

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

EPIDEMIOLOGIA 1996-1997 DEL PACIENTE GERIATRICO CON TRASTORNO MENTAL QUE INGRESA AL HOSPITAL DE PSIQUIATRIA SAN FERNANDO I.M.S.S.

276381

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A ;

DRA. MARIA TERESA DE LA ASUNCION DOMINGUEZ ALFARO

ASESOR TEORICO: DR. WAZCAR VERDUZCO FRAGOSO

ASESORES METODOLOGICOS: DR. FERNANDO CORONA HERNANDEZ DR. CARLOS E. QUIROZ RABANALES

Vo. Bo.

MEXICO, D.F.

2000



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA, PSIQUIATRIA Y  
SALUD MENTAL.**

**EPIDEMIOLOGIA 1996-1997 DEL PACIENTE GERIATRICO  
CON TRASTORNO MENTAL QUE INGRESA  
AL HOSPITAL DE PSIQUIATRIA SAN FERNANDO I.M.S.S.**

Alumna: **Dra. María Teresa de la Asunción Domínguez Alfaro.**

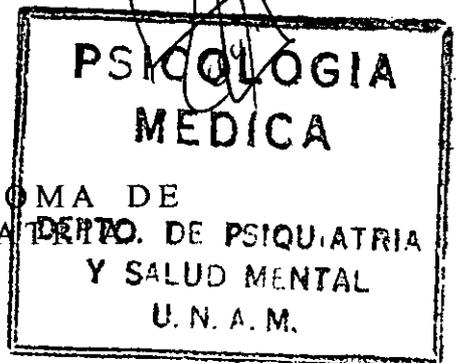
Asesor teórico: **Dr. Wazcar Verduzco Fragoso.**

Asesores metodológicos:

**Dr. Fernando Corona Hernández.**

**Dr. Carlos E. Quiroz Rabanales.**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA



Vo. Bo.

*Alejandro Díaz*  
**Dr. Alejandro Díaz**

*... Y vendre a las proezas de Yahveh,  
recordare tu justicia, tuya solo,  
¡ Oh Dios, desde mi juventud me has instruido  
y yo he anunciado hasta hoy tus maravillas!*

*Y ahora que llega la vejez y las canas,  
¡oh Dios, no me abandones!  
para que anuncie tu abrazo a todas las edades venideras.  
¡ Tu poderío y tu justicia, oh Dios, hasta los cielos!*

*Tu que has hecho grandes cosas,  
¡oh Dios!, quien como tu?*

*Sal 71 16-19*

## **OBJETIVOS.**

### **Objetivo general:**

1.- Determinar el perfil epidemiológico en los pacientes geriátricos con trastorno mental, ingresados en el Hospital de Psiquiatría San Fernando, I.M.S.S.; en 1996 y 1997.

- a) Identificar los trastornos mentales encontrados en los pacientes geriátricos ingresados en el curso de dos años.
- b) Así como identificar las enfermedades médicas concomitantes en estos pacientes.

## **PLANTEAMIENTO.**

Se ha observado que en el Hospital de Psiquiatría San Fernando, existe una demanda de atención a pacientes geriátricos con trastornos mentales, además de que algunos llegan a cursar con otros tipos de enfermedades médicas.

Por lo que se plantea investigar:

¿Qué características epidemiológicas tienen los pacientes geriátricos que ingresaron al Hospital de Psiquiatría San Fernando en 1996-1997?

## MARCO TEORICO.

### **Definición de envejecimiento.**

Un organismo manifiesta envejecimiento cuando decrece su vitalidad y cuando proporcionalmente aumenta su vulnerabilidad. Por lo tanto el organismo viejo se diferencia del joven mediante el enlentecimiento de unas funciones y la desaparición de otras, lo mismo que por la elevada incidencia de enfermedades. En los organismos superiores, el envejecimiento se expresa en todos los órganos en forma diferente, según las correspondientes funciones, y con distinta aceleración. El órgano que precozmente manifiesta mayores signos de envejecimiento es la piel; el que los hace con mayor posteridad es el cerebro. (20)

En 1982 la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento fijó la edad de 60 años para marcar el inicio de la vejez. Sin embargo la población mayor de 60 años no forma un grupo homogéneo y el ser humano puede alcanzar de muy distintas maneras los 60, 70, 80 o más años. (13)

Pueden ser descritos tres tipos de edades en el ser humano: a) la edad biológica que se refiere a la esperanza de vida; b) la edad psicológica que estudia las capacidades del individuo para una conducta adaptativa; c) la edad social que se refiere a los roles o papeles sociales de un individuo en relación a las expectativas que tiene su entorno social, para con los miembros de su grupo etario. (13)

### **Envejecimiento y sociedad.**

Dada la interacción del envejecimiento con la sociedad, hay manifestaciones sociales de envejecimiento que no sean solo consecuencia de la progresiva disminución de las actividades psíquicas y motoras de los individuos que integran una determinada sociedad, sino también debidas al efecto de éstas sobre ellos. El resultado da lugar a manifestaciones que se engloban bajo el término de envejecimiento sociológico y se cuantifican según el grado de participación en las actividades de la población en cuestión, comprendidas en la conservación de su cultura. (20)

Se habla de un proceso de “desligamiento” por Cumming y Henry, en virtud del cual el individuo añoso abandona actividades o rompe lazos sociales de convivencia, voluntariamente o forzado por los rechazos que percibe y no se da en todos los individuos, ni sucede a la misma edad cronológica, ni por las mismas causas. (20)

En las sociedades cultural y tecnológicamente más evolucionadas, como la contemporánea en occidente, se hallan dos factores que pueden explicar una desvalorización que se ha otorgado a los ancianos. En primer lugar, en sistemas sociales y tecnológicos de cambio rápido, de evolución constante y veloz, las experiencias acumuladas por el anciano proporcionan menos soluciones aplicables a problemas y situaciones de la generación posterior y menos aún de las siguientes. En segundo lugar, la capacidad de transmitir los conocimientos por otros medios como los impresos, audiovisuales y electrónicos no requiere la presencia del anciano. En estas sociedades, con una cultura y una tecnología altamente desarrolladas, la valoración de los viejos está determinada por la posibilidad de transmitir a la siguiente generación los bienes materiales que pueden haber acumulado previamente. Pero la transmisión de los bienes ocurre después de la muerte del anciano, lo que acentúa su desvalorización mientras vive.

Si bien nuestra sociedad en México, y en general en los países latinoamericanos, no se ubica entre los más desarrollados cultural y tecnológicamente, sí lo son las sociedades que le sirven de modelo operativo para las reglas generales del desarrollo económico y tecnológico.

En una sociedad donde se presentan carencias y desigualdades tan marcadas como en México, la atención que se otorga a los ancianos desposeídos ocupa un lugar marginal, sobre todo por que ya no son capaces de producir y por tanto la tendencia del sistema será bajar el precio de sus medios de subsistencia o reducir al mínimo posible éstos, aún cuando ya hayan pagado su derecho de retiro y la pensión de las primas que le fueron expoliadas, durante su vida económica activa y de cuya capitalización no son partícipes. (13)

En México no existen estadísticas precisas acerca del número de ancianos confinados en instituciones; se puede suponer que la mayoría reside con su familia: 62% de los varones viven con la esposa y los hijos y 52% de las mujeres, viudas en su mayoría, viven con su hijos, nietos u otros familiares.

