

## CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS DE LA POBLACION GERIATRICA ASISTIDA EN EL INSM "HD-HN" (1982-90)

Mariella GUERRA A. (\*)

**PALABRAS CLAVE:** Población geriátrica - Características sociodemográficas-Clínicas

**KEY WORDS:** Geriatric population - Sociodemographic-Clinical profile

*Se describe el perfil sociodemográfico y clínico de una población de 265 ancianos asistidos en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" entre 1982-90. La edad promedio al momento de consultar fue de 65 años y la edad de inicio del trastorno psiquiátrico de 59 años. Predominaron los viejos-jóvenes (87%); el sexo femenino (74%); los casados/convivientes (51%); los nacidos en otros Departamentos del Perú (73%); los de religión católica (95%); aquellos con algún grado de instrucción (84%); las amas de casa (60%); los que convivían con algún familiar (90%). Los diagnósticos fueron: trastorno del humor (56%); trastorno orgánico del humor (18%); trastornos esquizofrénicos (12%); trastorno por uso de sustancias (5%); trastorno de ajuste (4,5%) y otros (5%). Las demencias (85%) y la depresión mayor (62%) iniciaron el trastorno después de los 60 años.*

### **SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF GERIATRIC POPULATION ADMITTED AT THE INSM "HD-HN" (1982-90)**

*The sociodemographic and clinical profile of 265 elders attended at the Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" from 1982 to 1990 is described. The mean age of first psychiatric consultation was 65 and the onset mean age of the psychiatric disorder, 59. Predominated youth-elder (87%); female (74%), married/cohabitant (51%); born out of Lima City (73%); catholic (95%); with some educational level (84%); housewife (60%); living with at least a family member (90%). Diagnostic distribution was: (56%) mood disorder, (18%) organic mood disorder, (12%) schizophrenic disorder, (5%) psychoactive substance abuse/dependence disorder, (4.5%) adjustment disorder and 5%, others. The onset of dementia (85%) and major depression (62%) was after the age of 60.*

---

(\*) Jefe de la Unidad de Psicogeriatría, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

El aumento de la expectativa de vida se viene dando en paralelo a un incremento en el número de adultos mayores. Así, a nivel mundial, en el año 1950, las personas de 60 años y más eran 214 millones, proyectándose que para el año 2025 sobrepasen los 1000 millones, es decir, una de cada 7 personas será un ciudadano de edad avanzada. En los países Latino americanos el proceso de envejecimiento de la población ya se está dando, siendo el incremento de este grupo etario continuo. En 1980 América Latina tenía 363.7 millones de habitantes y de ellos 23.3 millones (6.4%) eran adultos mayores, esto es de 60 años y más, estimándose que para el 2025 la población total llegue a 865.2 millones, de la cual el grupo geronte constituirá el (10,8%) (36).

El Perú tiene actualmente 22'048,356 habitantes, de ellos, el (7%), es decir, 1'543,687, son personas de 60 años o más, y se estima que para el año 2025, dicho porcentaje constituya el (11,4%) de la población total (22).

Desafortunadamente, el incremento progresivo de la población de adultos mayores implica, al mismo tiempo, un aumento en el número de gerontes con trastornos mentales, que habrán de generar mayor demanda de servicios de salud; además, estas alteraciones producen gran impacto en el propio paciente, en la familia y la comunidad, por la repercusión que tienen en aspectos que cubren desde lo emocional hasta lo económico. A pesar de tales consideraciones existe aún mucho desconocimiento en nuestro medio de los problemas psicogeriátricos. De un lado, los mitos y estereotipos interfieren con la identificación y tratamiento adecuado de los

cuadros mentales y, de otro, éstos pueden presentarse como fenómenos exclusivos, con manifestaciones atípicas o como trastornos que se entrelazan con enfermedades físicas, haciendo difícil su diagnóstico y manejo (42).

A nivel comunitario, se describe que del (15%) al (25%) de los adultos mayores tienen síntomas que expresan alguna enfermedad mental, prevalencia que se eleva en los asilos, consignándose porcentajes que fluctúan entre el (55-90%) (28, 30).

En general, los gerontes pueden presentar los mismos trastornos mentales que observamos en el adulto joven; sin embargo, la literatura foránea cita como los más frecuentes en este grupo etario a la depresión, las alteraciones cognoscitivas, los trastornos paranoides y los de ansiedad (26, 28). Asimismo, se describe que la incidencia de algunos cuadros como los depresivos, aumenta con la edad (4, 30).

En el Perú, si bien ya existe preocupación por la salud de los adultos mayores, ésta se ha orientado, principalmente, a las condiciones orgánicas. De las mentales podemos decir que aún hay gran desconocimiento sobre su distribución y características, las mismas que con frecuencia son abordadas como si se tratara de adultos jóvenes. La literatura nacional sobre el tema es muy general, escasa y más bien referida a manifestaciones sintomáticas (22).

Por consiguiente, y conocedores de la importancia de las alteraciones mentales en la vejez, por su impacto en diferentes niveles -familia, estado, sociedad, sistemas de salud- hemos llevado a cabo el presente estudio, que constituye el primero de su



género en nuestro medio. El objetivo fue conocer las características sociodemográficas y clínicas de la población geriátrica asistida en una institución especializada en un período de 8 años.

## MATERIAL Y METODO

El estudio se realizó en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN"), centro especializado estatal, creado en el año 1982 para cumplir un programa específico de salud mental, con funciones de normatividad específica, programación y evaluación (32). Su área geográfica de influencia es el Cono Norte de Lima con una población de 2'240,896 habitantes (24). La población asistida, ambulatoria y en la modalidad de internación, está constituida por niños, adolescentes, adultos y ancianos, siendo objetivos del Instituto priorizar la investigación, docencia y atención especializadas con proyección comunitaria.

El estudio es de carácter descriptivo y retrospectivo. Incluye todos los pacientes de 60 años o más, de ambos sexos, admitidos en el INSM "HD-HN" desde el 1° de julio de 1982 hasta el 30 de junio de 1990. Se revisaron los registros de los adultos mayores y se procedió al diagnóstico utilizando los criterios del DSM-III-R (5). Se creó una base de datos en FoxPro 2.6 y se procedió al análisis usando el EpiInfo 5A.

## RESULTADOS

En el INSM "HD-HN", entre 1982-90, se evaluaron 10,229 pacientes nuevos; de éstos, 298 (3%) correspondieron a adultos mayores de 60 y más años. De ellos se

excluyeron 33 historias clínicas; por incompletas 20 y 13 por consistir en cuadros esencialmente neurológicos, reduciéndose finalmente la población total de estudio a 265.

