



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.75
MORELIA, MICHOACÁN.



**TRASTORNO DEPRESIVO DEL ANCIANO Y MALTRATO
FAMILIAR EN LA UMF No. 50 MARAVATIO, MICH. 2005 – 2007.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JORGE HUGO RUIZ SAENZ

Morelia, Michoacán. Enero 2008



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.

**TRASTORNO DEPRESIVO DEL ANCIANO Y MALTRATO FAMILIAR EN
LA UMF No. 50 MARAVATIO, MICH. 2005 – 2007.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

P R E S E N T A:

DR. JORGE HUGO RUIZ SAENZ

A U T O R I Z A C I O N E S:

ASESOR DEL TEMA DE TESIS.

DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO
ASESOR EN METODOLOGÍA DE TESIS

Morelia, Michoacán. Enero 2008.

**TRASTORNO DEPRESIVO DEL ANCIANO Y MALTRATO FAMILIAR EN
LA UMF No. 50 MARAVATIO, MICH. 2005 – 2007.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:
DR. JORGE HUGO RUIZ SAENZ

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	8
2.	ANTECEDENTES.....	9
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
4.	JUSTIFICACIÓN.....	31
5.	OBJETIVOS.....	33
6.	METODOLOGÍA.....	34
7.	RESULTADOS.....	38
8.	DISCUSIÓN.....	50
9.	CONCLUSIONES	52
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
11.	ANEXOS.....	58

1.- INTRODUCCION

La depresión constituye uno de los principales problemas de salud pública, dada su alta prevalencia así como los costos que acarrearán su intervención y tratamiento. El trastorno depresivo en el adulto mayor es un tema de importancia, para tratarse, ya que va en estrecha relación con el problema de maltrato.

El objetivo de este estudio, es tratar de localizar a pacientes con depresión, mediante la realización de encuestas para su diagnóstico (cuestionario de Yesavage), y con una segunda encuesta se detectará el riesgo de maltrato, así haremos una correlación, entre las patologías, existentes, el ingreso económico, la preparación del paciente, la ocupación y la tipificación familiar, para tratar de relacionar si hay mayor incidencia de la depresión y maltrato familiar en base a las características específicas de cada paciente.

Se estudiaron un total de 40 pacientes, de la U.M.F. 50 de Maravatio, de los cuales 20 fueron hombres y 20 fueron mujeres, encontrando un índice de depresión en 14 pacientes, de los cuales 8 fueron mujeres y 6 fueron hombres, oscilando la incidencia de mayor edad en el grupo de 60-70 años, con una incidencia mayor de enfermedades como son: hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y enfermedades articulares crónicas degenerativas, predominado en estas patologías el grupo de mujeres dedicadas al hogar y de ingreso socioeconómico bajo.

El resultado fue que es directamente proporcional la depresión y el maltrato, es decir el paciente maltratado se deprime y si la depresión aumenta el maltrato aparece, independientemente del nivel socioeconómico o la preparación del paciente, siendo mayores los resultados en el grupo de mujeres dedicadas al hogar, lo cual habla que la mujer por el hecho de estar en casa con los quehaceres y demás obligaciones tiene mayor incidencia a padecer depresión, en comparación con el hombre que realiza relativamente mayor actividades al aire libre.

2.- ANTECEDENTES

En la práctica médica es común atender pacientes de la tercera edad que acuden a consulta, con frecuencia manifiestan un sin número de padecimientos que a pesar del tratamiento no mejoran, frecuentemente acuden solos y cuando tienen la oportunidad de ser escuchados, se desahogan, platicando todas las inquietudes que no han podido compartir con nadie, bien sea porque están solos en casa todo el día o porque no hay quien les brinde la atención que necesitan ⁽¹⁾. Es frecuente que el médico familiar considere como “causa” de la depresión las quejas de la vida cotidiana, como pueden ser: la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros; por lo tanto la considera “justificada” y evita proporcionar tratamiento ⁽²⁾.

Esto hace que cada vez sea más necesario identificar estrategias para su adecuada evaluación, que permitan realizar diagnósticos más precisos y útiles. No obstante, un primer obstáculo que se antepone a esta circunstancia es la falta de claridad conceptual en relación con los criterios para el diagnóstico, o más aún, con los que deben considerarse como síntomas característicos de la depresión en el adulto mayor ⁽³⁾.

La vejez se define como: edad senil, senectud, es un periodo de la vida humana cuyo comienzo se fija comúnmente en los sesenta años, caracterizado por la declinación de todas las facultades ⁽⁴⁾. Por consecuencia el Envejecimiento se puede definir como el cambio irreversible de las funciones biológicas a nivel celular, dependiente del tiempo, que oscila entre el ambiente y una causa intrínseca de enfermedad ⁽⁵⁾.

Con la senectud las enfermedades crónicas que emergen en la vida adulta y más adelante, no se hallan patogenéticamente relacionadas sino son meramente complicaciones de los trastornos del adulto mayor. Tendremos que tomar en cuenta en base a la edad de los pacientes el hecho de desarrollar patologías que van en progreso o disminución de la

funcionalidad personal, acorde a la edad, es decir los procesos fisiopatológicos no son los mismos, ya que se alteran los mecanismos de absorción, metabolismo, síntesis, excreción y eliminación en el organismo, así se van presentando alteraciones a diferentes niveles, como son del tipo de:

Cardiovasculares: hipertensión arterial, atero y arterio esclerosis, trombosis venosas profundas, tromboembolia pulmonar, hipotensión ortostática; Digestivas: anorexia, estreñimiento, incontinencia fecal; Metabólicas: Diabetes Mellitus, Disminución de masa corporal, funcionamiento hepático; Urinarias: incontinencia urinaria, infección urinaria, retención urinaria, litiasis; Locomotor: atrofia, contracturas, osteoporosis, fracturas, inmovilidad, enfermedades articulares y crónicas degenerativas, Inestabilidad, caídas; Piel: úlceras por presión; Físicas: debilidad desnutrición, hipotermia, Respiratorias: problemas de EPOC, neumonías, Mentales: delirio, depresión, miedo a caídas, ansiedad; Neurológicas: Alzheimer, Parkinson, Sociales: aislamiento, dependencia⁽⁶⁾. En México, Frenk y colaboradores estimaron que 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes en el adulto mayor son neuropsiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo⁽⁷⁾.

Como es sabido la esperanza de vida ha incrementado considerablemente a partir del siglo XIX, gracias a los avances médicos y tecnológicos del ser humano el cual ahora vive más años. En EU 1 de cada 25 sujetos mayores de 60 años es maltratado, cerca de 1,100,000 víctimas cifra subestimada por la dificultad que existe para establecer un diagnóstico preciso, motivo por el cual se desconoce la prevalencia incluyendo México⁽⁸⁾.

En México según las condiciones de mortalidad prevalecientes en 1990 se estima que el 48.2% de los recién nacidos se espera lleguen a la senectud, en lo que para el 2050 se espera que el 87.7% sobreviva a los 60 años de edad. Así la población mayor de 60 años representa el 8% del total en Michoacán. Siendo este el grupo demográfico con mayor incidencia de

enfermedades, en especial crónicas degenerativas, generando gastos importantes que no pueden cubrir por sí mismos, ya que la mayoría de personas de este grupo no cuenta con seguridad social, ni recursos económicos.

Una inspección detallada de la tendencia de largo plazo muestra que la velocidad de descenso de la mortalidad ha aminorado sustantivamente en años recientes, sobre todo en el primer lustro del presente siglo. La esperanza de vida al nacimiento aumentó 1.5 años de 1995 (72.4) a 2000 (73.9), pero sólo 0.7 años en el quinquenio siguiente (74.6 años en 2005); no obstante, se identifica que la esperanza de vida parcial de 0 a 64 años fue de 0.4 años al pasar de 60.6 en 2000 a 61.0 años en 2005, el cual equivale a una reducción promedio global de 9.1 por ciento en la probabilidad de fallecer antes de la vejez; el incremento de 0.2 años en la esperanza de vida a los 65 años (de 17.3 a 17.5), en cambio, corresponde a haber disminuido sólo en 2.4 por ciento el riesgo de morir en la senectud.

Si bien en ambos grupos etarios se advierten disminuciones significativas en el ritmo de descenso, el freno en la vejez es más evidente, sobre todo en las mujeres, donde la esperanza de vida a los 65 años aumentó de 18.08 años en 2000 a 18.22 en 2003, se mantuvo ahí en 2004 y descendió a 18.20 en 2005. La tendencia de la vida media masculina a partir de 65 años ha sido creciente, pero con un marcado freno a partir del 2003.

De acuerdo con estas previsiones, las esperanzas de vida aumentarían de 74.6 años en 2005 (72.2 para hombres y 77.0 para mujeres) a 75.4 (73.1 y 77.8) en 2010, 78.8 (76.6 y 81.0) en 2030 y, anualmente, a 81.9 años (79.9 para hombres y 83.9 para mujeres) en 2050, es decir, que la vida media de los mexicanos al final del horizonte de la proyección será similar a la observada en Japón en fechas recientes (78.5 para hombres y 85.5 para mujeres en 2005), país que registra en la actualidad el nivel de mortalidad más bajo del mundo. Los incrementos previstos para la esperanza de vida al nacimiento equivalen a una reducción promedio en

todas las edades de 46 por ciento global entre 2005 y 2050, menor a 62 por ciento registrado para el periodo 1960-2005⁽⁹⁾.

En los animales como en los humanos hay teorías acerca del envejecimiento, las cuales conllevan a las posibles explicaciones del por que envejecemos, y como se efectúan los mecanismos de destrucción del cuerpo, por el deterioro de la edad, Haldane y Medawer propusieron la teoría de la evolución: la senescencia es la consecuencia de un modelo de selección natural que se manifiesta en las especies de reproducción sexual. Un hecho a favor de este argumento es lo que ocurre al salmón del pacífico cuya muerte coincide con el final del ciclo reproductivo y se denominan animales del big-bang. Mueren tras el éxito reproductivo, probablemente se debe al tremendo gasto de energía que precede al apareamiento.

Kirkwood propone la teoría del soma desechable, los animales no han adquirido sistemas que aseguren su inmortalidad, por que han invertido toda la energía en una reproducción eficaz y en mecanismos de protección que aseguren un vigor juvenil durante este periodo, finalizando este durante la madurez; los seres humanos aprovechamos las reservas acumuladas, pero nuestra supervivencia se hace cada vez más difícil como consecuencia del estrés ambiental, que finalmente conduce a la muerte. Esta hipótesis puede explicar la idea de la destrucción tisular producida a lo largo de la vida, por los radicales libres de oxígeno generados por este estrés.

