la población anciana será especialmente notable en Asia Oriental y América Latina (4).

En América Latina donde se ha tendido a entender como sinónimo la juventud histórica del continente y la demográfica, el incremento de la población total en el período 1960--1970 fué de 32.9%, y el incremento de la población de más de 65 años fué de 26%, estimándose que para el período 1970-1980 el incremento de la población total será de 33.8% y la población de más de 65 años será de 41.6% (5).

Más específicamente en los Estados Unidos Mexicanos, la esperanza de vida en el año 1950 era para los hombres de -- 48.1 años y las mujeres 51.0, en 1960 era para los hombres de --

57.6 y las mujeres 60.3 años, en 1970 era para los hombres de 60.0 y las mujeres 66.1 años, estimándose que para el período 1985-1990 sea de 65.4 para los hombres y 69.7 para las mujeres, para el período 1995-2000 sea de 68.0 para los hombres y 72.3 años para las mujeres. La población total de más de 65 años en el año de 1950 fué de 912,900; en 1960 fué de 1'308,500; en 1970 fué de 1'793,800 y en 1980 fué de 2'665,000, estimándose que para 1985 será de 2'824,700 y para el año 2000 de 4'459,900 (6).

Estos acontecimientos generalizados ha contribuido al desarrollo de un nuevo campo en la medicina, la Geriatria, ya que las personas en edad senil presentan características y problemas particulares propios de esta etapa de la vida. La Psiquiatria como rama de la medicina tiene una gran participación en este campo, pues esta bien demostrado que la patología mental en ancianos es alta, involucrándose en ellos factores biológicos, psicológicos y sociales.

Se ha visto que el riesgo de sufrir una patología mental en la población general es en el grupo de edad de 60 a 69 años 6-7%; en el grupo de 70 a 80 años 10-16% y en el de más de 80 años 25% (7).

Algunos estudios mencionan que entre 15 a 20% de los ancianos padecen algún grado de trastorno mental. En la prác-

tica médica general las cifras son más elevadas y en los asi- los de ancianos aún más, mencionandose que el 50% de los an- cianos presentan algún tipo de patología mental (8,9,10,11).

PATOLOGIA MENTAL:

Delirium: Es uno de los síndromes clínicos más comu- nes entre las patologías mentales en la edad avanzada. Es un síndrome orgánico cerebral agudo que denota un desorden mental orgánico transitorio caracterizado por la alteración global de las funciones cognitivas, de inicio agudo. Típicamente las al- teraciones tienden a fluctuar durante el día y es más marcado- en la noche, el ciclo sueño-vigilia usualmente esta alterado.- (12)

La incidencia real del delirium es desconocido debi- do a que la mayoría de ellos no es motivo de consulta al psi- quiatra, sobre todo en los Hospitales Generales sin servicio - de Psiquiatría. En los estudios realizados se ve que la inci- dencia aumenta con la edad, teniendo dos polos de incremento, - en los niños y los ancianos no habiendo diferencia entre sexo- (12). Se reportan cifras con un rango de 10 a 50%, variando - esto grandemente dependiendo de la población estudiada, pobla- ción general, población de consulta de Medicina Interna, Ciru- gía o Neurología (13,14,15,16,17,18).

Demencia: El DSM III lo define como una pérdida de las capacidades intelectuales, hasta el punto de interferir en el funcionamiento social y laboral. El déficit es amplio e implica la memoria, la capacidad de juicio, el pensamiento abstracto y otras funciones corticales superiores, pudiendo encontrarse cambios en la personalidad y en la conducta. Si los síntomas son debidos a la obnubilación de la conciencia no deberá hacerse el diagnóstico de demencia, sin embargo el delirium y la demencia pueden coexistir. El DSM III hace una importante diferencia entre las demencias, aquéllas en que no puede ser demostrada una etiología orgánica, pero que se infieren tienen un sustrato orgánico, llamadas demencias primarias, de aquéllas demencias asociadas con una etiología orgánica demostrable y potencialmente reversible, llamadas demencias secundarias (19).

En el ICD 9 de la OMS esta incluido dentro de las psicosis orgánicas, específicamente en el rubro de psicosis orgánica senil y presentil. Aquí es descrito como un síndrome en la que se presenta un deterioro de la orientación, memoria, comprensión, habilidad para el cálculo y de la capacidad para el aprendizaje y el juicio. Estas son las características esenciales, pero también puede presentarse superficialidad o labilidad del afecto o una persistente alteración del ánimo, mengua de las normas éticas, aparición de rasgos nuevos de la personalidad o exageración de los preexistentes, así como dis-

minución de la capacidad para la toma de decisiones independientes (20).

Cumming define operacionalmente a las demencias como una alteración adquirida persistente de las funciones intelectuales con compromiso en tres de las siguientes esferas de la actividad mental: lenguaje, memoria, habilidad viso-espacial, emoción, personalidad y cognición (21).

La prevalencia de las demencias en la población general se encuentran en un rango de 1.0 a 9.1%, con demencia severa, y un 2.6 a 15.4% con demencia moderada, con una media de prevalencia de 5% (8,9,22,23,24).

El rango de acuerdo a la edad es de 3% de los 65 a 79 años, y aumenta a más del 20% en individuos por encima de los 80 años. A esto hay que sumar un 2 a 3% adicionales para pacientes institucionalizados y para asilos de ancianos se halló una prevalencia de entre 30 a 65% (11,25,26).

La demencia senil tipo simple de la O.M.S. o demencia degenerativa primaria del DSM III, es la más común de todos los casos de demencia, constituyendo de 40 a 60% del total (27,28).