### *Características sociodemográficas*

En relación a las características sociodemográficas, el (74%) era mujer y el porcentaje restante varón; la edad promedio a la fecha de la consulta fue de 68 años. El (51%) era casado/conviviente, (29%) viudo, (10%) soltero y (9%) divorciado/separado. En nivel de educación, el (57%) tenía primaria, (21%) secundaria, (16%) analfabeto y sólo (6%) superior. En ocupación, 2 de cada 3 eran amas de casa, 1 de cada 4, descupado y el resto tenía diversas ocupaciones. En Lugar de nacimiento, 1 de cada 4 ancianos era nativo de Lima y los restantes de otros departamentos del país. El (82%) hablaba castellano, (13%) castellano y quechua y el porcentaje restante, otro idioma.

En relación a las características socioeconómicas, el (90%) vivía con la familia, (7%) solo y el porcentaje restante en asilo o pensión; en condiciones de dependencia económica (35%), desconocida (53%), teniendo el resto independencia económica. Cabe destacar que sólo el (30%) de las historias clínicas consignaba la evaluación social del anciano.

La población de estudio se dividió en tres grupos: 60-74 (viejos-jóvenes), 75-84 (viejos-viejos), 85-+ (muy viejos). En todos ellos se observó la predominancia del sexo femenino.

En el estado civil por grupo de edad, se

encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estado civil de casado, entre el primer (88%) y segundo (10%) grupo etario, ( $p=0.04$ ); asimismo, en relación a la viudez, se encontró diferencia significativa ( $p=0.001$ ) entre los grupos primero (68%) y segundo (24%); y primero (68%) y tercero (7%), ( $p=0.02$ ).

En grado de instrucción por edad, el analfabetismo fue más frecuente entre los ancianos mayores. Asimismo, en el aspecto laboral, el porcentaje de desocupados estuvo en relación inversa con la edad, siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ).

Respecto a la situación sociofamiliar por edad, el (90%) de los viejos-jóvenes vivía con sus familiares, el (8%) solo, y el (2%) en asilo o pensión; en el grupo de viejos-viejos, el (92%) lo hacía con sus familiares y el (8%) en asilo o pensión; en el grupo de muy viejos, el (100%) de los gerontes vivía con sus familiares. Las diferencias se presentaron entre los viejos jóvenes que viven solos y los que viven con familiares ( $p=0.04$ ) y hubo una tendencia ( $p=0.08$ ) a diferenciar los viejos-jóvenes con los viejos-viejos en relación a vivir con familias.

#### ***Distribución de los diagnósticos psiquiátricos.***

La población de estudio consultó un centro especializado, por primera vez, a la edad promedio de 68 años, siendo el inicio del trastorno psiquiátrico a la edad promedio de 59 años ( $r=16-88$ ) ( $DS=14.7$ )

En el Cuadro N° 1 se presenta la distribución de los diagnósticos en orden de frecuencia.

#### **CUADRO N° 1. DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS MENTALES EN ORDEN DE FRECUENCIA**

CATEGORIA DSM-III-R	(n=265) %
1 T. del Humor	55.5
Depresión Mayor	40.0
Distimia	10.0
T. Bipolar	4.1
T. Depresivos NOS	1.5
2 T. Orgánico mental	18.1
Demencia Alzheimer	14.7
Demencia senil NOS	1.5
Demencia multinfarto	0.4
T. Orgánico delusional	1.1
T. Orgánico del humor	0.4
3 T. Esquizofrénico	11.6
Paranoide	11.3
Catatónica	0.3
4 T. por uso sustancias psicoactivas	5.1
Dependencia alcohol	3.3
Abuso del alcohol	0.7
Dependencia hipnóticos	0.3
Dependencia a nicotina	0.3
Abuso de cocaína	0.3
5 T. Ajuste	4.5
con humor depresivo	2.1
con síntomas mixtos	2.0
con quejas físicas	0.4
6 Otros	5.2
T. Psicótico NOS	1.8
T. ansiedad NOS	1.8
T. delusional	1.6



En la distribución de los diagnósticos por sexo, el cuarto diagnóstico en varones corresponde a alcoholismo en tanto que en las mujeres corresponde a distimia. En relación a la edad de inicio de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, las demencias (85%) y la depresión mayor (62%) se iniciaron, en la mayoría de los casos, después de los 60 años; mientras que la distimia (73%) y la esquizofrenia (85%) lo hicieron en la mayoría de casos, antes de los 60 años.

Se evaluó la asociación estadística de los trastornos psiquiátricos más frecuentes (Depresión Mayor, Distimia, Demencia tipo Alzheimer, Esquizofrenia, Trastorno de Ajuste y Dependencia Alcohol) con las variables sexo, estado civil, instrucción, vive con, y los resultados no fueron significativos.

En la relación entre tipo de ocupación con las diversas condiciones mentales, las diferencias fueron estadísticamente significativas entre Depresión Mayor y Demencia T. Alzheimer (40% vs. 15%) ( $p=0.04$ ); y Depresión Mayor con T. esquizofrénico (40% vs. 12%) ( $p=0.02$ ), menos desocupados en depresión mayor.

El diagnóstico más frecuente fue la depresión mayor; siendo la edad promedio al momento de consultar de 68 años ( $DS=6.29$ ); y más frecuentes en mujeres (73,3%). El (62%) inició el trastorno después de los 60 años y más. En el grupo que inició tardíamente la depresión el (74%) de los casos correspondió al sexo femenino, el (81,5%) al grupo de los viejos jóvenes (60-74 años), el (17%) a los viejoviejos; y el (1,5%) a los muy viejos. En el Cuadro N° 3 se presenta los subtipos de

depresión mayor por grupos etarios.

El segundo diagnóstico en orden de frecuencia fue la demencia tipo Alzheimer, siendo la edad de inicio de 60 años y más en el (92,5%) de los casos, y con predominio del sexo femenino (67%). Los subtipos de demencia degenerativa primaria tipo Alzheimer más frecuentes fueron: demencia de inicio senil con delusiones (48%); de inicio presenil con depresión (14%) y de inicio senil con depresión (12%).

La esquizofrenia fue el tercer trastorno en orden de frecuencia; el (6%) de los casos se inició a los 60 años y más, siendo todos los casos de sexo femenino y de tipo paranoide.

En relación a la distimia, la edad de inicio promedio fue de 49 años ( $r=20-72$ ;  $DS$  16.27); el (73%) de los casos inició el trastorno antes de los 60 años, siendo más frecuente en mujeres (85%). 5,4% se trató de *depresión doble* y un caso estuvo asociado a trastorno histriónico de personalidad.

En el trastorno bipolar, la edad de inicio promedio fue de 51 ( $r=18-72$ ;  $DS=16$ ). El subtipo más frecuente fue el maniaco con síntomas psicóticos (33,3%), seguido del maníaco severo sin síntomas psicóticos (25%), y el maniaco leve (17%). El (84%) de los casos fueron mujeres y el (41%) inició el trastorno después de los 60 años, correspondiendo todos ellos a manía.