Aquí las instituciones de custodia que reciben sujetos añosos para estancias prolongadas son en primer lugar, los asilos para ancianos. En forma menos importante, existen algunos hospitales psiquiátricos que aceptan con costos elevados para la familia, pacientes geriátricos que requieren de cuidados especializados. (13)

### **Pirámide poblacional.**

Se ha considerado que el envejecimiento en la población mundial es de forma acelerada, pronto tres cuartas partes de los ancianos serían el mundo en desarrollo, de 1990 al 2025. Denotando que en Asia se elevaría de un 50% a un 58%. En Africa y Latinoamérica de un 5% a un 7%, pero al contrario en Europa sería del 19% al 12%. (14)

### **Epidemiología de los trastornos mentales en el anciano.**

Con el envejecimiento el riesgo de presentar enfermedades múltiples se incrementa. La prevalencia de enfermedades somáticas en pacientes psiquiátricos es del 40%, esta comorbilidad es más frecuente en esta edad.

Muchas veces constituye la enfermedad médica una causa o exacerbación para la enfermedad mental. Se puede considerar a los trastornos mentales (depresión, manía, ansiedad, trastornos alucinatorios, delirium) en el contexto de una enfermedad orgánica. También puede deberse a la resultante de susceptibilidad de la polifarmacia o una disrupción del funcionamiento cerebral. (3,15)

Se han detectado en los ancianos desviaciones de la normalidad psicológica que no comprometen gravemente la convivencia social, aunque sí crean problemas a la adaptación en la familia o en instituciones:

I Trastornos cognitivos- fallos en la memoria, se dan en grado moderado a leve en el 67% de las personas comprendidas entre los 65 y 85 años, serias dificultades de comprensión para mantener una vida social mínima es del 3%.

II Patología psicosomática menor- entendido por tal los síndromes parcial o totalmente desencadenados por factores psíquicos, estos han sido referidos en pacientes de edad avanzada con ulcus gastroduodenal, asma y reumatismo "psicógenos", de modo similar a como antecede en edades tempranas.

Poliuria y polaquiuria como expresión física más frecuente de ansiedad. Anorexia y dispepsias de diversos tipos, cuando hay depresión y ansiedad constantes durante algún tiempo. Modificaciones en la voz.

Los mareos, cefaleas, inestabilidad en la marcha e inseguridad en el equilibrio preciso para estar firme de pie, en relación con la patología cardiovascular.

III Reacciones neuróticas en ancianos- presenta una serie de quejas o formas de conducta. Ansiedad, angustia, fobias relacionadas con el miedo a la calle, las caídas, los grupos de gente desconocida, las agresiones, los robos, etc.

IV Hipochondriasis- la constante preocupación por el estado de salud de sí mismo, o constituir una forma de ser de una personalidad neurótica de toda la vida, puede ir formándose a lo largo del envejecimiento. (3, 6, 20)

#### **Alcoholismo en la vejez.**

Se considera a las personas envejecidas con problemas físicos, mentales y sociales en relación con el consumo de alcohol, aunque no sean propiamente dependientes de éste, teniendo en cuenta los daños que ocasiona a la salud del individuo y a la convivencia social y familiar, que la cuantía, y la calidad de bebidas que toma éste.

Toda persona que no es capaz de modificar su hábito alcohólico, y desde el punto de vista geriátrico interdisciplinario, se debe tener en cuenta no solo la dependencia, sino también la capacidad del individuo que al consumir alcohol se agrava empeorando sus problemas de salud física y mental, así como sus relaciones con el entorno.

En las patologías mas frecuentes provocadas por el alcohol, se encuentran las neuropatías, procesos de aparato digestivo e hígado, que pueden demostrar depresión. Otros problemas son deterioro en el sistema inmune, así como malnutrición. (14, 20, 21)

#### **Morbilidad mental.**

Estos trastornos mentales en el proceso de envejecimiento se presentan en forma abigarrada, imbrincados con cuadros orgánicos o enmascarados por estos.

Jorm reporta que la prevalencia de estos trastornos es baja en el anciano, con la excepción del deterioro cognitivo; difiriendo de lo anterior Cid Sanz quien afirma que los trastornos tienen una frecuencia elevada. Se habla de mayor presentación de casos de la enfermedad de Alzheimer y en segundo lugar lo ocuparía la depresión. (10, 20)

#### **Enfermedad de Alzheimer y demencias.**

En un consenso llevado en Francia, sobre la enfermedad de Alzheimer se valoró como la etiología mas común de le demencia, sin embargo las características clínicas como son el deterioro cognoscitivo y los trastornos psico-conductuales, debe apoyarse para su diagnóstico también en los informantes y familiares. En algunos países desarrollados el tratamiento de estos pacientes tienen un costo de billones por año, ya que el manejo puede estar complicado por enfermedades médicas y aislamiento social. (18, 25)

En algunos países como Australia, el concepto de demencia no se ha reconocido como un problema, o en el caso de manifestaciones mas disruptivas de deterioro cognitivo, es percibido como un estado de "furia". (19)

En la demencia vascular se pueden prevenir complicaciones mediante el control adecuado de la hipertensión, además de utilizar estrategias para reducir riesgos de rupturas arteriales. (25)

### **Delirium.**

Se considera como un cuadro clínico de etiología generalmente orgánica, en el que se encuentran alterados el nivel y contenido de la conciencia con dificultad para mantener la atención, y que se asocia habitualmente a trastornos perceptivos, de orientación, de lenguaje, del ciclo sueño-vigilia y de la actividad psicomotora del organismo.

Forman reporta la prevalencia del delirium diagnosticado como un 2% manteniéndose los demás solo como sospecha. La permanencia hospitalaria es larga y los valores de mortalidad son significativamente elevados. Estos hallazgos sugieren que el anciano hospitalizado al tener delirium curse con un índice de mortalidad inherente. (3, 7, 20)

### **Estados paranoides.**

Los trastornos, consistentes habitualmente en delirios de tipo persecutorio, pueden presentarse asociados a diversas entidades psicopatológicas.

La más característica es la parafrenia tardía o síndrome delirante tardío, suele presentarse en personalidades paranoides, caracterizados por rasgos de rigidez, indirecta ó encubierta bajo quejas múltiples de tipo somático, a menudo con susceptibilidad, intransigencia y agresividad hacia el entorno, rasgos que pueden acentuarse en el curso del proceso de envejecimiento. (20)

### **Esquizofrenia.**

Copeland ha valorado la prevalencia de Esquizofrenia/ Trastorno alucinatorio, y realizó un estudio con 5222 pacientes, obteniendo los siguientes resultados: una prevalencia de esquizofrenia del 0.12% y 0.04% para trastornos alucinatorios. La incidencia de nuevos casos para esquizofrenia fue de 3% y 45% de recaídas en personas de 65 años o más. Así mismo observó una incidencia del 15.6% del trastorno alucinatorio, por 100 000 cada año. (4, 24)

### **Trastornos afectivos.**

De estos la depresión es la patología mas frecuente en el anciano, presentada de forma indirecta ó encubierta bajo quejas múltiples de tipo somático, a menudo con

hipocondriasis. Puede presentar humor triste, trastorno del sueño, trastorno del apetito, curso del pensamiento enlentecido, disminución de la capacidad de aprendizaje, estos pensamientos pueden alcanzar grados delirantes; y trastorno de la motricidad; trastorno de la atención y concentración y puede estar afectada la memoria de fijación. Así como disminución o desaparición de la libido sexual. (11, 20, 24)

En la depresión al aplicar una perspectiva del desarrollo en el cambio biológico, adaptación psicológica, y proceso de tensión en la edad adulta muestra que el riesgo para ésta, inicia en la etapa adulto-joven y es tipificada más a través de la vulnerabilidad psicológica, tensión y los factores genéticos, mientras que el riesgo de depresión para los ancianos se ve a través de la comorbilidad médica y trastornos neurológicos. (12)  
Sullivan también menciona que los ancianos pueden presentar una recurrencia de la depresión mayor, y que existió en una época temprana de su vida. Y si llegara a tener un depresión menor sería una respuesta a lo biológico o una pérdida social. (22)

### **Suicidio.**

Cuando el paciente llega a presentar depresión es importante detectar el riesgo de suicidio, ya que en la población geriátrica se presenta un mayor porcentaje de intentos consumados que en edades más jóvenes.