Rose fue el primero que describió las claves genéticas del envejecimiento, en la *Drosophila Melanogaster* (moscas), observando los cruzamientos sucesivos de hembras y machos longevos, que daban lugar a poblaciones que vivían el doble de lo normal y eran más robustas y resistentes al estrés que las moscas control. Se encontraron cambios en el alelo de algún gen y la producción de una versión muy activa de la enzima antioxidante superóxido dismutasa, esto indica que en estas moscas existe una variante del gen codificador de la

enzima que muy eficazmente neutraliza los efectos nocivos del superóxido y que las moscas normales envejecen mas rápidamente por que no disponen de una defensa eficaz contra los radicales libres, este gen se encontró en el año 1998, llamado gen Matusalén. Son solo teorías y se procede a determinar que no se busca la fuente de la juventud, pero si la fuente de un envejecimiento saludable, que incluso anule la aparición de enfermedades propias de la senilidad ⁽¹⁰⁾.

En las últimas décadas la geriatría como especialidad médica ha propuesto el modelo para la atención del adulto mayor. Según ello, debe ser con la participación de un equipo multi e interdisciplinario, especialmente cuando se trata de otorgar atención con calidad a los viejos. El modelo exige conocimientos básicos y habilidades para elaborar la historia clínica, concretar un correcto diagnóstico y principalmente llevar a cabo el adecuado y extenso examen físico. Los juicios, la recopilación de datos, la clasificación de los diagnósticos y la conducta del médico se relacionan con el diagnóstico fisiopatológico y psicopatológico. Por ello la conducta médica debe estar orientada a curar, controlar, aliviar y prevenir las enfermedades y sus complicaciones ⁽¹¹⁾. Lo cual implica el uso de medicamentos, dietas, fisioterapia, terapia de grupo e inclusive la cirugía ⁽¹²⁾.

Sin embargo, en la medicina familiar e incluso en otras especialidades cercanas a la Medicina Interna, la atención del adulto mayor no se hace en el orden apropiado de secuencia, o se realiza sin los conocimientos y capacidades necesarias, el resultado es la atención deficiente. Por ello se requiere la asistencia metodológica y destreza para otorgar una atención de calidad a los pacientes adultos mayores, donde el médico de primer contacto o el medico familiar valorará el tener que realizar las acciones mínimas indispensables como son:

- Reconocimiento de factores de riesgo,
- Reconocimiento de indicios clínicos,

- Integración diagnóstica,
- Selección de pruebas diagnósticas,
- Uso de recursos terapéuticos,
- Reconocimiento de factores pronósticos y de gravedad,
- Iatropatogenia por comisión,
- Iatropatogenia por omisión,
- Medidas de seguimiento, preventivas y de interconsulta ⁽¹³⁾.

Es aquí donde entra la sagacidad del médico, para prescribir los medicamentos necesarios, ya que en los adultos mayores, las alteraciones propias de la edad, afectan el metabolismo de los medicamentos, y contribuye a las reacciones farmacológicas adversas. En el plan de atención integral del adulto mayor, hay campo para que el médico haga lo que le gusta hacer; interrogar, explorar, diagnosticar, colaborar con la familia, planear y realizar tratamiento integral. Así la conducta que se deberá seguir en este tipo de pacientes, será la de curar, controlar, aliviar y prevenir las enfermedades y sus complicaciones ya que hasta ahora ninguna otra especialidad lo hace, será uno de los retos para adquirir conocimiento y experiencia necesarios para atender segura y eficazmente al adulto mayor ⁽¹⁴⁾.

En este tipo de pacientes hay que tomar en cuenta, que tenemos que valorar estrictamente, la indicación de dar medicamentos, considerando, las alteraciones propias, digestivas, ya que en conjunto son factores que contribuyen a disminuir o exacerban las reacciones farmacológicas adversas. Esto nos va a generar que evaluemos, la elaboración de dietas adecuadas, (Dieta.- Conjunto de sustancias alimentarias que se ingieren formando hábitos o comportamientos nutricionales de los animales y forma parte de su estilo de vida, en definitiva, todo ser vivo tiene su dieta) ⁽¹⁵⁾. Así como manejos óptimos, individualizando a cada paciente. En una dieta para ancianos se debe asegurar una buena disponibilidad de nutrientes,

una preparación culinaria agradable y un marco físico acogedor y sin tensiones.

1. Las dietas serán sencillas y de fácil preparación.
2. Los alimentos tendrán una presentación vistosa y agradable.
3. Fraccionar la dieta en 4 ó 5 comidas diarias.
4. La última comida será de carácter frugal o ligero.
5. Los líquidos y los zumos constituirán una sola toma o se suministrarán entre comidas.

Es preferible el consumo de cantidades moderadas de agua mineral sin gas con las comidas, aunque se permite la ingesta de una pequeña cantidad de vino tinto (un vasito), si forma parte de las costumbres del anciano y no existe contraindicación médica.

6. Se debe moderar el consumo de café y de bebidas excitantes.
7. No se debe abusar de licores y bebidas edulcoradas.
8. El momento de la ingesta ante todo debe ser un acto de convivencia y relación social.
Es importante que los alimentos sean vehículo de salud y que su degustación se realice dentro de un marco de armonía.
9. Mantener en lo posible los hábitos y gustos personales ⁽¹⁶⁾.

La evaluación de la calidad de vida constituye uno de los elementos fundamentales de la investigación gerontológica, considerando su vinculación con la percepción subjetiva de salud. En este sentido, se ha señalado que el lugar de residencia como factor determinante en el estilo de vida influye significativamente en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores.

Ya que en diversos estudios que se han realizado, se ha demostrado, las diferentes perspectivas de los pacientes, mayores de 50 años. Encontrando como resultado que los

adultos mayores de la zona urbana reportaron un puntaje promedio de la percepción de salud más bajo que los residentes del área rural no obstante obtuvieron el valor promedio más alto en lo relativo al rol físico. Así mismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función física y tensión social, con relación a la edad en los adultos mayores con residencia en la zona rural. Aunque el ambiente urbano influye negativamente en la percepción de la calidad de vida. Sobre todo en el estado de salud, favorece la funcionalidad física.

Hay que recordar que estas perspectivas de la vida, depende en gran parte de la riqueza familiar, la unión, el nivel, el estilo de vida y el estado de salud, así como la satisfacción de necesidades, deseos y por supuesto la felicidad que obtenemos. Por todo, definimos calidad de vida como la relación global que el individuo establece entre los estímulos positivos y negativos en el curso de su vida, en sus interrelaciones con otras personas y con el ambiente en el que vive y cuando logra la conjugación de estos factores hablamos de equilibrio bio- psico- social⁽¹⁷⁾.

Se ha encontrado que la depresión es la más frecuente, de los trastornos mentales con gran significancia clínica en los ancianos, considerándola un problema de salud pública, debido a la morbilidad y mortalidad. En el anciano existe un balance frágil entre el funcionamiento físico y la disfunción por enfermedades mentales, algunas veces originada como ya se mencionó por la poli-medicación, en relación al genero se observa que es un numero mayor en mujeres que hombres en proporción de 2 – 1, con discreta tendencia a igualarse en las edades de 80 años, en los pacientes jóvenes los trastornos depresivos son psiquiátricos, pero en los viejos las causas más comunes son las orgánicas o por duelos no resueltos con incremento de los síntomas; en estos pacientes puede tratarse de un nuevo episodio en una persona con cuadros previos o ser el primer cuadro manifestado en la vejez, la mejor forma de detección es con las escalas de evaluación.

El acudir a grupos de ayuda o clubes, puede mejorar significativamente, al paciente sobre los trastornos depresivos, pero a su vez puede aumentar el consumo de drogas como el café, alcohol, tabaco ⁽¹⁸⁾. Como ya se comentó es un problema de salud pública, ya que causa discapacidad, morbilidad y mortalidad, así como disminución en la calidad de vida, para lo cual, son pocos los que reciben atención médica de calidad, y el difícil diagnóstico van complicando la situación del paciente, y se piensa que el tener depresión es una situación normal, a todos estos problemas, deben ser tratados con tratamiento antidepresivo logrando seleccionar el más ideal para el tipo de depresión que presente el paciente y de ahí el éxito del tratamiento.

La familia en particular, es una fuente primordial de apoyo emocional, social y aun económico para los miembros de edad avanzada y aun cuando han sufrido cambios y modernizaciones, no significa que haya perdido la capacidad de apoyar a sus adultos mayores ⁽¹⁹⁾. La vejez es el último periodo de la vida, se caracteriza por diferentes pérdidas como son la salud, el bienestar económico, la independencia y las capacidades físicas y mentales. El abandono es el descuido o incumplimiento de la obligación legal de suministrar alimentos y cuidados a quien tiene derecho a recibirlos.

Las naciones de la antigüedad vieron al anciano como una cima y pusieron en manos de los longevos las riendas del Estado. Aún en nuestro siglo han regido a los países muchos ancianos, se les ha distinguido como jefes de las religiones, cabezas de la industria, el comercio y la banca. Esto demuestra que a la edad de la sabiduría le corresponden los puestos de guía, consejo, asesoría y mando. Sin embargo, la vejez actual ha decaído y degenerado a raíz de las nuevas situaciones económicas que enfrenta la sociedad moderna, y por el poco aprecio o valor que han dado las nuevas generaciones a esta etapa de la vida.

La existencia del ser humano, se ha dividido en periodos cronológicos definidos:

infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez. Los hechos y acontecimientos que vive el hombre a través de todas estas etapas, contribuyen en forma importante para determinar las características y el desarrollo del individuo, en tanto que cada periodo no es más que una preparación al que le sigue. Lo que hace que una persona de edad avanzada parezca más o menos “vieja” es el modo en que ha sabido afrontar cada una de estas etapas: Un envejecimiento precoz nos diría mucho de su pasado. Los ancianos mejor adaptados a la senectud son aquellos que se parecen a los viejos narradores de las sociedades primitivas. Como ellos, estos ancianos narran hazañas y experiencias pasadas con evidente placer, y sus relatos son entretenidos y a la vez informativos y les permiten mantener una adecuada autoestima, al contribuir a la información de la sociedad actual. Sin embargo, en nuestra época, la sociedad ofrece pocas oportunidades para los viejos narradores y utiliza otros medios para registrar y evocar los hechos pasados.

En la actualidad, los ancianos son considerados frecuentemente como seres indeseables. Esta idea absurda puede explicarse por la ausencia de productividad económica, la carga financiera que representa y por la imagen de futuro deterioro que dan a los más jóvenes. Este rechazo del individuo que envejece, contrasta con las sociedades antiguas donde el anciano era venerado y respetado. Cabe mencionar que en dichas épocas la esperanza de vida era breve, los que alcanzaban una edad avanzada eran poco numerosos, y eso les confería un carácter excepcional. En el curso de la historia, el encadenamiento de las generaciones se ha modificado totalmente.

A consecuencia del aumento del promedio de vida, hay un número enorme de ancianos en edad de ser pensionados, y por lo tanto no productivos y con ingresos a menudo insuficientes. Ello explica el derrumbe psicológico que se observa con frecuencia en los jubilados que pierden interés en la vida. Esta combinación de factores: jubilación, disminución

de los ingresos, muerte de la pareja, alejamiento de los hijos, pérdida de los amigos o compañeros de trabajo, enfermedades, etc., convierten la vida del anciano en una desdicha, provocando depresión y apatía y se traduce en una mala alimentación, con la consecuente merma en su salud.

