



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO E INVESTIGACIÓN**



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD

TEAPA, TABASCO

**LA DEPRESIÓN COMO CAUSA DE MALTRATO
PSICOLÓGICO EN EL ADULTO MAYOR. TEAPA,
TABASCO.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. DANNY JIMÉNEZ MARTÍNEZ

Teapa, Tabasco

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.

**“LA DEPRESIÓN COMO CAUSA DE MALTRATO PSICOLÓGICO
EN EL ADULTO MAYOR. TEAPA, TABASCO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. DANNY JIMÉNEZ MARTÍNEZ


AUTORIZACIONES



DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINACIÓN 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.

**LA DEPRESIÓN COMO CAUSA DE MALTRATO
PSICOLÓGICO EN EL ADULTO MAYOR. TEAPA, TABASCO**


**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DANNY JIMÉNEZ MARTÍNEZ

p.o.


DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO


Q.F.B. SERGIO LEON RAMÍREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

**LA DEPRESIÓN COMO CAUSA DE MALTRATO
PSICOLÓGICO EN EL ADULTO MAYOR. TEAPA, TABASCO**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DANNY JIMÉNEZ MARTÍNEZ

DR. BLADIMIR MORALES ARIÁS

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN SEDE
JALAPA, TABASCO**

DR. MIGUEL PABLO GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS

DEDICATORIAS

A Sony y a Eduardo, por ser el motor de mi vida y el impulso por seguir adelante.

A mi familia de origen por que es, y será la base en la construcción de valores para seguir creciendo.

A los Drs. Miguel Pablo García y Bladimir Morales Arias, por sus enseñanzas en el proceso de aprendizaje y forjarnos como médicos familiares a lo largo de 3 años.

A todos y a cada una de los adultos mayores que participaron para desarrollar esta tesis.

ÍNDICE

	Páginas
I Antecedentes	1
II Planteamiento del problema	11
III Justificación	12
IV Objetivos	14
Objetivo general	
Objetivos específicos	
V Hipótesis	15
VI Material y método	16
Tipo de estudio	
Universo	
Criterios de inclusión y exclusión	
Definición operacional de las variables	17
Recolección de datos	19
Procesamiento de datos	21
Consideraciones éticas	
VII Resultados	22
VIII Discusión	29
IX Conclusiones	30
X Recomendaciones	31
XI Bibliografía	32
XII Anexos	35

ÍNDICE DE TABLAS

		Págs.
TABLA I	Prevalencia de depresión en el adulto mayor	22
TABLA II	Distribución de la población en estudio según el sexo	23
TABLA III	Distribución de la edad de la población en estudio	23
TABLA IV	Distribución de la ocupación de la población estudiada	24
TABLA V	Distribución de la existencia de maltrato psicológico en la población estudiada	25
TABLA VI	Correlación Rho de Spearman de las variables maltrato psicológico y depresión en el adulto mayor	26
TABLA VII	Modelo de regresión lineal de las variables maltrato psicológico y depresión en el adulto mayor	27
TABLA VIII	Tabla de contingencia de las variables edad y maltrato psicológico en el adulto mayor	27
TABLA IX	Tabla de contingencia de las variables sexo y maltrato psicológico en el adulto mayor	28
TABLA X	Tabla de contingencia de las variables sexo y maltrato psicológico en el adulto mayor	28
TABLA XI	Tabla de contingencia de las variables sexo y maltrato psicológico en el adulto mayor	29

DECÁLOGO DEL RESPETO, LA COMPRESIÓN Y EL CARIÑO AL ANCIANO

1. *Mirarás al anciano como una bendición de Dios.*
2. *Oirás al anciano dos veces lo mismo con la misma atención.*
3. *Hablarás al anciano despacio, claro y al oído, si él está ya un poco sordo.*
4. *Desviarás la mirada cuando la mano temblorosa del anciano, derrame la taza de café.*
5. *Con gusto escucharás cuando el anciano saque el tema de sus tiempos pasados.*
6. *Harás ver al anciano que su ejemplo y consejo es el mayor beneficio para la familia.*
7. *La oración continua del anciano es su desahogo, su mejor oficio y el mayor beneficio para la familia.*
8. *La alegría y el cariño familiar es para el anciano la mejor calefacción en invierno y el mejor fresco en verano.*
9. *Tus preguntas y visitas a los ancianos valen más que los regalos y limosnas.*
10. *Llamarás al sacerdote cuando el anciano necesite ánimo, salud y gracia, es un mandato del Señor.*

Se merecen todo, quienes todo lo dieron por nosotros.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Adulto mayor. Persona mayor de 65 años de edad de acuerdo con la organización mundial de la salud.

Depresión. El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, la manera de pensar, la forma en que una persona come y duerme, cómo se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que se piensa. La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”.

Cuidador/a. Persona, familiar o no, que proporciona la mayor parte de los cuidados (higiene personal, actividades domésticas, administración de medicación apoyo emocional, compañía, etc.) y el apoyo diario necesario a quien padece una enfermedad o requiere ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin percibir remuneración económica por ello.

Cuidador/a principal. Persona, habitualmente cónyuge o hija, que asume el mayor y principal peso de las actividades en el cuidado de la persona dependiente, estableciendo con la misma una relación especial y estrecha. Pueden existir otros cuidadores/as, con menos tiempo de dedicación a los que se denomina “cuidadores/as secundarios/as”.

Cuidador/a responsable. Persona, familiar habitualmente, que toma las decisiones relacionadas con la situación que se puede producir con el paciente y posibles cambios de la misma. Coincide o no con la cuidadora principal.

Maltrato del anciano. Es el trato indebido o negligente a un anciano por otra persona que le cause daño o lo exponga al riesgo de sufrir daño a su salud, su bienestar o sus bienes.

Maltrato psicológico. Acciones que producen angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad, baja autoestima, y/o agreden la identidad, dignidad y respeto de la autonomía de una persona mayor.

Se manifiesta a través de insultos y agresiones verbales, amenazas de aislamiento, abandono o institucionalización, intimidaciones, humillaciones, infantilización, ridiculización, silencios ofensivos, no respeto a sus creencias, rechazo a sus deseos y falta de respuesta a sus consultas en forma intencionada.

Se incluye en la tipología de maltrato psicológico, cualquier otra acción que supone el confinamiento o cualquier otra interferencia en la libertad personal del adulto mayor, por ejemplo: negación en la toma de decisiones, encierro de la persona mayor, aislamiento social de amigos y familiares.

I. ANTECEDENTES

Adulto mayor

El envejecimiento es la disminución, esencialmente irreversible con el paso del tiempo, de la capacidad del organismo o de alguna de sus partes, para adaptarse a su entorno, debido a un proceso determinado genéticamente y progresivo, que se manifiesta por una disminución de su capacidad de hacer frente al estrés al que está sometido y que culmina con la muerte del organismo.

Envejecer constituye un proceso en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales. El envejecimiento biológico es tanto de órganos como de funciones que se producen a diferentes niveles: molecular, celular, tisular, y sistémico, siendo a la vez estructural y funcional. El celular se caracteriza por una disminución en diferentes procesos como: capacidad metabólica, descontrol en las funciones de proliferación, replicación (se duplican menos) y sobrevivencia, fosforilación oxidativa, síntesis de proteínas enzimáticos, estructurales, receptores celulares y factores de transcripción, así como de la capacidad de incorporar nutrientes y reparar el daño del material genético por la senescencia replicativa; es un proceso continuo, universal, progresivo, irreversible e incrementa la vulnerabilidad a la mayoría de las enfermedades.

La persona que envejece debe enfrentar condiciones cambiantes, tanto de su propio organismo como del medio social en que vive. El envejecimiento genera problemas comunes y retos similares para todos los que envejecen.