En 1992, en Estados Unidos se enumeró al suicidio en noveno lugar como causa de muerte, en personas mayores de 65 años, siendo el riesgo más elevado. Se ha tomado en cuenta que además de la investigación se debe de realizar estudios sobre las interacciones de enfermedades somáticas, psiquiátricas, rasgos de personalidad que pueden conferir vulnerabilidad al suicidio. (1, 11, 16, 20)

### **Manía.**

Puede estar modificado este cuadro por una ideación paranoide, con tendencia a la irritabilidad y agresividad, siendo más breves los episodios maníacos que los depresivos. Si aparece por primera vez en la vejez, hay que considerar un cuadro orgánico subyacente. Puede aparecer también en el curso de un proceso de deterioro psico-orgánico, por afectación frontal y prefrontal. (11, 20, 22)

### **Trastorno de ansiedad.**

Este trastorno junto con la depresión y quejas hipocondríacas, se ve frecuente en las personas de edad avanzada.

Se consideran dos grandes categorías: trastornos fóbicos y estado de ansiedad. (3, 6, 20)

### **Trastorno por uso de sustancias.**

Estudios realizados en Francia reportan que los ansiolíticos son los medicamentos de mayor uso en los pacientes con enfermedades médicas y en aquellos con enfermedades psiquiátricas, siendo factores de riesgo: sexo femenino, anciano, y con alguna enfermedad somática o psiquiátrica. A partir de los 65 años de edad, el 17-20% son consumidores crónicos. La prevalencia de la dependencia a las benzodiazepinas fue del 11.4%, del alcohol 8.6%, y prescripción de narcóticos del 1.4%. (9, 17)

### **Síndromes extrapiramidales.**

Los antipsicóticos son utilizados para el tratamiento de psicosis aguda y crónica, pero estos fármacos pueden tener efectos adversos de tipo neurológico.

Los síndromes extrapiramidales de acatisia, distonia y parkinsonismo ocurren en la mayoría de los pacientes que han recibido terapia antipsicótica a corto y largo plazo. La disquinesia tardía ocurre en un 15 a 20% de pacientes, pero es más elevada en el paciente anciano.

El paciente tiene alteraciones en el movimiento y la postura que pueden llegar a ser incapacitantes, restringiendo la movilidad y dificultando las posibilidades de relación social. Son movimientos anormales producidos por una excesiva e impropia actividad muscular que dificulta la realización de movimientos voluntarios. (2, 11, 20)

## **JUSTIFICACION.**

Se trata de estudiar las características epidemiológicas que han presentado los pacientes geriátricos con trastorno mental en su ingreso al Hospital de Psiquiatría San Fernando, y valorar en estos pacientes las enfermedades médicas concomitantes.

Los índices de población geriátrica se ha incrementado en los últimos años y se espera para los próximos 10 años un incremento aún mayor, por lo cual, consideramos conveniente un servicio de consulta externa en este tipo de pacientes con el fin de evitar complicaciones y dar un tratamiento adecuado. Y de ser necesario la formación de un hospital de día psicogeriátrico.

## **HIPOTESIS.**

Los pacientes geriátricos con trastorno mental ingresados en el Hospital de Psiquiatría San Fernando en los años de 1996-1997 presenta una epidemiología determinable.

## **TIPO DE ESTUDIO.**

Encuesta descriptiva, retrospectiva, transversal y observacional.

Conocimiento sobre la causalidad.  
De efecto a causa.

## **UNIVERSO DE TRABAJO.**

Pacientes de ambos sexos de 60 años en adelante con trastorno mental ingresados en 1996-1997 en el Hospital de Psiquiatría San Fernando.

## **ESPECIFICACION DE VARIABLES.**

Universo de trabajo: pacientes geriátricos con trastornos mentales ingresados en el Hospital de Psiquiatría San Fernando.

Variable independiente: ingresos en el H.P.S.F. en 1996-1997.

Variable dependiente: diagnóstico psiquiátrico  
diagnóstico de enfermedad médica.

## **ESPECIFICACION DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES.**

Variable independiente- ingresos en el H.P.S.F. en 1996 y 1997

a) número de ingresos que se presentó en cada año.

Variable dependiente - diagnósticos de enfermedades

a) enfermedades mentales.

b) enfermedades médicas concomitantes.

## **ESCALAS DE MEDICION DE LAS VARIABLES.**

Variable independiente: discreta, nominal, determinística.

Variable dependiente: discreta, nominal, aleatoria.

## **CRITERIOS DE INCLUSION, NO INCLUSION Y EXCLUSION DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO.**

### **Inclusión.**

- Personas de ambos sexos, de 60 años en adelante.
- Con trastorno mental.
- Ingresados en el H.P.S.F.
- En el periodo comprendido de 1996-1997.
- Con expediente clínico, el diagnóstico del trastorno mental se tomará de la nota de revisión.
- Se tomará en cuenta también las enfermedades médicas que se tenga en el expediente clínico.

Observación- si el paciente no tiene nota de revisión, por ser trasladado a su HGZ para tratar alguna complicación, se tomará el diagnóstico de ingreso. Y se anotará la aclaración correspondiente.

### **No inclusión:**

- Personas de ambos sexos, menores de 60 años.
- Con trastorno mental, valorados en consulta externa.
- Fuera del periodo de 1996-1997.
- Sin expediente clínico.

## **DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.**

Ingreso en el H.P.S.F.- es el internamiento del paciente que amerita hospitalización, previa valoración del trastorno mental en su fase aguda, realizada por un médico psiquiatra que se encuentra en el área de urgencias-admisión del hospital. Este internamiento tiene un promedio de 15 días, mínimo de 8 días y un máximo de 60 días.

El reingreso en el mismo año, se especificará por el número 1 en adelante.

Paciente geriátrico: se tomará al que tenga una edad de 60 años en adelante. En 1982 la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento fijó la edad de 60 años para marcar el inicio de la vejez.

El trastorno mental se mencionará según la clasificación realizada por CIE-10.

## **CARACTERISTICAS DEL GRUPO CONTROL.**

No requiere grupo control.

**TECNICA PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS SUJETOS  
DE ESTUDIO.**

Selección de toda la muestra.

## **TECNICA PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS SITUACIONALES.**

De toda la muestra.

