

2014

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**División de Estudios de
Posgrado**

**Subdivisión de Medicina
Familiar**

*Clinica de Medicina Familiar
"Gustavo A. Madero" ISSSTE*

**[DETECCIÓN DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DEL MODULO DE
GERONTOLOGIA DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A.
MADERO ISSSTE]**

PRESENTA :

JORGE MIRANDA VILLAGÓMEZ

Trabajo de tesis para obtener el Grado de Especialista en Medicina Familiar. Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas.- Director de tesis. Dra. Silvia Landgrave Ibáñez.- Asesora Metodológica. Dra. Laura E. Sánchez Escobar.- Profesor titular



Número de registro ISSSTE .1982014.

UNAM
POSGRADO





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

**DETECCION DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DEL MODULO DE GERONTOLOGIA DE
LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO ISSSTE**

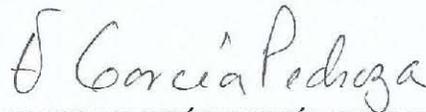
PRESENTA:

JORGE MIRANDA VILLAGÓMEZ

AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**



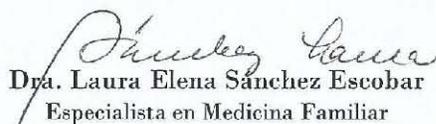
**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**

**DETECCION DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DEL MODULO DE GERONTOLOGIA DE
LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO ISSSTE**

Autorizaciones


Dra. Laura Elena Sánchez Escobar
Especialista en Medicina Familiar

Profesora titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
de la Clínica de Medicina Familiar "Gustavo A. Madero"
ISSSTE



Dr. Raúl Efrén Ponce Rosas

Director de Tesis

Especialista en Medicina Familiar

Profesor de Carrera "A"TC de la Subdivisión de
Medicina Familiar


Dra. Silvia Landgrave Ibáñez

Asesora en Metodología

Profesora de la Subdivisión de Medicina Familiar
Coordinación de Investigación

**DETECCION DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DEL MODULO DE GERONTOLOGIA
DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO ISSSTE**

Presenta:
Jorge Miranda Villagómez
Médico Cirujano Homeópata y Partero

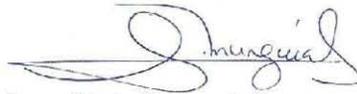
**AUTORIDADES DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
GUSTAVO A. MADERO ISSSTE.**



Dra. Yocelyn Ruclas Sánchez
Directora
Clínica de Medicina Familiar
"Gustavo A. Madero" ISSSTE D.F.



Dr. Luis Beltrán Lagunes
Especialista en Medicina Familiar
Jefe de Enseñanza e Investigación
Clínica de Medicina Familiar
"Gustavo A. Madero" ISSSTE D.F.



Dra. Silvia Munguía Lozano
Especialista en Medicina Familiar
Profesora adjunta del curso de Especialización en Medicina Familiar
Clínica de Medicina Familiar
"Gustavo A. Madero" ISSSTE D.F.

Agradecimientos:

Antes que nada me gustaría agradecer a mi esposa MIRNA ESSIE GUEVARA A. que sin tu apoyo esto no hubiera sido una posible porque desde que nos conocimos era una meta que tu sabias que buscaba cumplir, sacrificios y noches solas pasaste por la carrera, lo mismo que continuo en el internado y el servicio social, en ese momento creíste que habían terminado pero, encontré un trabajo que me alejo aun mas de ti sabes que me gustaba y que lo disfrutaba sin embargo el estar lejos nunca fue de gran agrado para mí, eso fue uno de los grandes motivos para buscar la especialidad y saber que a pesar de que otra vez iba a estar ausente dos o tres noches a la semana era solo una noche a diferencia de los largos meses que me había ausentado previamente, si no estuvieras a mi lado seria solo un especialista mas, pero a tu lado me convertí en un MEDICO FAMILIAR.

A mis hijos por soportar todos esos momentos donde debimos haber salido a jugar o a pasear y que me tuvieron la tolerancia y el amor para dejarme dormir porque estaba posguardia, a esas noches en las que el cuento para dormir se convertía en ronquidos a la mitad de la historia, a esos tormentosos días en los que mi cuerpo estaba tan desgastado y me enojaba por todo y que pese a todo solo me recibían con una sonrisa, por tantas cosas que pasaron en estos tres años y que aun sonrío conmigo en las mañanas solo queda decir los amo.

A mi abuelo Jorge Miranda por ser el motor que siempre demostró que no hay límites, que cuando se tiene la decisión de llegar a la meta se llega porque se llega, por enseñarme a mantener una disciplina en lo que hago a comportarme de forma correcta hacia mis semejantes, por demostrarme que nunca se está demasiado cansado para sonreír o para hacer una broma, porque nunca se está cansado para despertar a los hijos, para hacer el desayuno o para llevarlos a la escuela, por mostrarme que los hombres también lloran y se sienten mal a veces, por decirme “no todo está perdido Negrito, mañana saldrá el sol y será un nuevo día” “porque para cabrón.... Cabrón y medio” GRACIAS!!!!

A mi abuela María Eugenia que sin tu guía apoyo cariño y comprensión seguro estaria perdido, gracias por darme bases firmes y hacerme limpio, educado, cumplido, responsable GRACIAS!!!

A mi padre que a pesar de todo siempre estuvo en los peores momentos de mi vida, demostrándome que la familia es lo primero a pesar de que el mundo este en tu contra siempre contarás con tu familia, por enseñarme a sobrevivir en los ambientes más hostiles y educarme a ser autosuficiente, a ser valiente, justo, equitativo, ecuánime, pero antes que todo firme y conciso, que a pesar de creer que no lo lograría estuviste allí, GRACIAS!!!

A mi madre que con todos los problemas que acarreaba decidiste darme la oportunidad que necesitaba y que desde ese momento me has apoyado pese a las adversidades, a ti madre te agradezco el demostrarme que los individuos tienen la virtud de cambiar drásticamente y que no puedes apostar el todo en alguien más, que la perseverancia te lleva a alcanzar tus metas y que solo la fortaleza del espíritu te mantiene vivo, GRACIAS!!!

A mi tía Aida por todos los momentos en los que me has escuchado, que me has abrazado que has reído a mi lado pero sobre todo gracias..... Por los momentos donde me ayudaste a abrir los ojos, a mostrarme como la decisión de triunfar esta en nuestro interior, en apoyarme y decir “si puedes negrito, no dejes que te desanimen si tu quieres lo puedes lograr” gracias TANA....

A mi hermano..... por haberme dejado solo aquella noche, por no seguirme el juego, por haber sido mi apoyo en muchos momentos, pero también por dejarme solo en muchos otros, te agradezco hermano por tener un pensamiento opuesto al mío, que nunca cambie tu forma de ser ni tu manera de pensar, gracias de corazón porque me has ayudado a cambiar para mejorar.

A todos los pacientes que me han permitido entrar un poco en su vida, a los que me han gritado, a los que me han dado abrazos, a los que han llorado, a los que me han sonreído, a los que me han ignorado, a todos GRACIAS!!!

A todos mis compañeros que han sido parte esencial de este cambio a todos con quienes he compartido guardias, desvelos, hambres, malestares, frustraciones, problemas, etc, a mis R3 que con sus diferencias y particularidades me enseñaron a amar lo que hago, a mis R2 que con sus consejos me ayudaron a librar malos momentos, y a los actuales compañeros que me ha recordado el cómo ser un buen líder con sus opiniones, con sus disgustos, con sus retos, con todo simplemente con ser ustedes me enseñaron más de lo que yo les pude haber aportado, pero en especial a mi par, Sara Mabel por ser mi amiga más que mi compañera por saberme entender por compartir conmigo este momento de la vida donde logramos llegar al final con sus tragos amargos pero también con sus grandes e inolvidables momentos porque la amistad que forjamos continúe GRACIAS!!

A todos mis maestros, pero en especial a la Dra. Laura Sánchez quien me demostró con el día a día como es un verdadero médico familiar, como la sobrecarga de situaciones personales no debe interferir con la atención de los pacientes, como a pesar de un mal día siempre es necesario dar una sonrisa o una consulta extemporánea, porque me dio la oportunidad de cumplir mi meta pese a que muchos hubieran pensado que no lo lograría, por confiar en mí y por apoyarme en todo lo que necesite que durante estos tres años siempre pude acercarme a decirle el como yo me sentía, nunca pierda esa característica visceral que la hace única y que la hace una mujer admirable por recordarme que hay algo mas y que sus bondades es lo que nos mantiene sanos y trabajando GRACIAS Dra. Laura gracias por todo.....

Al Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas quien abrió mis ojos ante un mundo totalmente nuevo y desconocido para mí la “investigación” que como el bien sabe muchos no tenemos madera de investigadores, pero con su dedicación, paciencia, guía y apoyo se logra obtener lo mejor para la formación adecuada del médico especialista, que nunca cese su afán por enseñar Dr. Gracias por todas esas clases en el módulo de investigación que tantas cosas nuevas nos enseña a muchos, por esas tareas para realizarse en “una guardia aburrida” frase tan memorable que ahora entiendo, en un inicio cuando nos conocimos sus palabras, “que gusto que estés aquí echándole ganas” me dieron ese empuje que necesitaba para no ceder ante la tormenta que atravesaba, y saber que todos pasamos por cosas difíciles, y la forma de cómo enfrentarnos a las adversidades determina el camino que forjamos, GRACIAS!!!

A la Dra. Silvia Landgrave que me supo escuchar en mis momentos más pesados durante el proceso de la elección de tema de tesis dentro de la elaboración, el diseño, la estadística, la redacción que tanto trabajo me cuesta, pero que nunca se dio por vencida, supo orientarme, apoyarme, en los momentos en los que no veía el final del túnel y que por momentos me sentí desesperado, usted supo ayudarme, escucharme, entenderme, tenerme la paciencia suficiente, GRACIAS!! Dra. Silvia.