Anteriormente la sociedad veía al adulto mayor con respeto y veneración, lo premiaba nombrándolo gobernante, pontífice y consejero; hoy, con el surgimiento de la familia nuclear se crea una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad, impotencia sexual, aislamiento, pobreza, debilidad, depresión.¹

La población mundial envejece progresivamente a un ritmo sorprendente. El número total de personas de 60 años o más ha pasado de 200 millones en 1950 a 400 millones en 1982 y deberá alcanzar los 650 millones en el año 2004, para obtener la cifra de 1200 millones en el año 2025, más del 70% de entre ellas vivirán en los países que actualmente se encuentran en desarrollo.²

Los ancianos, al igual que las mujeres y los niños, constituyen un grupo vulnerable y víctima frecuente de abusos y maltratos por parte de sus cuidadores y personas que conviven con ellos, conformando el límite superior del síndrome de violencia familiar. La *American Medical Association* definió el abuso en 1987 de la siguiente manera: "Todo acto u omisión que lleva como resultado un daño o amenaza de daño para la salud o el bienestar de una persona anciana".³

Algunos autores sugieren el análisis del maltrato a los ancianos en 3 perfiles: uno indicativo del maltrato físico y psicológico, otro que denota el descuido o negligencia, que constituye el segundo perfil, y el llamado maltrato económico/financiero que constituye el tercero.³

Tipos de abuso

Físicos. Es el uso de fuerza física no accidental para coaccionar. Es la forma más obvia y fácil de definir, pero una de las menos comunes. Se pueden apreciar por la existencia de heridas, golpes, bofetones, golpes con objetos contundentes, etc. En general se relaciona más con las características del abusador y no tanto del abusado. Se ha correlacionado también con la ingesta excesiva de alcohol, deterioro de la personalidad y escasa comunicación.

Verbal. Depende en gran medida de las malas relaciones interpersonales previas a la situación mórbida actual. Se asocia con depresión y ansiedad de los cuidadores. Por ejemplo la agresión verbal crónica, los insultos repetidos y las amenazas.

Psicológico. Intimidación verbal, humillación e infantilización del residente. En general ocurre junto a otras formas de abuso.

Financiero. Es la forma inapropiada o ilegal de usar el dinero, propiedades y otras; es quizás la más común.

Abandono. Es la privación de las necesidades básicas de servicios como comida, medicamentos, transferencia al baño, aseo personal, acceso a la salud y otras.

Abuso sexual. Sodomía, copulación oral, penetración de objetos extraños, incesto, violación.⁴

Tipos de actos

Dentro de los actos por omisión, las negligencias pasivas ocurren cuando las necesidades del residente son desconocidas por el cuidador o no son dadas con propiedad. Algunos ejemplos son la falta de tratamiento de los problemas visuales o auditivos, los cuales demuestran falta de cuidado de parte de los cuidadores, desconocen la existencia del problema o falta para suplir planes correctivos como anteojos, dentaduras, audífonos y bastones.

La negligencia activa ocurre cuando el cuidador deliberadamente altera el bienestar del residente por limitación o renuncia en la satisfacción de las necesidades básicas. Ejemplos son la falta de provisión de alimento

suficiente, falta en la ayuda en la transferencia a la cama desde la silla de ruedas y falla para suministrar ropa o medicación entre otras.

El maltrato por “comisión” es la forma de abuso que incluye el abuso físico o el trato con violencia hacia el residente por parte del cuidador y en la forma de violación de derechos y libertades. Ejemplos son reglas restringidas a los residentes en el uso de su propia ropa, en tener sus propias pertenencias, estar solo, cerrar su puerta, entrar y salir libremente del hogar de ancianos y acostarse cuando lo desee, entre otras.

Casos de explotación pueden ser también encontrados en los hogares, por ejemplo el residente puede ser obligado a trabajar sin remuneración, o el pago por mejores servicios.

Tanto la pobre calidad de cuidado como el maltrato apuntan hacia una negligencia o deficiencia en el cuidado del residente, impactando en el bienestar de éste. Estos conceptos difieren, ya que el foco de análisis del concepto de pobre calidad de cuidado es en el sistema integral de cuidado, mientras que el concepto de maltrato afecta y enfoca a una víctima individual.

Los factores que contribuyen a la producción de maltrato parecen ser los mismos que participan en los casos de violencia intrafamiliar. No hay una causa única, sino que son numerosas, complejas e interactúan entre ellas, muchas veces existe una situación mutuamente abusiva previa y por largo tiempo. Hay una cierta relación de cómo han sido tratados los abusadores cuando eran niños y como tratan en forma abusiva posteriormente a otros. El estrés de cuidar a una persona se considera el gatillo y no la causa del abuso.

En general ocurren distintos tipos de abuso y por diferentes razones, estimándose que sólo uno de cada cinco casos son reportados a las autoridades. Los datos de 29 estados del año fiscal 1990 y de 30 estados en el año fiscal de 1991 sugieren que el 20% de los casos de abusos fueron físicos, mientras que el 45% fueron por negligencia.⁴

Para poder definir el maltrato al anciano se debe considerar que:

- La víctima puede ser competente e incompetente, sana o enferma, varón o mujer.
- El abuso puede proceder de un familiar (cónyuge, hijo, nieto), un cuidador remunerado o personas no relacionadas.
- Puede ocurrir en el hogar del anciano, en el del causante, en un contexto de vivienda compartida o en una institución.
- El tipo de maltrato que se está produciendo: físico, psicológico, sexual, abandono o descuido y económico.
- Puede ser intencionado para causar daño o en otros casos el daño resultante no es intencionado.⁵

Concepto de maltrato al adulto mayor:

“Cualquier acto u omisión que produce daño inminente o real para la salud o bienestar del anciano”. (Minakar y Frishman 1999)

“El abuso o maltrato al anciano es una conducta destructiva que está dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad y/o frecuencia como para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y/o financiero de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida de los derechos humanos asimismo como la disminución de la calidad de vida para la persona mayor; incluyendo los actos de comisión y omisión intencionales o involuntarios”. (Rosalie Wolf 1997)

Hablamos de malos tratos ante cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 60 años y más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente, o percibido subjetivamente. Incluimos aquí no sólo los abusos físicos sino también psicológicos, sexuales y económicos. Se observan en todas las clases sociales y en cualquier nivel socioeconómico.

Pueden ocurrir tanto en instituciones (residencias públicas o privadas) como en el domicilio, pero con más frecuencia se encuentran implicados los propios familiares y cuidadores.

Existen adultos mayores que por sus peculiaridades personales, familiares o sociales tienen más riesgo de sufrir malos tratos:

- Ancianos que viven en su domicilio o en el del cuidador, que requieren numerosos cuidados y excederán en breve la capacidad familiar para asumirlos.
- Ancianos cuyos cuidadores expresan frustración en relación con la responsabilidad de asumir dicho papel y muestran pérdida de control de la situación.
- Ancianos cuyos cuidadores presentan signos de estrés.
- Ancianos que viven con familiares que han tenido historia previa de violencia familiar (niños, esposa).
- Ancianos que viven en un entorno familiar perturbado por otras causas (pérdida de trabajo del cuidador, relaciones conyugales deterioradas).

Situaciones que predisponen al adulto mayor a sufrir malos tratos:

- Deterioro funcional del anciano (dependencia importante para las actividades de la vida diaria).

- Alteración de las funciones cognitivas (reducción de las capacidades intelectuales).
- Aislamiento social.
- Convivir en el mismo domicilio por acuerdo previo.
- Cuidador con alteraciones psicológicas.
- Ambiente familiar perturbado por causas externas.
- Historia previa de violencia familiar.⁵

Situaciones que condicionan sospecha de Malos tratos:

- Explicaciones contradictorias o inverosímiles de las lesiones o de cómo ocurrió el incidente.
- Disparidad en el relato de la historia por parte de la víctima y del cuidador.
- El anciano maltratado es llevado al Hospital por otra persona.
- Abandono en la sala de urgencias por exacerbación de enfermedades crónicas a pesar de un tratamiento correcto y recursos adecuados.
- Demora en la atención médica. Suele haber un intervalo prolongado de tiempo entre el trauma o la enfermedad y la visita del centro médico.
- Falta de comunicación de la víctima con el médico cuando el cuidador está presente.
- Vivienda que presenta unas condiciones higiénicas pésimas y es inadecuada para poder vivir en ella.
- Historia previa de episodios sospechosos de malos tratos.
- La monitorización de fármacos demuestra dosis inadecuadas infraterapéuticas, toxicidad o empleo de fármacos (psicotropos) no prescritos por el médico.

Tenemos cinco teorías principales para explicar el maltrato al adulto mayor: La psicopatología del causante del maltrato, el estrés, la violencia entre generaciones y la dependencia.