La demencia arteriosclerótica del ICD 9 o multinfár-

tica del DSM III ocurre entre un 25 a 40% de las demencias primarias, pero la prevalencia real es difícil de establecer premortem, especialmente cuando coexisten con las demencias degenerativas primarias (27).

Tomlinson y col. estudiando autopsias cerebrales de pacientes demenciados encontraron un 50% de lesión tipo Alzheimer, 12% se asociaron tipo Alzheimer y procesos isquémicos, -- con 5% adicional de probable origen cerebrovascular solamente, 10% no clasificable y 5% de otras causas (27,29).

Las demencias secundarias se indica que son un 20% - del total, siendo las causas mencionadas más comúnmente: la depresión 1/3 de los casos (7.5-9%), hidrocefalia normotensa -- 1/4 de los casos, masa craneal ocupativa 1/5 de los casos, y - el resto se reparte entre síndrome demencial provocado por drogas, Parkinson y avitaminosis (11,30,31).

La demencia degenerativa primaria, es más frecuente en mujeres, la multinfártica en los hombres, sin embargo al aumentar la edad de las mujeres aumenta la frecuencia de demencia multinfártica en ellas.

Depresión: El síndrome depresivo ocupa un lugar importante en la psicopatología del anciano y se describen que ella, tiene algunas características diferentes, producto de los

factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en el proceso del envejecimiento, así se ha visto que los factores hereditarios son poco frecuentes, no existe una personalidad previa característica, la ansiedad predomina en el cuadro clínico, el inicio está frecuentemente asociado con un acontecimiento traumático, las somatizaciones y las alteraciones cognitivas son muy frecuentes (32,33,34).

La prevalencia de depresión en la población de ancianos de los E.E.U.U. es de 13%. Las cifras reportadas en algunos estudios europeos son menores (8,9,11).

Los síntomas depresivos transitorios, sin riesgo suicida se presentan en 30% o más de los ancianos, pero sólo del 2 a 3% cumple con los criterios para trastornos afectivos mayores del DSM III (11,35).

Blazer en un estudio realizado en la comunidad, encontró que el 14.7% presentaba síntomas disfóricos depresivos-significativos, 4.5% de estos pacientes presentaba solamente disforia y 3.7% tenían síntomas de trastornos depresivo mayor, utilizando los criterios del DSM III (36).

En pacientes ancianos hospitalizados en medio psiquiátrico se describen rangos entre 30 a 50% de cuadro depresivo (37,38).

Rabins, Lucas y col. encontraron en una población -- de ancianos de la consulta psiquiátrica un 27% de depresión -- (39).

En el análisis por período de edad en pacientes ge--rontopsiquiátricos hospitalizados se presenta trastornos afectivos en más del 50% entre los 60-70 años y menos del 50% entre los 70-80 años, después de los 80 años se produce un brusco decremento en la incidencia de depresión (40).

En México en un estudio realizado con una muestra de población mayor de 65 años que acuden a la consulta externa de un Hospital General y detectados con el C.G.S. de Golberg se -- halló un 10.5% de trastornos afectivos mayores (41).

Los trastornos afectivos son más frecuentes en mujeres que en hombres (11,41,42).

Esquizofrenia: En la población de ancianos, la es--quizofrenia es uno de los trastornos que más polémica y confusión ha causado, sobre todo en la posibilidad de presentación en la edad tardía. Pero independientemente de la edad de inicio, la esquizofrenia es uno de los padecimientos que posiblemente irán en aumento en los asilos u hogares de ancianos en -- parte por el mejor nivel de vida de estos pacientes y también el mejor control de la enfermedad por los psicofármacos lo que

lleva a la posibilidad de que estos pacientes puedan convivir sin mayores problemas en este tipo de instituciones (43,44).

La mayoría de los ancianos que padecen esquizofrenia, inician su padecimiento en la edad de máximo riesgo, antes de los 35 años. Sin embargo nuevos casos de esquizofrenia pueden ocurrir en los ancianos estimándose que constituyen alrededor del 10% de los casos de ancianos con esquizofrenia en una clínica de psiquiatría general (11).

La prevalencia de esquizofrenia en la población general de ancianos es muy baja alrededor de 0,3 a 1.1% (11).

Trastornos paranoide: Las características esenciales consisten en ideas delirantes persecutorias o de celos persistentes, no debida a otros trastornos mentales como esquizofrenia, trastornos esquizofreniformes, trastornos afectivos o trastorno mental orgánico. Las ideas delirantes pueden ser simples o elaboradas y con frecuencia comprenden un solo tema o temas conectados entre sí. La personalidad permanece intacta o se deteriora mínimamente en un período de tiempo prolongado (45).

La edad de comienzo es en la edad media o tardía, es más frecuente en el sexo femenino y en quienes padecen de privaciones sensoriales, especialmente auditiva y visual, así-

como en el aislamiento social (46,47,48).

La prevalencia e incidencia real de los trastornos - paranoides no es conocida por la dificultad que representa la - identificación, ya que habitualmente no consultan al especia-- lista.

La incidencia del trastorno paranoide, en una revi-- sión de varios estudios utilizando los criterios del DSM III - varían entre 2 a 8%. Sin embargo los síntomas paranoides as-- cienden a un 32% cuando se asocian con otras formas mayores de enfermedad mental (49).

Kendler en un estudio de revisión encuentra que cong tituyen entre 1 a 4% de todos los ingresos psiquiátricos, con una incidencia de primer ingreso de 1 a 3/100,000 por año - - (48).

Ben-Arie, Swartz, Teggín, Elk, en su estudio encon-- traron una prevalencia de 2.2% (50).