A los lectores de este trabajo donde puse mi dedicación, empeño y concentración obteniendo algo más que resultados numéricos ya que de cada participante aprendí que la investigación tiene sus grandes recompensas al ver los resultados obtenidos y que durante las entrevistas realizadas fui mejorando mi relación médico paciente. GRACIAS!!!

*“El maltrato de las personas mayores es
Una violación de los derechos humanos
Y una causa importante de lesiones,
Enfermedades, pérdida de productividad,
Aislamiento y desesperación.*

*“Enfrentarse al maltrato de personas
Mayores y reducirlo requiere un enfoque
Multisectorial y multidisciplinario.”*

Envejecimiento activo, Un marco político.

OMS, 2002

Detección de maltrato en el adulto mayor del módulo de Gerontología de la Clínica de Medicina Familiar

Gustavo A. Madero del ISSSTE

Miranda Villagómez Jorge, RIII MF, Ponce Rosas RE, Landgrave I. Silvia

Resumen:

Introducción:

El maltrato al que están expuestos los adultos mayores es un tema difícil de explorar, existen pocos instrumentos que pueden aplicarse durante la consulta médico familiar. Este profesional tiene un lugar privilegiado para realizar el interrogatorio por la relación médico paciente que establece durante la consulta, pudiendo explorar también las interacciones que entre los elementos se desarrollan.

Objetivo:

Identificar tipo de maltrato, género más vulnerable en los adultos mayores y la asociación con el colapso del cuidador y depresión en el módulo de gerontología de la CMF Gustavo A. Madero, de febrero-marzo 2014.

Metodología:

Estudio: descriptivo, transversal, observacional. Se aplicó la cedula diseñada con 3 secciones y dos cuestionarios a 160 pacientes mayores de 60 años seleccionados de forma no aleatoria, distribución de datos no paramétrica, con nivel de confianza 95%, $q=0.25$ $p=0.75$, $e:7\%$.

Resultados:

El promedio de edad fue 74 años con mínima de 61 máxima de 98, predomino el género femenino 77.7%. 85% de los pacientes reconoció algún tipo de maltrato. 5% reconocen maltrato físico, 12.1% maltrato psicológico, 5% maltrato por negligencia y 58.5% maltrato por abandono, se identificó que el 77.7% presentan un grado de depresión, y con la escala de Zarit se detectó un 30.6% de los cuidadores tuvieron colapso del cuidador.

Conclusiones:

Se corrobora la presencia de maltrato, reconocida por el adulto mayor, predominando el maltrato por abandono, no se logró establecer asociación entre la depresión y el colapso de cuidador primario. Se identificó que el género con mayor labilidad a padecer esta situación es el femenino, se evidencio la utilidad de la aplicación de la escala de la AMA durante la consulta institucional, como método de cribado para detectar maltrato en el adulto mayor.

Palabras clave: Maltrato, cuidador primario, depresión, envejecimiento social.

Introducción:

Siendo inminente la inversión en la pirámide poblacional, surgen diferentes cambios para los cuales socialmente aún no están preparados los gobiernos, uno de ellos son los espacios arquitectónica y urbanamente adecuados para lograr la inclusión total del adulto mayor. Un factor no previsto y que afecta la economía social es la temprana jubilación de los individuos aun funcionales, en donde gracias a los avances tecnológicos y médicos el incremento en la esperanza de vida se ve reflejado en una mayor población, pero además, también se suma la disminución en la tasa de natalidad provocada por los cambios socioculturales en los que se encuentra inmersa la población y aunado a eso los cambios geográficos en donde las zonas urbanas se encuentran sobrepobladas con alta demanda de empleos y poca oferta de los mismos.

Los grupos poblacionales jóvenes tiene una difícil transición ante el acelerado crecimiento de las tecnologías, la gran competencia y profesionalización de las diferente áreas, lo que puede provocar largas jornadas laborales o periodos de traslado prolongados a sus centros de trabajo situación que minimiza la atención a la familia; lo que puede llegar a provocar sensación de sobrecarga si alguno de los padres es dependiente de cuidados o atenciones especiales, este rol socialmente se asigna a un miembro de la familia, estos individuos llegan a percibir sobrecarga al sentirse presionados por cumplir con el compromiso y al no recibir apoyo de los demás miembros de la familia, quienes en ocasiones no tienen los recursos financieros para apoyar al miembro cuidador o las mismas ocupaciones los imposibilitan para ser participantes activos en el cuidado del adulto mayor; dichos acontecimientos pueden desencadenar un síndrome conocido como “colapso del cuidador” donde el individuo responsable de brindar los cuidados al paciente presenta deterioro físico y principalmente emocional, derivado de las funciones que lleva a cabo en favor del paciente vulnerable o dependiente, mismo suceso que se ha detectado como factor de vulnerabilidad para maltrato.

Los cambios socioculturales provocan que los adultos mayores se conviertan en un sector aislado de la sociedad, ya que llegan a ser percibidos como un miembro poco útil dentro del sistema familiar y que es dependiente de cuidados específicos o atenciones especiales y poco cooperador con las actividades diarias, provocando en el individuo sensaciones ambivalentes que lo pueden llevar a la depresión, se puede percibir como irritabilidad, enojo, poco interés por los demás, desapego a las actividades de los demás miembros de la familia, poco cuidado del individuo misma situación que se ha relacionado con la existencia de maltrato, razones por las cuales se investigara en este trabajo la prevalencia y posible relación de dichas situaciones.

Marco teórico:

El instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en su último censo nacional de 2010 revela una población total en México de 112, 336, 538 de los cuales 57, 481, 307 son mujeres y 54, 855, 231 son hombres mismos en los que el 9.1% es la población mayor de 60 años representando 10, 222, 624.96 habitantes de la tercera edad en la república mexicana¹.

De los cuales un total de 8, 851, 080 habitantes del Distrito Federal divididos en 4,617, 297 mujeres y 4, 233, 783 hombres, y en la delegación Gustavo A. Madero habitan 1, 185, 772 divididos en 614,539 mujeres y 571, 233 hombres.

Comparando el censo de 2010 con el de 2007 se puede observar la evidente disminución en el número de nacimientos y el aumento de la población adulta, en este es discreta esta tendencia pero la inversión de la pirámide es evidente, como se ha dado en sociedades occidentales donde se observa el envejecimiento demográfico y con este cambio es necesario planear, diseñar e implementar técnicas para lograr la detección de problemas biológicos,, sociales y psicológicos por parte del primer nivel de atención de problemas biológicos con el enfoque del médico familiar para detectar situaciones adversas que pueden llegar a existir en el núcleo social del cual el individuo de la tercera edad es parte fundamental.

Dentro del ciclo vital biológico se contemplan tres etapas básicas:

- **nacer** en donde el cuerpo se encuentra lleno de vigor pero con poca fuerza, poca maduración mental, poca claridad de pensamiento y el ser se enfoca únicamente en satisfacer sus necesidades primarias, jugando un rol determinante su entorno y su familia.
- **crecer** que también es un periodo muy importante ya que el individuo enfrenta muchos cambios dentro de los cuales requiere de fuertes bases para lograr superar dicha etapa exitosamente.

¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo nacional de población y vivienda. (INEGI,2010)

- **envejecer** que es la última etapa del individuo donde se enfrenta al deterioro de sus funciones y afronta cambios sociales, que en ocasiones lo limitan, y dichos cambios lo vuelven vulnerable a su entorno.

Los cambios biológicos, psicológicos, y sociales que enfrenta el adulto mayor son el motivo de la realización de este estudio, ya que debido a la disminución progresiva de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida se convertirán en un grupo dominante de la sociedad y el médico de primer nivel debe contar con el bagaje de información para la detección oportuna de los padecimientos que afectan a este grupo etario, sin embargo el enfoque biológico de la medicina tradicional limita el conocimiento a identificar un problema aun mayor, el maltrato mismo que puede ser detectado o percibido en la consulta del primer nivel de atención, dejando al médico familiar una posición privilegiada para ofrecer un mejor panorama de vida en esta parte del ciclo vital, ya que si se sospecha o se detecta desde el primer nivel de atención el maltrato reduciría los costos económicos y sociales que provoca, previniendo hospitalizaciones prolongadas o innecesarias mismas que pueden ser provocadas por falta de atención al adulto mayor.

En la última mitad del siglo pasado es cuando aumenta considerablemente el grado de sensibilidad social por el fenómeno de la violencia, y es precisamente bajo esta circunstancia, que el maltrato a personas adultas mayores adquiere reconocimiento como problema social por parte de la comunidad internacional. Considerado inicialmente como un problema de bienestar social y luego como un tema relacionado con el envejecimiento, el maltrato a personas adultas mayores y otras formas de violencia doméstica se han convertido en cuestiones vinculadas con la salud pública y la justicia penal. El creciente interés que se ha dado en los últimos años hacia este fenómeno, tiene que ver, principalmente, por su interrelación con tres aspectos: por un lado, el progresivo envejecimiento de las poblaciones; por otro, la creciente sensibilización respecto de los derechos humanos de hombres y mujeres y, por último, la necesidad de acabar con las inequidades

de género que se manifiestan de manera importante en el conjunto de la población. Derivado de ello, surge de manera alterna la necesidad de que los gobiernos se comprometan a diseñar y ejecutar medidas para enfrentar los retos que plantea el envejecimiento.