- La Teoría del Estrés explica como los diferentes problemas económicos, las responsabilidades de la prestación de cuidados y otras tensiones pueden crear frustración e ira, y que éstos sentimientos pueden ser expresados por ciertas personas a través de actos de violencia.
- La Teoría de la violencia entre generaciones nos indica que los causantes de maltrato fueron víctimas del mismo durante su niñez, por la víctima actual o por su cónyuge. Es un sentimiento de “revancha” en respuesta al maltrato previo, puede existir incluso una complicidad tácita por parte del anciano. Dado que el causante ha experimentado maltrato en épocas pasadas, el comportamiento violento es transmitido de una generación a la siguiente y refleja la forma en que el individuo aprendió a expresar la ira y la frustración.

- La Teoría sobre la dependencia nos explica que los causantes de maltrato dependen de sus familiares mayores en el aspecto económico, emocional o de alojamiento, en algunos casos existe una dependencia mutua, es decir el anciano requiere de ayuda para la realización de sus actividades de la vida diaria así como el agresor o victimario necesita de solvencia económica.⁵

Los principales signos físicos, alteraciones emocionales y/o de conducta y hechos relacionados con el maltrato que nos podemos encontrar son:^{5 6}

a. Maltrato Físico:

- Aspecto general: higiene pobre, vestimenta sucia o inapropiada, pérdida de peso, caquexia.
- Signos vitales: tensión arterial baja, taquicardia, hipo o hipertermia.
- Signos corporales:
 - Cabeza y cuello: equimosis en cavidad oral, quemaduras en labios, falta de piezas o fracturas dentales, desviación del tabique nasal, lesiones en la región cervical, hemorragias oculares, alopecia traumática.
 - Piel: quemaduras, laceraciones, hematomas, úlceras de presión en mal estado, heridas cortantes, coexistencia de lesiones recientes con lesiones de aspecto antiguo.
 - Toraco-abdominal: fracturas costales, neumotórax, rotura de vísceras.
 - Músculo esquelético: fracturas óseas, lesiones musculares.
 - Área genital: lesiones sospechosas en área genital.
 - Neurológico: confusión, desorientación, sobresedación.
 - Sintomatología psiquiátrica: temor, ansiedad, sintomatología depresiva, nerviosismo, labilidad emocional.
- Contusiones:
 - Múltiples contusiones.
 - En muñecas, hombros o alrededor de abdomen.
 - En brazos.
 - De forma extraña.
 - De coloraciones diferentes.
 - En la zona interior de los muslos o brazos.
 - En el área genital.
 - Pequeñas e irregulares contusiones que indican:
 - pellizcos.
 - En la boca.
- Fracturas, luxaciones y esguinces recurrentes.
- Abrasiones o laceraciones en diferentes estadios.
- Lesiones en la cabeza o en la cara:
 - Fractura orbitaria.
 - Hematoma ocular en antifaz.

- Alopecia errática por tirar de los pelos de forma agresiva y brusca.
- Quemaduras:
 - En lugar poco frecuente.
 - Producidas por objetos.
 - Por líquidos muy calientes.
- Arañazos.

b. Maltrato Psicológico:

- Extrema cautela por parte del cuidador.
- Amenazas de abandono y/o institucionalización.
- Depresión.
- Confusión y desorientación.
- Imposición de aislamiento físico y/o social.
- Explicaciones confusas y diferentes del cuidador ante lesiones, considerando a la víctima no capacitada en su juicio.
- Amenazas al anciano por parte del cuidador para controlar la situación.
- Ansiedad.
- Pérdida de autoestima.
- Mínimas conversaciones entre la víctima y el cuidador.
- Actitud de indiferencia hacia el anciano por parte del responsable.
- El cuidador niega al anciano la posibilidad de relacionarse con otras personas.
- Pérdida de la capacidad de toma de decisiones por parte del anciano.

c. Maltrato por abandono o Descuido:

- Malnutrición.
- Deshidratación.
- Mala higiene corporal.
- Ropa inadecuada para el tiempo actual o en mal estado de higiene.
- Caídas de repetición.
- Impactación fecal.
- Gafas rotas o ausencia de las mismas cuando son necesarias.
- Hipotermia, hipertermia.
- Signos de intoxicación medicamentosa o de incumplimiento.
- Contracturas articulares por falta de movilidad.
- Úlceras por presión en mal estado.

d. Abuso sexual:

- Ropa rasgada, con manchas de sangre
- Hematomas, laceraciones o cortes en senos o área genital.
- Signos irritativos o laceraciones en vagina o recto.
- Presencia de enfermedades de transmisión sexual.

e. Maltrato emocional

- Sensación de resignación y desesperación con referencias vagas al maltrato.
- Introversión.
- Conducta pasiva, de indefensión.
- Cambio de comportamiento llamativo reciente.
- Cambios en el patrón de alimentación habitual.
- Ansiedad, temblor, actitud temerosa de algo y/o alguien.
- Autoinculpación acerca de su situación actual.
- Pérdida de memoria llamativa no explicable por otra razón.

f. Maltrato económico:

- Apropiación o uso indebido del dinero o propiedades del paciente.
- Bloqueo de su cuenta corriente.
- Gastos inapropiados cargados en su cuenta corriente.
- Privación de cosas que necesita.

Cada vez está más extendida la convicción de que el maltrato de los ancianos a manos de sus parientes u otros cuidadores es un problema social grave. Además, es probable que vaya en aumento, porque en muchos países la población está envejeciendo rápidamente. Por ejemplo, se prevé que, entre 1995 y 2025, la población mayor de 60 años se duplique y pase de 542 millones a 1200 millones aproximadamente.

Al igual que el maltrato de menores, el maltrato de ancianos comprende agresiones físicas, sexuales y psíquicas, así como el abandono. Los ancianos son especialmente vulnerables a los abusos económicos, es decir, al uso inadecuado de sus fondos y recursos por parte de parientes u otros cuidadores.

Se dispone de poca información sobre la magnitud del maltrato de ancianos. Las escasas encuestas de base poblacional sobre esta cuestión indican que entre el 4% y el 6% de la población de edad avanzada sufre algún tipo de maltrato en el hogar y que esta situación podría ser más frecuente de lo que se cree en las residencias de ancianos.

Hay diversas situaciones que aumentan particularmente el riesgo de que los ancianos sean víctimas de la violencia. En algunos casos, las relaciones familiares tensas empeoran debido al estrés y la frustración a medida que la persona de edad avanzada se vuelve dependiente. En otros, el hecho de que el cuidador dependa del anciano para su alojamiento o sustento económico es fuente de conflictos. También los cambios sociales pueden desempeñar un papel importante. En algunas sociedades, las redes familiares o comunitarias que en el pasado brindaban apoyo a las generaciones de más edad se están debilitando debido a los rápidos cambios socioeconómicos.⁷

En un estudio realizado en la Habana vieja de Cuba, encontraron que todos los sujetos en estudio fueron maltratados socialmente, los tipos de maltrato físico y financiero recayeron sobre los senescentes de 80 años y más. Por

otro lado los hombres fueron más maltratados que las mujeres psicológicamente y por la familia.⁸

El envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. La transición demográfica que vive México ha provocado un incremento del número de adultos mayores.

Con el avance de la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental aumentan. La depresión es uno de ellos y, además, constituye uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociado a una alta mortalidad.³¹

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que la depresión afecta a cerca de 340 millones de personas en el mundo, principalmente adultos y personas de la tercera edad y para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en América Latina existen 25 millones de personas con depresión, de los cuales casi 4 millones logran ser identificados y reciben tratamiento oportuno.⁹

También datos de la OMS plantean que en el año 2020 la depresión será la primera causa de retiro laboral prematuro en los países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente en el planeta, llamados por algunos la epidemia del siglo. La frecuencia de los trastornos afectivos en los ancianos es alta. Se calcula que entre el 10 y el 45% de las personas de más de 65 años tendrán en algún momento al menos un síntoma depresivo.^{9,10,11,30}

Algunas causas de la depresión

La actividad de la serotonina y su unión a los receptores 5- HT_{2A} disminuye con el envejecimiento.³² Irregularidades en este neurotransmisor han sido implicadas principalmente en la fisiopatología de la depresión. La depresión mayor tiene un efecto sistémico y los ancianos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos. De esta manera, la depresión favorece el aumento del tono simpático, la disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales así como la inmunosupresión.