La profilaxis de las enfermedades de la vejez, no suele dirigirse a evitar su presentación, sino a prevenir o disminuir la incapacidad que producen. Este proceso está muy relacionado con la situación social y emocional del sujeto. Si no tiene estímulos o se le frustran cotidianamente sus intentos por hacer algo, o no tiene auditorio para sus conversaciones, su incapacidad será probablemente mucho mayor que lo que justifica la importancia de su enfermedad. Por otra parte, con estímulos adecuados, su incapacidad puede ser muy pequeña en relación con el proceso patológico y orgánico.

La soledad representa una realidad cotidiana en las personas mayores de 65 años, particularmente en la población femenina, pues la viudez perjudica más específicamente a las mujeres. La explicación de este fenómeno se encuentra en la suma de la sobre mortalidad masculina. La familia en particular, es una fuente primordial de apoyo emocional, social y aun económico para los miembros de edad avanzada y aun cuando han sufrido cambios y modernizaciones, no significa que haya perdido la capacidad de apoyar a sus viejos. Este apoyo se mantiene incluso cuando ellos viven separadamente. Aunque existen casos en que en su afán de ayudar a los ancianos se convierten en sobreprotectores, subestimándolos como individuos responsables, creando humillación que puede dar origen a problemas de adaptación.

Indudablemente la ancianidad va aparejada a la inseguridad, En primer lugar la física ya que el cuerpo no responde igual que antes, los problemas de salud son más frecuentes y se sabe que cada día que pasa la muerte está más cercana. En segundo lugar, la económica, ya

que existe la duda sobre si se contará con los recursos suficientes para una vida y una muerte digna. En tercer lugar la social, porque cada vez es más frecuente el maltrato, despojo, abandono y homicidio de los ancianos. La muerte de los familiares y amigos que precede a la propia, ocasiona sensación de soledad que refuerza esa inseguridad.

DEPRESION

Definición: La depresión es una enfermedad psiquiátrica que se localiza en los extremos del espectro del afecto. Se caracteriza por trastornos en los sentimientos, pensamientos y comportamientos, por lo que causa deterioro considerable en el funcionamiento.

Según Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), Los trastornos del ánimo se dividen con base en su polaridad. La depresión unipolar se caracteriza solo por episodios depresivos, mientras que el trastorno bipolar (antes denominada enfermedad maníaco-depresiva) cursa con episodios hipomaníacos, maníacos o mixtos, con frecuencia aunado a episodios depresivos. Las clasificaciones empleadas en forma más común se basan en esta división, incluyendo los dos estándares en este campo.

La prevalencia más citada calculada para los trastornos psiquiátricos, se ve en las tasas de prevalencia en 1 año para el episodio de depresión mayor y la distimia que fueron de 12.9 y 3.0 respectivamente en mujeres y 7.7 y 2.1 por ciento en varones. La prevalencia de trastornos afectivos no varía en forma significativa por raza o etnia. La depresión mayor parece ser más prevalente en áreas urbanas, en personas solteras, divorciadas o viudas, en pacientes atendidos en hospitales de atención primaria, en pacientes con otras enfermedades, en desempleados, en personas con antecedente de experiencias traumáticas en la infancia temprana y en las personas con estrés social.

La depresión es frecuente en los ancianos, considerada multifactorial ya que incluye aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales. Sobresaliendo el envejecimiento y disminución de la población neuronal ⁽²⁰⁾. La depresión en la etapa tardía de la vida es un problema serio de salud pública. La coexistencia de depresión con otras enfermedades, tanto médicas como psiquiátricas, es especialmente problemática en los ancianos. La prevalencia de síntomas depresivos en los individuos de 65 o más años de edad se ha calculado en 16.9 por ciento.

De acuerdo con algunos cálculos, la depresión es la primera causa de incapacidad en todo el mundo, causando alrededor del doble de incapacidad que la segunda causa, que es la anemia por deficiencia de hierro. La incapacidad por trastornos del ánimo es mayor que la causada por otras enfermedades crónicas, como hipertensión, artritis y diabetes, causando más días en cama y números más altos de días laborales perdidos.

Las manifestaciones clínicas en el episodio de depresión mayor consisten en un periodo de por lo menos 2 semanas durante el que se presentan cinco o más síntomas específicos que representan un cambio en la función previa. Por lo menos uno de estos síntomas debe ser: 1.- El ánimo deprimido, o 2.- Pérdida del interés o del placer (anhedonia). Síntomas potenciales incluyen: cambio significativo en el apetito o peso corporal, insomnio o sueño excesivo, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de minusvalía o culpa inapropiada, mala concentración o indecisión y pensamientos suicidas. Los pacientes con un episodio de depresión mayor tienen patrones cognitivos negativos, como son: desesperanza y excesiva preocupación. Son frecuentes la baja autoestima y la culpa excesiva o autorreproche. Cuando el episodio se acompaña de datos psicóticos, éstos suelen concordar con el ánimo, por ejemplo, el paciente puede tener alucinaciones auditivas de comentarios negativos. Es

importante distinguir entre la depresión psicótica y el trastorno esquizo afectivo porque estas dos entidades tienen pronósticos y tratamientos diferentes ⁽²¹⁾.

Los pacientes que presentan episodios depresivos en ocasiones tienen características descritas como melancólicas, estas incluyen despertar temprano por la mañana, pérdida de apetito, cambios psicomotores importantes, variación diurna del ánimo y anhedonia persistente. La depresión melancólica puede ser más severa y con más probabilidad de alteraciones biológicas. Se trata en forma más adecuada con farmacoterapia o Terapia Electro Convulsivante (TEC) ⁽²²⁾. La depresión atípica describe un síndrome de reactividad prominente del estado de ánimo, síntomas neurovegetativos inversos (aumento del apetito y sueño excesivo en lugar del patrón típico de síntomas neurovegetativos que incluyen menor apetito e insomnio), ansiedad considerable, variación diurna inversa del ánimo fatiga importante y sensibilidad extrema al rechazo ⁽²³⁾.

Los trastornos depresivos unipolares incluyen al trastorno depresivo mayor (caracterizado por un solo o varios episodios) y al trastorno distímico (caracterizado por síntomas depresivos crónicos que no satisfacen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). El trastorno distímico es una forma leve de depresión que suele tener un inicio temprano (i.e., en la infancia, adolescencia o edad adulta temprana) y suele durar por periodos largos (i.e., por lo menos 2 años en los adultos, de acuerdo con el DSM-IV).

En el examen del estado mental debe evaluarse la apariencia general y actitud del paciente. Cuando los síntomas depresivos se vuelven severos el paciente puede tener aislamiento social y comenzar a descuidar su higiene y apariencia personal. La actitud del paciente puede reflejar tristeza, enojo o inquietud. Son comportamientos importantes el menor contacto con los ojos, la postura rígida, la escritura (puede indicar ansiedad o agitación) y el

retraso o agitación psicomotores. La evaluación del lenguaje puede revelar mayor latencia de respuesta y menor velocidad y ritmo al hablar. Los pacientes pueden describir sus estados de ánimo con términos como deprimido, triste, infeliz, vacío, sin ayuda o sin esperanza.

El afecto (que es una evaluación objetiva del estado emocional interno del paciente) suele ser triste, lloroso o ansioso. Los procesos de pensamiento suelen ser más lentos de lo normal. El contenido del pensamiento puede caracterizarse por culpa inapropiada o autorreproche, pensamientos de minusvalía o falta de ayuda o esperanza, datos sicóticos concomitantes y pensamientos o planes suicidas. Una de las críticas más frecuentes en la evaluación de la depresión es la sobreestimación de determinados síntomas frente a otros, con lo cual pareciera que se mide lo que cada cuestionario considera como característico de la depresión y en pocas ocasiones suele ser totalmente coincidente entre ellos, con lo que aumenta el riesgo de diagnósticos imprecisos ⁽²⁴⁾.

Las manifestaciones iniciales de depresión pueden incluir molestias somáticas como fatiga, problemas gastrointestinales, dolor o alteraciones del sueño. Debe realizarse una revisión médica y psiquiátrica completa, así como historia del uso de sustancias, en base a un sin número de factores, entre los que figuran las tradiciones populares, son condicionantes de la utilización de plantas y sustancias. La somatización es un fenómeno frecuente, pero poco estudiado en pacientes geriátricos. Suele atribuirse a trastornos mentales (ansiedad y depresión), pues hay una expresión corporal del malestar emocional. Sin embargo, la comorbilidad médica coexiste en la mayor parte de los casos y ésta debe tomarse en cuenta para descartar el diagnóstico de algún trastorno somatomorfo ⁽²⁵⁾.

La depresión en el anciano, puede tratarse de un nuevo episodio en una persona con cuadros previos, o ser el primer cuadro manifestado en la vejez. La mejor forma de detección de la depresión en el anciano es con la escala de Yesavage ⁽²⁶⁾. Se han reportado diversos

estudios gerontológicos teóricos, conceptuales y metodológicos que han dificultado el estudio de esta área y han surgido propuestas sobre temáticas que necesitan ser analizadas con relación al envejecimiento, cuestionando así la validez y confiabilidad de los instrumentos en el estudio de los adultos mayores ⁽²⁷⁾.

La evaluación del riesgo de suicidio ayudará a determinar la severidad de la depresión y el tratamiento inicial más adecuado. La evaluación del riesgo de suicidio es un aspecto vital en la evaluación del estado mental es una revisión cuidadosa de la posibilidad de suicidio, incluyendo pensamientos, planes, intenciones e intentos. Se han desarrollado estrategias prácticas para evaluar la ideación suicida, como la Evaluación Cronológica de los Eventos Suicidas. La evaluación del riesgo suicida debe incluir los detalles y magnitud de los planes, la letalidad de los mismos, los intentos para ponerlos en práctica, la disponibilidad de los medios y los planes preparatorios, como escribir un testamento. Debido a que un intento previo de suicidio es un predictor importante de intentos futuros, el clínico debe evaluar con cuidado los detalles pasados. El reunir datos colaterales de la historia por parte de familiares y amigos es un aspecto importante de la evaluación: los factores de riesgo potenciales para suicidio incluyen la historia familiar de suicidio, los ataques concomitantes de ansiedad o pánico, la desesperanza, la baja autoestima, la psicosis, las características agresivas o impulsivas de la personalidad, el abuso concomitante de sustancias, otras enfermedades médicas, el tratamiento inadecuado de la depresión y el apoyo social escaso ⁽²⁸⁾.