Neurosis y trastornos de personalidad: El diagnósti-- co de neurosis en los ancianos es relativamente difícil y ha-- bitualmente se centra en estos casos en los subtipos de hípo-- condriaco, depresivo o de ansiedad. El DSM III no incluye el-- término neurosis y las categorías nosológicas están incluídas-

en los rubros de trastornos afectivos, por ansiedad, somatoformas o disociativos.

Por otra parte el trastorno de personalidad raramente constituye un diagnóstico primario entre los ancianos, sino más bien secundario que acentúa, complica o dificulta el tratamiento de otros padecimientos (51).

La prevalencia de neurosis en la población general - de ancianos varía en diversos estudios entre 1 a 10%, y de neurosis y trastorno de carácter combinados entre 9 a 18%, de los cuales la mitad tienen un inicio tardío (8,9,23).

La prevalencia de trastornos de personalidad en la población general de ancianos se encuentra entre 2.8 a 11% (8,11).

En un estudio realizado en México con una población que asiste a la consulta médica general se encontró un 42.1% para neurosis, y 2.6% para trastornos de personalidad (41).

Alcoholismo: La mayor parte de los problemas de alcoholismo se inicia en edades tempranas de la vida y puede representar un problema en el manejo del paciente si no es identificado oportunamente.

La prevalencia en la población general de ancianos es del 2 a 10% (11). Gaiz y Baer, encontraron que un 10% de los pacientes alcohólicos tenían un inicio tardío (52).

PATOLOGIA NO PSIQUIATRICA.

Los pacientes ancianos vistos por los psiquiatras habitualmente poseen una o más enfermedades físicas y la interrelación entre los cambios producidos por la edad, la enfermedad física y síntomas psiquiátricos es uno de los tópicos más difíciles y frecuentes en la práctica médica geriátrica.

Los cambios corporales característicos de la vejez, como disminución de la estatura, pérdida de la postura erecta, disminución de la masa muscular, pérdida de las piezas dentarias, etc., pueden por sí solos producir una respuesta emocional en el anciano especialmente de características depresivas (53,54).

También la disminución de la agudeza auditiva y visual puede ocasionar o contribuir al aislamiento, alteraciones cognitivas o cuadros más severos y bien conformados de tipo paranoide (46,47).

Las enfermedades físicas pueden simular, complicar - actuar como desencadenante o producir alteraciones psiquiátri-

cas. Así síntomas como apatía, fatiga, anorexia, insomnio, ce fáleas, palpitaciones, sensación de opresión precordial, sen sación de falta de aire, sudoración, acaloramiento y otros pue-- den representar síntomas de alteraciones físicas como artritis degenerativa, infecciones, alteraciones cardiovasculares o en docrinas (54,55). Por otra parte estas mismas alteraciones ff sicas pueden producir trastornos psiquiátricos importantes, -- así en los problemas cardiovasculares, pueden encontrarse sín- tomas demenciales o acentuar los ya preexistentes, cuadros de- presivos, o de tipo ansioso como los ataques de pánico. La pa tología del sistema endocrino como el hiper o hipotiroidismo - pueden producir o complicar cuadros de tipo afectivo, así como cualquiera de ellos o la medicación para ellas usadas pueden - desencadenar un cuadro confusional (13,14,56,57,58).

Se ha visto que los sujetos que ingresan en los hoga- res de ancianos, por arriba del 80% poseen una enfermedad ffsi ca y cuando son examinados entre el 50 y 70% tienen una enfer- medad física activa (59).

Considerando la alta frecuencia de patología mental- en ancianos y debido a que el Hospital Español cuenta con una- gran población de edad superior a los 65 años y de esto una -- gran proporción se encuentran en calidad de asilados en esta - institución, en el Servicio de Geriátría surgió la necesidad - de realizar una investigación de tipo descriptivo transversal-

con los siguientes objetivos:

- a) Determinar la frecuencia de patología mental en -
la población de ancianos.
- b) Estimar la distribución por sexo.
- c) Estimar otros diagnósticos no psiquiátricos con -
los que se asocia.

II. METODO Y PROCEDIMIENTO

El Servicio de Geriátría cuenta con siete salas, con un total de 290 camas con una ocupación actual de 208 sujetos con edad de 65 años o superior a 65.

A todos los pacientes de 65 años o más se le realizó, en el período de mayo a agosto de 1984 una entrevista para recabar los siguientes datos:

1. Dato demográfico general: Edad, sexo, escolaridad.
2. Examen mental detallado.
3. Valoración para paciente con probable daño orgánico cerebral que incluye, estado de vigilia, memoria, lenguaje, praxias, gnosias, reflejos anormales, capacidad de cálculo. (Anexo No. 1).
4. Valoración de actividades y autonomía. (Anexo No. 2)
5. Examen físico completo
6. Revisión de expediente clínico.

La patología mental hallada se clasificaron de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM III.

La actividad y la autonomía se clasificaron en buena, regular, y mala teniendo como puntos principales para la -

asignación en estas categorías el área de autonomía y de estas la marcha, alimentación, continencia de esfínteres, vestimenta y aseo. De la actividad se tuvieron en cuenta principalmente, las espontáneas y conversación. Se definió como buena a quienes marchan solo o con dificultad no importante para la edad, se alimenta, viste y asea solo, la continencia es normal y mantiene conversaciones espontáneas o estimuladas. Regular a - - quienes marchan con ayuda de bastón u otro aparato que no sea la silla de ruedas, se alimenta solo, tiene continencia normal, se viste y asea solo, o con ayuda parcial, mantiene una actividad espontánea como radio y televisión si lo tiene y en las conversaciones tiende al aislamiento. Mala a quienes en la marcha requieren ayuda de otra persona, se alimenta con ayuda, puede o no tener continencia de esfínteres, se viste y asea con ayuda total, las actividades espontáneas se limita a las de tipo religioso y en las conversaciones al aislamiento. - La exploración física fué realizada por los residentes de medicina interna del Servicio de Geriátría y la patología hallada fué clasificada en agudas y crónicas y posteriormente agrupadas por sistemas. Definiéndose como crónica aquella patología con una evolución en tiempo mayor de 6 meses y como agudas - - aquellas que tienen una duración menor de 6 meses, inicio brusco y repercusión importante del estado general. También se incluyeron dentro de las categorías de agudas, aquellas que fueron agudizaciones de cuadros crónicos y se consideraron como - dos entidades separadas con una finalidad meramente descripti-

ptiva y de agrupamiento de datos.