A nivel internacional el reconocimiento del envejecimiento poblacional tanto en los países desarrollados como en desarrollo, motivó la realización de una serie de acciones en favor de este sector de la población. En este sentido, se celebró en 1982 la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena, Austria. En esta asamblea se discutió de manera central:

- La problemática que enfrentan las personas de edad
- Las consecuencias del envejecimiento de la población; las tendencias demográficas
- Los cambios producidos como consecuencia del aumento de la proporción de las personas de edad avanzada
- La manera en que esta situación influye sobre los sistemas socioeconómicos de diferentes países
- Las consecuencias de esos cambios
- Las transformaciones previsibles para los próximos decenios.

“Asimismo, en esta asamblea se aprobó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, en el que se definían los derechos de las personas de edad. En el año 2002 se llevó a cabo la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Madrid y en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, se señalaron dos nuevas esferas que exigían la adopción de medidas urgentes, a saber: las personas de edad y el VIH/SIDA, y el maltrato de las personas de edad en todo el mundo.

El aumento del número de las personas adultas mayores ha provocado intensos debates públicos sobre temas como costos de seguridad social, atención de la salud e inversión educativa”.²

Es importante reconocer que una gran mayoría de personas adultas mayores entre los 60 y los 79 años de edad son independientes y con autonomía pero con la necesidad de recibir apoyos para que continúen desenvolviéndose dentro de la sociedad y en su comunidad y contribuyan al desarrollo del país considerando sus conocimientos y experiencia.

² Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Modelos de atención gerontológica. (INAPAM,2002)

El envejecimiento demográfico desde las múltiples ópticas en que puede abordarse, constituye uno de los principales problemas del presente siglo, se está pasando por una transición hacia sociedades envejecidas, donde el porcentaje de adultos mayores se duplicará hasta representar más de la quinta parte de la población mundial para el año 2050. Este proceso en los países en vías de desarrollo como México ha sido más rápido de lo que sucedió en los países europeos.

Los desafíos planteados por el envejecimiento son diferentes en cada país, dependen del volumen de la población anciana y de sus políticas sociales, pero en todos los casos la competencia y la solidaridad entre generaciones constituyen una realidad de las sociedades contemporáneas.

Síndrome de fragilidad

El envejecimiento humano es un proceso que se caracteriza por la pérdida progresiva de las capacidades físicas y cognitivas, y el mantener la independencia funcional hasta el final de la vida ha sido la meta más ambiciosa de la geriatría³.

El concepto de fragilidad fue recientemente acuñado y busca describir ese proceso que enfrenta el paciente anciano en el que el deterioro de las capacidades físicas y mentales provoca estragos socio dinámicos que afectan sus interacciones y repercuten en su entorno, se refiere como el agotamiento de las reservas homeostáticas del paciente que lo hace tener poca flexibilidad a los cambios que enfrenta así como poca tolerancia al estrés.

Para la Iniciativa Canadiense sobre la fragilidad y el envejecimiento, la fragilidad es parte de un continuo asociado a la edad avanzada y que actúa, sobre el plano biológico, en la deficiencia de diversos sistemas: endocrino, cardiovascular, músculo-esquelético, inmunológico y nervioso.

El envejecimiento es un proceso de deterioro celular en el que se pierden funciones básicas que repercuten en las funciones de la vida diaria de los

³ José Alberto Ávila-Funes, Sara Aguilar-Navarro. El síndrome de fragilidad en el adulto mayor, Departamento de salud pública, Facultad de Medicina 2007

individuos provocando una dependencia física y emocional que limita el desarrollo del individuo, la fragilidad es un proceso poco estudiado y sin parámetros bien establecidos pero se ha identificado su existencia y es la explicación al deterioro que se enfrenta el organismo y sus repercusiones biológicas.

En México el 25 de junio de 1999 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la NOM 167⁴ donde se establece la prestación de servicios de asistencia para menores y adultos mayores, dentro de la cual el tema que se aborda es únicamente el abandono, siendo este solo una de las modalidades de maltrato, dejando de lado otro tipo de maltrato, centrándose en la detección de padecimientos físicos o mentales pero, la NOM no define acciones a seguir en caso de maltrato, y menos aún en aquellos en los que el anciano se ve maltratado por el cuidador primario que en este caso puede ser un miembro familiar o una persona dedicada exclusivamente al cuidado del adulto. La Guía de Práctica Clínica 057⁵ del IMSS es la herramienta útil que orienta al médico de primer contacto en caso de diagnosticar algún tipo de maltrato que puede presentarse en este grupo etario y además sugiere la aplicación de 6 cuestionarios muy largos con 150 ítems y no considera el tiempo necesario para su aplicación, lo que institucionalmente es poco viable dentro del tiempo de la consulta médica, y la explicación del procedimiento así como su llenado, ya que como mínimo se ocupan 2 hrs. 40 min para la resolución de dichos cuestionarios.

Por este motivo se han desarrollado diferentes instrumentos para la detección de maltrato. En México se han realizado estudios por algunos grupos del equipo de salud como es el caso de las enfermeras del IMSS en Monterrey, quienes aplicaron el instrumento de evaluación para el anciano (EAI), mismo que fue validado en población mexicana, posterior a su traducción al castellano y que presenta un diseño de fácil aplicación para la consulta diaria constituido por 7 secciones a explorar, en los que se incluye, (evaluación general, indicadores de abuso, indicadores de negligencia,

⁴ Norma Oficial Mexicana, Secretaría de Salud. Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores (NOM167, SSA1-1997)

⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social, Guía de Práctica Clínica 057 Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor, en el primer nivel de atención. (GPC IMSS 057)

indicadores de explotación, indicadores de abandono, resumen, y comentarios al respecto de lo explorado).

La American Medical Association (AMA) y la Canadian Task Force (CTK) desarrollaron una encuesta, que orienta de forma objetiva sobre la posibilidad de que el adulto mayor perciba algún tipo de maltrato, el cuestionario cuenta con 9 ítems, con una escala de Likert de 2 opciones de respuesta, contando como 1 punto en caso que se conteste de forma afirmativa, dichas preguntas interrogan los principales tipos de maltrato percibidos por el adulto mayor, siendo esta escala utilizada en diferentes países mostrando un alto índice de efectividad para la detección de maltrato sin embargo esta escala orienta a percibir la posibilidad de maltrato siendo esto la forma de poder realizar una intervención adecuada o detectando de forma temprana este problema social.

En investigaciones previas se ha demostrado que el principal agresor es el cuidador primario que puede ser un miembro de la familia (esposa, hijos, nietos, nuera) o bien una persona externa al núcleo familiar. Estos sujetos dependiendo del tiempo que tienen de desempeñar la actividad de cuidador pueden sufrir trastornos afectivos, emocionales, económicos y sociales.

DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR:

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad.

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad.

En 1990 se ubicó como la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial, proyecciones en el 2020 la ubican como la segunda causa solo detrás de las enfermedades isquémicas.⁶

El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico degenerativas incapacitantes como lo es la diabetes mellitus e hipertensión arterial.

El 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión lo más frecuente, la incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 36% en la valoración de consulta externa y se incrementa al 40% en el egreso del paciente hospitalizado.

Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en comunidad, entre el 10-20% de los hospitalizados del 15-35% que viven en asilos, y el 40% de aquellos que presentan múltiples comorbilidades, dentro de estas destaca la enfermedad cerebrovascular que se asocia entre el 18-61% siendo más frecuente durante los primeros 6 meses, la depresión puede llegar a presentarse en las etapas iniciales de la demencia.

La depresión contribuye a elevar la morbimortalidad, disminuyendo la calidad de vida e incrementando los costos de los cuidados.

A pesar de que existe una mayor conciencia pública de la depresión y una gran variedad de tratamientos eficaces la depresión en el adulto mayor sigue siendo poco reconocida y mucho menos tratada, es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico.

Es importante mencionar que la depresión del adulto mayor difiere en la depresión del adulto, ya que la tristeza es uno de los síntomas menos comunes, en cambio la somatización, la irritabilidad, insomnio, abatimiento funcional, y alteraciones cognoscitivas llegan a ser los más frecuentes, la presentación atípica de la depresión en el adulto mayor es uno de los

⁶ Organización mundial de la Salud. La Depresión nota descriptiva 369. (OMS,2012)

factores determinante en que esta patología sea sub diagnosticada, y/o subtratada.

“la depresión es parte esencial del envejecimiento”

Ante esta situación trascendente, es necesario que el médico de primer contacto cuente con una evaluación útil y sencilla, que pueda orientar para identificar de forma temprana este trastorno, y así poder otorgar un tratamiento oportuno, evitar la discapacidad, y complicaciones asociadas a esta enfermedad recientemente catalogada como parte del síndrome geriátrico por su bidireccionalidad en el entorno biopsicosocial del paciente.

Dentro de la identificación del paciente en el que se sospecha depresión se debe explorar si existe:

Factores predisponentes de depresión y pueden ser ambientales o circunstanciales.

- Problemas relacionados con la familia.
- Enfermedades somáticas propias.
- Problemas relacionados con el ambiente social.
- Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez.
- Problemas relacionados con la economía familiar y la vivienda.
- Problemas relacionados con el empleo y desempleo.
- Problemas relacionados con hechos legales.

Depresión relacionada a problemas con la familia.

- Muerte de un miembro de la familia.
- Problemas de salud dentro de la familia.
- Conflictos entre esposos o pareja.

- Discordia familiar sin especificación.
- Ausencia de un miembro de la familia.
- Soporte familiar inadecuado.
- Rotura familiar, separación o divorcio.
- Otros problemas familiares inespecíficos.
- Familiar dependiente que requiere cuidados.