Entre los trastornos por uso de sustancias psicoactivas la dependencia al alcohol ocupó el primer lugar. La mayoría (60%) se trató de varones y el (80%) empezó el

trastorno antes de los 60 años. En el resto de las dependencias se trataron siempre de varones; el dependiente a hipnóticos inició el trastorno a los 61 años y el dependiente a nicotina antes de los 60 años.

El trastorno de ajuste más frecuente fue el asociado al humor depresivo. Todos los casos fueron mujeres y la edad de inicio

promedio fue de 68.1 (DS 5.8).

En el Cuadro N° 2 se presenta la distribución de los diagnósticos por grupos de edad

En los grupos etarios A y B predominó la depresión mayor, y en el C los trastornos orgánicos.

**CUADRO N° 2. TRASTORNOS MENTALES EN ORDEN DE FRECUENCIA POR GRUPOS ETARIO**

DIAGNOSTICOS	A 60 - 74 (%)	B 75 - 84 (%)	C 85 - + (%)	p
T. del Humor	58.2	51.3	10.0	A vs C=0.03 B vs C=0.02
T. Orgánico mental	12.8	37.8	60.0	A vs C<0.001 A vs B<0.001
T. Esquizofrénicos	15.1	2.7	10.0	A vs B<0.05
T. Uso sustancias psicoactivas	3.2	-	-	n.s.
T. Ajuste	5.5	2.7	-	n.s.
Otros	5.5	5.4	20.0	n.s.

En relación al trastorno del humor, en los tres grupos predominó la Depresión Mayor.

### **Hospitalización**

58 pacientes (23%) de la población geriátrica tuvieron que ser hospitalizados. La edad promedio al momento de la internación fue de 67 años (r=60-92); el grupo 60-74 años de edad constituyó el (90%);

prevaleciendo el sexo femenino (63%). En el Cuadro N° 4 se presentan los diagnósticos.

En los hospitalizados por depresión mayor, el (40%) fue por depresión psicótica, el otro (40%) tuvo intensidad severa sin síntomas psicóticos y el (20%) restante fue de intensidad moderada.

En cuanto a los trastornos orgánicos cere-

**CUADRO Nº 3. SUBTIPOS DE DEPRESION MAYOR POR GRUPOS ETARIOS**

DX (DSM-III-R)	A	B	C	p
	60-74 %	75-84 %	85-+ %	
296 .20	1.1	-	-	n.s.
.21	9.0	-	-	n.s.
.22	18.1	31.2	-	n.s.
.23	12.1	-	100.0	n.s.
.24	9.0	37.5	-	A vs B = 0.007
.25	2.2	-	-	n.s.
.31	1.1	6.2	-	n.s.
.32	26.1	12.5	-	n.s.
.33	12.5	6.2	-	n.s.
.34	8.0	6.2	-	n.s.

**CUADRO Nº 4. DIAGNOSTICO DE LOS GERONTES HOSPITALIZADOS**

DIAGNOSTICO	(N=58) %
Depresión Mayor	34
Demencia T. Alzheimer	21
T. Esquizofrénico	17
T. Bipolar Manía	14
T. Uso Sust. Psicoactivas	7
T. Delusional	3
Distimia	3

brales, la demencia primaria degenerativa de tipo Alzheimer fue el único tipo que se hospitalizó; en ésta la más frecuente correspondió a la de inicio senil con delusiones (42%), le siguió en frecuencia la de inicio presenil con depresión y la no complicada.

En el caso del trastorno esquizofrénico, el (50%) de los ingresos fue de tipo paranoide crónico, con exacerbación aguda; le siguieron en orden de frecuencia la paranoi-

de crónica y la catatónica.

Para el trastorno bipolar, el (50%) de los ingresos correspondió al episodio maníaco con síntomas psicóticos y el (38%) a manía severa sin síntomas psicóticos.

En los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, el (75%) de los casos tuvo Dependencia al alcohol; siguiéndole, en orden de frecuencia, el Abuso de alcohol.



Las condiciones que tuvieron mayor tasa de hospitalización fueron el trastorno Bipolar maníaco y el T. Delusional con porcentajes de (73%) y (50%) respectivamente. En el resto de condiciones la tasa de hospitalización fue menor al (33%).

### **Comorbilidad**

De la población geriátrica, 13 pacientes (5%) presentaron comorbilidad. Esta se caracterizó por la existencia de 2 trastornos psiquiátricos asociados en todos los casos, siendo la edad promedio al momento de consultar 67.3 años.

El (69%) fueron mujeres, el (69%) entre 60-69 años de edad, el (46%) casado/conviniente y el (46%) con nivel primario, el (54%) ama de casa, el (92%) vive con la familia, el (69%) nativos de Lima.

Cabe resaltar que el (54%) de la muestra tuvo asociado un trastorno por sustancias psicoactivas siendo lo más frecuente el relacionado al alcohol.

Antecedentes psiquiátricos en familiares de primer grado. En el Cuadro N° 6 se presenta los antecedentes psiquiátricos de la población estudiada.

Los antecedentes psiquiátricos estuvieron presentes en el (38%) de la población estudiada, ausentes en el (37%) y no informados en el (25%) restante.

### **Condiciones orgánicas asociadas**

En el (22.2%) de historias clínicas revisadas no se encontró información relacionada a la presencia o ausencia de condi-

ciones médicas-orgánicas. En el resto de la población (n=233) la distribución fue: (15.4%) no tenía enfermedad alguna al momento de la evaluación; (39.2) tenía un diagnóstico médico asociado, (15%) dos diagnósticos, (7%) tres diagnósticos, (0.8%) cuatro diagnósticos, (0.4%) cinco diagnósticos. Los diagnósticos orgánicos en la población (n=233) fueron: (34.6%) t. cardiovascular; (16.5%) t. de los órganos de los sentidos; (12.1%) t. endocrinológicos; (11%) t. osteo-musculares; (10.3%) t. digestivos; (9.4%) t. respiratorios; y (6.2%) miscelánea.

### **DISCUSION**

**Características sociodemográficas.** El grupo de adultos mayores, definido como aquellos de 60 años o más es aún pequeño en los países subdesarrollados (31), hallazgo que refleja la composición de la población de un país en vías de desarrollo como el nuestro, donde aún prevalece la figura de la pirámide poblacional con el vértice para los mayores (24).

En la población de estudio predominó el género femenino, característica común observada en diversas poblaciones geriátricas, lo que permite deducir que en los próximos años habrán más viudas y ancianas que probablemente habrán de vivir solas, con los riesgos que ello significa para cuidados a largo plazo (36). Se describe, además, que en algunas condiciones mentales como la *parafrenia tardía*, uno de los factores de riesgo establecidos es la condición de ser mujer, sin pareja, que viva sola y esté socialmente aislada, además de tener problemas en la audición (1).