## **CARACTERISTICAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL O EN ESTUDIO.**

Personas de ambos sexos, de 60 años en adelante, con trastorno mental ingresados en el H.P.S.F., en 1996-1997, con expediente clínico; el diagnóstico de trastorno mental se tomará de la nota de revisión, aclarando que si el expediente no tiene la nota de revisión porque el paciente haya sido trasladado a su HGZ correspondiente para tratar alguna complicación que se haya presentado, se tomará el diagnóstico de ingreso. También se tomarán en cuenta las enfermedades médicas concomitantes.

## **PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA.**

Acceso a las libretas de admisión de ingresos hospitalarios del H.P.S.F. y posterior de seleccionar aquellas personas de 60 años en adelante, con su número de afiliación, buscar los expedientes en el archivo clínico de este hospital.

Determinar en la nota de revisión psiquiátrica el diagnóstico de trastorno mental y si llegara a tener alguna enfermedad médica concomitante, o si fue trasladado a su HGZ por presentar alguna complicación., ver nota de ingreso, todo esto correspondiente a 1996-1997.

Se tomará el último ingreso en ese año en caso de que tuviera más de dos reingresos por año.

## **DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

Toda la población..

## **SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACION.**

Por medio de una sábana en forma anual, donde se manejará por edad y sexo del paciente.

Y por columnas el número de ingreso, diagnóstico de trastorno mental, enfermedad médica concomitante especificando cuál, y si requirió traslado a su HGZ por complicación alguna.

Se anexa matriz de captación de la información.



## **ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION QUE SE OBTENDRA.**

No requiere hipótesis estadística.

## **AMBITO GEOGRAFICO EN QUE SE DESARROLLARA LA INVESTIGACION**

Se llevará a cabo en el Hospital de Psiquiatría San Fernando I.M.S.S., en México, D.F. Cuenta con un área de influencia de la zona suroeste de México , D.F.; y de los estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Morelos y Querétaro. Donde el paciente llega acompañado de un familiar para valoración y con una nota de envío.

**RECURSOS HUMANOS QUE SE UTILIZARAN.**

Anotación médico- evaluador.

## **RECURSOS MATERIALES QUE SE EMPLEARAN.**

- Libretas de ingreso hospitalario.
- Expedientes clínicos.
- Hojas de papel.
- Bolígrafo, lápiz, goma.
- Máquina de escribir.
- Computadora.

## **FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO.**

Es financiable por los recursos propios del investigador.

## **LIMITE DE TIEMPO DE LA INVESTIGACION.**

Aproximadamente un tiempo de 8 meses.

- Inicia en Marzo de 1999.
- Termina en Octubre de 1999.

## CRONOGRAMA DEL PROYECTO.

ACTIVIDADES	TIEMPO						
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept. Octubre
1.-Diseño de protocolo	XXXX						
2.- Investigación Bibliográfica	XXXXXXXX						
3.- Redacción del Protocolo	XXXX						
4.- Presentación del Protocolo al C.L.I.	29/Marzo						
5.- Aprobación del Protocolo por el C.L.I.							
6.- Modificaciones al Protocolo en caso necesario.							
7.- Recolección de datos.		XXXXXXXXXX					
8.- Procesamiento de datos.					XXXXXXXX		
9.- Análisis estadístico de los datos.						XXXXXXXX	
10.- Elaboración de conclusiones.							XXXX
11.- Redacción del escrito o artículo científico.							XXX
12.- Actividades de difusión.							
13.- Envío para publicación.							

## **DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO.**

Se realiza un planteamiento aproximadamente de 8 meses para llevar a cabo la investigación sobre la Epidemiología del paciente geriátrico con trastorno mental que ingresa al hospital de Psiquiatría San Fernando. En el periodo de 1996-1997. Comprenderá los meses de Marzo a Octubre de 1999. Con el asesoramiento teórico-metodológico en todo este tiempo.

- En el mes de Marzo se llevará a cabo el diseño y redacción del protocolo.
- La investigación bibliográfica abarcará marzo y abril.
- Se presentará el protocolo a finales del mes de marzo
- Del mes de marzo a agosto se realizarán las modificaciones al protocolo en caso necesario.
- La recolección de datos y su procesamiento se llevará de abril a julio.
- El análisis estadístico se realizará de agosto a septiembre.
- Las conclusiones y redacción del escrito se determinará en el mes de octubre.

**PRUEBA DE CAMPO O DE ENSAYO QUE SE EMPLEARA.**

No necesaria.

## RESULTADOS DEL ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE 1996-1997

POBLACION TOTAL	2091	
HOMBRES	1091	52.18%
MUJERES	1000	47.82%

### PACIENTES PSICOGERIATRICOS

TOTAL	199	9.51% * con base a total
HOMBRES	87	7.97% *
MUJERES	112	11.20% *

INGRESOS DE PRIMERA VEZ	130
MAS DE 2 REINGRESOS	69

### RANGO POR EDADES

HOMBRES	60-81 AÑOS
MUJERES	60-88 AÑOS

### EDAD PROMEDIO

HOMBRES	66.5 AÑOS
MUJERES	67.5 AÑOS

### TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

	HOMBRES	%	MUJERES	%
DEMENCIA VASCULAR	21	24.13	26	23.21
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	14	16.09	22	19.64
T. MENTAL Y COMPORTAMIENTO/ALCOHOLISMO	22	25.29	5	4.46
TRASTORNO MENTAL ESPECIFICADO	6	6.89	13	11.61
TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES ORGANICO	3	3.45	9	8.04
TRASTORNO DEL HUMOR ORGANICO	5	5.75	7	6.25
TRAST. PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO	3	3.45	8	7.14
DELIRIUM	2	2.3	7	6.25
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	5	5.75	3	2.68
TRASTORNO PSICOTICO TRANSITORIO	3	3.45	4	3.57
ALUCINOSIS ORGANICA	0	0	4	3.57
T. P. Y C. DEBIDO A ENFERMEDADES MEDICAS	2	2.3	2	1.79
TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD	0	0	2	1.79
TRASTORNO BIPOLAR	1	1.15	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>		<b>112</b>	

No. DE PACIENTES CON INTENTO SUICIDA	9	4.52% *con base en pac. psicogeriatricos.
--------------------------------------	---	---

### PACIENTES CON ENFERMEDADES MEDICAS

TOTAL DE PACIENTES	123	61.80% *
H.A.S.	54	
D.M.	29	
ALCOHOLISMO	12	
INSUF. VEN.PERIFERICA	12	
C.C.T.C.G.	9	
ENF. CARDIACAS	9	

No. DE PACIENTES /COMPLIC. MEDICAS	17	13.82% *con base en enfermedades m3dicas
------------------------------------	----	--