En la actualidad no existen pruebas validadas y de rutina de laboratorio para diagnosticar depresión. La prueba de supresión con dexametasona, una medida de la actividad del eje HHS, no es suficientemente sensible o específica para el diagnóstico o para vigilar la respuesta. Deben solicitarse varias pruebas de laboratorio para ayudar a excluir otras

explicaciones de los síntomas depresivos. Las condiciones médicas que pueden asociarse con depresión incluyen endocrinopatías, trastornos neurológicos y otros trastornos (v.gr., deficiencias de vitaminas, anemia, hipoglucemia o hiperglucemia, hipoxia, nefropatía terminal, lupus o neoplasias ocultas como cáncer de páncreas).

Debemos tomar en cuenta para realizar un tratamiento adecuado que con frecuencia la depresión no se diagnostica o se trata en forma inadecuada. Esto es desafortunado porque se dispone de varios tratamientos eficaces. El incluir el tratamiento de la depresión en los programas de atención primaria mejora la salud mental y la evolución social, se recomienda realizar escrutinio de depresión en los adultos durante la práctica clínica, para asegurar un diagnóstico exacto, un tratamiento eficaz y seguimiento adecuado. Existe gran variedad de antidepresivos para el tratamiento de la depresión, lo que permite a los clínicos seleccionar un esquema con base en su perfil de potenciales efectos adversos, subtipo de depresión, historia familiar o personal de respuesta a medicamentos específicos y condiciones psiquiátricas o médicas concomitantes ⁽²⁹⁾.

La psicoterapia suele usarse en conjunto con medicamentos para la depresión mayor o el trastorno distímico. Solo dos formas de psicoterapia han demostrado en estudios controlados ser eficaces en el tratamiento de la depresión: la psicoterapia interpersonal (PIP) y el tratamiento cognitivo-de comportamiento (TCC). La PIP explora por lo menos 3 componentes de interacción: la formación de síntomas, las experiencias sociales e interpersonales y los patrones de resistencia de la personalidad. La PIP es una terapia estructurada de corto plazo que consiste en 12 a 16 sesiones, los objetivos del tratamiento son reducir los síntomas depresivos del paciente, mejorar su autoestima y ayudar al paciente a desarrollar estrategias más eficaces para manejar las relaciones sociales e interpersonales.

La TCC es una psicoterapia de corto plazo y muy estructurada que tiene como objetivo corregir patrones de pensamiento negativos, esquemas disfuncionales específicos y distorsiones cognitivas. Los componentes básicos incluyen aspectos didácticos, técnicas cognitivas y técnicas de comportamiento. Algunos estudios han concluido que la TCC es tan eficaz como la farmacoterapia. La PIP también ha demostrado en estudios controlados ser eficaz en el tratamiento de la depresión. Algunos estudios han demostrado que la combinación de un antidepresivo y PIP o TCC es más eficaz que cada tratamiento solo, tanto para aliviar la depresión como para prevenir recaídas.

Tenemos un apartado para dar apoyo Psicosocial al paciente, este es parte de la terapia combinada, y se refiere a mantener un contexto social sano, ya que no es posible sanar a un individuo sino se sana lo que le rodea. Para lograrlo se pueden recomendar actividades que mejoren la salud psicosocial del individuo, como la incorporación a grupos de ayuda mutua o grupos de voluntarios en clubes de adultos mayores, casas de la cultura, unidades operativas de prestaciones sociales, unidades de medicina familiar, Organizaciones no Gubernamentales, etc. para favorecer el establecimiento de redes de apoyo social formales e informales⁽³⁰⁾.

MALTRATO

Definido como: el infligimiento de dolor físico, daño o angustia mental debilitante, confinamiento sin razón o deprivación salvaje por un cuidador, cuyos cuidados son necesarios para mantener la salud física y mental de un adulto mayor, y se clasifica según Alison Mcdonald, abuso físico, incluye golpear; molestar sexualmente, restricciones físicas e infligir dolor o enfermedad corporal. Siendo el más frecuente el abuso psicológico, incluye amenazas verbales, miedo, aislamiento, humillaciones e insultos, abuso material, robo o mal empleo de dinero, o de propiedades, ser expulsado de su propia vivienda o ser forzado a otra situación de

vivienda o abandono, esto ocurre cuando el cuidador no proporciona los bienes o servicios necesarios para mantener la vida del anciano, puede ser pasivo, como ignorar al anciano, o activo, no dar los alimentos como se debe, no dar los medicamentos o simplemente no dar el apoyo necesario para realizar sus actividades básicas como ir al baño.

Se ha observado que en gran número de pacientes ancianos, son agredidos por familiares cercanos o por los cuidadores, se refiere por el exceso de carga, para el cuidador, lo cual hace al anciano víctima del mismo, cuidador, pero a su vez el anciano lo soporta por el miedo muchas veces de quedarse solo, en el caso de los asilos, y si es en la casa por el miedo a ser reclusos y olvidados, siendo víctimas de maltrato, que puede ser físico, psicológico o social, y abuso económico o sexual⁽⁸⁾.

Se logró identificar que la mayoría de los pacientes al pasar por esta etapa es alrededor de los 70 – 79 años. Contando con antecedentes como: familias extensas, dependencia económica, pluripatología, polifarmacia, alcoholismo familiar, y antecedentes transgeneracionales de abuso. Siendo un difícil diagnóstico, muchas veces por que el médico no quiere entrar en conflictos con el cuidador, y no lo interroga o no se enfoca para detectar este problema.

Según informes de la OMS al año hay reportes de cerca de un millón de ancianos son víctimas de maltrato en el mundo, y cerca de 340,000 entre los 60 y 75 años, son víctimas de maltrato o han sido explotados en algún momento de su vida. Las mujeres y hombres de todas las razas, clases sociales y religiones, son susceptibles a ser víctimas de algún tipo de abuso, se han encontrado ciertas características que predisponen, como es el antecedente de enfermedad mental, alcoholismo, drogadicción, la cual puede ser por parte del cuidador o del anciano, la pluri-patología o la dependencia económica a la que están expuestos, entrando en una gran polémica ética, ya que este problema no es reconocido aun ⁽³¹⁾.

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus* que significa ciervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul* que se origina de la voz osca *famel*, esclavo domestico. En la era del nomadismo con el término de familia se designaba a todo grupo de personas que se desplaza de un lugar a otro. En la actualidad el termino cotidiano de familia suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre si, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir en familia.

Al hablar de familia pensamos en el apoyo, la capacitación, la preparación, el afecto y la protección para subsistir en este medio, es decir las funciones básicas del núcleo familiar, el cual no siempre se da, pero sigue siendo la unidad básica preponderante en la cultura occidental conservando aun la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad. El concepto de familia incluye una organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones.

La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio; en tanto el diccionario de la Lengua Española dice que la “Familia” es el grupo de personas que viven bajo la autoridad de una de ellas.

La familia es un grupo primario y sus características son las propias de un sistema natural abierto en donde las acciones de cada uno de los miembros producen reacciones y contrarreacciones en los otros y en él mismo, por eso, no debe de ser entendida solo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos establecen ⁽³²⁾.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante para la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en

que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de que la familia es funcional o disfuncional ⁽³³⁾.

La Funcionalidad Familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. En general se conoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que en la consulta de medicina familiar, existe un gran número de pacientes que sufren de depresión, en los cuales se sospecha que también son víctimas de maltrato familiar, esto detectado mediante la relación medico paciente, que existe en la consulta externa simplemente y se ha visto mejoría y remisión de los síntomas en los pacientes, manifestado como soledad, miedo o angustia a estar en su casa sin ninguna compañía, para lo cual solamente buscan un poco de atención por parte de los hijos o demás familiares que habitan en su casa, ⁽³⁴⁾ lo cual nos habla de un problema depresivo, ocasionando esto una incidencia alta de consultas, por trastorno depresivo y abandono familiar. La finalidad de este estudio es: demostrar el índice de incidencia sobre estos pacientes y demostrar **¿cuál es la asociación entre trastorno depresivo en el adulto mayor y maltrato familiar?**

4.- JUSTIFICACION

El maltrato de las personas mayores es un fenómeno frecuente en nuestro medio. Con frecuencia pasa inadvertido en la consulta cotidiana. La familia del anciano transita por la etapa de retiro y es común que los adultos convivan con familiares, ya sea con parentesco directo o indirecto. Las familias mexicanas de las zonas rurales y suburbanas presentan condiciones que en apariencia ofrecen menos riesgo de maltrato comparadas con las que viven en zona urbana.

A pesar que existen varias investigaciones que han documentado las condiciones sociales y afectivas del estilo de vida de la población adulta mexicana, no se conoce la participación de la familia como factor de maltrato; situación que por otro lado parece paradójica pues se supone que la familia representa el resguardo psicosocial del individuo.

El maltrato por si mismo representa un mal social pernicioso y moralmente de poco valor, especialmente si proviene de integrantes de la familia que abusando de su condición física o social, ejercen violencia sobre los más débiles. Esta es la esencia de un problema que involucra al primer nivel de atención médica y para el cual no parece haber soluciones a modo. Se trata sin duda de un problema que rebasa con mucho el ámbito de la medicina en general.

A nivel mundial la prevalencia de maltrato en el adulto mayor oscila entre 3% y 12 % en países desarrollados. En México, cada año un promedio de 19 mil 213 personas acuden a los servicios de Asesoría Jurídica que ofrece el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). De ese total, se han detectado que 344 casos están relacionados con algún tipo de violencia, lo que representa el 1.79% ⁽³⁵⁾. La misma fuente refiere que para el 2007 se presentaron 213 casos que representan de maltrato; se agrega que más de 70% de los casos presentan maltrato por negligencia, abandono y abuso psicológico del cuidador o de los familiares ⁽³⁵⁾.

En México, hay casi 9 millones de adultos mayores, de acuerdo con cifras oficiales. Miguel Gutiérrez, jefe de la Clínica de Geriatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán de la Secretaría de Salud, precisó que son los familiares y las propias instituciones de donde proviene la mayoría de los casos de maltrato, agregando que las mujeres son más susceptibles a la violencia intrafamiliar que los hombres; en ambos casos, dijo que la vulnerabilidad de esta población está determinada por una situación de dependencia: una enfermedad mental o la discapacidad física que no permite la movilidad del adulto mayor. En el Distrito Federal, 5% de los adultos mayores han reportado ser víctimas de alguna forma de abuso o maltrato, y uno de cada 100, de violencia física ⁽³⁶⁾.

A pesar de estas cifras, el problema del maltrato en adultos mayores parece vulnerable a nivel de la consulta de medicina familiar. La atención a este problema tiene que ver con procesos educativos y de consejería familiar. Por ello, resulta de trascendente conocer la frecuencia con que se presenta este fenómeno en diferentes contextos sociales.

Este estudio es un intento de conocer y documentar el problema sobre el maltrato del adulto mayor; pues en la medida que conozcamos su magnitud y vulnerabilidad podremos ofrecer alternativas de solución, tanto a nivel preventivo como en el abordaje del núcleo familiar. Con base en ello juzgamos de gran importancia esta investigación

5.- OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar la asociación entre trastorno depresivo en el adulto mayor y maltrato familiar

Objetivos específicos

1.- Describir las características del paciente adulto mayor, con maltrato a través de un cuestionario que valore el síndrome de maltrato; en la U.M.F. No. 50 de Maravatio.