**CUADRO N° 5. COMORBILIDAD**

NO. CASO	DX. 1	DX. 2
1	Dependencia alcohol	Delirio por abstinencia al alcohol
2	Dependencia alcohol	T. esquizofreniforme
3	Distimia	Depresión mayor episodio único c/sx psicóticos
4	Esquizofrenia paranoide crónica	Dependencia alcohol
5	T. Esquizofreniforme	Abuso de alcohol
6	Depresión mayor recurrente severa s/sx psicóticos	Dependencia alcohol
7	Abuso de alcohol	Abuso de cocaína
8	Distimia	Depresión mayor episodio único moderada
9	T. ajuste c/sx depresivo	Dependencia a nicotina
10	Distimia	Depresión mayor recurrente c/sx psicóticos
11	Distimia	Depresión mayor episodio único leve
12	Distimia	T. histriónico de personalidad
13	Depresión mayor recurrente severa s/sx psicóticos	T. histriónico de personalidad

(\*) Edad promedio de inicio del trastorno en: Dx 1= 52a; Dx 2=50 a.

En relación a la frecuencia de los diagnósticos por sexo, el presente estudio evidencia que si bien los tres primeros diagnósticos se distribuyen igualmente en ambos sexos, el cuarto diagnóstico más frecuente en

mujeres es la distimia, mientras que en los varones es el alcoholismo, hallazgo que refleja el patrón cultural de nuestra sociedad y sobre el cual hay que investigar todavía.

**Cuadro N° 6. ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO**

Dx paciente	1 (n=65) %	2 (n=5) %	3 (n=15) %	4 (n=5) %	5 (n=12) %
Dx familiar					
T. sustancias psicoactivas	44,6	40,0	26,6	60,0	50,0
T. humor	21,5	0,0	20,0	20,0	0,0
Demencia	4,6	0,0	0,0	0,0	0,0
T. esquizofrénico	0,0	0,0	33,3	20,0	8,3
Otros	6,1	20,0	13,3	0,0	0,0
Desconocido	23,0	40,0	6,6	0,0	41,6

1=T. humor; 2=T. orgánico mental; 3=T. esquizofrénico; 4=T. por uso de sustancias psicoactivas; 5=Otros

En el análisis de las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio se observa que la calidad de vida está en relación inversa con la edad. Así, el grupo de los viejos-jóvenes tienen un mejor estado físico estando aún involucrados en actividades laborales, educacionales, sociales y recreativas; mientras que los mayores son portadores, con frecuencia, de problemas médicos crónicos habiendo pasado en su mayoría del rol activo en diferentes áreas de la vida a depender de los grupos más jóvenes (14).

Al revisar el estado civil de estos adultos mayores observamos que a diferencia de los varones una buena proporción de mujeres son viudas. Este hallazgo informado en otros estudios (36) pone de manifiesto un desbalance entre ambos sexos, resultado de la mayor expectativa de vida que tiene la mujer y el hecho que la mayor parte de ellas inician más tempranamente la relación de pareja. Se describe, asimis-

mo, que los divorciados o separados tienen mayor riesgo de deprimirse que aquellos que tienen pareja (4), sin embargo, el hallazgo del presente estudio no corrobora tal observación.

En la población estudiada se observa la desventaja de los adultos mayores comparados con aquellos de otras realidades y la población de adultos jóvenes en nuestro país. Así, en sociedades como la norteamericana se señalan tasas de analfabetismo para poblaciones geriátricas del (9%) (14, 30). En el Perú, la tasa de analfabetismo de la población de 15 a 39 años fue de (6,3%); mientras que para aquellos de 40 años y más fue de (29.8%), en 1993 (24). Llama la atención la menor tasa de analfabetismo de la población evaluada (16%) en comparación con la informada en los mayores de 40 años (16% vs 29.8%), aún cuando no se dispone de cifras exactas de analfabetismo en la población de ancianos en el Perú. En este sentido se des-



cribe que trastornos como la depresión son más frecuentes en los adultos mayores con bajos ingresos económicos y menor nivel de educación (4).

Otro hallazgo del estudio que cabe resaltar es que el (73%) de los evaluados son migrantes, provenientes de diferentes lugares del interior del país, que contrasta con lo informado por el Instituto Nacional de Estadística de (21,4%) migrantes en 1981 (24). Esta diferencia puede explicarse por la zona de captación de la población de estudio, el Cono Norte, donde sabemos que la tasa de migración es alta. Sin embargo, con respecto a esta y otras variables relacionadas a vivienda y economía, la información es limitada pues sólo es 30% tuvo evaluación social.

En 1993, la tasa de desocupación de la PEA peruana fue de (8,4%) para el área urbana y (3,7%) para la rural. En nuestra población el (22%) de los adultos mayores eran desocupados, si bien un porcentaje de ellos pueden estar incapacitados, aún así, tal porcentaje estaría reflejando el problema del desempleo en nuestro país.

Otro aspecto de nuestra población geriátrica que contrasta con la de otros países es el soporte social, así, la mayoría de los nuestros viven con familiares (90%) y solo el (7%). En América del Norte, el (64%) de los adultos mayores de 65-74 años vivían con familiares en tanto que esta convivencia sólo se dió en el (44%) de los mayores de 75 años; y vive solo el (24%) de aquellos entre 65-74 y el (30%) los mayores de 75 años, en 1983 (39). Esta diferencia merece ser resaltada dado que es favorable, clínicamente, el soporte

sociofamiliar en los adultos mayores con trastornos psiquiátricos. Hecho que debe tener en cuenta el facultativo en el manejo integral del adulto mayor.

**Trastornos mentales.** Las estadísticas de las atenciones en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", destacan los siguientes trastornos en orden de frecuencia en los adultos jóvenes: los esquizofrénicos, ansiosos y los del humor, en la consulta ambulatoria; los esquizofrénicos, los del humor y diagnósticos no clasificados, en los hospitalizados (25). En el adulto mayor, el perfil clínico es distinto, prevaleciendo, en orden de frecuencia, los trastornos del humor, los orgánicos cerebrales, los cuadros esquizofrénicos, los trastornos por sustancias psicoactivas y el trastorno de ajuste. Al respecto, no contándose con datos estadísticos similares de otras instituciones de salud mental en nuestro medio, tomaremos como referencia lo informado por el Programa de Atención Primaria de Salud en la Tercera Edad (37) y la de Merino et al (33). El primero consistió en el diagnóstico integral de los internos del Albergue Rosario Araoz realizado en el año 1989 (37), donde se evaluó la incidencia de enfermedades mentales en 187 ancianos con edad promedio de 74 años y, se encontró que los trastornos más frecuentes fueron la demencia (31%), la depresión (16%) y la ansiedad (15%). El segundo fue realizado en 1992 (33), en un estudio prospectivo hecho en pacientes de 60 años y más, hospitalizados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, los principales problemas asociados a la condición médica orgánica fueron: depresión (53.5%), ansiedad (50.7%), y alteraciones del sueño (81.7%).