La depresión en los ancianos posee características típicas que lo diferencia del resto de las edades, en ella predominan síntomas como: inhibición psicomotriz, ambivalencia, tristeza y llanto, angustia corporal, aislamiento social, desesperanza, abulia; y en un grado más avanzado, sensación de vacío interno, profunda pena y dolor anímico, negativismo extremo, anorexia, autorreproches, sentimientos de inferioridad y culpa, ideas o intento de suicidio, delirios hipocondríacos, de persecución y alucinaciones visuales y auditivas.^{9,12,13}

Cualquier sujeto deprimido probablemente presenta un conjunto de signos y síntomas, diferenciándose entre otros, los siguientes:

- ✓ • Sintomatología del estado de ánimo: El síntoma más característico es la tristeza, constituyendo la queja principal en la mayoría de los pacientes depresivos; pudiéndose presentar de otras formas como nerviosismo, sensación de vacío, y a veces ira; todo ello acompañado de un componente fuerte de ansiedad, tensión, inquietud, que conllevan a una inhibición del entusiasmo y de la capacidad de afrontamiento.
- ✓ • Sintomatología motivacional y de la conducta: Lo constituyen principalmente la inhibición, la apatía, la indiferencia y en definitiva la anhedonia, el principal síntoma del estado depresivo.
- ✓ • Sintomatología orgánica: Se encuentran principalmente los trastornos del sueño, que afectan de un 70 a 80% de los sujetos deprimidos en edad avanzada. Otros síntomas son: fatiga, pérdida del apetito, pérdida del peso, disminución del deseo sexual, atonía, hastío, desesperanza, y en general fatiga crónica. ¹

La sintomatología clásica de la depresión del adulto mayor afecta las siguientes dimensiones:

- 1) La dimensión afectiva: llanto, tristeza, apatía, etc.
- 2) La dimensión cognoscitiva: desesperanza, negligencia, idea suicida, culpabilidad, etc.
- 3) La dimensión somática: cambio de energía, del apetito, del sueño, de la evacuación intestinal y de la libido, etc.

Consecuencias de la depresión en el adulto mayor

La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano y, al contrario, la comorbilidad, la discapacidad y el deterioro cognoscitivo tienen un pésimo efecto sobre los individuos deprimidos. Las consecuencias, entre otras, son tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, peor pronóstico para un pronto restablecimiento, y mayor utilización de los servicios hospitalarios. La depresión del adulto mayor se asocia a pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis, y mala autopercepción de la salud. ³¹

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico. Desde su versión original de 30 reactivos, la GDS ha mostrado una excelente confiabilidad y distintos tipos de validez. Versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado ser válidas y confiables.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato constituye una de las afectaciones más severas que ha venido azotando a la humanidad. Las distintas formas de expresión individual y colectiva del maltrato, los factores que la originan y las consecuencias sociales que generan hacen de ella un fenómeno complejo. Se estima que el maltrato tiene un carácter cambiante en función de la dinámica del poder y de la distribución de los roles y recursos, es por ello que pueden establecerse diferentes tipos de maltrato.

El maltrato se caracteriza por forzamiento (fuerza, poder) y aclaro que no es solo fuerza física, sino también cuando hay coacción, presión verbal, emocional, sexual entre otros. Toda persona independientemente de la raza, sexo o edad puede ser objeto de conducta maltratante. Esto ha ocasionado que los estudios sobre el tema de maltrato se hayan dirigido a diferentes grupos, entre ellos a los adultos mayores.

Si bien el abuso para con los ancianos ocurre probablemente desde hace siglos, recién en los últimos veinte años han aparecido publicaciones al respecto. Por lo mismo, ya no se puede aceptar que este tema sea aún desconocido por los miembros del equipo de salud y público en general. Adquiere, además, cada día mayor relevancia por el número creciente de personas afectadas y por las consecuencias inherentes que estos malos tratos conllevan.

Esta investigación se desarrollará en el ejido José Ma. Morelos y Pavón perteneciente al municipio de Teapa, Tabasco con los adultos mayores de 65 años de edad, durante los meses de Septiembre 2007 – Febrero del 2008, utilizando para ello encuestas.

No omito manifestar que actualmente en nuestro municipio y principalmente en el área de la salud no existe un programa como tal en donde se le dé la importancia debida al maltrato y el efecto de la misma en los adultos mayores; no siendo así para los programas sustantivos.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta científica.

¿Cual es la relación entre la depresión y el maltrato psicológico en el adulto mayor en el ejido José Ma. Morelos y Pavón del municipio de Teapa, Tabasco durante Septiembre 2007 – Febrero 2008?

III. JUSTIFICACIÓN

En el mundo actual hay una tendencia creciente al maltrato. En América Latina los países con mayor índice son en orden descendiente: Colombia, Brasil y Panamá, donde se reportan anualmente más de 102 mil casos de extrema violencia, de los cuales un 37.15 % de los maltratados constituyen ser ancianos. En Argentina y Chile este fenómeno se ha venido incrementando desde hace más de tres décadas y para el 2009 se prevé que más de 33,600 adultos mayores sufran algún tipo de maltrato dentro del seno familiar.¹⁴

Alrededor de un 8 % de la población mayor de 65 años es maltratada en los Estados Unidos, sin embargo lo más preocupante constituye el hecho de que más del 20 % de los ancianos no sólo son maltratados en sus hogares, sino también en diversas instituciones nacionales destinadas a su cuidado y en centros donde laboran largas horas de trabajo.^{15 16}

En nuestro país, 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 maltrato que para el Instituto representa el 1.79 por ciento. Tan solo el primer trimestre de 2007, ya suman 53 casos que representan 0.97%.

Actualmente esta situación presenta una alta incidencia en los países desarrollados, debido al progresivo envejecimiento de la población. Las cifras más aceptadas de la bibliografía mundial indican una prevalencia global entre el 3% y el 12% de los adultos mayores de 60 años.

También se reporta que más de 70% de los casos presentan con mayor frecuencia el maltrato clasificado como negligencia, abandono y abuso psicológico, que suponen en diversos estudios más del 70% de los casos. Aunque es un fenómeno que ocurre en todas las culturas y clases sociales; sin embargo, es más frecuente en los estratos sociales más desfavorecidos.⁷

El proceso de envejecimiento de la población, se ha hecho evidente durante los últimos diez años del siglo XX y muestra un potencial que lo convertirá durante las primeras décadas del siglo XXI, en uno de los cambios demográficos de mayor relevancia.

Indudablemente, nos encontramos ante el reto demográfico más alarmante de nuestros días. Este emergente proceso, reclama uno de los primeros lugares entre las preocupaciones a ser consideradas por los países de la región.

A pesar de que el tema del maltrato ha sido tratado con bastante frecuencia, el maltrato hacia los adultos mayores por parte de los familiares ha sido

virtualmente ignorado hasta años recientes. Aunque resulta inconcebible que los adultos mayores, débiles, dependientes, discapacitados sean objeto de conductas mal tratantes en el seno de la familia, principalmente por sus propios hijos e hijas, estos en nuestros días continúan siendo víctimas de la violencia intrafamiliar.

Esta investigación reviste una importancia capital, no solo como experiencia teórica y metodológica, al permitir la comparación de un sistema de variables, sino porque sus hallazgos nos permitirán saber las estadísticas sobre uno de los problemas más agudos y apremiantes en la mayoría de países, como es el maltrato al adulto mayor. Específicamente, los resultados de este estudio servirán de base fundamental para poder:

- Formular y evaluar políticas y planes de prevención del maltrato y sus efectos en el adulto mayor y brindar criterios para la toma de decisiones.
- Diseñar intervenciones para la prevención del maltrato y sus efectos en este grupo de población.
- Servir como línea de base para evaluar políticas, planes y programas de prevención del maltrato al adulto mayor.

Motivados por estos argumentos se decide investigar esta problemática en la población de adultos mayores en el ejido José Ma. Morelos y Pavón del municipio de Teapa, Tabasco en la Atención Primaria de la Salud.

IV. OBJETIVOS

General

Conocer la relación que existe entre la depresión y el maltrato psicológico en el adulto mayor en el ejido José Ma. Morelos y Pavón del municipio de Teapa, Tabasco; durante los meses de Septiembre 2007 – Febrero 2008.

Específicos

- Conocer la presencia de depresión de forma general y en virtud de las variables sociodemográficas.
- Conocer el maltrato psicológico en el adulto mayor.
- Conocer si el maltrato psicológico al que están expuestos los adultos mayores está relacionado con el grado de depresión encontrado en ellos.