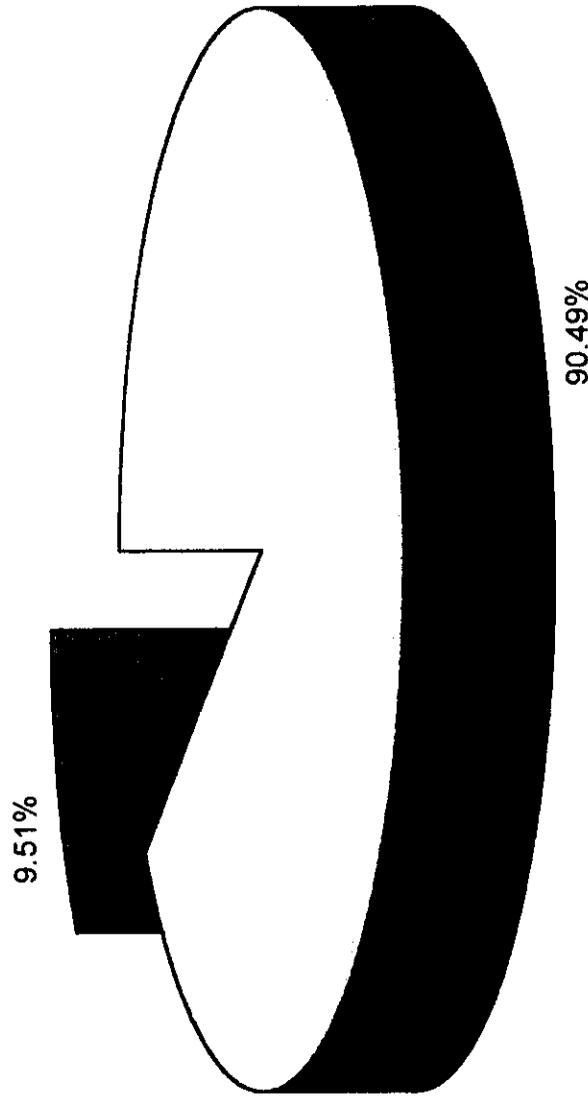
DEFUNCIONES	1
-------------	---

DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

PROMEDIO	13.5 DÍAS
----------	-----------

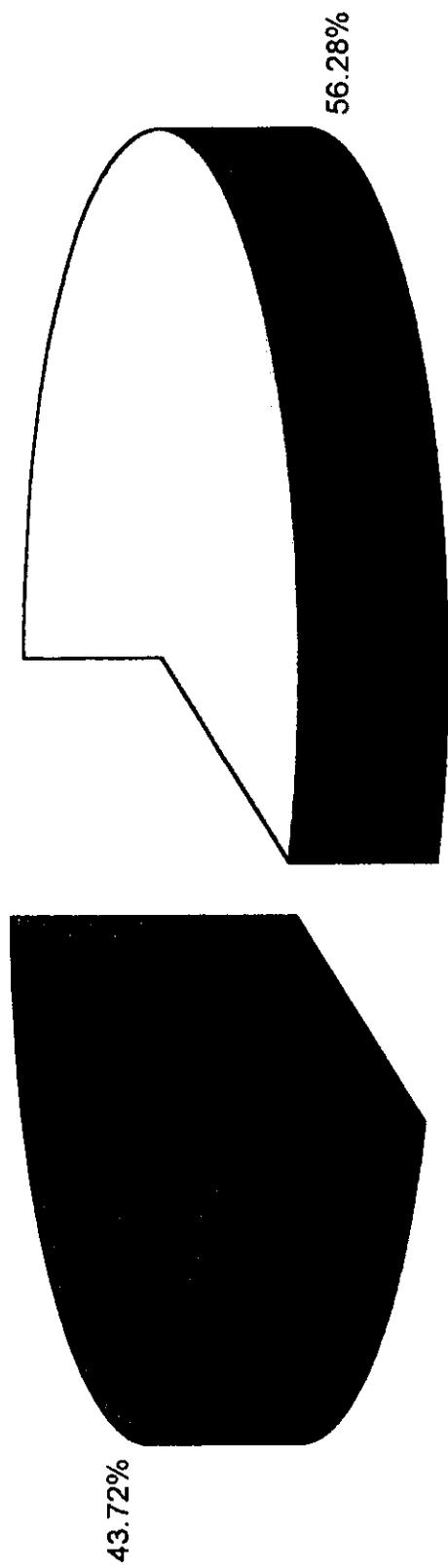


# PACIENTES INGRESADOS EN EL PERIODO 1996 - 1997



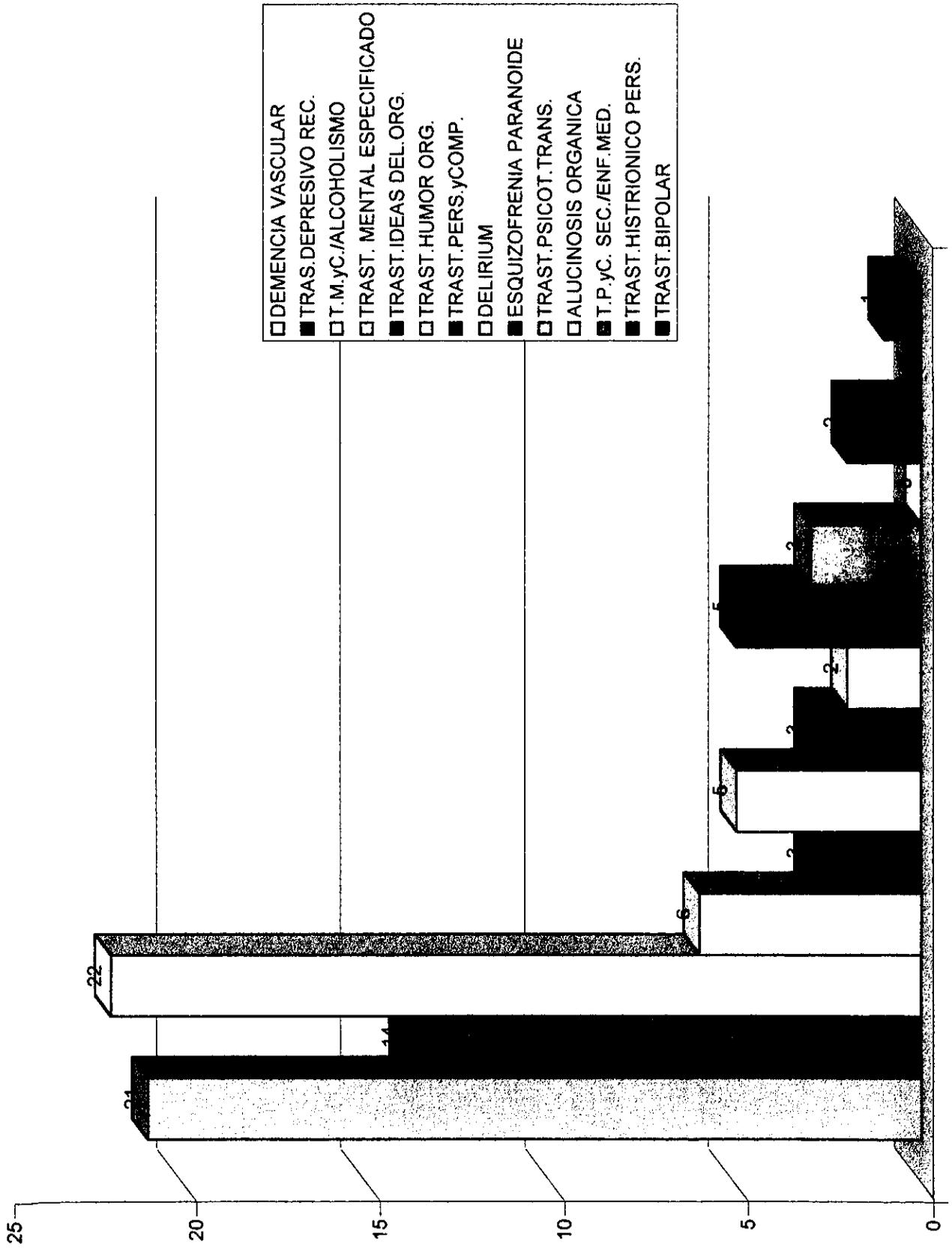
□ PAC. PSIQUIATRICOS ■ PAC. PSICOGERIATRICOS

# PACIENTES PSICOGERIATRICOS



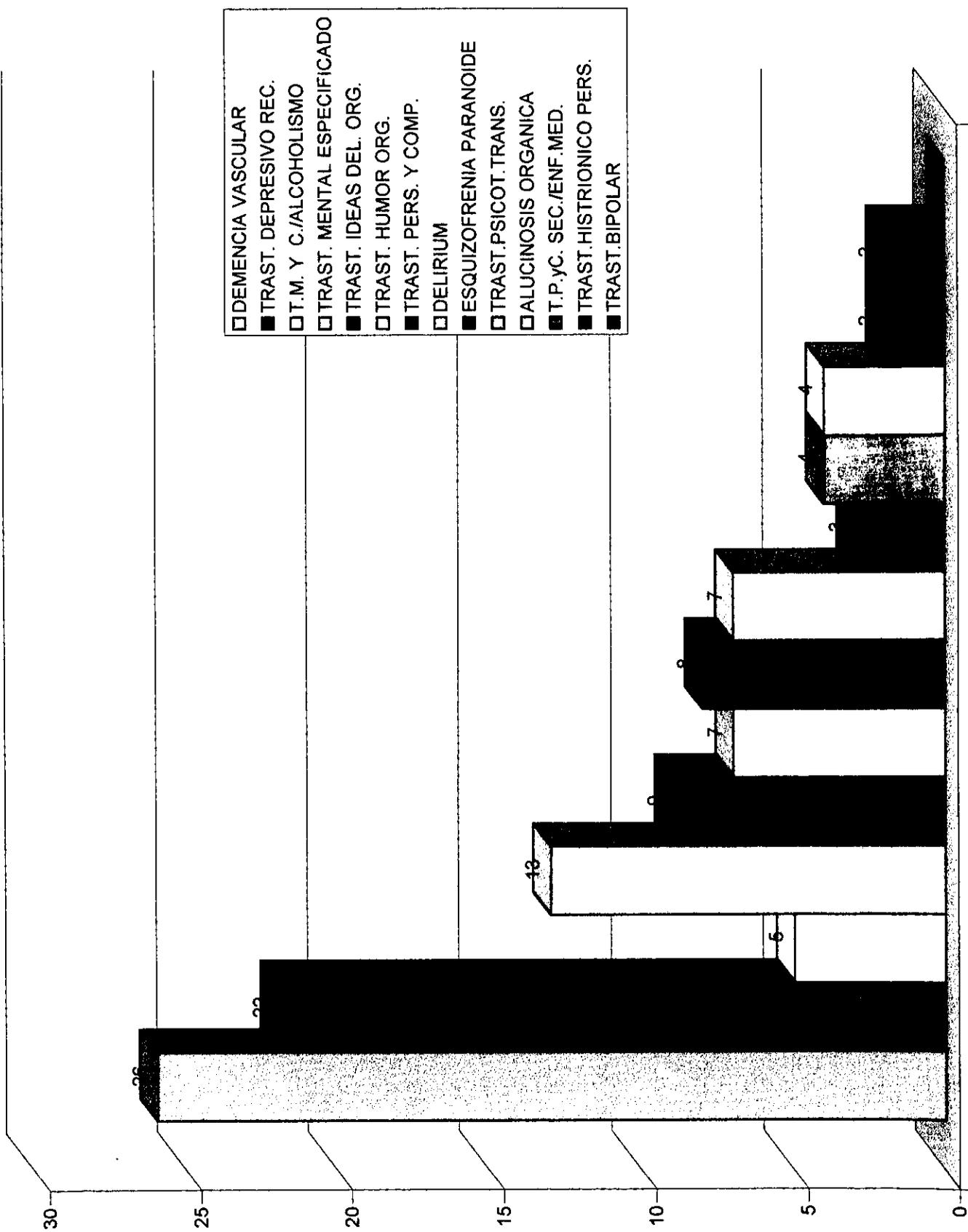
□ MUJERES ■ HOMBRES

# EPIDEMIOLOGIA 1996-1997 (HOMBRES)



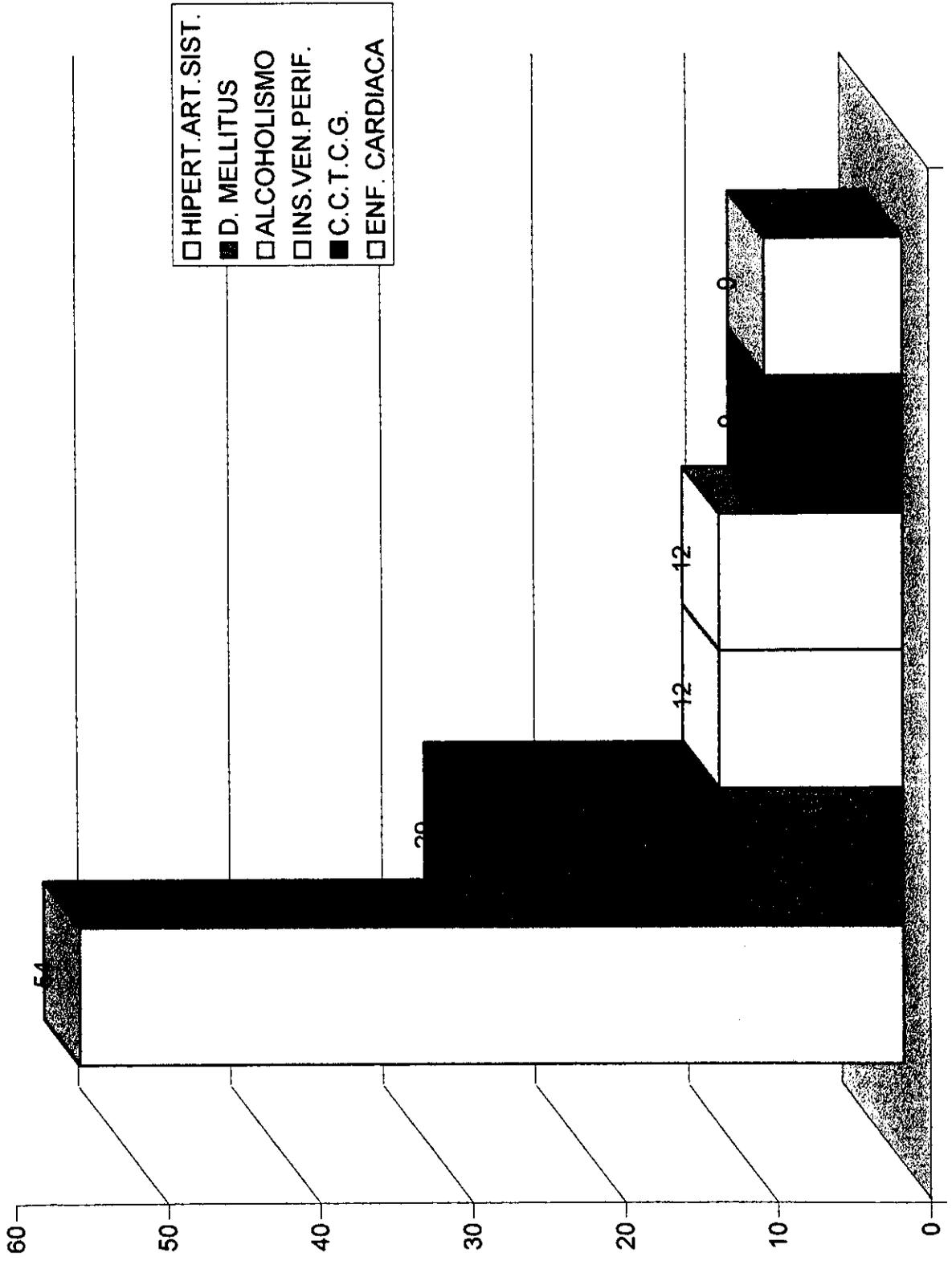
1  
PATOLOGIAS

# EPIDEMIOLOGIA 1996-1997 (MUJERES)



PATOLOGIAS

# PACIENTES PSIQUIATRICOS CON ENFERMEDAD MEDICA



1  
PATOLOGIAS

## DESCRIPCION DE RESULTADOS.

De una población de 2091 personas ingresadas en el periodo 1996-1997 en el Hospital de Psiquiatría San Fernando, fueron hombres 1091(52.18%) y mujeres 1000 (47.82%).

Hubo un total de pacientes psicogeriátricos 199 (9.52%) donde más de la mitad fueron mujeres (112) y hombres (87). Con base en población total mujeres 112 (11.20%) y hombres 87 (7.97%).

Fueron 130 ingresos de primera vez y 69 presentaron más de 2 reingresos.

El rango observado por edad fue en hombres de 60 a 81 años y en mujeres de 60 a 88 años; con una edad promedio en hombres de 66.5 años y en mujeres de 67.5 años.

De los trastornos psiquiátricos que se determinaron según la clasificación del ICD 10 fueron los siguientes:

- Demencia vascular.
- Trastorno depresivo recurrente.
- T. Mental y comportamiento/ alcoholismo.
- Trastorno mental especificado.
- Trastorno de ideas delirantes orgánico.
- Trastorno del humor orgánico.
- Trastorno de la personalidad y del comportamiento.
- Delirium.
- Esquizofrenia paranoide.
- Trastorno psicótico transitorio.
- Alucinosis organica.
- Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedades médicas.
- Trastorno histriónico de la personalidad.
- Trastorno bipolar.

(Ver porcentaje de los trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres en la tabla correspondiente).

Los trastorno psiquiátricos que ocuparon los primeros 5 lugares fueron:

- Demencia vascular.
- Trastorno depresivo recurrente.

- Trastorno mental y del comportamiento secundario a alcoholismo.
- Trastorno mental especificado.
- Trastorno del humor orgánico.

Los pacientes que presentaron intento suicida fueron 9 (4.52%) y se relacionó con el trastorno depresivo recurrente.

En cuanto a pacientes con trastorno mental y que también presentaron enfermedades médicas fueron 123 (61.80%).