*Trastornos del humor.* La depresión mayor constituyó el trastorno más frecuente en el presente estudio, hallazgo que plantea la reconsideración de la influencia del proceso de envejecimiento en el origen de este trastorno, y la edad como un factor de riesgo. Se describe que la edad avanzada se asocia a diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales (9,10,19, 21,40), que hacen proclive al sujeto a enfermar. De otro lado, el mismo resultado nos lleva a dividir el grupo de los adultos mayores en dos: aquellos que inician el trastorno antes de los 60 años de edad y los que iniciaron después de esa edad. Posiblemente, en nuestros gerontes, tal como refiere la literatura (42) existan particularidades y diferencias entre ambos grupos, que no ha sido exactamente el objetivo del presente estudio. Sin embargo, cabe citar algunos estudios de seguimiento como los de Post, quien (35) en un grupo de 92 gerontes deprimidos encontró que, sólo el 26% se recuperó completamente de la depresión, en tanto que el 37% experimentó recaída después de la recuperación, 25% se recuperó parcialmente experimentando recaídas sucesivas y el 12 % permaneció enfermo continuamente, a los 3 años. Murphy evaluó 124 gerontes deprimidos y usando los criterios de depresión primaria de Feighner, encontró que el 25% se recuperó completamente y se mantuvo bien, 19% se recuperó completamente pero tuvo 2 recaídas, 29% permaneció enfermo durante el seguimiento y el 14% falleció, al año (35).

Los estudios sugieren que la depresión primaria sin alteración cognitiva ni enfermedad médica severa tendría una evolución favorable cuando se inicia después de los 60 años. Otros autores, en relación

a tasas de recuperación de la depresión, han informado pequeñas diferencias entre los gerontes y los adultos jóvenes. Blazer (15), comparó una muestra de 44 gerontes de 60 años y más con una de 35 pacientes adultos jóvenes hospitalizados, en un estudio de seguimiento de 1-2 años. En los primeros el (48%) no se recuperó del episodio depresivo y tuvo que seguir hospitalizado, el (27%) se recuperó completamente pero tuvo 1 episodio recurrente de depresión mayor durante el seguimiento, el (25%) se recuperó completamente sin sufrir recaídas posteriores. En el otro grupo, el (46%) no se recuperó del episodio índice, el (45%) se recuperó completamente pero tuvo la recurrencia de otro episodio, y el (9%) se recuperó completamente y se mantuvo bien. Se concluyó que en términos de recuperación y remisión no se observaron diferencias entre los dos grupos, sin embargo, se informó que si los gerontes se recuperan tienden a sufrir síntomas depresivos residuales a diferencia de los más jóvenes (15). Se describe que aquellos pacientes que inician su depresión después de los 50 años, tienen una probabilidad muy alta de recurrencia de episodios a diferencia de las poblaciones más jóvenes; de otro lado, también se han reportado diferencias en cuanto al curso y severidad del cuadro depresivo en aquellos de inicio tardío (15).

Otro hallazgo relevante del presente estudio y que amerita mayor investigación es el subtipo de depresión, con síntomas delusivos y sin ellos. Se postula que la depresión delusional y la no delusional en la edad tardía constituyen 2 subtipos diferentes; y que el tratamiento de ambos casos es diferente, siendo la primera de mal pronóstico y con una respuesta pobre a los tratamientos convencionales (7, 8, 19).



Es necesario señalar que una de las limitaciones del presente estudio, por ser retrospectivo, es la ausencia de información clínica sobre entidades tan importantes en la actualidad como la pseudodemencia depresiva o demencia depresiva. Se postula que la depresión con alteraciones cognitivas constituiría la antesala de la demencia; asimismo, diversos estudios sugieren que la depresión en las personas de 40 años y más casi siempre involucra alteraciones cognitivas subclínicas, a diferencia de los sujetos normales (19).

La prevalencia de distimia en nuestros gerontes fue del (10%) y constituyó el segundo diagnóstico más frecuente entre los trastornos del humor (17.4%), hallazgo que corrobora los de Devanand et al (1994) (18), quienes encontraron una prevalencia de (17,0%) para el trastorno, en 224 pacientes de 60 y más años; siendo la edad promedio de inicio de 55.2 años. De otro lado, los resultados del presente estudio nos hablan de un grupo de pacientes (17%) que inician este trastorno después de los 60 años, lo que nos lleva a reconsiderar las diferentes expresiones de la distimia (11) que según las últimas clasificaciones (DSM-IV) se subsume en dos grupos: aquellos de inicio antes de los 24 años y aquellos después de los 24. Nuestro hallazgo revelaría que habría un tercer tipo de distimia, de inicio después de los 60s. La pregunta que surge a propósito de los hallazgos es ¿Hay diferencias clínicas entre estos subgrupos de distimias?. Lo que plantea la necesidad de estudios comparativos específicos según la edad de inicio.

La literatura foránea cita prevalencias del (5%-19%) para el trastorno bipolar en gerontes cuyo trastorno requiere trata-

miento (45,15). En nuestro medio, en el estudio de diagnóstico integral realizado en el Albergue Rosario Araoz se encontró que el (1.3%) era portador de psicosis afectiva (37) y en el estudio que hemos realizado observamos que el trastorno en mención constituye el (4.1%) de todos los casos. Sin embargo, es necesario precisar que de todas las hospitalizaciones, la manía (3.3%) ocupó el cuarto lugar en orden de frecuencia. De otro lado la información concerniente a la interacción entre edad y manía/trastorno bipolar es limitada, y sugiere que los estados maníacos que se inician tardíamente (después de los 40 años) con frecuencia están asociados a condiciones médicas, neurológicas y/o drogas (45). En el caso de nuestro estudio el (41%) de los pacientes con trastorno bipolar inició el trastorno a partir de los 60 años y todos ellos tuvieron el diagnóstico de manía funcional. Al respecto, es necesario señalar que nuestro estudio es retrospectivo, de un lado, y que aproximadamente en el (25%) de la muestra no se evaluó la condición médica orgánica, del otro. Hecho que plantea la necesidad de realizar estudios prospectivos y también comparativos entre los gerontes que iniciaron el trastorno tempranamente y aquellos que lo hicieron tardíamente. Asimismo es importante señalar que la manía en edades tardías plantea la necesidad de discernir claramente los diagnósticos diferenciales, particularmente demencia, delirio, trastorno orgánico del humor, lo que señala la importancia de estudios prospectivos con seguimientos periódicos.