V. HIPÓTESIS

Ho = Si existe maltrato psicológico en el adulto mayor por lo tanto habrá algún grado de depresión en los mismos.

Ha = Si no existe maltrato psicológico en el adulto mayor no habrá algún grado de depresión en ellos.

VI. MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

El diseño para esta investigación es de tipo descriptivo de corte transversal y correlacional. Debido, a que los diseños transversales implican la obtención de datos en un momento específico y los fenómenos a investigar (depresión y maltrato psicológico) se captan según se manifiestan, durante un periodo de colecta de datos. Este tipo de estudio resulta particularmente adecuado para describir el estado de fenómenos determinados o las relaciones entre ellos en un momento dado.

Se trata también de descripciones, pero no de variables individuales sino de sus relaciones, sean éstas puramente correlacionales o relaciones causales. En estos diseños lo que se mide es la relación entre variables en un tiempo determinado.

Universo

El ejido José Ma. Morelos y Pavón tiene una población adulta mayor de 104, por lo tanto se tomó en cuenta el universo de dicha población; de ambos sexos masculino y femenino, durante los meses Septiembre 2007 – Febrero 2008.

Se encuestó a los adultos mayores que asistieron a la consulta y a los grupos de autoayuda, de igual forma se realizaron visitas domiciliarias para el llenado de las mismas y se tomaron en cuenta aquellos sujetos que cumplieron las características adelante definidas hasta completar el número de 104 entrevistas.

Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas adultas mayores de 60 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas cuya capacidad psíquica-mental no sea plena.
- Personas que vivan solas (sin ningún familiar).

Definición operacional de las variables

Variable	Descripción	Tipo de variable	Escala de clasificación
Sexo	Según el sexo biológico	Cualitativa categórica dicotómica	1. Femenino 2. Masculino
Edad	Según edad cumplida en el momento de la evaluación	Cuantitativa ordinal	1. 65 - 69 2. 70 - 79 3. 80 años ó más
Estado civil	Según el estado civil que tenga el adulto mayor en el momento de la evaluación	Cualitativa categórica	1. Casado 2. Separado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Otro, especifique
Nivel de escolaridad	Según el nivel de escolaridad que tenga el adulto mayor en el momento de la evaluación	Cualitativa categórica	1. Analfabeta 2. Primaria no terminada 3. Primaria 4. Secundaria 5. Preparatoria 6. Licenciatura 7. Técnico 8. Otro, especifique

Variable	Descripción	Tipo de variable	Escala de clasificación
Depresión	Se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage	Cualitativa categórica	0 – 5 puntos: Normal 6 – 9 puntos: Probable depresión 10 o más: Depresión establecida
Maltrato psicológico	Se realizó un instrumento de acuerdo con la guía clínica de Maltrato a personas mayores; donde se tomaron en cuenta las principales alteraciones emocionales y/o de conducta y hechos que podemos encontrar en el maltrato psicológico. Como son: <ul style="list-style-type: none"> • Sensación de resignación y desesperación con referencias vagas al maltrato • Introversión. • Conducta pasiva, de indefensión. • Cambio de comportamiento llamativo reciente. • Cambios en el patrón de alimentación habitual. • Ansiedad, temblor, actitud temerosa de algo y/o alguien. • Autoinculpación acerca de su situación actual. • Pérdida de memoria llamativa no explicable por otra razón. 	Cualitativa continua	Escala de Likert: -Nunca -Casi nunca -Algunas veces -Casi siempre -Siempre

Recolección de datos

La valoración geriátrica integral, es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, integral y continuado destinado a detectar y cuantificar las capacidades y problemas biológicos, psicológicos, funcionales y sociales de la persona mayor para conseguir un plan racional y coordinado del tratamiento.

La valoración geriátrica integral consiste en la realización de la valoración de las siguientes áreas: Física, funcional, mental y social. Sin embargo para fines de este estudio solo se tomaron en cuenta las áreas mental y social.

Para valorar el área mental se tomó en cuenta el área afectiva del paciente geriátrico. El elemento de apoyo para la valoración afectiva que se utilizó, es:

- Escala de depresión de Yesavage.

Descripción de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Generalidades

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido; el marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación autoadministrada; su contenido se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano. Interpretación Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems.

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

Normal	0-5 puntos
Depresión Leve	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el manejo general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión.¹

Para valorar el área social, la cual evalúa la relación entre la persona mayor y el entorno sociofamiliar que le rodea, se utilizó como elemento de apoyo:

- Cuestionario de maltrato psicológico en las personas mayores.

El cuestionario de maltrato psicológico en las personas mayores se realizó de acuerdo a la guía clínica maltrato a personas mayores en atención primaria.¹⁷

Para medir el cuestionario de maltrato psicológico se requirió una escala de medida, la cual se refiere a una serie de ítems o frases que han sido cuidadosamente seleccionados, de forma que constituyan un criterio válido, fiable y preciso para medir de alguna forma los fenómenos sociales. En nuestro caso, este fenómeno será el maltrato psicológico.

La escala de Likert fue desarrollada en 1932 por el sociólogo Rensis Likert. Partiendo de una encuesta, sobre relaciones internacionales, relaciones raciales, conflicto económico, conflicto político y religión, realizada entre 1929 y 1931 en diversas universidades de EEUU. También es denominada método de rangos sumatorizados, debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem. Es considerada una de las escalas más flexible y popular para la medición de actitudes; consiste en un conjunto de afirmaciones, juicios y preguntas frente a la cual la persona expresa su reacción.

La escala de Likert es una escala ordinal, tiene la ventaja de que es fácil de construir y de aplicar, el número de ítems de una escala Likert suele oscilar entre 15 y 30.¹⁸

Procesamiento de datos

Para el análisis e interpretación de los datos se realizó mediante el empleo de un sistema de base de datos procesados a través del paquete estadístico SPSS para Windows en su versión 11.5. En donde se realizó la media aritmética, la media, la moda, la desviación estándar, la correlación de Spearman y la regresión lineal simple.

La información se resumió mediante porcentajes y se presenta en tablas, gráficas y textos.

Consideraciones éticas

El presente trabajo se realizó como una investigación descriptiva de corte transversal y correlacional, por lo cual, sus procedimientos no son invasivos y no dañan la integridad, física, mental y social de los participantes o sujetos de estudio, es decir, su implementación carece de riesgos.

Cabe mencionar, que la información obtenida fue manejada con absoluta confidencialidad.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en su título quinto en Materia de Investigación para la Salud, capítulo único en su Artículo 100 ¹⁹ y a la Declaración de Helsinki en su apartado B sobre los principios fundamentales aplicables a toda forma de investigación médica, está considerada como una investigación sin riesgo. ^{19, 20}

VII. RESULTADOS

En el presente capítulo se describen los resultados estadísticos de los datos obtenidos de los instrumentos aplicados y sólo se muestran las tablas en base a los objetivos antes planteados.

Con respecto al objetivo específico 1. Determinar la presencia de depresión de forma general y en virtud de las variables sociodemográficas, se obtuvieron los siguientes resultados:

TABLA I
Prevalencia de depresión en el adulto mayor

Estado depresivo	n	%
Normal	59	56.7
Probable depresión	32	30.8
Depresión establecida	13	12.5
Total	104	100.0

Fuente: Test de depresión de Yesavage.

Como se observa en la tabla anterior de 104 individuos estudiados el 30.8% presentaron una probable depresión mientras que el 12.5% presentaron una depresión establecida.

TABLA II

Distribución de la población en estudio según el sexo

Sexo	n	%
Femenino	71	68.3
Masculino	33	31.7
Total	104	100.0

Fuente: Test de maltrato psicológico 2008.

De acuerdo con la tabla se puede observar que en la comunidad José Ma. Morelos y Pavón en donde se realizó el estudio el sexo que más predomina en los adultos mayores es el femenino con una diferencia de 38 personas en relación con el sexo masculino; con un 68.3 % y un 31.7% respectivamente.

TABLA III

Distribución de la edad de la población en estudio

Edad (años)	n	%
65-69	77	74.0
70-79	24	23.1
80-89	3	2.9
Total	104	100.0

Fuente: Test de maltrato psicológico 2008.