Ocupando los primeros 6 lugares las siguientes enfermedades médicas:

- Hipertensión arterial sistémica.
- Diabetes mellitus.
- Insuficiencia venosa periférica.
- Alcoholismo.
- Crisis convulsivas.
- Enfermedades cardíacas.

Los pacientes que llegaron a presentar complicaciones durante su internamiento en el Hospital de Psiquiatría fueron canalizados a su hospital general de zona, 17 (13.82%).

La hipertensión arterial sistémica fue asociada con mayor frecuencia a demencia vascular, trastorno depresivo recurrente y delirium.

La diabetes mellitus fué asociada con demencia vascular, trastorno depresivo recurrente y trastorno mental especificado.

El alcoholismo tuvo mayor relación con demencia vascular, delirium y trastorno mental y del comportamiento secundario a consumo de alcohol.

La insuficiencia cardíaca se asoció a demencia vascular, trastorno depresivo recurrente y delirium.

La insuficiencia venosa periférica se asoció a trastorno de ideas delirantes orgánico esquizofrenia paranoide y demencia vascular.

## DISCUSION.

En los estudios realizados por Clement y cols., en una población de adultos mayores en Francia sobre la prevalencia con que se asocian las enfermedades mentales y las somáticas es un porcentaje del 40%, (3). Sin embargo en nuestro estudio realizado con pacientes psicogerítricos mexicanos, se detectó un 61.80%.

Se ha planteado la posibilidad de encontrar en los adultos mayores reacciones neuróticas como lo mencionan Salgado y Guillen, al describirla como una desviación de la normalidad psicológica que llegan a crear problemas en la adaptación a la familia o en instituciones, (20). Por nuestra parte comentamos solo 2 casos de trastorno histriónico de la personalidad.

En el trastorno de la personalidad y del comportamiento secundario al consumo de alcohol, la población fue de 27 (13.56%), donde más de la mitad presentaron mas de 2 reingresos, relacionando con que si la persona no es capaz de modificar su hábito alcohólico se puede llegar a agravar, empeorando sus problemas de salud física y mental, así como en su entorno.

Smith realizó un estudio sobre el tipo de manifestaciones médicas que se presentan secundario al consumo de alcohol en el adulto mayor, siendo las más frecuentes las neuropatías y los procesos del aparato digestivo e hígado, (21).

En nuestra muestra esto no resultó significativo, ya que de 27 pacientes con estas características, solo 2 presentaron cirrosis hepática.