2.- Investigar a través de un cuestionario validado (encuesta completa de Yesavage), las características del trastorno depresivo asociado con maltrato en el adulto mayor en un grupo de pacientes de la UMF 50, Maravatio que acuden a sesiones en el grupo de autoayuda.

6.- METODOLOGÍA

Universo: Consultorio de medicina familiar de la U.M.F. 50 matutino.

Población: Pacientes que acuden a consulta a la unidad, mayores de 60 años y que conforman un grupo de autoayuda dentro de la unidad.

Muestra: Total de pacientes que conforman el grupo de autoayuda.

Diseño del estudio: Es un estudio descriptivo, observacional, transversal.

Criterios de inclusión: Pacientes que acuden al grupo de autoayuda, ambos sexos, adscritos al consultorio numero uno matutino, y que acepten ser incluidos.

Criterios de exclusión: Pacientes con patologías que dificulten su participación en el estudio y pacientes que no acepten.

Criterios de eliminación: Adultos mayores que no contesten el cuestionario.

Variables

Variable independiente: Familia que maltrate al adulto mayor, para conocer el perfil de las familias se les aplicará un cuestionario, para valoración de síndrome de maltrato en el adulto mayor, Al total de 40 pacientes, del grupo de autoayuda, valorando si existe: bajo, mediano o alto riesgo de maltrato, por parte de la familia o por parte de algún cuidador.

Variable dependiente: Trastorno depresivo, el cual se valorara aplicando la encuesta completa de Yesavage, para diagnostico de depresión en el adulto mayor, con un alto grado de especificidad.

Instrumentos: Para la realización del estudio se aplicará el cuestionario de Yesavage, que consta de 30 reactivos para determinar la presencia o no de Depresión en el paciente adulto mayor, dicho cuestionario apoyará al diagnostico mediante preguntas que nos ayudaran a conocer las condiciones del paciente, en cuanto a su vida, su medio, su estado mental, su expectativa del mundo que lo rodea y la sociabilidad que presenta el paciente; esperando

como resultado en base a una escala de calificación la clasificación de normal en 0-10 puntos, depresión (sensibilidad del 84% y especificidad del 95%) de 11-14 puntos y depresión (sensibilidad del 80% y especificidad del 100%) >14 puntos. En segundo termino usaremos el cuestionario que se aplico por parte del Hospital General de la Ciudad de México, en el servicio de geriatría, para valorar y poder diagnosticar el síndrome de maltrato en el adulto mayor, el cual se divide en 5 partes: I.- adulto mayor, II.- cuidador primario, III.- aspectos relacionados con negligencia IV.- aspectos psicológicos y V.- financieros, que a su vez estos incisos nos van a dar información del paciente sobre datos que nos llevaran a determinar la calificación o el riesgo que tiene de sufrir maltrato, desglosándolos de la manera siguiente: edad, patologías existentes, si cuenta o no con cuidador, toxicomanías del cuidador, red de apoyo familiar, depresión, oportunidad de la atención, desnutrición, higiene y aislamiento de amigos o actividades cotidianas, así cuenta con una escala de calificación de 0-7 puntos bajo riesgo de maltrato, 8-13 puntos mediano riesgo de maltrato y >14 puntos alto riesgo de maltrato, como complementación a la estadística se preguntara a los pacientes su ocupación actual, ingreso económico mensual, y se realizará tipificación familiar, para investigar correlaciones entre estas y el estado depresivo o el maltrato.

Análisis estadístico: Se realizará por medio de la captación de datos en Excel, posteriormente su procesamiento con el programa estadístico SPSS versión 15, para elaboración de gráficas y comparativas, en base a datos sobresalientes, para obtener los valores porcentuales y hacer las comparativas mediante Chi-cuadrada.

Consideraciones éticas: Se pidió consentimiento informado a las familias y a los adultos mayores, para la elaboración de las encuestas y cuestionarios. Autorizando plenamente para la realización y aplicación de las mismas; la elaboración del mismo fue en base a la declaración de Helsinki⁽³⁷⁾, cuyos principios básicos señalan: “salvaguardar la salud

de las personas, obtener su conocimiento para participar en estudios de investigación; por que se sugiere que el diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente”.

Además, la investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo. Todo proyecto debe basarse en una evaluación de los riesgos y beneficios previsibles para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Respetar el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Adoptar las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial. El protocolo experimental

debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

Por otra parte, La Ley General de Salud en México, propone considerar en materia de investigación⁽³⁸⁾, que la misma es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología en los servicios de salud e incrementar su productividad. El desarrollo de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación. Los elementos éticos fundamentales se contienen en el artículo tercero, que especifica como el investigador debe: actuar sin perjuicio de la autonomía que por ley les corresponda a los participantes,

7.- Resultados

Se estudiaron 40 pacientes, de los cuales 20 fueron del sexo femenino y 20 masculinos. La edad osciló entre 60 a 80 años, predominando los de 60 a 70, en la ocupación de los pacientes estudiados, la mayor cantidad son los que se dedican al hogar, seguidos de los pensionados. Respecto del ingreso económico, ocupa el primer lugar los de recursos bajos; en la escolaridad observamos primaria completa y un índice de masa corporal con sobrepeso, cercana a la obesidad. En el cuadro 1 están los porcentajes de cada rubro, grafica 1, 2, 3, 4.

En relación con la patología, 14 pacientes tuvieron diagnóstico de depresión, (Grafica 5) y se observó una estrecha relación al comparar la depresión y maltrato familiar; encontrando asociación significativa entre ambos factores, cuadro 2, Grafica 6.

La relación entre género y ocupación (cuadro 4), se encontró asociación significativa. Llama la atención esta relación, ya que a mayor depresión en las mujeres dedicadas al hogar, la correlación es más fuerte.

En la grafica 7 se observa una comparativa de la ocupación y el género, para tratar de conocer las relaciones del medio y los desencadenantes de la depresión y el maltrato, así como la tipificación familiar (grafica 8), encontrando que ninguna de estas relaciones fue significativa.

Cuadro 1.- Características clínicas en adultos mayores estudiados, que participan en el grupo de autoayuda de la UMF 50 Maravatio.

Edad	%	Sexo	%	Ocupación	%	Ingreso	%	Escolaridad	%	IMC	%
60-70	55	Masc	50	Jubilado	15	Bajo	59	Analfabeta	12	Desnutrido	03
71-80	45	Fem.	50	Pensionado	23	Medio	33	Primaria	58	Normal	15
				Hogar	37	Alto	08	Secundaria	05	Sobrepeso	47
				Otros	25			Preparatoria	10	Obesidad	35
								Profesional	12		
TOTAL	100		100		100		100		100		100

N= 40

Fuente: datos de los pacientes adultos mayores en el grupo de autoayuda de la UMF No. 50 Maravatio

CUADRO 2.- Asociación estadística entre Depresión y Maltrato en adultos mayores que participan en el grupo de autoayuda de la UMF 50 Maravatio.

DEPRESION			MALTRATO			
		BAJO RIESGO	MEDIANO	ALTO	TOTAL	p*
NORMAL	NUMERO	20	1	0	21	
	% DEL TOTAL	50%	2.5%	0%	52.5%	0.000
MODERADA	NUMERO	4	1	0	5	
	% DEL TOTAL	10%	2.5%	0%	12.5%	0.000
SEVERA	NUMERO	0	3	11	14	
	% DEL TOTAL	0	3	11	14	0.000
TOTAL	NUMERO	24	5	11	40	
	% DEL TOTAL	60	12.5	27.5	100	0.000

* Prueba de Chi-cuadrado

N= 40

p = .05

Fuente: datos de los pacientes adultos mayores en el grupo de autoayuda de la UMF No. 50 Maravatio

CUADRO 3.- Asociación entre Ocupación y Depresión en adultos mayores estudiados, que participan en el grupo de autoayuda de la UMF 50 Maravatio.

		OCUPACIÓN				TOTAL	P
		JUBILADO	PENSIONADO	HOGAR	OTROS		
NORMAL	NUMERO	5	4	7	5	21	
	% DEL TOTAL	12.5%	10%	17.5%	12.5%	52.5%	0.000
MODERADA	NUMERO	0	3	1	1	5	
	% DEL TOTAL	0%	7.5%	2.5%	2.5%	12.5%	0.000
SEVERA	NUMERO	1	2	7	4	14	
	% DEL TOTAL	2.5%	5%	17.5%	10%	40%	0.000
TOTAL	NUMERO	6	9	15	10	40	
	% DEL TOTAL	15%	22.5%	37.5%	25%	100%	0.000

N= 40

Fuente: datos de los pacientes adultos mayores en el grupo de autoayuda de la UMF No. 50 Maravatio

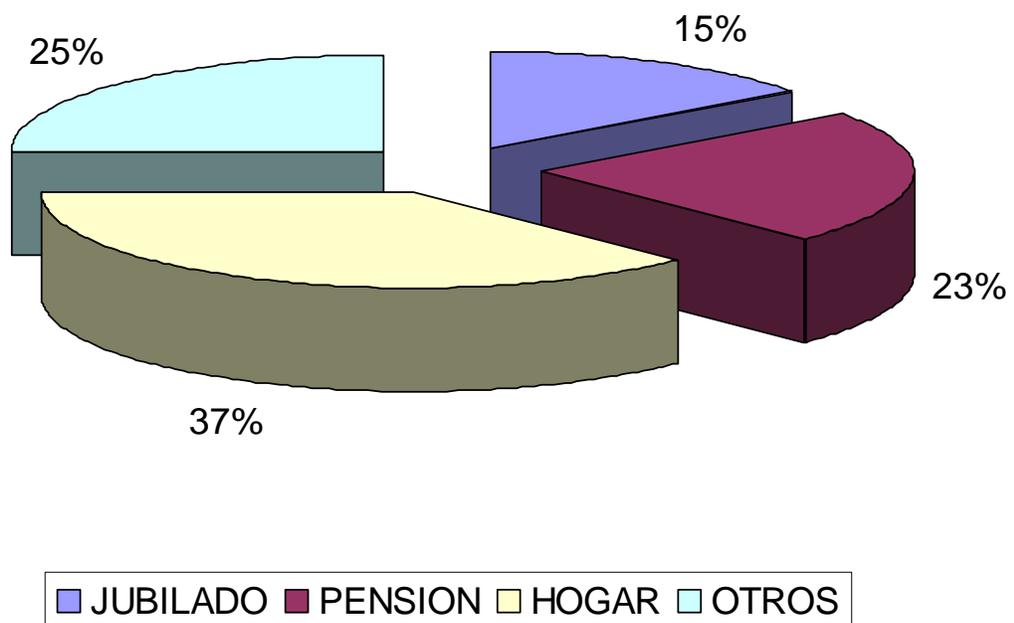
CUADRO 4.- Frecuencia de Depresión según sexo de los pacientes adultos mayores estudiados, que participan en el grupo de autoayuda de la UMF 50 Maravatio.