Al analizar la distribución según la edad se determinó que en los adultos mayores, el grupo etáreo predominante fue el de 65 y 69 años de edad con un 74% respectivamente, seguido del grupo de 70 y 79 con un 23.1%.

TABLA IV**Distribución de la ocupación de la población estudiada**

Ocupación	n	%
Trabaja	30	28.8
Jubilado	1	1.0
Incapacitado	7	6.7
Labores del hogar	64	61.5
No trabaja	2	1.9
Total	104	100.0

Fuente: Test de maltrato psicológico 2008.

En cuanto a la ocupación el 61.5 % del adulto mayor encuestado se dedica a labores del hogar ello probablemente porque pertenecen al sexo femenino; un 28.8% trabaja en diversas actividades propias de la región principalmente a la actividad agrícola y solo un 6.7 % de ellos son incapacitados.

Para el objetivo específico 2. Determinar el maltrato psicológico en el adulto mayor, se obtuvo lo siguiente:

TABLA V**Distribución de la existencia de maltrato psicológico en la población estudiada**

Existe maltrato psicológico	n	%
si	56	53.8
no	48	46.2
Total	104	100.0

Fuente: Test de maltrato psicológico 2008.

Del total de adultos mayores entrevistados el 53.8% presenta maltrato psicológico, mientras que el 46.2 % no presenta maltrato.

Para el objetivo específico 3. Determinar si el maltrato psicológico al que están expuestos los adultos mayores está relacionado con el grado de depresión. Encontramos lo siguiente:

TABLA VI
Correlación Rho de Spearman de las variables maltrato psicológico y depresión en el adulto mayor

Correlación Rho de Spearman		Escala de depresión geriátrica de Yesavage	Test de maltrato psicológico
Escala de depresión geriátrica de Yesavage	Coeficiente de correlación	1.000	.296(**)
	Sig. (bilateral)	.	.002
	N	104	104
Test de maltrato psicológico	Coeficiente de correlación	.296(**)	1.000
	Sig. (bilateral)	.002	.
	N	104	104

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
 Fuente: SPSS versión 11.5.

Para determinar si el maltrato psicológico al que están expuestos los adultos mayores está relacionado con el grado de depresión se realizó la correlación Rho de Spearman de 0.296 los resultados de la misma indica que la asociación es estadísticamente significativa con una $p < 0.01$.

TABLA VII
Modelo de regresión lineal de las variables maltrato psicológico y depresión en el adulto mayor

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.304(a)	.092	.083	10.739

a Variables predictoras: (Constante), Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Esta tabla nos indica que el 92% de la variabilidad en la depresión se explica por el maltrato psicológico en el adulto mayor. Por lo tanto existen otras variables que modifican y explican la variabilidad de la depresión en el adulto mayor.

TABLA VIII
Tabla de contingencia de las variables edad y maltrato psicológico en el adulto mayor

Edad	Maltrato psicológico		Total
	Si (n)	No (n)	
65-69	43	34	77
70-79	11	13	24
80-89	2	1	3
Total	56	48	104

Fuente: Test de maltrato psicológico 2008.

El maltrato psicológico en el adulto mayor de acuerdo con las edades en estudio fue entre los 60 y 69 años.

TABLA IX

Tabla de contingencia de las variables sexo y maltrato psicológico en el adulto mayor

Sexo	Maltrato Psicológico		Total
	Si (n)	No (n)	
Femenino	43	28	71
Masculino	13	20	33
Total	56	48	104

Fuente: Test de maltrato psicológico 2008.

El maltrato psicológico se presentó con más frecuencia en el sexo femenino.

TABLA X

Tabla de contingencia de las variables sexo y maltrato psicológico en el adulto mayor

Edad	Escala de depresión geriátrica de Yesavage			Total
	Normal	Probable depresión	Depresión establecida	
65-69	46	23	8	77
70-79	13	8	3	24
80-89	0	1	2	3
Total	59	32	13	104

Fuente: Test de maltrato psicológico 2008.

De acuerdo con la escala de depresión geriátrica de Yesavage 23 individuos presentaron una probable depresión cuyas edades oscilan entre los 65 y 69 años de edad y dentro del mismo rango de edad 8 de ellos presentaron una depresión establecida.

TABLA XI
Tabla de contingencia de las variables sexo y maltrato psicológico en el adulto mayor

Sexo	Escala de depresión geriátrica de Yesavage			Total
	Normal	Probable depresión	Depresión establecida	
Femenino	38	22	11	71
Masculino	21	10	2	33
Total	59	32	13	104

Fuente: Test de maltrato psicológico 2008.

La escala de depresión geriátrica de Yesavage muestra que en aquellos individuos que presentaron una probable depresión con una frecuencia de 22 fueron del sexo femenino y de igual forma aquellas que presentaron una depresión establecida fueron del mismo sexo con una frecuencia de 11.

VIII. DISCUSIÓN

En lo referente a la edad coincide con nuestro estudio Cardoso NO ¹⁶ y *Delia SC* ²¹ que mencionan que el maltrato en el anciano predomina entre las edades de 60 a 69 años; sin embargo, en los análisis como el de *Grosman MA* ²² explica que el maltrato hacia el paciente geriátrico se manifiesta en las edades entre 70 y 75 años, discrepa de ambos *Shalin Y* ²³ cuyos resultados arrojan una alta incidencia en los adultos mayores de 80 y más años.

En cuanto al sexo hubo coincidencia con otros autores, para *Delia SC* ²³ la mujer anciana sufre el maltrato con mayor frecuencia que el hombre (74,3 %), *González SR* ²⁴ reafirma lo encontrado en nuestra investigación con su estudio titulado maltrato en la tercera edad, donde determina un mayor número de ancianas maltratadas en el sexo femenino (28.1 %), al igual que *Evans JG* ²⁵ que expresa que la población geriátrica nacional e internacional se caracteriza por un menor número de representantes del sexo masculino.

Los resultados de nuestro estudio coinciden con lo planteado por varios autores ^{26, 27, 28, 29} los cuales exponen que a partir de los 65 años existe un mayor porcentaje de síntomas depresivos y según lo planteado por Blazer (1992), la frecuencia de depresión mayor es más baja en la última etapa de la vida que en otras épocas. Martínez AMJ ⁹ encontró resultados similares en donde muestra que el grupo comprendido entre 60-74 años presentó más depresión con un 52.2%.

Los hallazgos encontrados en nuestro estudio sobre la depresión de ancianos según sexo coinciden con los encontrados por Patiño VFA ¹ y Martínez AMJ ⁹ en donde la depresión en ancianos según sexo, predomina en el femenino con un 58.7% mientras que en el masculino presentó un 43.2%.

En cuanto a la relación que existe entre el maltrato psicológico y el estado de depresión en el que se encuentra el adulto mayor coincidimos con Martínez AMJ ⁹ en donde muestra que además de existir relación entre ambas variables también hace referencia a la presencia de múltiples factores que contribuyen a la existencia de la depresión en el adulto mayor.

IX. CONCLUSIONES

Predomina el grupo etáreo de 65 a 69 años de edad al igual que el sexo femenino.

En más de la mitad de los ancianos estudiados se encontró que si existe maltrato psicológico.

La prevalencia de depresión encontrada en el adulto mayor fue la probable depresión; sin embargo también se encontró un número menor de individuos con depresión establecida. Existen más mujeres maltratadas y deprimidas que en el sexo opuesto y durante los primeros años del período del adulto mayor es cuando más se presenta algún tipo de depresión ello probablemente se deba a que en las primeras etapas de la senectud ocurren una serie de eventos estresantes desde el punto de vista psicosocial; como la pérdida de personas amadas, de la independencia económica y de la autonomía personal, entre otras; las cuales constituyen factores generadores de depresión.

El maltrato psicológico al que están expuestos los adultos mayores está relacionado con la presencia de depresión en cualquiera de sus escalas.