Tomando en cuenta estas vertientes y factores llama la atención que la familia juega un procesó fundamental para el desarrollo de depresión en el adulto mayor razón por lo cual es importante abordar y explorar esta área, en los pacientes que se sospecha de maltrato debemos explorar la presencia de depresión ya que esta situación puede ser condicionante de maltrato por la forma de presentación atípica de la depresión del adulto mayor, donde el adulto mayor se presenta agresivo y renuente a los tratamiento dados por los familiares lo que puede causar disputas en el núcleo familiar, debemos tomar en cuenta el punto de ciclo vital personal y familiar en la que se encuentra cada uno de los miembros, ya que puede ser determinante de depresión si el paciente se encuentra en una época de crisis normativa o para normativa, debemos tomar en cuenta el entorno sociocultural y económico que se encuentra el adulto mayor ya que las situaciones económicas adversas pueden llevar a hacerlos proclives a maltrato o a colapso del cuidador primario.

Es importante resaltar que para la detección y severidad de los casos de depresión existen los criterios del DSM IV-R, pero como sucede en la mayoría de los cuestionarios no se orienta hacia el adulto mayor, ya que se ha demostrado que este grupo de personas manifiestan la sintomatología de forma diferente; donde los síntomas predominantes pueden ser irritabilidad, agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa y de la resolución de problemas, deterioro del autocuidado, abuso del alcohol y otras sustancias, aislamiento social, culpa

excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones, discordia marital, son algunos de los elementos a considerar para pensar que el paciente adulto mayor pueda presentar depresión⁷.

La herramienta que tiene el médico familiar para confirmar su sospecha de depresión en el adulto mayor es la encuesta de Yesavage que está diseñada para este grupo de pacientes y su lenguaje es simple, con preguntas directas, de fácil comprensión, consta de 15 ítems que tienen sólo dos opciones de respuesta afirmativa o negativamente; la escala que explora datos de depresión propios del adulto mayor, interrogando formas de percibir su entorno y haciendo una exploración superficial pero útil de las interacciones sociales del paciente, y de la forma de resolución de conflictos.

Historia de Yesavage

Los criterios propuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su cuarta versión revisada (DSM-IV-TR), constituyen la norma ideal para el diagnóstico de depresión mayor. No obstante, en los últimos 40 años se han utilizado otros instrumentos para la detección de la depresión, como la escala de auto-evaluación de Zung, la escala de depresión de Hamilton, o el inventario de depresión de Beck⁸. Sin embargo, ninguno tiene ni la sensibilidad ni la especificidad adecuadas para hacerlos válidos y confiables en el diagnóstico de depresión del anciano.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) apareció en 1982 como respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección. Desde su versión original de 30 reactivos, la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (valores alfa entre 0.80 - 0.95), y distintos tipos de validez. Las versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado su validez y confiabilidad. La EDG ha sido sometida a diversas validaciones transculturales incluyendo el español para españoles, y el español para mexicoamericanos. De esta forma, la EDG se ha convertido, probablemente, en el instrumento de tamiz más utilizado. Sin embargo, una de sus limitantes es que no incluye

⁷ GPC IMSS 057 Actualización 2013, Detección y manejo de Maltrato en adulto mayor.

⁸ GPC IMSS 057 actualización 2013. Detección y manejo de maltrato en el adulto mayor. (IMSS-SSA 057)

de manera sistemática todos los criterios que el estándar de oro actual establece, probablemente debido a que este instrumento de tamiz se creó antes que los criterios del DSM IV; por esta razón, la actualización y revisión de sus diferentes versiones y traducciones constituye un reto. Y una necesidad que queda abierta para líneas posteriores de investigación.

A la fecha, no existen estudios que determinen de manera certera la prevalencia de depresión en la población mexicana. Para lograrlo, es necesario el desarrollo de instrumentos válidos y confiables en la detección de esa enfermedad. Y si bien en la práctica es casi imposible que una medición sea perfecta, generalmente se busca que el grado de error se mantenga lo más posible reducido.

LA FAMILIA:

La familia juega un rol básico en la conformación de la identidad y de la formación de valores, se identifica a la familia como el núcleo de las sociedades, se encuentra en constante modificación ya que cada uno de sus elementos se encuentran en diferente estadio de evolución lo que enriquece el sistema, teniendo como base las relaciones afectivas entre sus miembros, dentro de este estudio se investiga la composición familiar para lo cual se asigna la clasificación básica en base a composición contando como familiar nuclear aquella que se encuentra conformada por el padre, la madre y los hijos sean biológicos o adoptivos, nuclear extensa aquella familia que cuenta en su conformación al padre, la madre y los hijos casados sin que estos cuenten con hijos, familia nuclear extensa compuesta aquella familia en la que se incluye al padre, la madre, los hijos en matrimonio y que estos últimos tengan hijos que estarían representados por lo nietos dentro de la vivienda familiar, sin omitir mencionar que esta clasificación es usada únicamente para fines de este estudio comprendiendo que la clasificación original menciona: familia nuclear compuesta por padre, madre, hijos familia extensa padre, madre, hijos y un consanguíneo, y extensa compuesta aquella que cuenta con padre, madre, hijos y un afín⁹, pero al no existir una clasificación

⁹ Apolinar Membrillo, Rubén Quiroz, Et all. La Familia, clasificación de la familia.

que diferencie entre el tipo de familia con nietos que cohabitan con los abuelos en la casa de estos o de los padres se optó por clasificar de dicha manera.

Colapso del cuidador:

Se decidió incluir el tema de colapso del cuidador primario, como parte del síndrome geriátrico de maltrato, situación que tiene repercusiones biológicas, psicológicas y sociales, debido a que la incapacidad y dependencia que puede tener la gente anciana aumenta los problemas de hospitalización, problemas de inmovilidad, depresión, y tantos otros que se obliga al núcleo familiar a tomar la decisión de designar a uno de los miembros como responsable de los cuidados y atenciones que requiere este paciente.

En México, la familia es el sistema de apoyo social más importante y muchas veces el único, este sistema proporciona apoyo emocional, económico, toma de decisiones y asistencia instrumental cuando llega a ser necesario, el cuidado y la preocupación surgen de compromisos emocionales sólidos basados en valores culturales, con un sentido de solidaridad familiar, y conciencia de grupo que buscan el bienestar de sus miembros, existen autores que señalan que el papel de una familia con una persona mayor se intensifica cuando este presenta una invalidez o enfermedad crónica.

La capacidad de respuesta a enfrentar los grandes cambios en la vida diaria varían de una familia a otra y pueden verse influenciados por el entorno la relación propia entre cada uno de los subsistemas familiares, el momento histórico de cada individuo y de la familia como sistema, todo esto puede llegar a verse en contra o a favor de la resolución de la crisis en la familia.

Aunque el cuidado no es una enfermedad en sí, es un problema de la vida que requiere adaptación, siendo de tal complejidad que el profesional de la salud debe tener el conocimiento a profundidad de dicha situación y lograr la empatía con sus pacientes geriátricos y con el entorno familiar.

En las grandes ciudades las condiciones de vida y trabajo han impuesto un nuevo estilo de vida cada vez más deshumanizado, en las familias nucleares

las condiciones de vivienda se limitan a espacios para una sola generación, las distancias entre los domicilios de los hijos adultos y los padres envejecidos son muy grandes, a esto se suma la incorporación de la mujer al mercado laboral para mejorar el ingreso familiar esto ha provocado que se exija la participación total de la mujer lo que dificulta la atención a los miembros de la familia y esto provoca cambios para reorganizar la vida familiar y personal pero también requiere cambios para apoyar en ciertas tareas como las compras, pagos, manejo de las finanzas, transportación al médico, labores dentro del hogar y si fuera el caso cuidados especiales al adulto mayor cuando presentan una o más enfermedades crónicas e invalidantes. En otros casos los cambios deben ser drásticos, hay que mudar a los padres envejecidos a la casa de los hijos o viceversa, las familias pequeñas como las que recientemente conforman la mayoría de la sociedad cuentan con menos integrantes para hacerse cargo de una invalidez.

Por situaciones culturales y sociales a la mujer se le ha designado el papel o la función de cuidadora que parece algo natural. En este caso las hijas son las designadas para desempeñar el papel de cuidadoras y debido a las múltiples ocupaciones impuestas por la vida moderna se suman nuevas responsabilidades de cuidar a uno de los padres envejecidos o a ambos, la exigua economía que no da para satisfacer las necesidades básicas del grupo primario y que se tienen que erogar los nuevos gastos que demandan los pacientes con padecimientos crónicos o enfermedades que causan alguna discapacidad contribuye a que la vida de estos enfermos y sus cuidadores sea complicada; por lo que es necesario dar apoyo a los cuidadores para evitar que su salud se deteriore ya que si no la reciben están en peligro de perder la salud o la vida lo que provocaría que se suscitara algo a lo que más le temen dejar al anciano en desamparo.

La población envejecida puede llegar a sentirse como un miembro del sistema familiar poco útil, o se considera una carga y muchas otras se consideran incluso un estorbo, lo que puede llegar a ser percibido como marginación.

Únicamente el 10% de la población vieja cuentan con una pensión o jubilación por lo que los hijos suelen representar en su mayoría el sostén más importante de los viejos en situación de dependencia.

Un cuidador puede sufrir impacto en las esferas:

- Social.- La dependencia de uno de los miembros de la familia puede alterar el ritmo habitual de nuestras vidas, toda la atención del sistema se centra en el enfermo, lo que provoca descuido hacia otros miembros de la familia.
- Económico.- la dependencia o los tratamientos crónicos pueden repercutir de forma importante al ingreso y distribución de los recursos monetarios misma situación que llega a provocar la institucionalización del anciano con el fin de disminuir los costos generados por este.
- Emocional.- en el momento que el paciente se convierte en un individuo dependiente el cuidador inicia un proceso de centralización de la atención llegando a descuidarse el mismo anteponiendo las necesidades del anciano y descuidándose a sí mismo, situación que aumenta si el cuidador no cuenta con un interlocutor que lo escuche cuando se encuentra molesto además el observar el deterioro físico, mental de un elemento familiar causa deterioro emocional por sí mismo.
- Físico.- la movilización del enfermo puede tener gran impacto en el cuidador se este es de menor tamaño y menor fuerza, es frecuente que el cuidador presente pérdida del apetito y perdida de sueño debido al estrés al cual se encuentra por el cambio que representa el familiar anciano dependiente.