		ESCALA DE DEPRESION			TOTAL
		NORMAL	MODERADA	SEVERA	
FEM	NUMERO	10	2	8	20
	% DEL TOTAL	25%	5%	20%	50%
MASC	NUMERO	11	3	6	20
	%DEL TOTAL	27.5%	7.5%	15%	50%
TOTAL	NUMERO	21	5	14	40
	5 DEL TOTAL	52.5%	12.5%	35%	100%

N= 40

Fuente: datos de los pacientes adultos mayores en el grupo de autoayuda de la UMF No. 50 Maravatio

Grafica 1 ocupacion de los adultos mayores

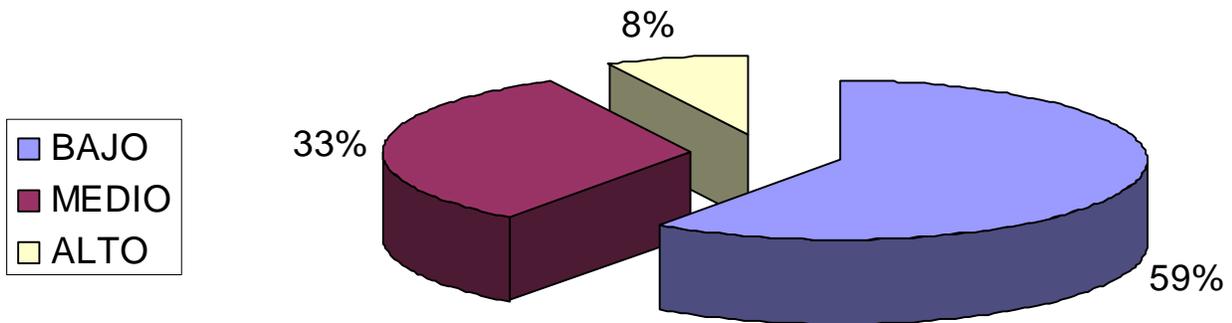


Otros: pacientes con ocupaciones varias, en numero de 1 por cada ocupación; comerciante, chofer, albañil, talabartero, vidriero, mecánico, zapatero, campesino, tec. en electrónica.

N= 40

Fuente: datos de los pacientes adultos mayores en el grupo de autoayuda de la UMF No. 50 Maravatio

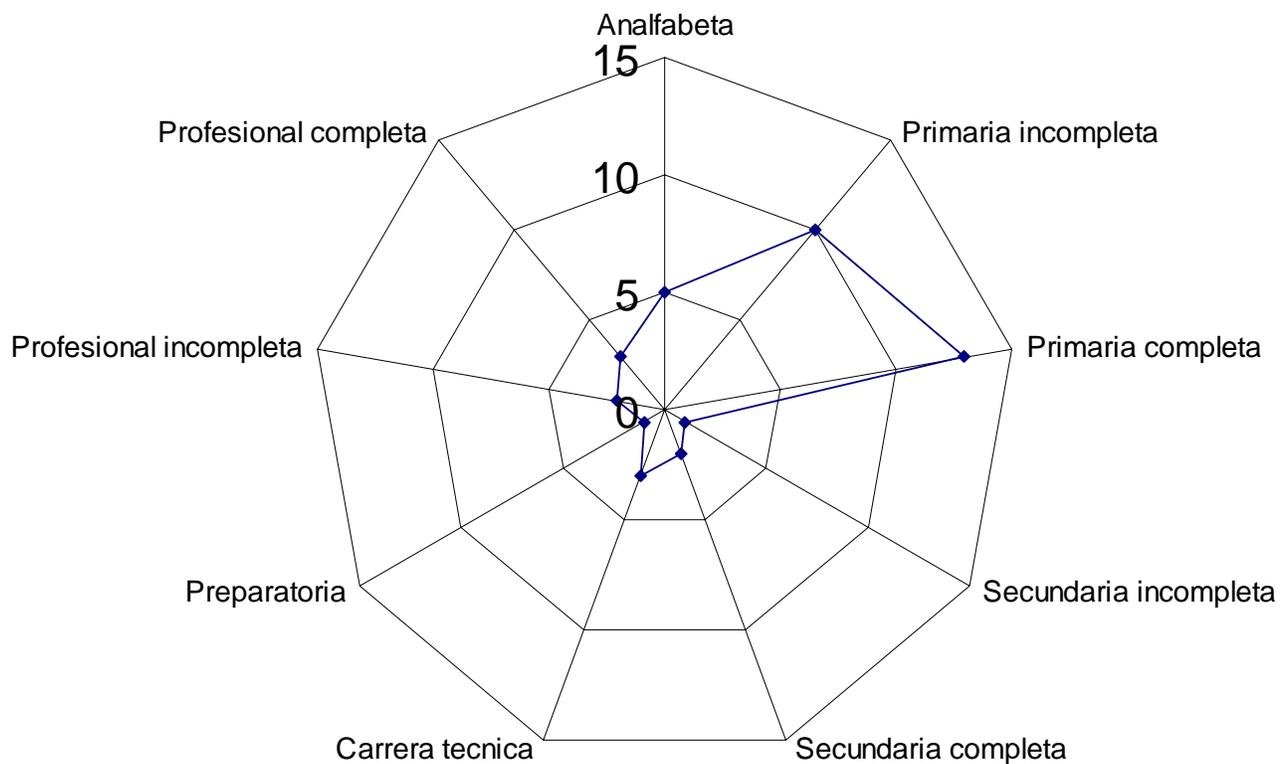
Grafica 2.- nivel socioeconomico



N= 40

Fuente: datos de los pacientes adultos mayores en el grupo de autoayuda de la UMF No. 50 Maravatio

Grafica 3.- Escolaridad de los adultos mayores estudiados.

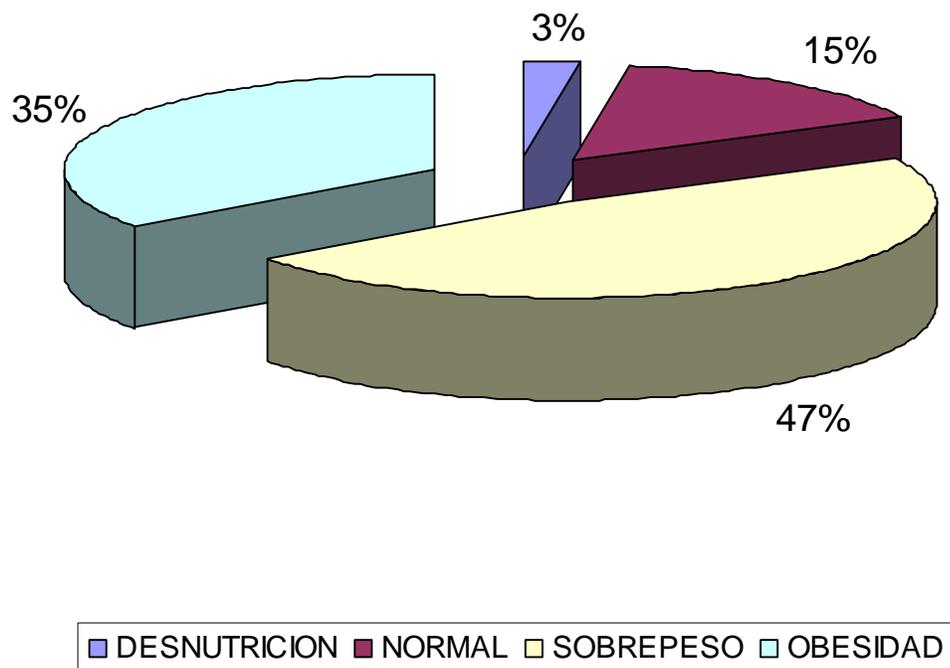


N= 40

Fuente: datos de los pacientes adultos mayores en el grupo de autoayuda de la

UMF No. 50 Maravatio

Grafica 4.- Estado de nutricion de los pacientes adultos mayores

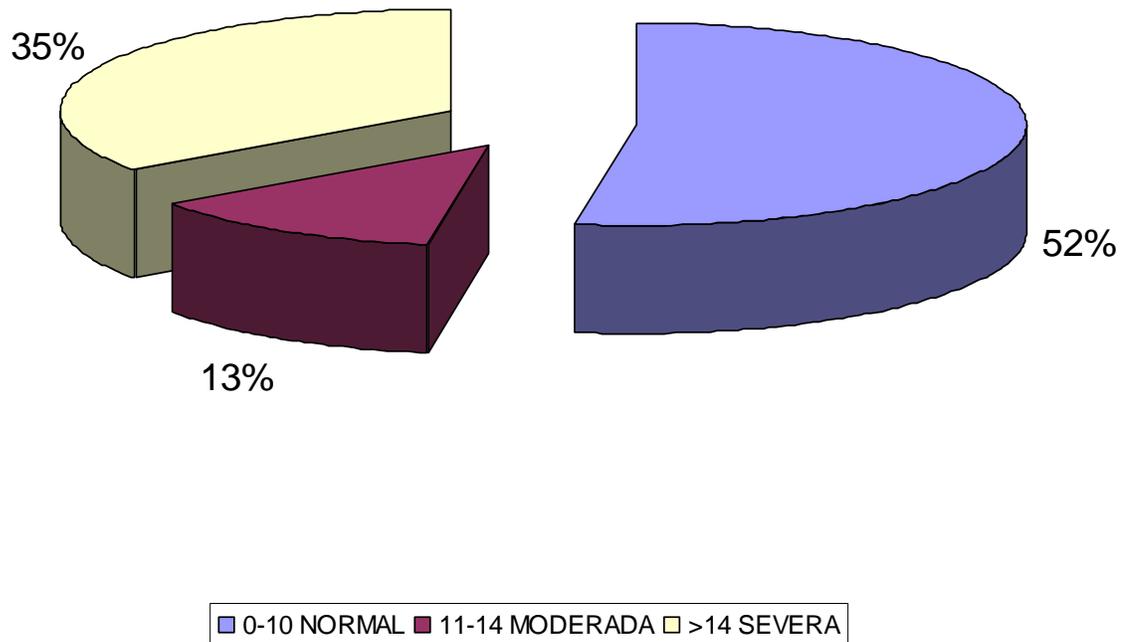


N= 40

Fuente: datos de los pacientes adultos mayores en el grupo de autoayuda de la UMF

No. 50 Maravatio

Grafica 5.- Grado de depresion en los adultos mayores estudiados.