Los datos demográficos así como los de la exploración psiquiátrica y física fueron concentrados en una tarjeta individual para cada sujeto.

III. RESULTADOS

La población general en el período de estudio fué de un total de 208 sujetos, correspondiendo al sexo masculino 69 sujetos, el 33.17%, con un promedio de edad de 80.3 años y al sexo femenino correspondió 139 sujetos el 66.82%, con un promedio de edad de 80.7 años. (Fig. No. 1).

La escolaridad de la población general fué la siguiente: 9.61% de educación nula, el 4.34% de los hombres y el 12.23% de las mujeres; escolaridad primaria un total de 52.40% para ambos sexos, correspondiendo el 53.62% de la población general masculina y el 51.80% de la población femenina; educación secundaria con un total para ambos sexos de 11.05% correspondiendo el 10.14% de la población masculina y el 11.51% de la población femenina; educación preparatoria con un total para ambos sexos de 9.13%, correspondiendo el 11.60% de la población masculina y el 7.91% de la población femenina; educación profesional se halló un total para ambos sexos de 4.32%, correspondiendo el 8.70% de la población masculina y el 2.15% de la población femenina; educación desconocida con un total para ambos sexos de 13.46%, el 11.60% de la población masculina y el 14.40% de la población femenina. (Fig. No. 2).

Población con patología mental: Se halló un total de 96 pacientes, el 46.15% de la población general; 26 sujetos

fueron del sexo masculino constituyendo el 37.68% de la población general masculina, con un promedio de edad de 79.1 años y 70 sujetos correspondió al sexo femenino que constituye el - - 50.35% de la población general del sexo femenino, con un promedio de edad de 80.5 años. (Fig. No. 3).

Los diagnósticos hallados en esta población fueron los siguientes. (Fig. No. 4).

Depresión: Se encontró un total de 55 pacientes - - constituyendo el 26.44% de la población general, 17 pacientes fueron del sexo masculino representando un 24.63% de la población general masculina y 38 pacientes del sexo femenino constituyendo el 27.33% de la población general femenina. Del total de depresión solo 8 pacientes, 5 mujeres y 3 hombres, llenaban los requisitos para depresión mayor del DSM III constituyendo el 14.54% del total de depresión hallada.

Demencia: Se encontraron un total de 34 pacientes, - el 16.34% de la población general, 8 pacientes fueron del sexo masculino que representa el 11.60% de la población general masculina y 26 pacientes del sexo femenino que corresponde al - - 18.70% de la población general femenina.

Trastorno de personalidad: Se encontró un total de - 6 pacientes que representa el 2.90% de la población general, -

de los cuales 4 correspondieron al sexo masculino, el 5.80% de la población general masculina y 2 al sexo femenino, el 1.43% de la población general femenina.

Trastornos paranoides: Se encontraron un total de 4 pacientes que representa el 1.92% de la población general, todos correspondieron al sexo femenino representando 2.87% de la población general femenina.

Ezquizofrenia: Se encontró un paciente que representa el 0.48% de la población general, correspondiendo al sexo femenino y representando el 0.71% de la población general femenina. El padecimiento se había iniciado en etapas tempranas de la vida, a los 21 años.

Síndrome de dependencia alcohólica: Se encontró un paciente representando el 0.48% de la población general, correspondiendo al sexo masculino y representando el 1.44% de la población general masculina. El padecimiento se había iniciado en etapas tempranas de la vida.

Ansiedad generalizada: Se encontró un paciente representando el 0.48% de la población general, correspondiendo al sexo femenino y representando el 0.71% de la población general femenina. El padecimiento se había iniciado en etapas tempranas de la vida.

Patología no psiquiátrica: De los pacientes con patología mental 93 presentaron una o más patología de tipo orgánico a la exploración física, el 96.87% de la población con patología mental. De estos el 93.75% presentaron patología de tipo crónico, el 84,61% y el 97.14% de la población del sexo masculino y femenino con patología mental respectivamente presentaron una o más patología orgánica de tipo crónica. Se encontraron 24 pacientes con patología aguda, de estos solo 3 pacientes no presentaban una patología crónica, el total de las patologías agudas constituye el 25% de la población con patología mental, en la distribución por sexo el 38.46% correspondió al sexo masculino y el 20% al sexo femenino de la población con patología mental. (Fig. No. 5).