Cuando el cuidador presenta datos de colapso el médico debe ser hábil para poder intervenir, sin embargo debido a que el centro de atención es el adulto mayor, la figura del cuidador puede ser minimizada o poco tomada en cuenta por lo que el profesional de la salud está capacitado para intervenir en las relaciones familiares y así poder realizar una intervención de tipo asesoría

individual o familiar, con el objetivo de establecer redes de apoyo a las cuales puede recurrir el cuidador.

Historia Zaritt

Cuidador se define como la persona, habitualmente un familiar directo, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente necesita, y puede ser o no incapaz de auto sustentarse.

Asumir el rol de cuidador no es inocuo. Es posible desarrollar un fenómeno de “sobrecarga” por la tarea asumida, conjugando diversas variables: 1) Desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; 2) Deterioro familiar, relacionadas a dinámicas culposas, rabiosas y manipuladoras; 3) Ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes.

Una mayor sobrecarga deteriora la salud mental, social y física del cuidador, presentando con mayor frecuencia trastornos ansioso-depresivos, mayor aislamiento social, empeoramiento de la situación económica familiar, mayor morbilidad general e incluso mayor mortalidad, que en población comparable no sobrecargada.

Además, el cuidador tiende a no buscar ayuda médica, postergándose y priorizando los problemas de su familiar dependiente, manteniendo la mayoría de sus propias patologías sin diagnosticar, tornándose casi “invisible” para el sistema de salud. Esto hace necesario evaluar esta situación en nuestro país.

Diversas validaciones demuestran que la escala de Zaritt reporta Valores en Alpha de Cronbach mayores a 0,75 son considerados como alta consistencia interna. Valores en Pearson mayores a 0,5 con $p < 0,05$ traducen una correlación fuerte entre ambas variables. Valores en CCI y Kappa mayores a 0,6 son considerados como acuerdo sustancial entre dos evaluaciones, y mayores a 0,8 como acuerdo casi perfecto entre dos evaluaciones. Intervalo de confianza de 95%. Rango de Kappa obtenido al evaluar independientemente cada uno de los 22 indicadores. Rango de Kappa obtenido al evaluar independientemente cada uno de los 7 indicadores.

Situación que permite su utilización en este estudio para identificar colapso de cuidador primario.

Planteamiento del problema:

A medida que se incrementa el promedio de vida de la población el porcentaje de adultos mayores aumenta aceleradamente. El maltrato a personas de edad avanzada es un problema mucho más complejo y de mayor alcance que lo percibido. Aunque ciertamente, la mayor parte de los casos son de carácter doméstico, cometidos por familiares cercanos, tales como el cónyuge o un hijo adulto. Los paradigmas relacionados con la vejez, hacen del adulto mayor un ser vulnerable al maltrato y al abuso debido, a la dependencia de otro ser, para cumplir sus actividades diarias ya sea por deterioro físico o cognitivo, requiriendo cuidados específicos, presentando también labilidad emocional acentuada principalmente por la poca relación con el entorno y el distanciamiento con los familiares lo que llega a provocar depresión, situación clínica que se ha asociado a maltrato.

Mediante una encuesta realizada en 2006 por parte del GDF¹⁰ en donde se demuestra que la delegación Gustavo A Madero ocupa el 7 lugar en incidencia de maltrato hacia las personas mayores de 60 años afectando un 11.7% de dicha población. Ante dicha situación surge una gran interrogante.

¿Existe un instrumento útil y sencillo que pueda usar el médico familiar durante la consulta para detectar maltrato en el adulto mayor?

¹⁰ Martha Liliana Giraldo Rodríguez, Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores, (EMPAM 2006)

Justificación:

El tema del adulto mayor ha adquirido gran relevancia en México en los últimos años, lo que tiene directa relación con el progresivo envejecimiento social, la inminente inversión de la pirámide poblacional, el incremento en la esperanza de vida, la disminución de la tasa de natalidad situaciones que se hacen evidentes en el más reciente Censo poblacional realizado por el INEGI 2010 donde reportan una población total en México de 112, 336, 538 de los cuales 57, 481, 307 son mujeres y 54, 855, 231 son hombres mismos en los que el 9.1% es la población mayor de 60 años representando 10, 222, 624.96 habitantes de la tercera edad en la república mexicana¹¹.

Dentro de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero ISSSTE” se tiene registrados 7893 adultos mayores y basados en los resultados de la Encuesta de Maltrato a Personas Adultas Mayores realizada en 2006 donde reporta que la Delegación Gustavo A. Madero del DF ocupa a nivel D.F. el séptimo lugar en casos de maltrato hacia el adulto mayor se plantea la posibilidad que en la población a nuestro cargo pudiera existir maltrato hacia el adulto mayor y que esta situación este pasando desapercibida, o sea subdiagnosticada.

Esto ha llevado a la necesidad de diseñar políticas sociales enfocadas a dicho grupo etario, y que si bien han existido siempre, sólo ahora se manifiestan en toda su magnitud, dentro del moduló de Gerontología se cuenta con un mayor tiempo al momento de la consulta institucional siendo un espacio conocido por los adultos mayores permite la exploración detallada en el caso de sospecha de maltrato, sin embargo con la aplicación de este estudio se explorara la percepción sobre el maltrato que presentan los pacientes cautivos en dicho servicio, aplicando de forma simultanea un test para detección de depresión al ser este un factor detectado en otras investigaciones sobre este tema, dentro de investigaciones previas se comenta que el principal agresor hacia el adulto mayor es un familiar directo, pudiendo ser el cuidador primario situación que se explora mediante la

¹¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo nacional de población y vivienda. (INEGI,2010)

aplicación de la escala de Zarit dando al médico familiar un enfoque sistémico de la situación que vive el adulto mayor.

También se podrá identificar el riesgo al que se enfrentan los pacientes gerontológicos en casa ya que al identificar un caso de maltrato se puede llevar a cabo la intervención adecuada.

Se sabe de antemano que al ser un tema de difícil exploración tiende a verse sesgado por el temor que puede presentar el afectado, o las implicaciones sociales que esta situación conlleva por lo que se requiere una efectiva relación médico paciente para lograr la exploración adecuada.

Objetivo General:

- Detectar la existencia e incidencia de maltrato hacia el adulto mayor en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE.

Objetivo específicos:

- Identificar el tipo de maltrato que prevalece en los pacientes encuestados.
- Identificar adulto mayor con datos de depresión.
- Identificar el grupo de edad que presente mayor incidencia en el problema.
- Identificar el género que presenta mayor afección.
- Clasificar la tipología familiar de los pacientes encuestados.
- Identificar el colapso del cuidador.
- Identificar la asociación, sin causa efecto, de maltrato y depresión en esta población

Hipótesis:

Debido a que este es un estudio descriptivo no se plantea hipótesis.

Material y métodos

Tipo de estudio:

- Estudio descriptivo, transversal, observacional.
- Diseño del estudio:

Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero ISSSTE.

Autorización del comité de ética e investigación de la delegación regional zona norte del ISSSTE.

Módulo de gerontología de la CMF. GAM con apoyo del módulo de apoyo funcional.

Población N: 7983 derechohabientes mayores de 60 años calculo en base a Confianza del 95% e: 7% q: 0.25 resultando una muestra de 150 pacientes.

Aplicación del instrumento propuesto por la AMA, aplicación posterior de la escala de Yesavage en un ambiente privado tranquilo.

Aplicación de la escala de Zaritt al cuidador primario.

En el caso de detectar la probable existencia de maltrato se realiza referencia al módulo de psicología, trabajo social y se da aviso a la Gerontóloga.

En caso de detectar depresión se realiza referencia a trabajo social y psicología.

En el caso de detectar probable colapso del cuidador primario se da aviso a trabajo social, a psicología y se solicita el apoyo del módulo de activación física para planeación de actividades.

Estructuración de la base de datos en el sistema SPSS V18.

Análisis de datos estadísticos obtenidos, aplicación de métodos estadísticos a datos obtenidos.

Redacción del análisis de resultados.

Redacción de la discusión de resultados.

Población lugar y tiempo:

- Adultos mayores derechohabientes del módulo de geriatría en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero ISSSTE. En el periodo de febrero marzo 2014.

Muestra:

Tipo de muestra no aleatoria, no representativa

Tipo de muestra y tamaño

- Tamaño de la muestra calculado en base a una población de N: 7893 derechohabientes mayores de 60 años con una confianza al Z: 95% q: 0.25 P: 0.75 e: 7% resulta una n: 150.

Criterios de selección***Criterios de inclusión:***

- Pacientes pertenecientes al módulo de gerontología de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A Madero”.
- Adultos mayores de 60 años
- Sexo indistinto
- Ambos turnos
- Disponibilidad de tiempo para colaborar con la entrevista.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no lleven control regular por parte del médico familiar.
- Pacientes en tratamiento psiquiátrico o con alguna discapacidad.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio

Criterios de eliminación:

- Que el paciente decida abandonar el estudio en cualquier momento.
- Que el paciente refiera incomodidad por el interrogatorio realizado.