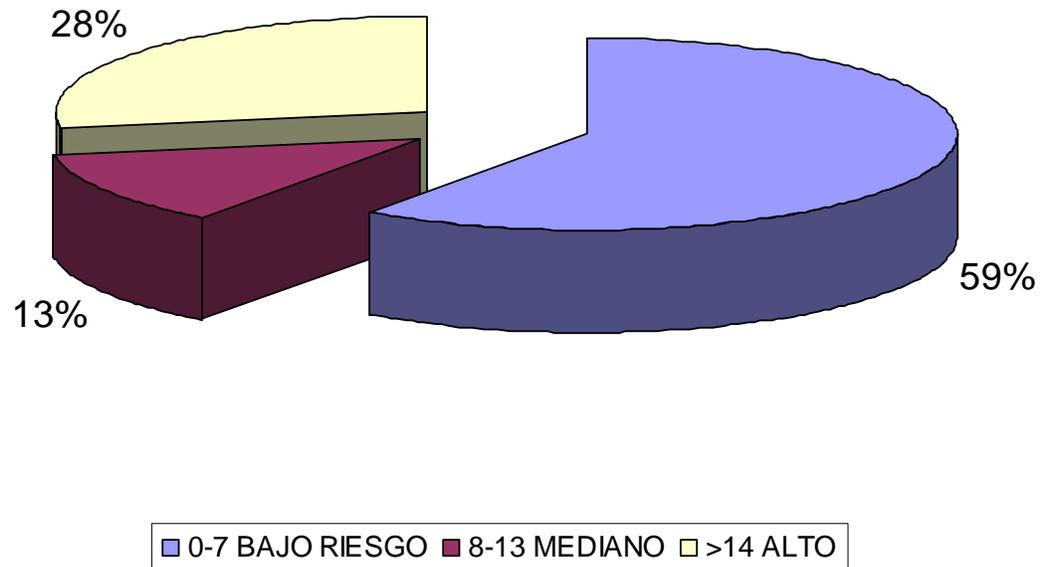


N= 40

Fuente: datos de los pacientes adultos mayores en el grupo de autoayuda de la

UMF No. 50 Maravatio

Grafica 6.- Grado de riesgo de maltrato encontrado en los pacientes adultos mayores

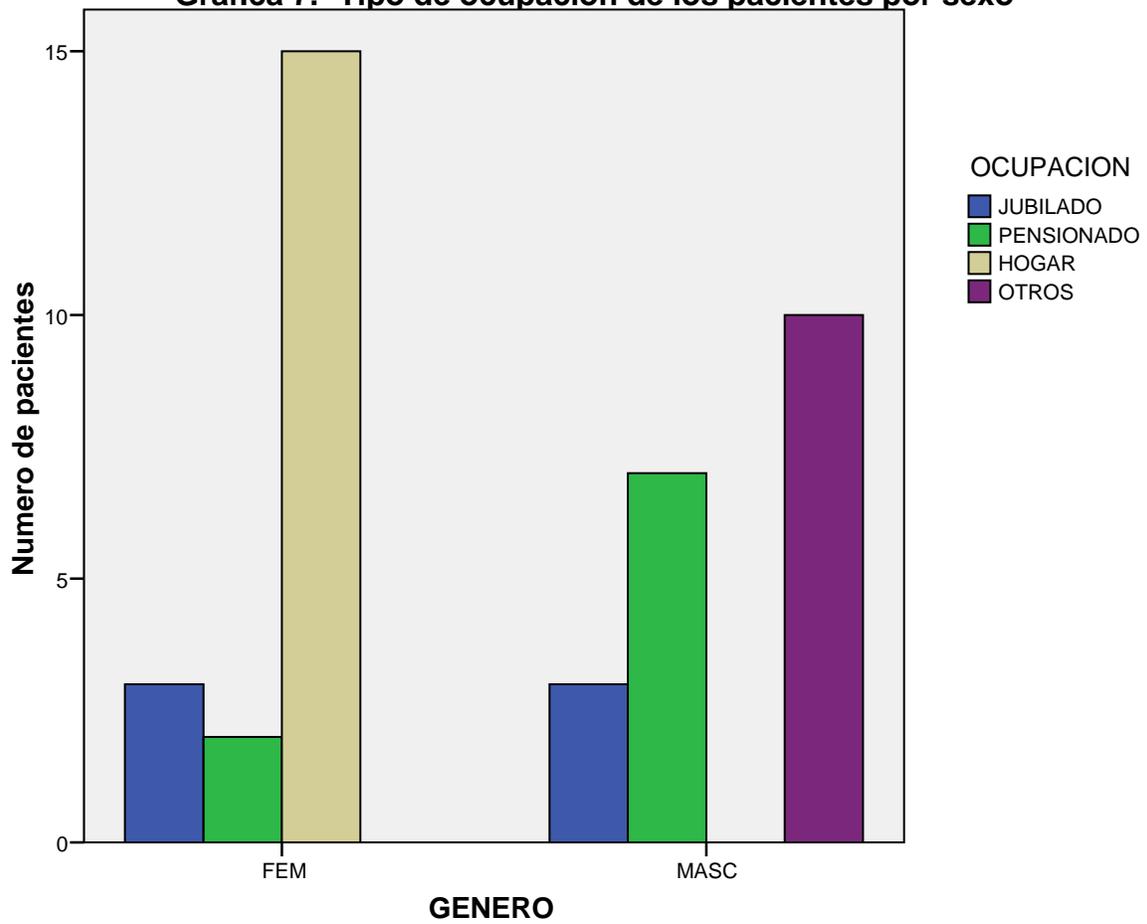


N= 40

Fuente: datos de los pacientes adultos mayores en el grupo de autoayuda de la UMF

No. 50 Maravatio.

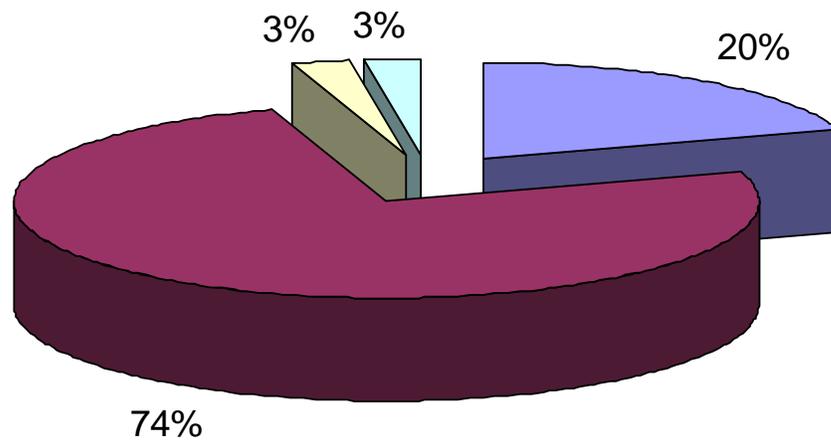
Gráfica 7.- Tipo de ocupacion de los pacientes por sexo



N= 40

Fuente: datos de los pacientes adultos mayores en el grupo de autoayuda de la UMF No. 50 Maravatio.

Grafica 8.- Tipologia familiar en el adulto mayor



■ NUCLEAR SIMPLE ■ NUCLEAR NUMEROSA ■ NUCLEAR ■ SIN FAMILIA

N= 40

Fuente: datos de los pacientes adultos mayores en el grupo de autoayuda de la UMF No. 50 Maravatio.

8.- DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo permiten demostrar que hay correlación entre la depresión y el maltrato, así como entre género, ocupación y depresión de los pacientes estudiados, asociación que ha sido reportada en estudios similares⁽³⁹⁾. La actividad laboral con mayor asociación a la depresión, fue la que se refiere al hogar. Al estudiar los diferentes pacientes, se observa mayor incidencia de riesgo en las amas de casa, tal vez por el desarrollo de las actividades diarias que son relativamente las mismas, en cambio en el hombre al realizar actividades diversas, ayuda a que se presente menos el fenómeno⁽⁴⁰⁾.

No en todos los parámetros de estudiados se encontró alteración, un punto a destacar, es que no se encontró significancia estadística entre depresión y enfermedades crónicas preexistentes, aunque no era el objetivo principal del estudio, de alguna manera si guarda cierta relación, recordando que este estudio se enfoco a pacientes en el grupo de autoayuda de la U.M.F. 50, lo cual podría explicar un beneficio. Sería importante repetir el estudio en pacientes que no tengan el beneficio del grupo.

El índice de masa corporal, el estatus socioeconómico, y el tipo de familia, no tuvieron significancia estadística con depresión y maltrato. La ocupación y la escolaridad si lo tuvieron. Esto podría explicarse debido que a menor grado de escolaridad, mayor es la dificultad para afrontar la etapa del adulto mayor, como lo han sugerido otras investigaciones⁽⁴¹⁾. Por otro lado nuevamente se comprueba que a menor actividad ocupacional mayor es el grado de depresión.

Es importante enfatizar que este estudio fue realizado en la población rural donde ellos tienen una percepción diferente de su estado de ánimo y el estatus alcanzado, no siendo así en los del medio urbano, quienes perciben menos satisfacción en su vida; El lugar de residencia influye en los estilos de vida, estos a su vez están determinados por los aspectos

culturales y el ambiente. Este conjunto de factores, a su vez influye en la percepción de la calidad de vida y salud, de ahí *que* la percepción de salud pueda estar influida por el lugar en el que viven los individuos. En este sentido, en nuestro estudio encontramos una mejor percepción de salud en el área rural que en la urbana. ⁽⁴²⁾.

El cuestionario de Yesavage mostró nuevamente ser útil para el diagnóstico de depresión, como lo refirió la bibliografía revisada, ya que fue congruente en los pacientes a los que se hizo diagnóstico, este resultado concuerda con otros estudios similares⁽⁴³⁾.

El enfoque del estudio es al adulto mayor, ya que actualmente en la unidad no existe el abordaje adecuado para el control y tratamiento de estos pacientes. La atención a los desórdenes afectivos en mayores de 60 años de edad debe considerarse un reto en la definición de prioridades del sistema de salud, ya que el porcentaje de la población que se ubica en este estrato se incrementa cada día más, lo que permite prever un aumento en la necesidad de atención especializada en este grupo poblacional ⁽⁴⁴⁾.

Los resultados obtenidos son que se obtuvo lo esperado en el estudio, demostrando que la depresión va en relación muy estrecha con el maltrato familiar, y que el maltrato por sí solo va relacionado con la depresión, probablemente por las condiciones de los pacientes, tanto anímicas como socio-afectivas.

Por los puntos que se han comentado, es importante aplicar otro estudio nuevamente en la unidad, pero con una serie de modificaciones a la aplicación, a fin de discernir mejor la perspectiva y la esperanza del paciente con respecto a lo programado por el médico, ya sea aplicando los cuestionarios y los instrumentos de evaluación, solo a adultos mayores del medio rural, o solo adultos mayores del medio urbano, realización de encuestas de funcionalidad familiar, genogramas sociodinámicos y realizar a población en general que solicita consulta, sin ser solamente el grupo de autoayuda de la U.M.F. 50 de Maravatio.

9.- CONCLUSIONES

Se puede afirmar el hecho de que la depresión va ligada al maltrato, y el maltrato mismo a su vez provoca depresión, en los artículos leídos y analizados se hace referencia que no hay fuentes fidedignas para obtener datos estadísticos acerca del maltrato por que son una gran cantidad de variables que se observan al ver los resultados y muy poco confiables, ya que en estos mismos artículos, se logra observar congruencia en solo una mínima parte de los resultados.