El maltrato a los ancianos y la depresión es una realidad que afecta un número no despreciable en ellos

X. RECOMENDACIONES

A través de nuestro estudio pretendemos recomendar los siguientes elementos:

- Continuar investigando acerca de la temática en cuestión debido a que existen pocas investigaciones. Se deben desarrollar más trabajos de investigación epidemiológicos y etiológicos apoyándonos de entrevistas personales en el adulto mayor ya que no existen registros de los casos existentes en los centros de salud. Es preciso que los temas de maltrato psicológico y depresión del adulto mayor, se aborde tanto a nivel nacional como internacional; ya que sin este abordaje científico será casi imposible tener los datos suficientes y necesarios para poder proponer y promover soluciones eficaces de esta problemática.
- Formar redes sociales en la comunidad para satisfacer aquellas necesidades del adulto mayor que no son cubiertas por el sistema formal, principalmente emocionales y cognitivos.
- Realizar juegos didácticos y actividades de intervención en las redes sociales para elevar los conocimientos acerca de este fenómeno que afecta a las comunidades.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Patiño VFA. Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Medellín, Colombia. 2006: viref – 043.
2. Villarreal M. La legislación en favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Centro de Geriatria y Gerontología. . [Citado 02 agosto 2007] Disponible en: www.escuela.med.puc.cl/deptos/centrogeriatria/Legislacion.html
3. Martínez QC, Pérez MV, Cardona SY, Inclán RL. Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. Rev. Cubana Med Gen Integral. 2005; 21 (1-2).
4. Marín PP, Castro HS. Abuso o maltrato en el adulto mayor. Boletín escuela de medicina. Chile, 2000; 29 (1-2).). [Citado 02 agosto 2007] Disponible en: www.escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Geriatria/AbusoMaltrato.html.
5. Salomé GP. Atención del anciano en el centro del Adulto Mayor EsSalud- Tacna. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2003.
6. Mesías GMT, Vidal ME, Debén SM. Maltrato a personas mayores. Guías clínicas. 2006: 6 (13).
7. Harlem BG. Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS, 2002. ISBN 92 75 324 220.
8. Rodríguez ME, Olivera AA, Garrido GR, García RR. Maltrato a los ancianos. Rev. Cubana Enfermer. 2002: 18 (3): 144-53.
9. Martínez AMJ, Durán CL, Baster MJC, Guevara SGE. Depresión y estado de salud en el adulto mayor en el servicio de geriatría. Correo Científico Médico de Holguín. 2003; 7 (3).
10. Santos A, Bernal G, Bonilla J. Eventos estresantes de vida y su relación con la sintomatología depresiva. Avances Psicol. Clin Latinoam. 1998; 5(16): 121 – 32.
11. Álvarez SM, Benítez RMA, Espinosa AJM, Gorroñoitía IA, Martín LI, Muñoz CF, et al. Depresión en el anciano. En: Programas Básicos de salud: Programa del anciano. Síndromes geriátricos. Madrid: Ediciones Doyma, 2000; V8:82.

12. Meyers BS, Alexopoulos GS. Depresión Geriátrica. Clínicas de Norteamérica 1998; 4: 03 – 907.
13. Vilarta FJ. Prevalencia de trastornos depresivos en demencias. Rev Neurol 1998; 26 (149): 57 – 60.
14. Agar CL. Transición demográfica y envejecimiento de América Latina y el Caribe: hechos sociodemográficos y reflexiones éticas. Acta Bioethica. 2001; 3 (1): 27 – 41.
15. Comunicado de prensa. Recibe el INAPAM 344 casos de algún tipo de maltrato o violencia. INAPAM. 22 de abril del 2007; SCS/008/2007. [Citado 02 agosto 2007] Disponible en: www.inapam.gob.mx/abril07.doc
16. Cardoso NO, Mejías ANM, Macías PJJ, Amaro HF. Caracterización del maltrato en el anciano. Archivo Médico de Camagüey, 2004; 8 (1): ISSN 1025 – 0255.
17. Mesías GMT, Vidal ME, Debén SM. Maltrato a personas mayores. Guías clínicas 2006: 6 (13).
18. Fernández DPI. NTP 15: Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. Centro de Investigación y asistencia técnica Barcelona. Disponible en: www.mtas.es/insht/ntp/ntp_015.htm.
19. Cámara de diputados del H. Congreso de la unión. Ley General de Salud, última reforma DOF 28-06-2005. [Citado 16 Marzo 2006]. Disponible en: www.cddhcu.gob.mx/LeyesBilbio/pdf/142.pdf.
20. The world medical association, Declaration of Helsinki. [Citado 16 Marzo 2006]. Disponible en: www.wma.net/e/policy/b3.htm.
21. Delia SC. Abuso y maltrato en personas ancianas. San Juan. Editorial Aires. 1998; p.112 -8.
22. Grossman MA, Robin HM, Borach GL. Violencia y maltrato en el adulto mayor. Buenos Aires. Editorial Universal. 1967; p 68 -70.
23. Shalin Y. Ocurrent injuries in a defined population. Injuries 1999; 21 (3): p 155 – 57.
24. González SRL, Fleita FL, Rodríguez FMM, Rodríguez SR. Evaluación medico social de los ancianos de dos consultorios pertenecientes al policlínico “California”. Rev Cubana Med Gen Integr. Mayo – Jun. 1998; 14 (3); 221 – 224. ISSN 0864-2125.

25. Evans JG. Prevention of Age – associated loss of Autonomy. Epidemiological Approaches. J Chronic Dis. 1999; 37 (5); 353 – 63.
26. Alvarez SM, Benitez DRMA, Espinoza AJM, Gorroñoigoitia IA, Martín LI, et.al. Depresión en el anciano. En Programas Básicos de salud: Programa del anciano. Síndromes geriátricos. Madrid. Ediciones Doyma. 2000: 8 p: 82.
27. Ibañez DEGM, Calcedo BA. Urgencias psiquiátricas en el anciano. P Clínicas Geriátricas. Madrid. Editores Médicos. 1997: t XIII: 117 – 119.
28. Blazer DG. Depresión: El Manual Merck de Geriatria. España: Ediciones Doyma. 1992: 1091 – 1095.
29. Meyers BS. Alexopoulos GS. Depresión Geriátrica. Clinicas de Norteamérica. 1998; 4: 03 – 07.
30. Castro LM, Ramírez ZS, Aguilar MLV, Díaz DAVM. Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2006, 39 (4): Oct-Dic: 132-137.
31. Aguilar NS, Ávila FJA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Méd Méx. 2007; 143 (2).
32. Sheline YI, Mintun MA, Moerlein SM, Snyder AZ. Greater loss of 5-HT(2A) receptors in midlife than in late life. Am J Psychiatry 2002;159: 430-435.

XII. ANEXOS

Anexo A. Carta de consentimiento informado.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste un empleado de la Secretaria de Salud. Entiendo que la entrevista formará parte de un estudio sobre el maltrato en el adulto mayor en el ejido “ _____ ”, del municipio de Teapa Tabasco.

Entiendo que seré entrevistada en el centro de salud comunitario y en los horarios que me convengan. Se me harán algunas preguntas acerca del maltrato en el adulto mayor así como el nivel socioeconómico que tengo y mi uso de los servicios de salud. La entrevista durará 30 minutos aproximadamente. También estoy enterada de que el investigador puede ponerse en contacto conmigo en el futuro, a fin de obtener más información.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que en ninguno informe de este estudio se me identificará jamás en forma alguna. También se me ha informado de que tanto si participo como si no lo hago, o si me rehúso a responder alguna pregunta, no se verán afectados los servicios de salud que yo o cualquier miembro de mi familia puedan necesitar.

Este estudio contribuirá a entender mejor el maltrato psicológico del adulto mayor. Sin embargo, yo no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación. Como compensación con cualquier esfuerzo, molestia o costo monetario relacionado con mi participación en este estudio no recibiré ningún beneficio económico por lo tanto la entrevista que concederé será totalmente gratuita.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que el Médico Cirujano responsable del centro de salud comunitario, es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos como participante.

Fecha _____

Firma de la entrevistada

Firma del entrevistador



Anexo B. Test de maltrato psicológico.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

El presente cuestionario es con fines de investigación para conocer si existe depresión debido al maltrato psicológico en los adultos mayores; los datos aquí proporcionados serán totalmente confidenciales. Gracias por su participación.

Número de entrevista: _____.