*Trastornos orgánico mentales.* Después de los trastornos del humor constituyó el segundo diagnóstico en orden de frecuencia (18%). De ellos la más frecuente fue

la demencia de tipo Alzheimer (81%), la que a su vez presentó complicaciones psiquiátricas en el 74% de los casos, delusiones en el (48%) y depresión en el (26%); complicaciones que constituyeron probablemente la causa de elegir una institución psiquiátrica para la atención. Esta enfermedad cuya prevalencia aumenta con la edad, y que se presenta en el (5%-6%) de los mayores de 65 años y aumenta al (20%) en los mayores de 80, es causa del (50%-60%) de las demencias severas (3,26,13). En nuestro medio en el estudio realizado en el Albergue María Rosario Araoz (37) se encontró que la demencia fue el trastorno mental más frecuente, tanto en hombres cuanto en mujeres (16% y 24% respectivamente). Como se describe, en tales casos el diagnóstico es por exclusión (3) después de haber eliminado otras causas, reversibles e irreversibles y, aún así este procedimiento permite la posibilidad de equivocarse en el diagnóstico, principalmente en los primeros estadios de la enfermedad (19,26). En el estudio que presentamos una buena proporción de historias clínicas no cuentan con exámenes auxiliares que sustenten, por decarte, a favor del diagnóstico de la demencia tipo Alzheimer, el diagnóstico es solamente clínico y además tiene la limitación de ser retrospectivo. De otro lado y con respecto a las complicaciones psiquiátricas, se informa que aproximadamente el (50%) de los pacientes con EA desarrollan síntomas psicóticos (29). Berríos en una evaluación psicopatológica de un grupo de 100 dementes encontró que el (37%) era portador de delusiones, las mismas que se hacían menos prominentes en la medida que avanzaba el deterioro cognitivo (12). Al respecto nuestro hallazgo se aproxima a lo descrito, sin embargo,

no se ha podido evaluar la asociación ni contenido de las delusiones con el estadio de la demencia pues no eran objetivos del estudio. En relación a depresión y demencia, actualmente se describen hasta 5 prototipos: Depresión mayor sin demencia depresiva, que cursa con déficit cognitivo leve o subclínico; Demencia depresiva o pseudodemencia depresiva, constituida por la depresión mayor con déficit cognitivo que se traduce en la clínica y que pasado un tiempo una proporción de casos (3% a 79%) terminan dementes; Demencia degenerativa sin depresión, para la que se cita una prevalencia del 50% al 100 %; d) Depresión de la demencia degenerativa caracterizada porque la depresión se manifiesta con diferentes grados de intensidad, su prevalencia fluctúa entre el 0% al 50% y aún no está completamente claro si la EA causa la depresión o esta se presenta como parte de la desmoralización que sufre el paciente frente a la EA, dificultando todo ello el diagnóstico; e) el quinto grupo es la coocurrencia de la depresión y la demencia degenerativa, en la que la depresión generalmente se ha presentado como un trastorno funcional previo a la demencia y donde además existen antecedentes de episodios depresivos recurrentes (19). En nuestra población, sólo hemos podido consignar la prevalencia de la depresión en un grupo de pacientes con EA, motivo por el cual no podemos hacer mayores disquisiciones clínicas, pero que a su vez nos plantea la necesidad de estudios prospectivos. Llama la atención, asimismo, el (15%) de pacientes que inició la demencia antes de los 60 años en nuestra población, hallazgo que permite dividir al grupo en 2: los que inician antes y después de los 60 años, y que sugieren la necesidad de nuevas investigaciones, pues al respecto



ya se han planteado diversas diferencias como las biológicas (13,20).

*Trastorno Esquizofrénico.* La esquizofrenia se presentó en el (12%) de los gerontes y el (97%) de los casos fue de tipo paranoide, iniciado en la mayoría de casos en edades más tempranas. Sólo el (6%) inició el trastorno después de los 60 años y todo los casos fueron mujeres. Estos hallazgos son relevantes ya que hasta la actualidad muchos autores postulan que las psicosis de inicio tardío constituyen un cuadro diferente al de la esquizofrenia. Desde la introducción del término *paraphrenia tardía* por Roth (1952) las psicosis de inicio tardío han suscitado controversias que continúan hasta la actualidad (2). En la literatura observamos que estos cuadros de inicio tardío reciben diversas denominaciones: *esquizofrenia tardía*, *paraphrenia tardía*, *reacción psicótica involutiva*, entre otras, haciendo difícil la interpretación de los datos epidemiológicos, clínicos, psicofarmacológicos, por la variedad de esquemas diagnósticos empleados (43). Para algunos investigadores la *paraphrenia* no es una entidad clínica homogénea y más bien pareciera formar parte del espectro de una serie de trastornos con delusiones paranoides (23). Ultimamente (1995) Almeida et al realizaron 2 estudios con controles donde describieron el perfil psicopatológico, la nosología y los factores de riesgo de un grupo de pacientes que iniciaron cuadros psicóticos tardíos. Concluyeron que los estados psicóticos de inicio tardío no son los mismos que se inician en etapas más tempranas de la vida, sugiriendo con sus hallazgos que se constituyen en factores de riesgo: el inicio tardío, sexo femenino, alteración en la audición, aislamiento social, síntomas

blandos de enfermedad orgánica cerebral y que la *paraphrenia tardía* es una categoría que se constituye actualmente en la mejor opción para la clasificación de las psicosis de inicio tardío (1,2). Uno de los estudios descriptivos más grandes que se ha hecho al respecto, usando los criterios diagnósticos del DSM II, es el realizado en el Rockland Psychiatric Center; abarcó todas las hospitalizaciones que se dieron en un período de 5 años (1972-76) (34). A la esquizofrenia le correspondió el código 295 a excepción del 295.3 que se incluyó en otros trastornos paranoides junto con el código 297. Se encontró que del total de la muestra (n=6825), el (22%) estuvo constituida por pacientes mayores de 65 años. En estos los diagnósticos más comunes en orden de frecuencia fueron, para el grupo de 65-74 años: síndrome orgánico cerebral (39%), trastornos paranoides (27%), esquizofrenia (25%), otros (19%); y, para el grupo de 75 a + años: síndrome orgánico cerebral (55%), trastornos paranoides (26%), esquizofrenia (6%), otros (14%). Es difícil contrastar nuestros hallazgos con los del estudio citado. En primer lugar por las diferentes aproximaciones diagnósticas, para el DSM III-R la psicosis de inicio tardío de tipo esquizofrénico se incluye dentro de la esquizofrenia, y porque nosotros hemos trabajado una población que incluye también la ambulatoria, en tanto que el estudio en mención sólo reporta lo encontrado en hospitalizados. De todas maneras en nuestro estudio las cifras para esquizofrenia son menores que las reportadas en el estudio en mención.

De otro lado, y en relación a los trastornos paranoides, (trastorno delusional) llama la atención que en nuestra estudio su preva-

lencia es baja (1.6%), hallazgo que puede ser dependiente del contexto socioeconómico. Mucho de los trastornos paranoides no llegan a los establecimientos psiquiátricos dada la poca repercusión clínica del cuadro, que al interpretarse en nuestro medio como patrón cultural o *modos de ser* permite la convivencia y su aceptación en el seno comunitario (28).