La distribución por sistemas de las patologías agudas dieron los siguientes resultados: Genitourinario el 15.38% de los hombres y el 10% de las mujeres, con un total para ambos sexos de 11.45% de la población con patología mental; respiratorio se halló en el 15.38% de los hombres y 2.85% de las mujeres con un total para ambos sexos de 6.25% de la población con patología mental; cardiovascular con un total de 1.04%, correspondiendo al sexo femenino y representando el 1.42% de la población femenina con patología mental; gastrointestinal se halló, en el 7.70% de los hombres y 5.71% de las mujeres, con un total para ambos sexos de 6.25% de la población con patología mental. (Fig. No. 6)

La distribución por sistemas de la patología de evolución crónica en la población con patología mental dieron los siguientes resultados: Cardiovascular con un total para ambos sexos de 52.08%, correspondiendo el 23.07% y 62.85% al sexo -- masculino y femenino respectivamente; gastrointestinal con un total para ambos sexos de 7.30%, correspondiendo el 11.53% y - 5.71% al sexo masculino y femenino respectivamente; Neurológico con un total para ambos sexos de 14.58% correspondiendo el 19.23% al sexo masculino y el 12.85% al femenino; Endocrino -- con un total para ambos sexos de 25% correspondiendo al sexo - masculino el 26.92% y el 24.28% de la población femenina; Articular con un total para ambos sexos de 43.75% correspondiendo el 11.53% a la población masculina y el 55.71% a la población femenina; respiratorio con un total para ambos sexos de 30.20%, correspondiendo el 46.15% al sexo masculino y 24.28% al sexo - femenino. (Fig. No. 7).

La actividad y autonomía de la población con patología mental reportó los siguientes resultados: buena con un total de 37.5%, correspondiendo 46.15% al sexo masculino y - - 34.28% al sexo femenino; regular con un total para ambos sexos de 27.08% correspondiendo al sexo masculino el 23.07% y al - - sexo femenino el 28.57%; mala con un total para ambos sexos de 35.41% correspondiendo el 30.76% al sexo masculino y el 37.14% al sexo femenino. (Fig. No. 8).

FIGURA 1

POBLACION GENERAL DE INTERNOS EN UN ASILO DE ANCIANOS DE UN
HOSPITAL GENERAL
PERIODO MAYO - AGOSTO 1984

SEXO	N	%	\bar{X} EDAD
Masculino	69	33.17	80.3 *
Femenino	139	66.82	80.7 **
T O T A L	208	100	

* Rango de edad: 65 - 98 años

** Rango de edad: 66 - 96 años

FIGURA 1

POBLACION GENERAL DE INTERNOS EN UN ASILO DE ANCIANOS DE UN
HOSPITAL GENERAL
PERIODO MAYO - AGOSTO 1984

SEXO	N	%	\bar{X} EDAD
Masculino	69	33.17	80.3 *
Femenino	139	66.82	80.7 **
T O T A L	208	100	

* Rango de edad: 65 - 98 años

** Rango de edad: 66 - 96 años

FIGURA 2
 ESCOLARIDAD DE LA POBLACION GENERAL DE INTERNOS,
 EN UN ASILO DE ANCIANOS DE UN HOSPITAL GENERAL
 PERIODO MAYO - AGOSTO 1984

E S C O L A R I D A D	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Nula	3	4.34	17	12.23	20	9.61
Primaria	37	53.62	72	51.80	109	52.40
Secundaria	7	10.14	16	11.51	23	11.05
Preparatoria	8	11.60	11	7.91	19	9.13
Profesional	6	8.70	3	2.15	9	4.32
Se desconoce	8	11.60	20	14.40	28	13.46
T O T A L	69	100	139	100	208	100

FIGURA 3
POBLACION CON PATOLOGIA MENTAL, EN UN
ASILO DE ANCIANOS DE UN HOSPITAL
GENERAL
PERIODO MAYO - AGOSTO 1984

S E X O	n	%	\bar{X} EDAD
Masculino	26	37.68	79.1 *
Femenino	70	50.35	80.5 **
T O T A L	96	46.15	

* Rango edad: 65-94 años

** Rango edad: 66-96 años

FIGURA 4

FRECUENCIA DE PATOLOGIA MENTAL, POR SEXO

EN UN ASILO DE ANCIANOS DE UN
HOSPITAL GENERAL

PERIODO MAYO - AGOSTO 1984

D I A G N O S T I C O	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Depresión	17	24.63	38	27.33	55	26.44
Demencia	8	11.60	26	18.70	34	16.34
Trastorno de Personalidad	4	5.80	2	1.43	6	2.90
Trastorno Paranoide	-	-	4	2.87	4	1.92
Esquizofrenia	-	-	1	0.71	1	0.48
Síndrome Dependencia al alcohol	1	1.44	-	-	1	0.48
Ansiedad Generalizada	-	-	1	0.71	1	0.48

FIGURA 5

FRECUENCIA DE PATOLOGIA NO PSIQUIATRICA, SEGUN EL TIEMPO
DE EVOLUCION, EN LA POBLACION CON PATOLOGIA MENTAL EN UN
ASILO DE ANCIANOS DE UN HOSPITAL GENERAL

PERIODO MAYO - AGOSTO 1984

E V O L U C I O N	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Agudos	10	38.46	14	20.	24	25.
Cronicos	22	84.61	68	97.14	90	93.75

FIGURA 6

FRECUENCIA DE PATOLOGIA NO PSIQUIATRICA POR SISTEMAS Y DE EVOLUCION AGUDA, EN LA POBLACION CON PATOLOGIA MENTAL EN UN ASILO DE ANCIANOS DE UN HOSPITAL GENERAL

PERIODO MAYO - AGOSTO 1984

S I S T E M A	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Genitourinario	4	15.38	7	10.	11	11.45
Cardiovascular	-	-	1	1.42	1	1.04
Respiratorio	4	15.38	2	2.85	6	6.25
Gastrointestinal	2	7.70	4	5.71	6	6.25

FIGURA 7

FRECUENCIA DE PATOLOGIA NO PSIQUIATRICA POR SISTEMAS Y DE
EVOLUCION CRONICA, EN LA POBLACION CON PATOLOGIA MENTAL -
EN UN ASILO DE ANCIANOS DE UN HOSPITAL GENERAL