En cuanto a la morbilidad mental que plantea Cid Sanz, de que el trastorno con una frecuencia elevada sería la enfermedad de Alzheimer y el segundo lo ocuparía la depresión (20); en nuestros hallazgos estadísticos estaría la demencia vascular que ocupe el primer lugar y el segundo para el trastorno depresivo recurrente.

Así como Wattis expone la necesidad de prevenir complicaciones en la demencia vascular mediante el control adecuado de la hipertensión y utilizar estrategias para reducir riesgos de rupturas arteriales (25), es factible la necesidad de crear programas que apoyen a este tipo de pacientes, ya que de 47 pacientes con demencia vascular encontramos 16 (34.04%) que cursan al mismo tiempo con HAS.

Forman, reporta la prevalencia del delirium en un 2% de su población estudiada, y con permanencia hospitalaria larga, (7). De nuestros pacientes 9 (4.52%) fueron diagnosticados como tal, sus días de estancia hospitalaria promedio fueron 11, y solo 1 fue canalizado a su HGZ por presentar complicaciones de tipo respiratorio.

Lo reportado en nuestros pacientes psicogerítricos con esquizofrenia fueron 8 (4.02%),

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## CONCLUSIONES

1. La proporción de los pacientes psicogerítricos se presentó en un porcentaje del 9.51% con base en la población total, ingresada en el periodo 1996-1997.  
La proporción de pacientes psicogerítricos en el sexo femenino fue del 56.78% y en el sexo masculino fué del 43.22%.
2. Los trastornos psiquiátricos más prevalentes fueron demencia vascular 23.61%, trastorno depresivo recurrente 18.09%, trastorno mental y del comportamiento secundario a alcoholismo 13.56%, trastorno mental especificado 9.54%.
3. Al relacionar la comorbilidad en estos pacientes se encontró que en 123 (61.80%) presentaron diagnóstico somático; en forma más frecuente hipertensión arterial 54, diabetes mellitus 29, alcoholismo 12, insuficiencia venosa periférica 12, crisis convulsivas 9, y enfermedad cardiaca 9.
4. De acuerdo con las características de la población que se atiende en el Hospital de Psiquiatría San Fernando, resulta pertinente establecer un servicio de psicogeriatría, donde se ofrecería un tratamiento y seguimiento de tipo ambulatorio para mayor beneficio de estos pacientes.
5. Este estudio fué de tipo local con menor alcance, por ello se considera conveniente realizar estudios en poblaciones hospitalarias más grandes.