*Trastorno por sustancias psicoactivas.* El cuarto diagnóstico en orden de frecuencia fueron los trastornos por uso de sustancias, siendo el alcoholismo la patología adictiva más prevalente. Tal hallazgo se corresponde con lo informado en la literatura internacional donde, sin excepción, el etilismo es el más frecuente, particularmente en los hombres de edad avanzada en quienes se describe que los problemas relacionados con el alcohol son 6 veces más frecuentes que en las ancianas (6,16,26). Si comparamos la prevalencia de alcoholismo en nuestros gerontes con otras ésta es relativamente baja. Speckens et al (41) en una población médica hospitalizada constituida por 132 pacientes mayores de 60 años, usando el Test de Munich para alcoholismo (MALT) encontraron que el 9% era alcohólico, lo que contrastó con los diagnósticos de alta donde el alcoholismo o abuso del alcohol sólo se consignó en el 0.5% de pacientes.

Otro hallazgo relevante del presente estudio es la baja prevalencia de la dependencia a hipnóticos y a nicotina (menos del 1%). Probablemente dichas condiciones, sobre todo la primera no ha sido evaluada sistemáticamente y a su vez es una dependencia silente que sino se piensa en ella no se explora oportunamente. Con respecto a los estudios nacionales sobre farma-

codependencia estos en principio han evaluado a la población adulta joven más no a la geriátrica. Probablemente uno de los primeros estudios es el realizado por Saavedra, C. (1993) en el INSM "HD-HN" (39). En este se evaluó la población ambulatoria alcohólica mayor de 45 años ( $n=45-67$ ) y menor de 45 años (15-44), que en forma consecutiva se atendieron el año 1991, encontrándose diferencias importantes. Con respecto a aspectos sociodemográficos: en el grupo de mayores de 45 años, el 95% fue de sexo masculino en tanto que en el menor todos fueron varones; el 35% de los mayores estaba descoupadado vs. el 66% de desocupación en los menores; el 70% de los mayores tenía pareja y sólo el 10% era soltero, en los menores los porcentajes fueron 26.3% y 68.4% respectivamente. En el aspecto clínico en el 60% de los mayores hubo comorbilidad, los trastornos psiquiátricos asociados fueron: trastornos depresivos (30%) paranoides (39%), orgánico cerebrales (20%), con menor frecuencia los trastornos de personalidad y de conducta. En los menores resaltaron como diagnósticos asociados los trastornos perturbadores de conducta de inicio en la infancia y la adolescencia, los de ansiedad y de personalidad, fundamentalmente. Con respecto a antecedentes familiares de alcoholismo, en ambos grupos la positividad fue elevada y no alcanzaron diferencias estadísticamente significativas: en el grupo de mayores se obtuvo el 65% en parientes entre el 1er. y 3er. grado, en el menor fue de 68.4%.

*Trastorno de ajuste.* Esta entidad apenas alcanzó el (4.5%) predominando los de humor depresivo. La explicación para el número reducido estaría en función a lo benigno y a la autoresolución que general-



mente tienen estos cuadros; la predominancia de los síntomas depresivos puede entenderse por la serie de pérdidas a las que está sometido continuamente el geronte: salud, pareja, trabajo, status socio-económico entre otras (30, 27, 17).

*Trastornos Orgánicos Asociados.* Cerca del 25% de los casos no tuvo información relacionada a su condición física, lo que nos habla del desconocimiento que existe sobre la necesidad de una evaluación integral en el adulto mayor, considerando los aspectos biopsicosociales que en esta etapa de la vida se encuentran estrechamente interrelacionados (22,31). En el resto de la muestra se observa la presencia de pluriopatología que se describe en este grupo etareo; siendo los diagnósticos más frecuentes los cardiovasculares (35%), alteración

de los órganos de los sentidos (17%), endocrinopatías (12%) osteomusculares (11%), digestivos (19%), respiratorios (9,4%) y otros (6%). Al contrastar estos hallazgos con otros descritos en nuestro medio tenemos que, Varela et al (44), al evaluar una muestra de 1769 pacientes de 60 años y más que recibían tratamiento en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en las diferentes modalidades de atención, encontraron que los trastornos más frecuentes fueron los cardiovasculares (20.78%) y los cerebrovasculares (12.79%) luego las enfermedades infecciosas (12.5%). El primer diagnóstico coincide, de un lado, al sesgo de tratarse de una institución psiquiátrica, y del otro, la manera de clasificar los trastornos pueden explicar las diferencias restantes.

## REFERENCIAS

- (1) ALMEIDA O P, HOWARD R J, LEVY R, DAVID A S, "Psychotic States Arising in Late Life (Late Paraphrenia). The Role of Risk Factors" *British J. Psychiatry* 1995; 166: 215-228.
- (2) ALMEIA O P, HOWARD R J, LEVY R, DAVID A S, "Psychotic States Arising in Late Life (Late Paraphrenia). Psychopathology and Nosology". *British J. Psychiatry* 1995; 166:205-214.
- (3) ALLEN J E, "Dementia". Plenum Press. New York, 1993
- (4) ALEXOPOULOS G S, CHESTER J G, "Outcomes of Geriatric Depression". En *Psychiatric Disorders in Late Life. Clinics in Geriatric Medicine*. Alexopoulos G.S. Editor. W.S. Saunders Company. Vol 8. No.2. 1992

- (5) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D. C., 1987
- (6) ATKINSON R, "Aging and Alcohol Use Disorders: Diagnostic Issues in the Elderly". *International Psychogeriatrics*, Vol. 2, No. 1. Springer Publishing Company. N.Y. 1990
- (7) BALDWIN R C, BENBOW S M, MARRIOT A, TOMENSON B, "Depression in Old Age". *British J. Psychiatry* 1993; 163:82-90
- (8) BALDWIN R C, "Delusional and Non-Delusional Depression in Late Life". *British J. Psychiatry* 1988 152:39-44.
- (9) BARCLAY L, "Clinical Geriatric Neurology": Lea & Febiger. Philadelphia - 1993
- (10) BIRREN J, CUNNINGHAM W, "Research on the psychology of aging: Principles, Concepts and Theory". En *Handbook of the Psychology of aging*. Birren y Schaies Ed., 2da. Ed., Van Nostrand Reinhold Co., N. Y. 1985
- (11) BLAZER D G, "Dysthymia in Community and Clinical Samples of Older Adults ". *Am J. Psychiatry* 1994; 151:1567-1569.
- (12) BERRIOS G W, BROOK P, "Delusions and the psychopathology of the elderly with dementia". *Acta Psychiatr. Scand.* 1985; 73:296-301.
- (13) BLENNOW K, WALLIN A, GOTTRIES C G, "Clinical subgroups of Alzheimer Disease". En *Dementia. Presentation, Diferential Diagnosis and Nosology*. Edited by Emery V.O., Oxman T.W. The Johns Hopkins University Press; 1194.
- (14) BUTLER R, LEWIS M, "Aging and Mental Health". Mosby medical Library. New York, 1983
- (15) BUSSE E W, BLAZER D G, *Geriatric Psychiatry*. American Psychiatric Press, INC. Washington D.C., 1989
- (16) CARACCI G, MILLER N, *Alcohol and Drug Addiction in the Elderly: En Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*. Miller, N.Ed.; Marcel Dekka. New York , 1991
- (17) CARBONELL C, "Prevención de la Depresión en la Edad avanzada". *Psicopatología* 1989; 9,(4): 180-182. madrid.
- (18) DEVENAND D P, NOBLER M S, SINGER T, KIERSKY J, "Is Dysthymia a Different Disorder in the Elderly?" *Am J Psychiatry* 1994; 151:1592-1599
- (19) EMERY V O, OXMAN T E, "The Spectrum of Depressive Dementia". En *Dementia. Presentation, Diferential Diagnosis and Nosology*. Edited by Emery V.O., Oxman T.E. The Johns Hopkins University Press. 1994