Variables

- Definición conceptual y operativa de las variables.
- **Adulto mayor:** toda persona que tiene 60 años cumplidos con o sin comorbilidades
- **Maltrato:** definición de la OMS “El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana.” Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión.
- **Envejecimiento demográfico:** se refiere al aumento de personas de edad avanzada dentro de la estructura poblacional, este proceso se determina principalmente por la disminución de las tasas de fecundidad (nacimientos) y en segundo lugar por la disminución de las tasas de mortalidad (defunciones).
- **Depresión:** Es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad.
- **Fragilidad:** síndrome que conjunta deterioro físico abatimiento funcional y dependencia del individuo, mismo que afecta también el área emocional del individuo, lo que provoca un síndrome de retroalimentación negativa.
- La fragilidad es un concepto relativamente nuevo, el cual describe a un síndrome, producto de la disminución en la reserva homeostática y de la resistencia propia del individuo frente al estrés.
- **Maltrato por abandono:** es el desamparo de un adulto mayor por parte de la persona que ha asumido la responsabilidad de proporcionarle cuidados, o bien por parte de la persona a cargo de su custodia, esto incluye el abandono de las instituciones asistenciales.

- **Maltrato por negligencia:** conducta que amenaza la propia salud o seguridad del adulto mayor, mediante restricciones, o deficiencias en los cuidados o atenciones de la vida diaria.
- **Maltrato económico:** situación de limitación en los recursos financieros propios del paciente o que este requiere para su manutención o para continuar tratamiento o cuidados específicos.
- **Maltrato sexual:** acción infligida por otro individuo en la que el adulto mayor perciba como la intromisión en su intimidad y puede existir como contacto sexual o palpación de genitales, toma de fotografías sin su autorización, felación, o penetración sin el consentimiento.
- **Maltrato físico:** estado de agresión física en la que se puede realizar de forma consciente o inconsciente con el deseo no de dañar al adulto mayor que puede ser como golpes, jalones, empujones, que tiene como fin la afección física.

Diseño estadístico.

El propósito estadístico de este estudio fue identificar la asociación del maltrato que percibe el adulto mayor con depresión y colapso del cuidador. Se estudió un grupo de adultos mayores con medidas independientes, las variables principales son cualitativas, la distribución de los datos fue no paramétrica, la muestra fue no aleatoria.

Instrumentos de evaluación

Se utilizó el cuestionario propuesto por la **AMA CTF** para la detección de la existencia de maltrato, se utilizó el instrumento de Yesavage para la detección de depresión, y por último se interrogó al acompañante aplicando el instrumento de Zaritt para determinar el colapso del cuidador.

La distribución de los instrumentos usados fue:

Sección 1 consentimiento informado

Sección 2 con 9 ITEMS

Sección 3 instrumento propuesto por la AMA 9 ITEMS

Sección 4 instrumento para evaluar depresión YESAVAGE 15 ITEMS

Sección 5 instrumento para evaluar colapso de cuidador ZARITT 11 ITEMS

Sumando 44 ITEMS en total, el tiempo de aplicación fue aproximadamente de 10 minutos

Método de recolección

Previa autorización del Director(a) de la clínica se realizó entrevista personal a los pacientes en un área privada brindando la comodidad, confidencialidad y seriedad, realizando las preguntas en forma directa en un tono de voz continuo, dirigiendo la mirada al paciente en todo momento, se solicitó al personal acompañante o al familiar que aguardase en un área física diferente en donde, posteriormente se aplicó la evaluación de Zaritt.

Control y Maniobras para evitar Sesgos

Se reconocen que existen sesgos en la investigación los cuales son: sesgo de información, de selección, de análisis e interpretación. Algunas de las maniobras que se utilizaron fueron:

- Para la entrevista clínica se solicita a la médico gerontóloga que pida a los pacientes acudir acompañados del cuidador primario, sin embargo se aplican las encuestas a los pacientes que acuden solos, se aplican los instrumentos a todos los pacientes que acuden a la consulta al módulo de gerontología durante el tiempo de aplicación de los cuestionarios, se prefiere la aplicación del instrumento propuesto por la AMA al no ser tan subjetivo, sin embargo es importante tomar en cuenta el poco

tiempo de relación médico paciente y que esto pudiese representar un sesgo muy importante por el tipo de cuestionario, por lo que este trabajo sugiere la aplicación del instrumento por parte del médico familiar o gerontólogo con quien lleva una mejor relación. Con esta maniobra se controló el sesgo de información, aunque no se debe olvidar que por ser un tema difícil de tratar con el paciente, se pone en consideración que las respuestas de los pacientes fueron lo más honestas posibles.

- La maniobra para evitar el sesgo de selección que el investigador considero para el estudio fue la aplicación de los pacientes diarios de la consulta gerontológica.
- Los sesgos de análisis e interpretación fueron controlados a través de la selección de pruebas estadísticas acordes al tipo de variable que se analizó.

Prueba piloto

Se realizó la prueba piloto aplicando los instrumentos sugeridos en la guía de Práctica Clínica 2010: Yesavage, Zaritt, Lawton brody, Barthel, Mini mental, sin embargo el tiempo de aplicación de los instrumentos fue de aprox. 7 horas en general, por lo que identificó lo poco práctico en su aplicación durante la consulta diaria institucional, esta situación obligó al investigador buscar otros instrumentos que fueran más prácticos y útiles para la investigación realizada, por lo que se decide aplicar el instrumento “Elder Assesment Instrument” sin embargo se pudo percibir que dicho instrumento es muy subjetivo a la visión del aplicador ya que se requería de una evaluación nutricional que puede ser una gran sesgo, así como la evaluación del estado hídrico, del habitus externo entre otros, tomando muy poco en cuenta la opinión propia del paciente, por lo que se decidió aplicar la escala propuesta por la American Medical Association y la Canadian Task Force que es de rápida aplicación y con preguntas que exploran los principales tipos de maltrato.

Procedimientos estadísticos

Plan de codificación de datos:

Los instrumentos utilizados cuentan con una escala Likert por lo que cuentan con un valor numérico, en el resto de preguntas cerradas se codificaron con números las posibles respuestas.

Diseño y construcción de la base de datos:

Se realiza la construcción de la base de datos en el sistema SPSS V18 donde se dividió en secciones para facilitar el vaciado de datos

Análisis estadístico:

Una vez que se diseñó la base de datos en el programa SPSSV18 se procedió a analizar los datos con estadística descriptiva, obteniendo medidas de tendencia central, de dispersión y de resumen.

Recursos humanos físicos y materiales.

Para la realización de este estudio se requirió el tiempo parcial del investigador así como el tiempo total de la consulta del módulo de gerontología de la clínica de Medicina Familiar Gustavo. A. Madero. Con apoyo del módulo Activación física de la misma clínica, se requirió 300 hojas blancas reciclables así como un presupuesto de \$500.00 pesos para la copia a la cedula de trabajo, posteriormente se utilizó una computadora personal con programa operativo Windows 7 y la instalación del programa SPSS V18, sin embargo el presupuesto total utilizado durante la realización de este estudio, asciende aproximadamente a \$3000.00 pesos por objetos de oficina varios así como el pago de transportación a diferentes puntos para la consulta bibliográfica utilizada.

Consideraciones éticas

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación clasifica este tipo de estudio como de, tipo 1, en base al título segundo artículo 17 que lo clasifica como una investigación sin riesgo, ya que los sujetos sometidos a estudio, solo aportaron datos a través de una entrevista, lo que no provoca daños físicos o mentales.

Se respetan los lineamientos propuestos en la declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial, enmendada en la 52 Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, octubre 2004, que guía a los médicos en las investigaciones biomédica, donde participan seres humanos.

Por otra parte de acuerdo a la Conferencia General de la UNESCO en su Declaración Universal sobre Bioética y derechos humanos de octubre 2005, donde se propone respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética, donde refiere en su artículo 3, donde hace referencia a la dignidad y los derechos humanos de los pacientes entrevistados, en el artículo 4 donde hace referencia al consentimiento del paciente misma situación que debe ser expresada y que puede ser revocado en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia, sin que esto represente para ella perjuicio o desventaja.

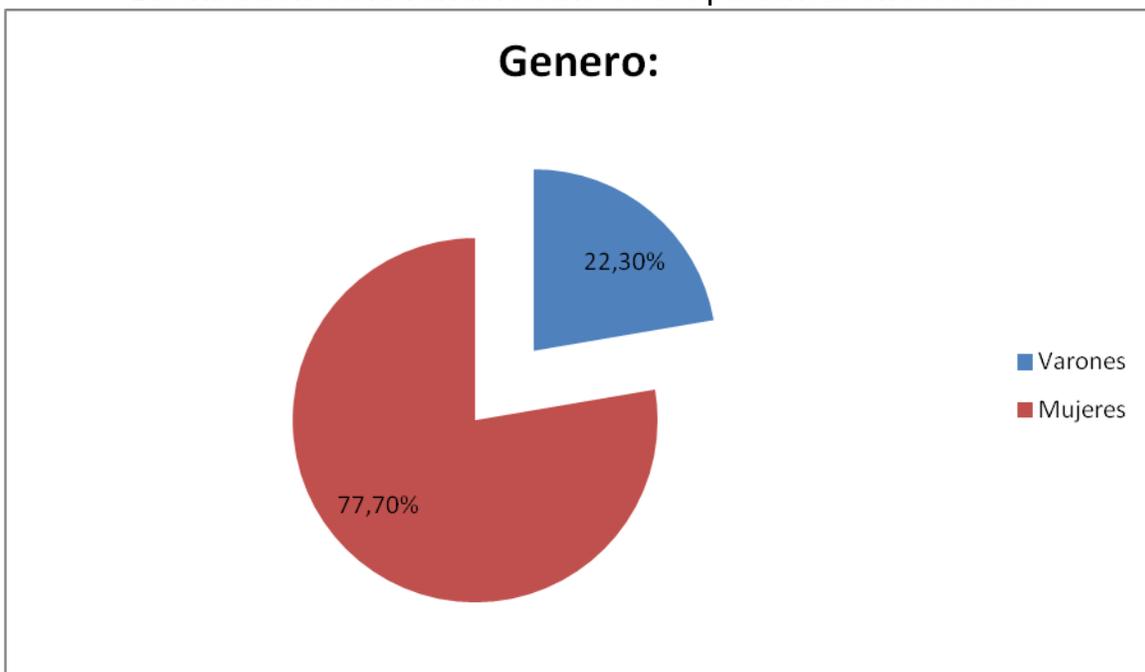
Con la finalidad de dar cabal cumplimiento con estas situaciones bioéticas se leyó a cada paciente y acompañante el consentimiento de participación voluntaria donde se expresaba por escrito la aceptación de la aplicación de la cedula de detección elaborada para este trabajo de investigación y que en ningún momento pretende perjudicar al paciente en su biopsicosocial intelectual o espiritual.