PERIODO MAYO - AGOSTO 1984

S I S T E M A S	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Cardiovascular	6	23.07	44	62.85	50	52.08
Gastrointestinal	3	11.53	4	5.71	7	7.30
Neurológico	5	19.23	9	12.85	14	14.58
Endocrino	7	26.92	17	24.28	24	25.
Articular	3	11.53	39	55.71	42	43.75
Respiratorio	12	46.15	17	24.28	29	30.20

FIGURA 8

ACTIVIDAD Y AUTONOMIA DE LA POBLACION CON PATOLOGIA
 MENTAL DE UN ASILO DE ANCIANOS, EN UN HOSPITAL
 GENERAL

PERIODO MAYO - AGOSTO 1984

ACTIVIDAD Y AUTONOMIA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Buena	12	46.15	24	34.28	36	37.5
Regular	6	23.07	20	28.57	26	27.08
Mala	8	30.76	26	37.14	34	35.41
T O T A L	26	100	70	100	96	100

IV. CONCLUSIONES

Los resultados reportados en este estudio muestran que una gran proporción de la población con 65 años o más presentan patología mental, el 46.15% y que estos fueron más frecuentes en el sexo femenino.

La patología más frecuente fué la depresión y la demencia, siendo ambos más frecuentes en el sexo femenino. La depresión representa el 26.44% de la población general y solo el 14.54% del total de las depresiones llenaban los requisitos del DSM III de depresión mayor. La demencia representó el 16.34% de la población general.

Las siguientes patologías en frecuencia fueron el trastorno de personalidad con 2.90% de la población general y siendo más frecuente en el sexo masculino y el trastorno paranoide con 1.92% de la población general presentándose únicamente en el sexo femenino.

La esquizofrenia, el síndrome de dependencia alcohólica y la ansiedad generalizada fueron poco frecuentes, 0.48% y todos se iniciaron en etapas tempranas de la vida.

Llama la atención que en esta población y en este período de estudio no se encontró ningún paciente con diagnós-

tico de delirium, ya que frecuentemente es descrito por otros-
autores en la senectud (14,15,16).

Dentro de la patología no psiquiátrica se encontró -
que el 96.87% de los pacientes con patología mental presenta--
ban una o más patologías orgánica asociada, siendo las de evo-
lución aguda más frecuente en el sistema genitourinario y la -
evolución crónica en el sistema cardiovascular, articular y --
respiratorio respectivamente.

La actividad y autonomía de la población con patolo--
gía mental se halló que el 62.49% presentaban un nivel de regu-
lar y mala, preponderando en el sexo femenino.

Por otra parte en el transcurso de este estudio se -
pudo comprobar que a los internos únicamente se le brinda aten-
ción de tipo médico careciendo por completo de otro tipo de --
asistencia.

Finalmente podemos concluir que teniendo en cuenta -
que la mayor parte de la patología que se presenta en esta po-
blación son entidades potencialmente reversibles con medidas -
terapéuticas apropiadas, y que la gran mayoría de los pacien--
tes que presentan patología mental, también presentan una o --
más patología orgánica asociada y una actividad y autonomía de
regular a mala, lo que nos habla del aislamiento en que se en-

Cuentran estos pacientes. Se hace evidente la necesidad de -
una atención integral de ellos tanto desde el punto de vista -
biológico, psicológico y social, por lo que es urgente imple--
mentar medidas de sociabilización, estimulación ambiental y --
apoyo psicológico permanente de estos pacientes.

V. BIBLIOGRAFIA

1. Schneck, M.K.; Reisberg, B.; Ferris, S.: An overview of -- current concepts of Alzheimer's disease. Am. J. Psychiatry 139: (2): 165-173. 1982
2. Jarvik, L. F.: Aging and psychiatry. Psychiatr. Clin. North. Am. Vol. 5 N° 1 pp 5-9. 1982
3. Alonso Fernandez, F.: Fundamentos de la psiquiatria actual. Ed. Paz Montalvo. pp 860-879. 4a. Ed. 1979.
4. Informe del grupo de expertos convocados por el Institut - de la Vie 3-5 de abril 1978. Naciones Unidas N.Y.
5. Strejilevich, M.S.: Psicogeriatría en América Latina. Acta Psiquiat. Psychol. Amer. Lat. 18:22-30. 1972.
6. Breviarios 80-81 del CONAPO, Consejo Nacional de Población.
7. Hagnell, O.; Disease expectancy and incidence of mental -- illnes among the aged. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 219: 83-89. 1970.
8. Bollerup, T.: Prevalence of mental illnes among 70 year -- olds domiciled in nine Copenhagen suburbs. Acta. Psychiatr. Scand. 51:327-339. 1975
9. Gunner- Svensson, F.; Jensen, K.: Frecuency of mental di-- sorders in old age. Acta. Psychiatr. Scand. 53:283-297. -- 1976.

10. Copeland, J.; Kelleher, M.; Kellett, J.; et. al.; Cross - National Study of diagnosis of the mental disorders: A -- comparison of the diagnosis of elderly psychiatric pa- -- tients admitted to mental Hospital Serving Queens County- in New York and the old borough of Camberwell, London. -- Br. J. Psychiatry. 126:11-20. 1974.
11. Gurland, B.J.; Cross, P.S.: Epidemiology of pathology in - old age. Psychiatr. Clin. North. Am. Vol. 5 N°/ pp11-25. - 1982.
12. Lipowski, Z.J.: Organic Mental Disorders: introduction -- and review of syndromes. Comprehensive Textbook of - - Psychiatry/III. Kaplan, H.I.; Freedman, A.M.; Sadock, B.- J. (Ed). Williams & Wilkins CO. pp 1359-1392. 1980.
13. Hackett, T.P.; Cassem, N.H.: Massachusetts General Hospi- tal. Hambook of General Hospital Psychiatry. Mosby Co. -- pp 93-116. 1978.
14. Lipowski, Z.J.: Ttransient cognitive disorders (Delirium, Acute confusional states) in the elderly. Am. J. Psychia- try. 140: 1426-1436. 1983
15. Liston, E.H.: Delirum in the aged. Psychiatr. Clin. North. Am. Vol 5 N° 1 pp 49-66. 1982
16. Henker, F.O.; III: Acute brain syndromes. J. Clin. Psy- - chiatry. 40:117-120. 1979
17. Shevitz, S.A.; Silberfarb, P.M., and Lipowski, Z.J.: Psy- chiatric consultations in a general hospital: A report on 1,000 referrals. Dis. Nerv. Syst. 37:295-300. 1976.