I. Datos generales

1. Edad: _____. 2. Sexo: 1. Femenino () 2. Masculino ()
 3. Ocupación: 1. Trabaja () En que trabaja: _____.
 2. Jubilado () 3. Incapacitado () 4. Lab. Hogar ()

TEST DE MALTRATO PSICOLÓGICO

Este test es una versión realizada por el autor del proyecto la cual fue adaptada a las características de la población rural en donde se aplicará.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Los familiares con los que vive le gritan?					
2. ¿En la última semana se ha sentido mal con usted mismo (a)?					
3. Cuando necesita hablar con alguien ¿Tiene con quién?					
4. Cuando tiene problemas ¿Usted lo plática?					
5. ¿Es incapaz de comunicar sus emociones, deseos o sentimientos?					
6. ¿Es usted muy callado?					
7. ¿Le han agarrado cosas suyas sin su consentimiento?					
8. ¿Ha firmado alguna vez documentos que no comprendía?					
9. ¿Llora con facilidad?					
10. ¿Cambia de humor rápidamente?					
11. ¿Tiene reacciones con violencia verbal?					
12. ¿Discute con frecuencia con su esposo/a, hijo/a?					
13. ¿Ha perdido el apetito durante la última semana?					
14. ¿Ha bajado de peso?					
15. ¿Ha sentido asco por alimentos que antes le gustaban?					
16. ¿Come usted a horas adecuadas?,					
17. ¿Tiene miedo de alguien en casa?					
18. ¿Ha tenido temblores durante la última semana?					
19. ¿Tiene dificultad para respirar?					
20. ¿Usted cree haber decepcionado a la gente?					
21. ¿Ha pensado en errores pasados o malas acciones?					
22. ¿Piensa que las enfermedades son un castigo?					
23. ¿Oye voces que lo/a acusan o de denuncia?					
24. ¿Puede acordarse de las actividades que hizo la semana pasada?					
25. ¿Se olvida donde deja las cosas?					

Anexo C. Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

	SI	NO
1. ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir a hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12. ¿Le es difícil poner en marcha nuevas actividades?	1	0
13. ¿Se encuentra lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0
TOTAL		

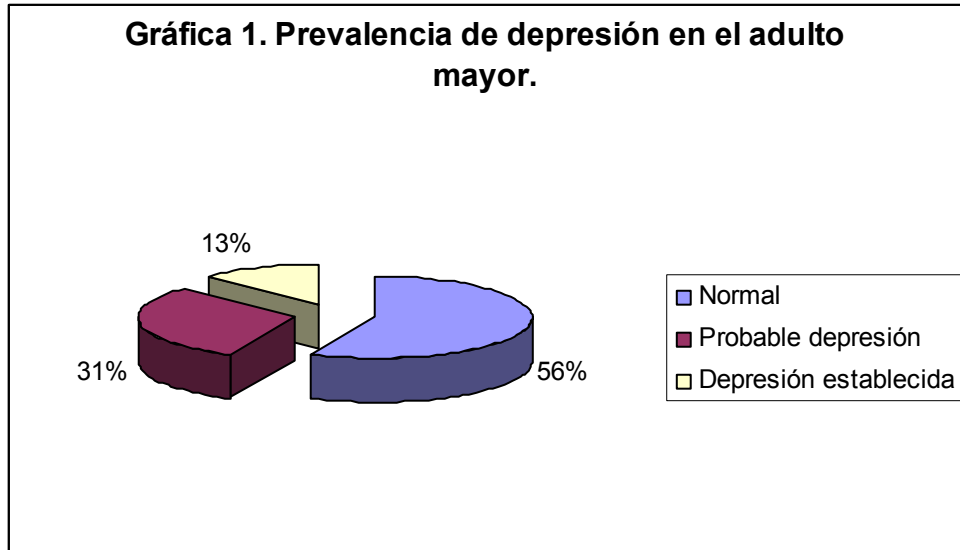
RESULTADOS 0 – 5 = Normal.
 6 – 9 = Probable depresión (S 84 %; E 95 %)
 10 o más = Depresión establecida (S 80 %; E 100 %)

Instrucciones:

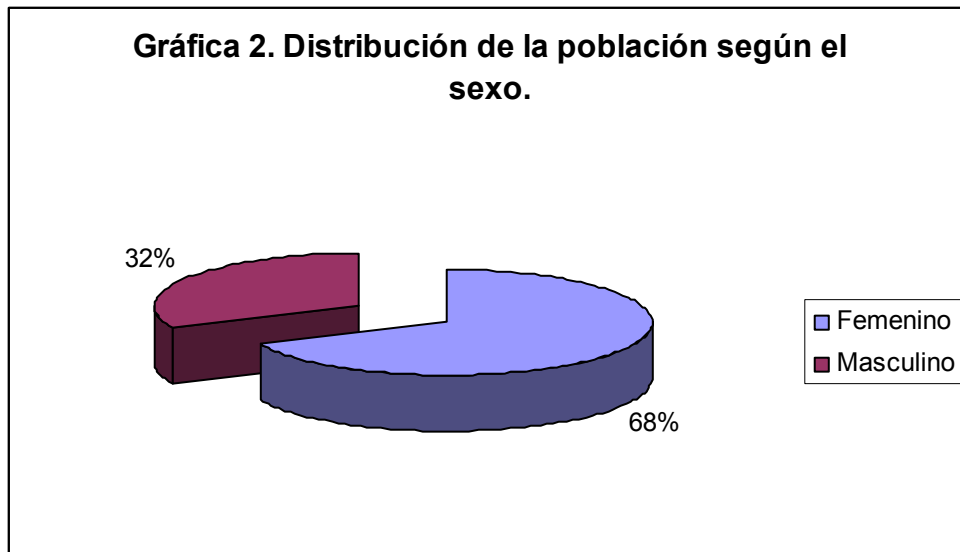
Pida al/a la paciente que conteste las preguntas sí o no, tratando de recordar cómo se ha encontrado en la última semana. Puede dejárselo leer o leérselo usted. Tape la columna de respuestas correctas si es el/la paciente quien lo lee. Resultados: punto de corte en 5 puntos.

En pacientes con demencia hay dificultad para valorar los resultados, ya que con frecuencia no recuerdan bien como se sintieron la semana anterior.

Anexo D. Gráficas de las tablas.

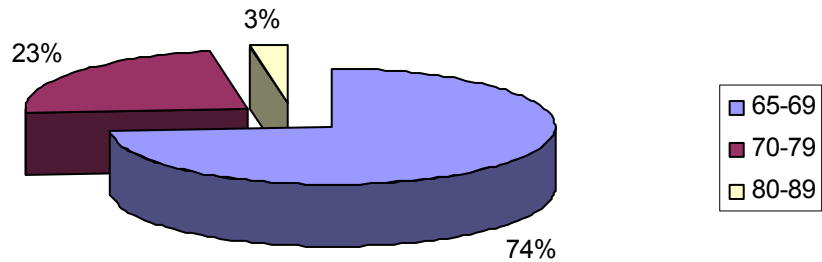


Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage.



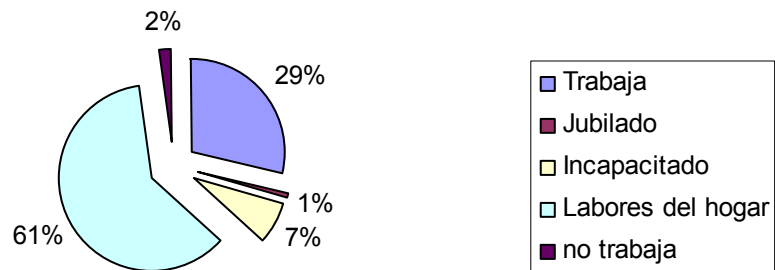
Fuente: Test de maltrato psicológico.

Gráfica 3. Distribución de la edad de la población en estudio.



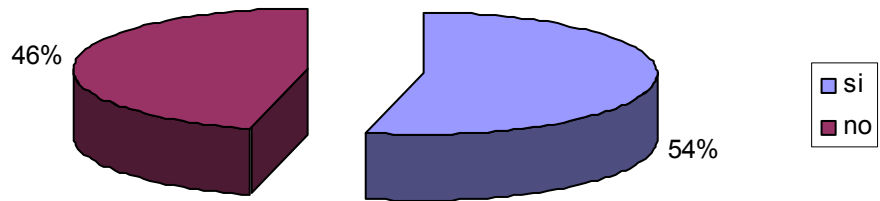
Fuente: Test de maltrato psicológico.

Gráfica 4. Distribución de la ocupación del adulto mayor.



Fuente: Test de maltrato psicológico.

Gráfica 5. Distribución de la existencia de maltrato psicológico en la población estudiada.



Fuente: Test de maltrato psicológico.