Resultados:

Se aplicaron 157 encuestas en pacientes mayores de 60 años de los cuales fueron: 22.3% varones y un 77.7% mujeres, con edades que reflejaron una mínima de 61 años una máxima de 98 presentando una media de edad de 74 años siendo esto un reflejo de que la esperanza de vida en población mexicana es consistente con los datos obtenidos en el estudio.

También se puede apreciar que la frecuencia en su mayoría la ocupa el sexo femenino con una relación de 3:1.

Grafica 1
Distribución de la variable sexo de los pacientes encuestados



Fuente: Cédula de evaluación para detección de maltrato

Tabla 1
Estado civil de los adultos mayores participantes del estudio

Estado civil	Casados	Unión libre	Viudos	Divorciados	Separados
Porcentaje	50.5%	1.3%	42.7%	3.2%	2.5%
Frecuencia	79	2	67	5	4

Fuente: Cédula de evaluación para detección de maltrato

Tabla 2

Tipo de vivienda de los adultos mayores participantes del estudio

Tipo de vivienda	Propia	Rentada	Hijos	Prestada
Porcentaje	85.4 %	2.5 %	10.8 %	1.3 %
Frecuencia	134	4	17	2

Fuente: Cédula de evaluación para detección de maltrato

Tabla 3

Con quien viven actualmente de los adultos mayores participantes del estudio

Vive con	pareja	Hijos	Nietos	Otros
Porcentaje	15.9 %	63.1 %	18.5 %	2.5 %
Frecuencia	25	99	29	4

Fuente: Cédula de evaluación para detección de maltrato

Tabla 4

Clasificación familiar de los adultos mayores participantes del estudio

Clasificación familiar	Nuclear	Nuclear extensa	Nuclear extensa compuesta
Porcentaje	33.1 %	55.4 %	18 %
Frecuencia	52	87	18

Fuente: Cédula de evaluación para detección de maltrato

Tabla 5

Principal aporte monetario de los adultos mayores participantes del estudio

Aporte monetario	Pareja	Hijos	Pensión
Porcentaje	15.3 %	38.2%	46.5%
Frecuencia	24	60	73

Fuente: Cédula de evaluación para detección de maltrato

Sin embargo debemos estar conscientes que el 15.3 % que recibe aporte monetario por parte de la pareja es porque este cuenta con una pensión por lo que el rubro de pensión es el dominante identificado.

Tabla 6
Con quien acude el paciente

Acude con:	Solo	Pareja	hijo	Nuera	Otro
Porcentaje	28 %	17.2 %	34.4 %	14.6 %	5.1 %
Frecuencia	45	27	54	23	8

Fuente: Cédula de evaluación para detección de maltrato

Tabla 7
Tipo de depresión de los adultos mayores que participaron en el estudio

Yesavage	Depresión leve	Depresión establecida
Porcentaje	70.1 %	7.6 %
Frecuencia	110	12

Fuente: Cédula de evaluación para detección de maltrato

Con el cuestionario de Yesavage se encontró: sin depresión 35 (22.3%) depresión leve 110 (70.1%) Depresión establecida 12 (7.6%)

Tabla 8
Colapso del cuidador primario

Zaritt	con colapso	Sin colapsados
Porcentaje	30.6 %	69.4 %
Frecuencia	48	109

Fuente: Cédula de evaluación para detección de maltrato

La aplicación de Zaritt al cuidador primario del paciente adulto mayor arrojó los siguientes resultados, cuidadores con colapso 48 (30.6%) sin colapso de 109 (69.4%)

A la aplicación de métodos estadísticos para buscar la asociación entre colapso de cuidador y depresión los resultados son 110 pacientes con depresión leve y 40 cuidadores presentan colapso del cuidador primario contra 70 que no presentan datos de colapso, de 12 pacientes que se identificaron con depresión establecida los 12 cuidadores entrevistados negaron sintomatología que se relacione a colapso del cuidador primario, de los 35 pacientes que no tuvieron depresión 9 cuidadores presentaron colapso de cuidador contra 27 que no presentaron colapso de cuidador. Como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 9
Asociación entre colapso del cuidador y depresión de los participantes del estudio

	Sin colapso de cuidador	Colapso de cuidador
Depresión leve	70	40
Depresión establecida	12	0
Sin depresión	27	9

Cédula de evaluación para detección de maltrato, base de datos SPSS V18, métodos estadísticos, tablas por contingencia

En la detección de maltrato físico se obtuvo un 5% positivo. Maltrato psicológico es reconocido en un 12.1% En la exploración de maltrato sexual se obtiene un 0% de reconocimiento de este tipo de maltrato. Maltrato por negligencia presentan en un 5% de los encuestados. El maltrato por abandono presenta un 58.5% reconocen este tipo de maltrato.

Maltrato físico	Maltrato psicológico	Maltrato negligencia	Maltrato sexual	Maltrato abandono
5 %	12.1 %	5 %	0	58.5 %
8	19	8	0	92

Cédula de evaluación para detección de maltrato, base de datos SPSS V18, métodos estadísticos, tablas por contingencia

Los resultados obtenidos después de la aplicación y el análisis de estos datos revelan que existe un 80.8 % (127) de pacientes que presentan algún tipo de maltrato, depresión en el 77.7% (122), familiares colapsados con colapso del cuidador 69.4 % (109). Estas cifras revelan la importancia de programas para detección de maltrato en el adulto mayor, mediante políticas de salud orientadas a la intervención e información temprana para prevenir dicha situación adversa que presenta este grupo etario.

Maltrato	Depresión	Colapso
80.8 %	77.7 %	69.4 %
127	122	109

Cédula de evaluación para detección de maltrato, base de datos SPSS V18, métodos estadísticos, tablas por contingencia



Cédula de evaluación para detección de maltrato

Discusión:

El maltrato de los ancianos es un problema social y sanitario complejo con múltiples barreras que obstaculizan su detección. La investigación sobre los aspectos epidemiológicos del maltrato presenta dificultades, entre otras razones porque afecta a la intimidad de los pacientes y al mundo privado de las relaciones personales.

Tampoco existen cuestionarios validados que puedan utilizarse como instrumentos diagnósticos. De hecho, el maltrato se confirma si se obtienen datos incongruentes en la entrevista clínica con la situación real del paciente; cuando existen signos físicos o lesiones no atribuibles a otras causas, o cuando se presenta una denuncia por parte del agredido o una confesión por parte del agresor, lo cual no es frecuente.

Otros componentes del maltrato (como la negligencia en el cuidado físico o el maltrato psicológico o emocional) son aún más difíciles de detectar debido a que son muy subjetivos.

Para el desarrollo de este trabajo se aplicó un cuestionario de detección de sospecha de maltrato que consta de 9 preguntas, 5 recomendadas por la AMA más 4 recomendadas por la CTF, que constituyen el núcleo de la entrevista en el anciano, en estudios previos se realizó la aplicación de diferentes instrumentos que apoyan al profesional a detectar posible maltrato, sin embargo al momento de la aplicación del cuestionario se publicó una actualización de la Guía de Práctica Clínica para la detección oportuna de maltrato en el adulto mayor 2013 misma que sugiere la utilización de la escala de la AMA identificando como probabilidad de maltrato con respuestas positivas, su aplicación demuestra la factibilidad de su realización durante la consulta institucional.

En un estudio realizado en un módulo de gerontología de la clínica Marina Nacional y un servicio de urgencias del Hospital Tacuba (ISSSTE) se obtienen como resultados que un 73% de los pacientes ancianos perciben maltrato sin embargo el autor asocia esta situación a crisis para normativa familiares y a

alteraciones debido a su dependencia económica, en este estudio se encontró que 80.8% tuvieron depresión y 68% reciben una pensión lo que hace que el paciente no sea dependiente económico en su totalidad lo que sugiere que la percepción de maltrato por estos pacientes en la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero” del ISSSTE difiere de lo observado en la clínica de Marina Nacional de la misma institución, sin embargo estos pacientes cohabitan con los hijos quienes son los principales acompañantes y cuidadores de los mismos y se observo que 69.4% tuvieron colapso del cuidador, el médico familiar puede orientar al paciente y sus familiares del problema detectado y mejorar la percepción de calidad de vida tanto del paciente como del cuidador, en estudios anteriores como en el realizado por el EMPAM DF¹² reportaba una identificación de maltrato en un 24 % de casos, dicho estudio se realizó en una población mayor y con utilización de diversos instrumentos como el Elder Assesment Instrument, lo que demuestra una mayor efectividad en la aplicación del instrumento propuesto por la AMA como se realizó en este estudio.

Fernández en 2002¹³ reconoce que existen múltiples obstáculos para el reconocimiento de maltrato en el adulto mayor entre los que predomina el temor a represalias, al confinamiento en instituciones de salud, también reconoce el autor que el maltrato es una realidad que muchas veces el paciente y el familiar tienden a negar ya que en la mayoría de las situaciones ellos son los agresores.