Presentando la mayor importancia estadística tenemos que un 35% de la población estudiada presento depresión, con un alto grado de especificidad y un riesgo de maltrato en el 28% de estos mismos, teniendo relevancia la relación entre el genero y la depresión, por la relación manifestada de las pacientes las cuales fueron mujeres, siendo 8 de ellas (que representan el 20%), y de las cuales 7 eran dedicadas al hogar, representando el 17.5% del total de la muestra.

Sin significancia en este estudio es la relación de las patologías de origen de los pacientes, así como la escolaridad, el índice de masa corporal, la tipología familiar o el nivel socioeconómico, ya que en todos lo pacientes se observaron alteraciones independientemente de los datos obtenidos, o el medio en el que vive.

Esto nos acerca a tener que estudiar más a los pacientes adultos mayores, y realizar estudios sobre el cuidado y manejo de estos, para tener fuentes mas confiables de referencia, ya que como se vio en la elaboración de este estudio es difícil el acceso a la información sobre el cuidado que se tiene en casa o en hospitales hacia el adulto mayor, por el sesgo que se origina al tratar de recabar datos.

Tendremos que replantear el manejo del grupo en la unidad, para obtener los máximos beneficios, y el mayor provecho a esta terapia de grupo en la unidad. Aplicando nuevamente los cuestionarios, comparando los resultados y como médicos realizar un mejor reporte de eventos.

10.- Bibliografía

-
- ¹ Fuentes GM, García GA, Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor. Revista del Hospital General "La Quebrada" 2003, 2 (1): 25-29.
- ² Espinosa AA, Caraveo AJ, Zamora OMÁ, Arronte RA, Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=48682&id_seccion=1169&id_eje
- ³ Agudelo D, Carretero DH, Blanco PA, Pitti C, Spielberger C, Buela CG. Evaluación del componente afectivo de la depresión: análisis factorial del st/dep revisado, Salud Mental, 2005, 28 (3): 32-41.
- ⁴ Diccionario terminológico de ciencias médicas. 12ª edición, Salvat editores, México, 2005
- ⁵ Escobar IA, Envejecimiento, Revista Mexicana de Neurociencia, 2001, 2(4): 197-202.
- ⁶ Fajardo OG, Cisneros S, Geriatria, Programa de Atención Continua para Médicos Generales -2, http://www.drscope.com/pac/mg-2/7/mg2t7_p7.htm
- ⁷ Bello M, Puentes RE, Medina MME, Lozano R, Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud pública de México 2005, 47, supl 1.
- ⁸ Vidales OJA, Pichardo FA, Escala para diagnosticar el abuso, maltrato del adulto mayor. Archivo geriátrico, 2003, 6, (1): 13-17.
- ⁹ Proyección de esperanza de vida, consejo nacional de población, <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/Proy05-50.pdf> (3 de noviembre del 2007)
- ¹⁰ Maestro SL, Sanz CMT, Fisiopatología del envejecimiento Teoría y Novedades, Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Instituto de Laboratorios de Biología Tumoral, abril del 2003, 1-3.
- ¹¹ García L, El Medico de Primer Contacto y el Paciente Geriátrico, Archivo Geriátrico. 2003, 6, (3): 3

-
- ¹² Huerta GJL, Geriatria, Programa de Atención Continua M.F.1. libro 3, Colegio Mexicano de Medicina de Familia, Intersistemas editores México 2001.
- ¹³ García MJÁ, Viniegra VL, Arellano LJ, García M, Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención, Rev. Med Inst. Méx. Seguro Soc 2005; 43 (6): 465-472
- ¹⁴ García L. El medico de primer contacto y el paciente geriátrico. Archivo Geriátrico, 2003, 6, (3): 63 a 63.
- ¹⁵ Dieta para el adulto mayor, <http://es.wikipedia.org/wiki/Dieta> (3 de noviembre del 2007).
- ¹⁶ Dieta acorde al paciente, http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/terc_edad/dieta_ideal.htm (8 de noviembre del 2007).
- ¹⁷ Durán SP, Soriano ME, Martínez MML, Correa ME, Mendoza NVM. Calidad de vida en mayores de 50 años con residencia en un área urbana vs. Rural. Asociación mexicana de gerontología y geriatría, Archivo Geriátrico, 2003, 6, (4): 109-113.
- ¹⁸ Figueroa VS, Armas FAM, Ruiz HE, Morales RA, Frecuencia de adicciones en el adulto mayor. Archivo Geriátrico. 2003, 6, (3): 69-73.
- ¹⁹ Fuentes GMI, García GA, Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor, 2003, 2, (1): 25-29.
- ²⁰ Lara OMA. et. al, Depresión, Programa de Atención Continua M.F.1. libro 3, Colegio Mexicano de Medicina de Familia, Intersistemas editores México 2001.
- ²¹ Depresión, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001521.htm> (5 de noviembre del 2007).
- ²² Tratamiento de la depresión, http://www.msd.com.mx/msdmexico/hcp/library/mm_geriatria.html.(5 de noviembre del 2007).
- ²³ Cuadro clínico de la depresión, <http://www.msd.com.mx/hcp/library/hol2.htm>.(5 de noviembre del 2007).

-
- ²⁴ Spielberger C, Buela CG, Agudelo D, Carretero DH, Santolaya F, Análisis de validez convergente y discriminante de la versión experimental castellana del Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP). *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33 (6): 374-382.
- ²⁵ Saucedo MDE, Mendieta CD, Vázquez GA, Salinas MR, Relación entre ansiedad y depresión con quejas somáticas de tipo doloroso en mujeres mayores de 60 años de edad. *Medicina Universitaria*, 2005, 7, (28), 56-64.
- ²⁶ Ocegueda AG, Pichardo FA. Prevalencia de la depresión en ancianos mexicanos. *Archivo geriátrico*, 2003, 6 (3): 78-81.
- ²⁷ López JLL, Barrios SG, López SBE, Bazaldua MLA, Cortés ST. Reflexiones Metodológicas de Investigación Psicosocial en Viejos. *Archivo Geriátrico*. 2003. 6, (3): 74-77.
- ²⁸ Merck Sharp and Dome, Manual Merck. 10ª edición. España. Océano grupo editorial, 1999
- ²⁹ Copca AA, Gutiérrez RLM. Tratamiento Farmacológico para la Depresión del Anciano. *Archivo Geriátrico*, 2003,6, (1): 27-31.
- ³⁰ Espinosa AA, Caraveo AJ, Zamora OMÁ, Arronte RA, Krug LE, Olivares SR, Reyes MH, Tapia GM, García GJJ, Vladislavovna DS, Peña VA, Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores, http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=48682&id_seccion=1169&id_ejemplar=4933&id_revista=1 Año 2006.
- ³¹ Figueroa VS, Alvarado MLE, Amozorrutia AV, Gómez OG. Factores de riesgo para maltrato del adulto mayor. *Archivo geriátrico*, 2003, 6, (1): 4–8.
- ³² Jaime A, Irigoyen C. *Fundamentos de Medicina Familiar*. 2ª ed. México, Medicina Familiar Mexicana. 2004.
- ³³ Minuchin S. *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona. Editorial Gaesa. 1982.
- ³⁴ Fuentes GMI, García GA. Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor. 2003, 2, (1): 25-29.

³⁵ Estadística de maltrato en el adulto mayor en México y el mundo, <http://www.inapam.gob.mx> (02 de feb del 2008).

³⁶ Estadística de maltrato en México, http://www.eluniversal.com.mx/nacion/vi_139275.html. (02 de feb del 2008.)

³⁷ Declaración de Helsinki.
http://www.conamed.gob.mx/interiores.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/&destino=codhelsinki.php (02 de febrero del 2008).

³⁸ Ley general de salud en materia de investigación,
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> (02 de feb del 2008).

³⁹ Vidales OJA, Pichardo FA, Escala para diagnostico de abuso (maltrato) al adulto mayor, *archivo geriátrico*, 2003, 6, (1): 13-17.

⁴⁰ Genero ocupación y maltrato, Pérez CL,
http://www.mujeresenred.net/news/article.php3?id_article=827, (6 de febrero del 2008).

⁴¹ Alcántara L. Grupos de autoayuda contra la violencia.
http://www2.eluniversal.com.mx/pls/impreso/noticia.html?id_nota=122673&tabla=nacion_h.

⁴² Duran SP, Soriano ME, Martínez MM, Conea ME, Mendoza NV, Calidad de vida en mayores de 50 años, con residencia en un área urbana vs. rural. *Archivo Geriátrico* 2003, 6, (4): 109-113.

⁴³ Ocegueda AG, Pichardo FA. Prevalencia de la depresión en ancianos mexicanos. *Archivo geriátrico*, 2003, 6 (3): 78- 81.

⁴⁴ Bello M, Puentes RE, Medina MM, Lozano R, Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud pública de México* 2005, 47, supl. 1: S4-S11.

11.- ANEXOS

1.- Consentimiento informado del paciente para participar en la investigación.

Yo, _____ con numero de afiliación _____, por medio de la presente certifico que me está a bien participar en la investigación sobre "Depresión y maltrato en el adulto mayor" en la U.M.F. 50, una vez que me han explicado los objetivos de la investigación y mi función en ésta.

Firma del paciente

2.- Escala de Yesavage

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Puntuación total:

0-10: **Normal**. 11-14: **Depresión** (sensibilidad 84%; especificidad 95%). >14: **Depresión** (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

3.- Escala para diagnostico de maltrato y abuso en el adulto mayor.

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Expediente _____ Externo _____ Hospitalizado _____ Cama _____ Fecha _____

Diagnosticos _____

Nombre del cuidador _____ Edad _____ Sexo _____

Relación familiar con el paciente _____

	Puntos
I: Adulto mayor	
A. Mala red de apoyo familiar	1
B. Inmovilidad	1
C. Depresión	1
II: Cuidador primario	
A: Historia de agresiones intra familiares	2
B: Consumo de alcohol	1
C: Interrupción del sueño ocasionado por el paciente	1
III: Aspectos relacionados con negligencia	
A: Retraso entre el momento de una lesión / enfermedad y su atención	3
B: Negarse a recibir atención médica	3
C: Desnutrición moderada o severa	2
D: Pobre higiene personal	2
E: Provisión de ropa o calzado inadecuado	2
F: Disminución de los arcos de movilidad	1
IV: Aspectos psicológicos	
A: Aislamiento de amigos, actividades y familiares	3
B: Trastornos conductuales o emocionales recientes	2
V: Aspectos financieros	
A: Imposibilidad para cubrir la cuenta hospitalaria	2
B: Desproporción entre condiciones de vida y capacidad económica familiar	2
Calificación total _____ puntos	

Evaluación:

0 – 7 puntos	bajo riesgo de maltrato
8 – 13 puntos	mediano riesgo de maltrato
> 14 puntos	alto riesgo de maltrato