- (20) ERKINKUNTTI T, HACHINSKI V C, SULKAR R, "Alzheimer Disease and Vascular Dementia". En *Dementia. Presentation, Differential Diagnosis and Nosology*. Edited by Emery V.O., Oxman T.E. The Johns Hopkins University Press. 1994
- (21) FAHRER R D Gerontopsiquiatría. En Vidal G. Alarcón R. *Psiquiatría*. Cap. 16. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1986
- (22) GUERRA A M, ROBLES Y, ARGANDOÑA F, CABRA M, CUEVA G, ROJAS E, "Proyecto de una Unidad de Psiquiatría Geriátrica en Instituciones de Salud especializadas y generales". *Anales de Salud Mental*. VIII: 153-161. 1992
- (23) HOLDEN N L, "Late Paraphrenia or the Paraphrenias? A Descriptive Study with a 10-year Follow-up". *British J Psychiatry* 1987; 150, 635-639.
- (24) INEI: Informe Oficial del Instituto nacional de Estadística e Informática. Lima 1994.
- (25) INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI" Informe Estadístico del Departamento de Adultos y Geriátrica. Lima, 1993
- (26) JENIKE M A, *Geriatric Psychiatry and Psychopharmacology*. Year Book Medical Publishers, 1989
- (27) KESSEL N, "Factores de Riesgo en la Depresión". *Psicopatología* 1989; 9.(4.) 177-179.
- (28) KAPLAN H, SADOCK B, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 4a. Ed. Williams & Wilkins. Baltimore, 1985
- (29) KOTRLA K, CHACKO R C, HARPER R G, DOODY R, (1995): "Clinical Variables Associated with Psychosis in Alzheimer Disease". *Am J Psychiatry* 1995; 152:1377-1379.
- (30) LAZARUS L W, *Essentials of Geriatric Psychiatry*. Springer Publishing Company. New York, 1989
- (31) LLADO M, *Geriátrica*. Universidad In-ca Garcilaso de la Vega. Lima -1990
- (32) MARIATEGUI J, *Salud Mental y Realidad Nacional*. Editorial Minerva. Edición: Asociación Psiquiátrica Peruana. Lima, 1989
- (33) MERINO R, VARELA L, MANRIQUE DE LARA G, "Evaluación del paciente geriátrico hospitalizado, orientado por problemas: estudio prospectivo de 71 casos". *Rev Med Hered* 1992; 3:51-59.
- (34) MILLER N W, COHEN G D. *Schizophrenia and Aging*. The Guilford Press. New York 1987
- (35) MURPHY E, "The Prognosis of Depression in Old Age". *British, J Psychiatry* 1983; 142, 111-119.

- (36) ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD Hacia el Bienestar de los Ancianos. Publicación Científica N° 492. Washington, D.C., 1985
- (37) PROGRAMA DE PROYECTOS DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALD EN LA TERCERA EDAD Diagnóstico integral del Albergue "María Rosario Araoz". Lima, 1989
- (38) ROTONDO H, MARIATEGUI J, BAMBAREN C, "Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocita". Revista Psiquiátrica Peruana, 1959; Vol.2, No. 34.
- (39) SAAVEDRA C A, "Pacientes Fármacodependientes mayores y menores de 45 años asistidos en el INSM "HD-HN", Estudio comparativo período 1991. (En Prensa.) 1995
- (40) SCHNEIDER L.S. "Psychobiologic Features of Geriatric Affective Disorder". En Psychiatric Disorders in Late Life. Clinics in Geriatric Medicine. Alexopoulos G.S. Editor. W.S. Saunders Company, 1992
- (41) SPECKENS A, HEEREN T, ROOIJMANS H, (1991): "Alcohol abuse among elderly patients in a general hospital as identified by the Munich Alcoholism Test". Acta Psychiatry Scand 1991; 83:460-462.
- (42) STREJILEVICH M, Temas de Psicogeriatría. Ediciones 1919. Buenos aires, 1990
- (43) TRAM K, KRULL A, JESTE D V, "Late life schizophrenia and its treatment: pharmacologic issues in older schizophrenic patients ". En Psychiatric Disorders in Late Life. Clinics in Geriatric Medicine. Alexopoulos G.S. Editor. W.S. Saunders Company. 1992
- 44) VARELA L, CARCELEN A, MANRIQUE DE LARA G, "Estudio comparativo de atención de pacientes mayores y menores de 60 años". Rev Med Hered 1992; 3:60-67.
- 45) YOUNG C R KLERMAN G L, "Manía in Late Life: Focus on Age at Onset". Am J. Psychiatry 1992 149:867.876.



## PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

**10) Se estima que a nivel comunitario el porcentaje de adultos mayores con síntomas de enfermedad mental es:**

- a) 10-15
- b) 15-25
- c) 25-35
- d) 35-45

**11) En general, el diagnóstico más frecuente en la población geriátrica evaluada fue**

- a) Alcoholismo
- b) Demencia
- c) Depresión mayor
- d) Esquizofrenia

**12) Ser mujer, sin pareja, que vive sola y está socialmente aislada, con problemas de audición, son factores de riesgo de:**

- a) Trastorno delusivo orgánico
- b) Trastornos afectivo orgánico
- c) Parafrenia tardía
- d) Demencia arteriosclerótica

**13) La literatura señala que en la demencia de Alzheimer las complicaciones psiquiátricas se presentan en el:**

- a) 10%
- b) 30%
- c) 50%
- d) 60%

**14) En nuestro medio, a nivel de población hospitalaria, los trastornos médicos más frecuentes son:**

- a) Osteomusculares
- b) Cardiovasculares
- c) Infecciosas
- d) Genito urinarias