Sellas 2013¹⁴ comenta que en encuestas realizadas en poblaciones de Estados Unidos, Canadá, y Reino Unido se identifica que la población mayor de 65 años el 3-6% reconoce algún tipo de maltrato pero comentan que por cada caso reportado existen 5 que no son reportados, por lo que no se dimensiona la magnitud exacta del problema.

¹² Martha Liliana Giraldo Rodríguez, Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores, (EMPAM 2006)

¹³ Fernández AM, Malos tratos a los ancianos. Grupo de salud del PAPPS 2002

¹⁴ Sellas MI, Krouse LH, Elder Abuse, Update March 2013, Disponible en <http://emedicine.medscape.com/article/805727-overview>.

En México el género más afectado es el femenino y el principal maltratador es un miembro de la familia, tal como lo expresa en su investigación Fernández en 2002¹⁵ y corrobora Barrón-Cabrera 2008¹⁶, durante la aplicación de este estudio se corrobora el predominio de casos en el género femenino, sin embargo, en México este problema para detectar el maltrato es un poco difícil de diagnosticar debido a la idiosincrasia de la población donde la expresión de maltrato hacia el hombre es mal vista y en adultos mayores con pautas de comportamiento rígido es difícil que se acepte dicha situación, es posible que el hablar de predominio en el género femenino sea un sesgo ya que la población a la cual se aplicó el estudio fue en su mayoría de este género con un predominio del 77.7% contra un 22.3% masculinos.

En la encuesta aplicada por Giraldo - Rodríguez 2006¹⁷ realizado en la ciudad de México se identificó que el 16.7% de la población encuestada sufre algún tipo de maltrato reconociendo que el maltrato psicológico es el de mayor porcentaje con un 12.2%, sin embargo en este estudio se observa que el más reconocido es el maltrato por abandono donde un 58.5% de la población encuestada reconoce este tipo de maltrato, mismo que se asocia con la gran cantidad de pacientes deprimidos que representan un 77.7% de la población.

En comparativa con estudios realizados previamente se logra una mayor identificación de la percepción de maltrato, sin embargo se encuentra que durante la exploración de este problema el paciente presenta una intensa carga emocional durante su discurso, por lo que se recomienda que al momento de la consulta se aplique el cuestionario, solo cuando se haya logrado establecer una adecuada relación médico paciente, al tener dos evaluaciones en poblaciones similares y que demuestran la existencia de este problema social en diferentes sitios del D.F. como lo es la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” y la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero “, donde se aplicaron diferentes encuestas y en diferentes tiempos pero con la misma búsqueda y con resultados similares, se demuestra la

¹⁵ Martha Liliana Giraldo Rodríguez, Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores, (EMPAM 2006)

¹⁶ Fernández AM, Malos tratos a los ancianos. Grupo de salud del PAPPS 2002

importancia de aplicar un sistema de cribado en el momento de la atención diaria del adulto mayor, para ofrecer una intervención efectiva y mejorar la calidad de vida del paciente.

Conclusiones:

Los logros obtenidos son la identificación de riesgo de la población adulta mayor de sufrir algún tipo de maltrato donde predomina el género femenino como el más lábil, se hace evidente el cambio en la importancia del anciano en la figura familiar ya que se identifica la existencia de abandono.

No se logra una relación clara entre el colapso del cuidador y el maltrato del anciano, sin embargo al ser esto un factor de riesgo identificado se pueden realizar intervenciones oportunas brindando pláticas en sala o a la sociedad en general sensibilizando sobre la importancia de brindar un cuidado efectivo al adulto mayor.

Se establece la relación que coexiste entre la depresión y el maltrato por abandono donde sería relevante investigar si esta situación es propioceptiva del anciano o si se encuentra en un verdadero abandono por parte de la familia, situación que se podría lograr mediante la activación del equipo multidisciplinario de salud.

Como propuesta se recomienda la aplicación sistemática del instrumento a los adultos mayores para identificar situaciones de riesgo en momentos tempranos y realizar acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de los individuos en la última etapa de la vida.

Una limitación de este estudio es el tipo de muestra que se realizó debido a que no se pueden generalizar estos resultados, ya que esto no permite extrapolar los resultados a toda la población anciana.

Otra limitación y tal vez una de las principales se refiere al instrumento utilizado ya que no existen escalas validadas o cuestionarios que puedan usarse como instrumento diagnóstico específico, ya que la parte a explorar es propia del individuo y esta situación lo hace no medible. El instrumento utilizado se encuentra validado en población española lo que puede significar diferencia sustancial en los resultados obtenidos en poblaciones americana y española que mantiene diferencias psicosociales y culturales distintas a la población mexicana.

BIBLIOGRAFIA:

1. Álvarez MLG, Ponce RER. Landgrave IS. Irigoyen CA, Buendía SIA. Maltrato Abandono y negligencia en ancianos de una Clínica de Medicina Familiar y un Hospital General de la ciudad de México. Arch Med Fam 2009; 11(4):159-165
2. Ana del Hoyo Herrero, El maltrato en las personas mayores, Universidad de Cantabria 2013, pp. 5-57.
3. Ávila-Funes JA, Aguilar-Navarro S. El Síndrome de fragilidad en el adulto mayor. Antología Salud del Anciano. Parte 2. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina. UNAM: 2007.
4. Barrón-Cabrera SY, Martínez Aguilera P, López Hernández M, Zúñiga Vargas ML, Álvarez Carvajal ME, La familia y el maltrato al adulto mayor. Desarrollo científico Enf. 2008;16 (8) 333-337
5. Behar Daniel, Cuando la vida ya no es vida, Ed. Pax México, México, 2007
6. Boss Pauline, La pérdida Ambigua, Cómo aprender a vivir con un duelo no determinado, Ed. Gedissa, Barcelona España, 2001.
7. Castro González, María del Carmen, Tanatología la inteligencia emocional y el proceso de duelo, segunda edición 2008 trillas 40-86
8. Código Civil para el Distrito Federal
9. Código Penal para el Distrito Federal
10. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
11. Douglas CN, Depresión en el adulto mayor, Instituto de Geriatria 2010, pp. 240-248
12. Fernández AM, Malos tratos a los ancianos. Grupo de salud del PAPPS 2002
13. Guía de Práctica Clínica, detección y manejo del maltrato en el adulto mayor, CENETEC 2013 IMSS 05-8.
14. Hoyo Breinbauer. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada, Rev. Méd. Chile 2009; 137: 657-665
15. Instituto Mexicano de Tanatología, Cómo enfrentar la Muerte, Ed. Trillas, México, 2011.
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo nacional de población y vivienda (INEGI,2010)

17. J. Rueda Estrada Daniel, El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio, graficas Varona. Valladolid 2008.
18. Kübler- Ross Elisabeth, Vivir hasta despedirnos, Ed. Luciérnaga, Barcelona España 2008.
19. Lachs MS, Pillemer K. Current concepts: Abuse and neglect of elderly persons. N Engl J Med 1995; 332 (7): 437-43.
20. López O, Lorenzo A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. Aten Primaria 1999; 24: 404-10.
21. Lukas Elisabeth, También tu sufrimiento tiene sentido, ed. Lag/Colección sentido, México 2006.
22. Marta Arellano Pérez, Marisa Garreta Burri, Anton M. NEGLIGENCIA,
23. Martha Liliana Giraldo Rodríguez, Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores, (EMPAM 2006) instituto de investigaciones sociales, Universidad Nacional Autónoma de México y Gobierno del Distrito Federal. 2006 reporte final.
24. Martín M, Ballesteros J, Ibarra N, Loizaga C, Serrano B, Larumbe MJ ET AL. Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias. Actas Esp. Psiquiatría 2002; 30: 201-6.
25. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rrico JM, Lanza P. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev. Gerontología 1996; 6: 338-46.
26. Prevención del Maltrato al Anciano (INPEA). Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. Toronto; octubre 2002.
27. Regueiro AA, Pérez VA, Gómara S, Ferreriro M. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Aten Primaria 2007; 39: 185-8.
28. Reyes ZA. Bases fundamentales de psicoterapia y espiritualidad, Ed. del Auto México, 1992.
29. Risco RC, ET AL. Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. Med. Clínica (Barc). 2005; 125(2):51-5
30. Sellas MI, Krouse LH, Elder Abuse, Update March 2013, disponible en <http://emedicine.medscape.com/article/805727-overview>.

INDICE:

1. Portada.....	1
2. Autorizaciones.....	2-4
3. Agradecimientos.....	5-7
4. Resumen.....	9
5. Introducción.....	10-11
6. Marco teórico.....	12-14
7. Síndrome de fragilidad.....	15-16
8. Depresión en el adulto mayor.....	17-20
9. Historia de yesavage.....	21
10. La familia.....	22
11. Colapso del cuidador.....	23-25
12. Historia de zaritt.....	26
13. Planteamiento del problema.....	27
14. Justificación.....	28
15. Objetivo general.....	29
16. Objetivo específico.....	29
17. Hipótesis.....	29
18. Material y métodos.....	29
Tipo de estudio.....	29
Diagrama de actividades.....	30
Población lugar y tiempo.....	31
19. Muestra.....	31
Tipo de muestra y tamaño.....	31
20. Criterios de selección.....	31
Criterios de inclusión.....	31
Criterios de exclusión.....	31
Criterios de eliminación.....	31
21. Variables.....	32
22. Diseño estadístico.....	33
23. Instrumentos de evaluación.....	33
24. Método de recolección.....	34
25. Maniobras para evitar sesgos.....	34
26. Prueba piloto.....	35
27. Procedimientos estadísticos.....	35
28. Consideraciones éticas.....	37
29. Resultados.....	38-42
30. Discusión.....	43-46
31. Conclusiones.....	47
32. Bibliografía.....	48-49
33. índice.....	50