18. Millar, H.R.: Psychiatric morbidity in elderly surgical - patients Br. J. Psychiatry. 138: 17-20. 1981.
19. D.S.M. III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. A.P.A. Ed. Massons. A. 1963.
20. Clasificación internacional de las enfermedades mentales, I.C.D. 9 O.M.S.
21. Cummings, J.L.; Benson D.F. (Ed). Dementia a clinical -- approach pp 1-14. Butterworths Publishers N.Y. 1983.
22. Wang, S.H.: Dementia. Charles Wells (ED) F.A. Davis Co. - pp 15-26. 1978.
23. Kay, P.; Beamish, P.; and Roth, M.: Old age disorder in - New Castle upon Tyne. Part. I: A study of prevalence. Br. J. Psychiatry. 110:146-158. 1964.
24. Nielsen, J.: Geronto-Psychiatric period-prevalence investigation in a geographically delimited population. Acta - Psychiat. Scand. 38: 307-330. 1962.
25. Molsa, P.K.; Marttila, R.J.; Rine, U.K.: Epidemiology of dementia in a finnish population. Acta. Neurol. Scandinav. 65:541-552. 1982.
26. Cross, P.S.; Curland, B.J.; Mann, A.H.: Long-term institutional care of demented elderly people in New York city - and London. Bull. NY. Acad Med. 59 (3): 267-275. 1983.
27. Blessed, G.; Tomlinson, B.E.; and Roth, M.: The association Between quantitative measures of dementia and senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. - Br. J. Psychiatry. 114:797- 1968.

28. Terry, R.D.: Dementia: A brief and selective review. - - Arch. Neurol. 33:1-4. 1976.
29. Tomlinson, B.E.; Blessed, G.; and Roth, M.: Observations on the brains of demented old people. J. Neurol. Sci. -- 11:205-242. 1970.
30. Wells, C.E.: Chronic brain disease: An overview. Am. J. - Psychiatry 24: 259-263. 1978.
31. Smith, S.J.; Kiloh, G.L.: The investigation of dementia:- Results in 200 consecutive admissions. The Lancet. 11:824 -827. 1981.
32. Krassolevitch. z., M.: Aspectos clinicos de la depresion- del anciano. Psiquiatria. 6(1): 29-35. 1976.
33. Zung, W. W. K. Affective disorders. Handbook of Geriatric Psychiatry. Busse/E.W.; Blazer, D.G. (Edt.). Van - - Nostrand Reinhold. CO. N.Y. pp 338-367. 1980.
34. Cohen, R.M; Weingartner, H; Smallberg, S.A.; Pickar, D; - Murphy, D.L.: Effort and cognition in depression. Arch. - Gen. Psychiatry. 39: 593-597. 1982.
35. Spicer, C/C; Harg, E.E. and Slater, E.: Neurotic and psychotic forms of depressive illness: Evidence from age-incidence in a national sample Br. J. Psychiatry. 123:535-541. 1973.
36. Blazer, D; Williams, C.D.; Edpidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. Am. J. Psychiatr. -- 137(4): 439-444. 1980.

37. Morris, P.A.: A survey of 100 females senile admissions - to a mental hospital. J. Ment. Sci. 108:801-803. 1963.
38. Sjogren, H.: Paraphrenic, melancholic and psychoneurotic-states in the presenile-senile period of life: A study of 649 patients in the functional division. Acta Psychiat. - Scand. supl. 176. 1964.
39. Rabins, P; Lucas, M.J; Teitelbaum, M; Mark, S.R.; Fols- - tein, M: Utilization of psychiatric consultation for el- - derly patients. J.AM. Geriatr. Soc. 31(10):581-585. 1983.
40. Ban, T.A.: The treatment of depressed geriatric patients. Am. J. Psychoter. 32:93-104. 1978.
41. Martinez Lanz, P; Medina-Mora, M.E; Padilla, P; Caraveo, - J; Campillo, C; Prevalencia de trastornos emocionales en- - personas de edad avanzada. Salud Pública Méx. 25(6):612- - 619. 1983.
42. Hirschfeld, R.M.A; Cross, C.K; Epidemiology of affective disorders Arch. Gen. Psychiatry. 39:35-46. 1982.
43. Mensh, I.N.: The older schizophrenic. Psychopat. Aging. - New York, Academic Press, Inc. 1979 pp 149-165.
44. Bridge, T.P; Cannon, H.E.; and Wyatt, R.J.: Burned-out -- schizophrenia: Evidence for age effects on schizophrenia- - symptomatology. J. Gerontol. 33:835-841. 1978.
45. Walker, J.I.: Brodie, H.K.H; Paranoid Disorders. Compre- - hensive Textbook of Psychiatry/III. Kaplan, H.I; Freedman, A.M.; Sadock, B.J. (Edt.). Williams & Wilkins CO. pp - - 1288-1300. 1980.