## **CONSIDERACIONES ETICAS APLICABLES AL ESTUDIO.**

Cumple con las consideraciones éticas de la S.S.A., I.M.S.S.,  
Y de los postulados de Helsinki con su modificación en Tokio.

**CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS  
INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACION CIENTIFICA.**

Cumple con la ley General de salud y está realizado de acuerdo al requerimiento de los comités de investigación científica.

**DIFUSION QUE SE DARA A LOS RESULTADOS DE ESTUDIO.**

En la reunión anual de investigadores del I.M.S.S.

En el XVI Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.

En las Jornadas Anuales del Hospital de Psiquiatría San Fernando I.M.S.S.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bharucha A.J.; Satlin A. LATE-LIFE SUICIDE: A REVIEW. *Harvard Review of Psychiatry*. 1997; Vol. 5, No.2: pag 55-65.
- 2.- Casey D. E. EXTRAPYRAMYDAL SYNDROMES: EPIDEMIOLOGY, PATHOPHYSIOLOGY AND THE DIAGNOSTIC DILEMMA. *CNS-Drugs*. 1996; Vol. 5, Suppl.1: pag. 1-12.
- 3.- Clement J. P.; Leger J.M. ; Paulin S. PSYCHIC DISORDERS AND SOMATIC DISORDERS: INTRICATION IN THE ELDERLY SUBJECT. *Reveu de Geratrie*. 1996; Vol 21, No.9: pag 621-626.
- 4.-Copeland J.M.R.; et al. SCHIZOPHRENIA AND DELUSIONAL DISORDER IN OLDER AGE: COMMUNITY PREVALENCE, INCIDENCE, COMORBIDITY, AND OUTCOME. *Schizophrenia Bulletin*. 1998; Vol. 24, No. 1: pag 153-161.
- 5.-Felker B.; Yazel J.J.; Short D. MORTALITY AND MEDICAL COMORBIDITY AMONG PSYCHIATRIC PATIENTS: A REVIEW. *Psychiatric Services*. 1996; Vol. 47, No. 12: pag 1356-1363.
- 6.- Folks D.G.; Fuller W.C. ANXIETY DISORDER AND INSOMNIA IN GERIATRIC PATIENTS. *Psychiatric Clinics of North America*. 1997; Vol. 20, No. 1 : pag 137 – 164.
- 7.-Forman L. J.; et al. OCURRENCE AND IMPACT OF SUSPECTED DELIRIUM IN HOSPITALIZED ELDERLY PATIENTS. *Journal of the American Osteopathic Association*. 1995; Vol. 95, No. 10: pag 588-591.
- 8.- Foster J. R. SUCCESSFUL COPING, ADAPTATION AND RESILENCE IN THE ELDERLY: AN INTERPRETATION OF EPIDEMIOLOGIC DATA. *Psychiatric Quarterly*. 1997; Vol. 68, No. 3 : patg 189-219.
- 9.- Holroyd S.; Duryee J.J. SUBSTANCE USE DISORDERS IN A GERIATRIC PSYCHIATRY OUT PATIENT CLINIC: PREVALENCE AND EPIDEMIOLOGIC CHARACTERISTICS. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1997; Vol. 185, No. 10 : pag 627-632.

10.-Jorm A.F. EPIDEMIOLOGY OF MENTAL DISORDERS IN OLD AGE. *Current Opinion in Psychiatry*.1998; Vol. 11, No. 4: pag 405-409.

11.- Kaplan Harold; Sadock Benjamin; Grebb Jack. SINOPSIS DE PSIQUIATRIA. Editorial Médica Panamericana. 7ª. Edición, 1996.

12.- Karel M.J. AGING AND DEPRESSION: VULNERABILITY AND STRESS ACROSS ADULT HOOD. *Clinical Psychology Review*. 1997; Vol. 17, No.8: pag 847-879.

13.- Krassoievitch Miguel. PSICOTERAPIA GERIATRICA. Fondo de Cultura Económica. 1ª. Reimpresión, 1998.

14.- Kumar V. AGEING IN INDIA: AN OVERVIEW. *Indian Journal of Medical Research*. Oct. 1997; Vol. 106: pag 257-264.

15.- Marsh C.M. PSYCHIATRIC PRESENTATIONS OF MEDICAL ILLNESS. *Psychiatric Clinics of North America*. 1997; Vol. 20, No. 1: pag 181-204.

16.- Moscicki E.K. EPIDEMIOLOGY OF SUICIDE. *International Psychogeriatrics*. 1995; Vol.7, No. 2: pag 137-148.

17.- Pelissolo A; Boyer P; Lepine J.P.; Bisserbe J.C. EPIDEMIOLOGY OF ANXIOLYTICS AND HYPNOTICS USE IN FRANCE IN THE WORLD. *Encephale*. 1996; Vol. 22, No. 3: pag 187-196.

18.- Petit H.; et al. CONCENSUS STATMENT FROM A GROUP OF FRENCH EXPERTS ON ALZHEIMER'S DISEASE DIAGNOSIS AND PHARMACOLOGIC TREATMENT. *Reveu Neurologique*. 1998; Vol. 154, No. 5: pag 432-438.

19.-Pollitt P.A. THE PROBLEM OF DEMENTIAL IN AUSTRALIAN ABORIGINAL AND TORRES STRAIT ISLANDER COMMUNITICS: AN OVERVIEW. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1997; Vol. 12 , No. 2: pag 155-163.

20.- Salgado Alberto; Guillén Francisco. MANUAL DE GERIATRIA. Editorial Masson – Salvat. 2ª. Edición reimpresión, 1997.

21.- Smith J.W. MEDICAL MANIFESTATIONS OF ALCOHOLISM IN THE ELDERLY. International Journal of the Addictions. 1995; Vol. 30, No. 13-14: pag 1749-1798.

22.- Sullivan M.D. MAINTAINING GOOD MORALE IN OLD AGE. Western Journal of Medicine. 1997; Vol. 167, No. 4: pag 276-284.

23.- Swartz M.S.; et al. COMPARING USE OF PUBLIC AND PRIVATE MENTAL HEALTH SERVICES: THE ENDURING BARRIERS OF RACEN AND AGE. Community Mental Health Journal. 1998; Vol. 34, No. 2 : pag 133-144.

24.- Venkoba Rao A. PSYCHIATRIC MORBIDITY IN THE AGED. Indian Journal of Medical Research. Oct. 1997; Vol. 106: pag 361-369.

25.- Wattis J.P. PRACTICAL MANAGEMENT OF THE PATIENT WITH ALZHEIMER'S DISEASE. Alzheimer's Research. 1997; Vol. 3, No.5: pag 165-175.

26.- Whittier F.M.; Toy E.C.; Baker III-B. SLEEP DISORDERS IN THE EDERLY PATIENTS. Primary Care update for Ob/Gyns. 1997; Vol. 4, No. 6: pag 212-216.