46. Moore, N.C.: Is paranoid illness associated with sensory defects in the elderly? J. Psychosom. Res. 25(2): 69-74.- 1981.
47. Cooper, A.F. and Porter, R.: Visual acuity and ocular pathology in the paranoid and affective psychoses of later life. J. Psychosom. Res. 20:107-114. 1976.
48. Kendler, K.S.: Demography of paranoid psychosis (delusional disorder). Arch. Gen. Psychiatry. 39:890-902. 1982.
49. Varner, R.V. and Gaitz, C/M: Schizophrenic and paranoid disorders in the aged. Psychiat. Clin. North. Am. Vol. -- 5 N° 1 pp 107-118. 1982.
50. Ben-Arie, O; Swartz, L; Teggin, A.F; Elk, R: The coloured elderly in Cape Town- - a psychosocial, psychiatric and - medical community survey. Part. II. Prevalence of psychiatric disorders. S. Afr. Med. J. 24;64 (27) 1056-1061. -- 1983.
51. Straker, M.: Adjustment disorders and personality disorders in the age. Psychiat. Clin. North. Am. vol 5 No. 1 -- pp 121-129. 1982.
52. Gaitz, C. and Baer, P.: Characteristics of elderly patients with alcoholism. Arch. Gen. Psychiatry. 24:372-378. 1971.
53. Ouslander, J.G.; Illness and psychopathology in the elderly. Psychiat. Clin. North. Am. Vol 5 N° 1 pp 145-157. - - 1982.

54. Ferguson Anderson, W.: The inter-relationship between - - physical and mental disease in the elderly. Br. J. Psy- - chiatry. Special Publ. N° 6:19-24. 1971.
55. Salzman, C.; and Shader, R.: Depression in the elderly. - I. Relationship between depression, psychologic defense - mechanisms and physical illness. J. Am. Geriatr. Soc. - - 26(6): 253-260. 1978.
56. Waxman, H.M.; Carner, E.A.; Blum, A.: Depressive symptoms and health service utilization among the community elder- ly. J. Am. Geriatr. Soc. 31(7): 417-420. 1983.
57. Busse, E.W.: Cardiovascular disease and psychopathology in the elderly. Psychiatr. Clin. North. Am. Vol 5 N° 1 pp -- 159-169. 1982.
58. Smith, C.L; Barish, J; Correa, J; et al.: Psychiatry dis- turbance in endocrine disease. Psychosom. Med. 34:69 - - 86. 1972.
59. La Rue, A.; Bank, L; Jarvik, L. et al.: Health in old age: How do physicians ratings and self-ratings compare. J. -- Gerontology. 34:687-691. 1979.

A N E X O S

VALORACION PARA PACIENTES CON PROBABLE
DAÑO ORGANICO CEREBRAL

1) NIVEL DE VIGILIA

2) LENGUAJE

2.1. Aspectos motores

2.2. Comprensión

2.3. Repetición

2.4. Denominación

2.5. Escritura

2.6. Lectura

3) MEMORIA Y ORIENTACION

4) PRAXIAS

4.1. Ideo - motores

4.2. Ideatorias

4.3. Bocofaciales

4.4. Constructivas

4.5. Del vestir

5) GNOSIAS

5.1. Visuales

5.2. Auditivas

5.3. Tactiles

5.4. Somatognosias

6) OTROS TRASTORNOS
DE LA
FUNCION CORTICAL

- 6.1. Utilización de números
- 6.2. Desorientación topográfica
- 6.3. Desorientación derecha-izquierda
- 6.4. Anosognosia.

7) JUICIO CRITICO

8) REFLEJOS NEUROLOGICOS
PREFRONTALES

- 8.1. Hipertonía de oposición
- 8.2. Oral visual
- 8.3. Preñión frozada
- 8.4. Palmo mentoniano
- 8.5. Polipo mentoniano

D) FASE COMPLEMENTARIA PARA GERIATRIA

(Actividades y autonomia)

NOMBRE DEL PACIENTE _____

D-1 CONDUCTA:

Normal	Agresiva
Pasiva	Deambulante
Impulsiva	Tendencia a las fugas
Negativista	Agitada
Irritable	Somnolencia

D-2 MARCHA:

Solo	
Con dificultad	
Con ayuda: Bastón	Otra persona

D-3 ALIMENTACION:

Solo	Hiperfagia
Con ayuda	Dieta: Normal
Con sonda	Molida
Anorexia	Diabética
	Sin sal
	Hepática

D-4 SUEÑO:

Normal

Insomnio: Simple
 Con deambulaci3n
 Con agitaci3n

Hipersomnio diurno

D-5 CONTINENCIA:

Normal

Incontinencia:	Diurna	Heces
	Nocturna	Orina

D-6 MEDICAMENTOS:

Administraci3n: F3cil
 Dif3cil

D-7 VESTIMENTA:

Solo

Con ayuda: Parcial
 Total

Errores

Desnudarse

D-8 ASEO:

Solo

Con ayuda: Parcial
 total

Descuidado

Ausencia

D-9 ACTIVIDADES:

Espontáneas: Limpieza y arreglo de pertenencias

Lectura

Actividades religiosas

Radio

T.V.

Música

Coleccionismo

Terapia ocupacional: Tejido

Costura

Dirigida

Manufactura

No dirigida

Actividades lucrativas

Profesionales

Terapia recreativa: Musica

Pintura

Modelado

Baile

Teatro

Juegos

Cine

Otras.

D-10 RELACIONES INTERPERSONALES:

Conversaciones: Espontáneas
Estimuladas

Aislamiento

Mutismo

Monólogos

Agresividad

Juegos

Noviazgos

Amistades

Sexuales

Profesionales

Lucrativas

D-11 COMENTARIOS:

FECHA:

Nombre y firma del Médico: