



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO

HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ZUMPANGO, GUERRERO

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR CON ABANDONO Y
NEGLIGENCIA FAMILIAR”**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JUAN PAULO GALEANA VÁZQUEZ

ASESORES:

DRA. MALÚ AIDEE REYNA ALVAREZ
DR. JUAN VILLAGOMEZ MENDEZ.

SEMIS 20144122009

ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO DEL 2016.



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).

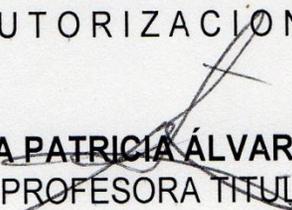
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR CON ABANDONO Y
NEGLIGENCIA FAMILIAR”**

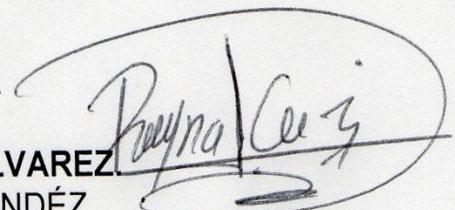
PRESENTA:

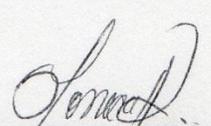
DR. JUAN PAULO GALEANA VÁZQUEZ

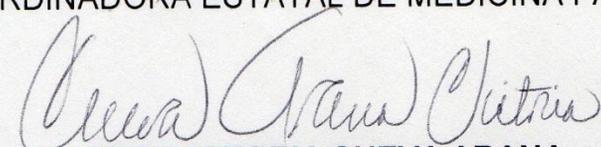
AUTORIZACIONES:


DRA. MARÍA PATRICIA ÁLVAREZ GONZÁLEZ
PROFESORA TITULAR

ASESORES DE TESIS.


DRA. MALÚ AIDEE REYNA ÁLVAREZ
DR. JUAN VILLAGÓMEZ MENDÉZ


DRA. MÓNICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA
COORDINADORA ESTATAL DE MEDICINA FAMILIAR


DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION EN SALUD
Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS


DR. JUAN ANTONIO GUEVARA NIEBLA
SUBDIRECTOR DE EDUCACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN EN SALUD

ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO 2016.

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR CON ABANDONO Y
NEGLIGENCIA FAMILIAR”**

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

PRESENTA:

JUAN PAULO GALEANA VÁZQUEZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



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

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO

Constancia de Evaluación de Protocolo de Investigación.

ACTA No. SEMIS 20140122009
CONSTANCIA DE EVALUACIÓN
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN N°009

En Chilpancingo, Gro., a los veintidós días del mes de enero del dos mil catorce, el Comité Estatal de Investigación, de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, con asistencia de sus miembros permanentes: Dra. Alva Patricia Batani Giles, Directora de Servicios de Salud y Suplente del Presidente del Comité; Dra. Martha Herlinda Teliz Sánchez, Secretaria Técnica; Dr. Felipe De Jesús Kuri Sánchez, Vocal del área de Investigación Biomédica, Dr. Claudio Arturo Del ángel Carreto, Vocal del área de Investigación Operativa, Dr. Rufino Silva Domínguez, Vocal del área de Epidemiología, Dra. Maribel Orozco Figueroa, Vocal del Área de Investigación Educativa; Dr. Daniel Blumenkron, Vocal del Área de Investigación Clínica; Enfermera en Administración, Carlota Cabañas Rodríguez, Vocal del Área de Investigación en Enfermería., quienes han revisado los documentos presentados por el C. Dr. Juan Paulo Galeana Vázquez, Investigador Principal. Presentando el Protocolo **“Prevalencia de Depresión en el adulto mayor con abandono y negligencia familiar.”**

Además, de conocer los antecedentes expuestos por el profesional investigador, en la sesión del día de hoy se ha considerado que el protocolo cumple con los requerimientos normativos establecidos por este Comité.

En consecuencia, el Comité Estatal de Investigación, de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, **APRUEBA**, la ejecución del documento antes mencionado, debiendo considerarse la corrección de observaciones notificadas.

Por lo anterior expuesto en mi calidad de Secretaria Técnica del Comité de Investigación, se emite la presente constancia con el número de registro descrito en el borde superior izquierdo, el cual se encuentra documentado en el Libro de Registros de Protocolos / Departamento de Investigación en Salud-SES-Guerrero. En la misma fecha de revisión.

Nombre y Cargo

Firma

Dra. Martha Herlinda Téliz Sánchez
Secretaria Técnica.



SUBDIRECCIÓN DE
EDUCACIÓN MÉDICA
E INVESTIGACIÓN EN SALUD

INDICE

Introducción.....	1
Antecedentes	3
Marco teórico.....	7
Planteamiento del problema.....	18
Justificación.....	20
Objetivos	21
General	
Específicos	
Metodología.....	23
Tipo de estudio	
Población, lugar y tiempo de estudio	
Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
Información a recolectar	
Método o procedimiento para captar la información	
Consideraciones éticas	
Resultados.....	29
Discusión	43
Conclusiones	46
Referencias Bibliográficas.....	48
Anexos	

Resumen

Introducción: De acuerdo al INEGI existen en México 10.9 millones de adultos mayores, lo que representa más del 9.3 % de la población total. El adulto presenta reducción en su capacidad física, intelectual y de autocuidado requiriendo apoyo de familiares. No obstante, instituciones de salud y beneficencia, se encuentran llenas de adultos mayores hospitalizados y/o abandonados, temporal o definitivamente por los familiares. De igual manera, el número de adultos mayores abandonados en sus hogares parece ser elevado.¹

Objetivo:

Estimar la prevalencia de depresión, negligencia, abandono en adultos mayores, con abandono y negligencia familiar de la comunidad de Zumpango.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal incluyendo un total de 74 adultos mayores que acudieron al consultorio médico del Centro de Salud Alameda de Zumpango. En el periodo de Marzo a Julio de 2015. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 22.0. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial. Los gráficos fueron realizados en SPSS o GraphPad v5.0. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: De acuerdo con la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) ningún paciente tuvo depresión. El puntaje promedio de la GDS fue 0.8 ± 0.7 , el mínimo 0 y el máximo 4. Sin embargo, el 9.3% de los participantes tomaba fármacos antidepressivos, por lo que, este porcentaje se consideró equivalente a frecuencia de depresión.

Conclusión: La prevalencia de depresión en el adulto mayor atendido en el Centro de Salud de Alameda Zumpango fue baja, predominando en el género femenino. Solo se encontró 4 personas con negligencia y ninguno de los estudiados sufría abandono.

Palabras claves: Depresión, negligencia, abandono

Abstract

Introduction: According to INEGI in Mexico there are 10.9 million seniors, representing more than 9.3% of the total population. The adult has reduced physical, intellectual and self-care capacity requiring support from family. However, health institutions and charities, are full of elderly hospitalized and / or abandoned, temporarily or permanently by relatives. Similarly, the number of elderly people abandoned their homes seems elevated.

Goal:

Objectives: To estimate the prevalence of depression, neglect, abandonment in older adults with family abandonment and neglect of the community of Zumpango.

Methods: An observational, descriptive study including a total of 73 older adults attending outpatient Zumpango Center Mall Health was conducted. Which covered the period March to July 2015. For data analysis SPSS 22.0 was used. A descriptive and inferential analysis. The graphics were made in SPSS or GraphPad v5.0. It is considered significant at $P < 0.05$.

Results: According to the Geriatric Depression Scale (GDS) no patient had depression. The average GDS score was 0.8 ± 0.7 , the minimum 0 and maximum 4. However, 9.3% of participants were taking antidepressants, so this percentage was considered equivalent to frequency of depression.

Conclusion: The prevalence of depression in the elderly treated at the Health Center Zumpango Alameda was low, predominantly in females. Only 4 people found negligent and suffered none of the studied neglect.

Keywords: Depression, neglect, abandonment

.Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el abuso (maltrato) al adulto mayor por lo general no se contabiliza y se presentan tanto en países desarrollados como en desarrollo, su tasa de prevalencia estimada es de entre 1 y 10%.²

El abuso a las personas adultas mayores se define como cualquier acción, serie de acciones, o la falta de acción apropiada, que produce daño físico o psicológico y que ocurre dentro de una relación de confianza o dependencia. El abuso a las personas adultas mayores puede ser parte del ciclo de violencia familiar, venir de cuidadores domiciliarios o puede ser el resultado de la falta de preparación de los sistemas de prestaciones sociales y sanitarias para atender sus necesidades. Las manifestaciones de abuso y maltrato de las personas adultas mayores pueden tomar distintas dimensiones, entre el abandono. El abandono o negligencia implica descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones, desamparo de una persona que depende de uno y tiene alguna obligación legal o moral. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada.³

Una de las primeras crisis de la edad madura es a menudo de desgaste, desánimo y desilusión, por la experiencia que vive el anciano al verse de pronto, no aceptado y abandonado. Y ello sin razón objetiva alguna, puesto que él se siente todavía vigente y capaz de servir. Esta es una crisis que se ve agudizada por las pérdidas que va viviendo el adulto mayor, pérdida del trabajo donde se sentía útil, pérdida de los compañeros de labores más jóvenes a los que ya deja de frecuentar y pérdida de seres queridos y amigos que van muriendo. Si estas pérdidas no se compensan por medio de un buen manejo del campo afectivo, emocional, intelectual (Inteligencia Emocional) no será nada raro que el anciano se sienta invadido de perjudiciales sentimientos negativos, que afectarán su autoestima, especialmente en las mujeres.⁴

Estos cambios han ocasionado en el adulto mayor variados signos de depresión, desde una pérdida de su autoestima a una especie de autismo pasando por ideas de suicidio particular como, ¿por qué, no me moriré mejor?⁴

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la 4ª causa de discapacidad en el mundo y proyecciones al 2020 la ubican como la 2ª causa.⁵

El 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. La incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la valoración de consulta externa y se incrementa a 40% en el egreso del paciente hospitalizado.⁶

Marco teórico

Sepúlveda-Carrillo G, y colaboradores en el 2009, realizaron un estudio descriptivo retrospectivo titulado caracterización de los casos de maltrato en el adulto mayor, con base en las denuncias de maltrato realizadas en la Comisaría Primaria de Familia de la Localidad de Usaquén, Colombia mediante la búsqueda de expedientes de reportes de Maltrato al Adulto Mayor en el año 2007. El objetivo fue conocer las características socio- demográfico, situación de salud y de violencia presentes en el adulto mayor maltratado. En los resultados del estudio se encontró que el maltrato más frecuente hacia el adulto mayor fue el psicológico representado (35.17%) seguido del maltrato físico (20.69%) y de la combinación de ambos (19.31%). El maltrato psicológico se presentó en forma de gritos, malas palabras, amenazas, actitudes de rechazo y desprecio. Mientras que el maltrato físico se reportó como: patadas, contusiones y empujones. Se concluyó que es fundamental conocer mejor el manejo y cuidado del adulto mayor e instaurar programas académicos especializados dirigidos a esta población para dar respuesta a las necesidades de este grupo poblacional.⁷

Pando M, y Aranza B, realizaron un estudio que titularon prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana, el cual realizado en la zona metropolitana de Guadalajara Jalisco, tuvo como objetivo establecer la prevalencia de depresión en una población constituida por ancianos que viven en su propio domicilio. Se utilizó como prueba de tamizaje la «Escala de Depresión Geriátrica» (EDG) de Brink aplicada a una muestra representativa de 246 sujetos, encontrándose una prevalencia de depresión del 36.2%, es decir en el 43.2% de las mujeres y en el 27.1% de los hombres. Como factores de riesgo para depresión se encontraron la actividad a la que se dedicaban (OR 4.21 para los desempleados), el estado civil (OR 3.16 para los viudos/as y 2.32 para los solteros/as) y la edad (OR 2.90 para el rango de 80 a 84 años). Cinco de los 30 reactivos de la EDG resultaron positivos en más del 50% de los sujetos estudiados. En la condición de hábitat urbano, donde se desarrolló esta investigación, el aspecto laboral es relevante, aunque no en jubilados

sino en los desocupados. La falta de empleo y viudez representaron importantes factores de riesgo, por lo que no se debe considerar que estos dos factores representan pérdidas y que la pérdida es uno de los principales elementos en la etiología de la mayoría de las depresiones.⁸

Castro L, y Ramírez Z, en el estudio titulado factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor, realizado en 511 sujetos de 60 años y mayores adultos mayores del ejército y las fuerzas armadas se realizó con el objetivo de determinar los factores de riesgo de depresión. Se identificaron casos probables de depresión con la escala geriátrica de Yesavage y Brink y factores de riesgo asociados utilizando la razón de momios. Se encontró una prevalencia de depresión de 41.7%. Los factores de riesgo más fuertes encontrados fueron: a) un bajo apoyo social, b) individuos económicamente improductivos y c) la inasistencia a asociaciones de convivencia, con una OR de 4.91, 3.96 y 3.14, respectivamente. Se encontró un riesgo moderado en aquellos con inactividad física, dependencia económica y género femenino. Un riesgo débil en aquellos con pluripatología y polifarmacia, y una acción protectora en aquellos con disarmonía familiar. Con base en los resultados, se concluyó que la depresión es un problema de salud pública en los adultos mayores del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos y que los factores de riesgo psicosocial mostraron mayor fuerza de asociación para desarrollar depresión.⁹

Martínez Campos A, en el 2011 realizó un estudio, descriptivo, prospectivo, transversal con el objetivo de detectar depresión en adultos mayores, de las Colonias Lomas del Punhuato y 12 de Diciembre de la Ciudad de Morelia. Se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica (EDG) de Yesavage, en población sub-urbana. La muestra fue aleatoria simple por conveniencia y estuvo integrada por 29 adultos mayores de edad promedio de 70.17 años. Los resultados encontraron que el 60% presentó algún grado de depresión. El 68.6% estaba casado, el 28.6% viudo y el 2.9% divorciado.¹⁰

Tapia Mejía J, y colaboradores realizaron un estudio titulado depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica en Tlaxcala, se estudiaron a 123 adultos mayores donde el 58.5% fue del sexo femenino y 41.5% el sexo masculino, se encontró depresión leve en 32.5%, depresión moderada 44.5% y depresión severa sólo el 2.5%.¹¹

Casanova C. y Delgado S. en un estudio titulado el médico de familia y la depresión del adulto mayor, en Uruguay en el 2005-2006 menciona que la depresión es una de las causas prevenible y tratable del envejecimiento patológico y el médico de familia.¹²

Giraldo Rodríguez M, en un estudio titulado maltrato a personas adultas mayores realizado en el Distrito Federal en el 2006, en 619 adultos mayores (380 mujeres y 239 hombres) encontró que el 21.1% de las mujeres y 14.3% de los hombres (19.1% total) lloraban con facilidad; el 22.4% de las mujeres, el 10.3 de los hombres (18.1% del total) se sentían a menudo aburridos; el 28.3% de las mujeres, el 16.9% de los hombres (25.3% del total) se habían sentido deprimidos recientemente; y el 33.1% de las mujeres, el 19.2% de los hombres (28.9% del total) se habían sentido solos (recientemente). Es decir, se encontraron síntomas depresivos en una quinta parte de la población adulta mayor.

En el mismo estudio, se utilizaron preguntas para conocer la prevalencia de negligencia y abandono, encontrándose lo siguiente: El 4 % de las mujeres y el 2.6% de los hombres tuvieron al menos un incidente de negligencia o abandono (3.5% del total). Al 0.3% de los hombres se les había dejado de dar la pensión alimenticia. Al 1.6% de los hombres y el 1% de las mujeres les habían dejado de dar los recursos económicos que requieran para sostenerse. Al 0.7% de las mujeres les dejaron de proporcionar la ropa o calzado. Al 0.7 % de las mujeres y el 0.3% de las mujeres les dejaron de suministrar los medicamentos que necesitaba. Al 0.5% de los hombres y mujeres les habían negado los lentes, audífono o dentadura postiza que necesitaban. Al 0.3% de las mujeres y el 0.8% de los hombres de les había negado protección

cuando la necesitaban. Al 2.9% de las mujeres y al 0.5% de los hombres se les habían dejado largos periodos de tiempo solos. Al 0.2% de las mujeres las habían abandonado alguna vez en casa, hospital, restaurante u otro lugar.¹³

Depresión

La depresión es una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es como: tristeza, decaimiento, sensación de incapacidad para afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras.

Estados de duelo y de tristeza, podrían sugerir patología depresiva. En ambos el humor es triste, con tendencia al pesimismo y a la desesperanza, pero se impone el diagnóstico diferencial en estos casos. La depresión se acompaña de un sentimiento profundo de futilidad e incapacidad para experimentar placer. Las personas que sufren depresión tienen un enlentecimiento o descenso en prácticamente todos los aspectos de la emoción y el comportamiento. Las actividades básicas (alimentación, sueño y autocuidado) están afectadas, así como el curso del pensamiento, del lenguaje y la sexualidad.¹⁴

La depresión atípica es un subtipo de depresión que no cumple criterios de otros subtipos de depresión. Esta se caracteriza por reactividad del estado de ánimo (el paciente reacciona en forma brutal ante una situación específica, buena ó mala), aumento significativo del peso ó aumento del apetito, hipersomnia (exceso de sueño), lentitud psicomotriz y alto nivel de sensibilidad al rechazo interpersonal, lo que genera deterioro de las relaciones sociales y laborales.

La depresión primaria es aquella que se presenta sin causa física o psicológica evidente.

La depresión secundaria es la que aparentemente es causada por otra enfermedad subyacente.

La depresión reactiva (también denominada depresión exógena), es aquella que surge como respuesta a un acontecimiento desgraciado, como la pérdida de un ser querido, el divorcio o la pérdida del trabajo.

La depresión vascular es considerada un subtipo de depresión, caracterizada por una presentación específica clínica asociada con la enfermedad cerebrovascular.

La Escala de depresión geriátrica de Yesavage (Escala Global de Depresión simplificada), es un instrumento útil para el tamizaje del estado de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo.¹⁵

Clasificación de los estados depresivos

Los sistemas internacionales de diagnóstico de depresión más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV TR) y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud.

En la práctica clínica predominan algunos síndromes

1. Depresión mayor equivale, en términos generales, a la categoría antes denominada depresión atípica, psicótica y endógena.
2. Depresión menor, correspondería a la antes englobada en el rubro depresión neurótica comúnmente acompañada de ansiedad.¹⁵

Factores predisponentes a depresión

Se han descrito diversos factores predisponentes a depresión tanto ambiental como circunstancial. Gómez-Feria identificó los siguientes, en orden de importancia: problemas relacionados con la familia, enfermedades somáticas propias, el ambiente social, hechos negativos en la niñez, la economía familiar y la vivienda, el empleo y el desempleo y con hechos legales.

Dentro de los factores familiares asociados a depresión en el adulto mayor se encontraron los siguientes: 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, familiar dependiente que necesita cuidados.

En estudios realizados en México, en una UMF, del IMSS en el estado de México se encontraron como factores asociados a depresión en el adulto mayor los siguientes: ser mujer, jubilado, pensionado, sedentario, tener familia disfuncional y ser dependiente económicamente.¹⁶

Diagnóstico de depresión

Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la GDS ha sido probada y usada extensamente en la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos.

La respuesta a cada una de las preguntas puede ser; si o no, finalmente se suman y se obtiene un puntaje total.

Las preguntas 1, 5, 7, 11 y 13 suman un punto cuando se contestan negativamente y cero puntos cuando se contestan positivamente.

Mientras que, las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 suman un punto cuando se contestan negativamente y cero puntos cuando se contestan positivamente. A continuación se hacen mención de las preguntas. ¿Está satisfecho /a con su vida? ¿Ha renunciado a muchas actividades? ¿Siente que su vida está vacía? ¿Se encuentra a menudo aburrido /a? ¿Tiene a menudo buen ánimo? ¿Teme que algo malo le pase? ¿Se siente feliz muchas veces? ¿Se siente a menudo abandonado /a? ¿Prefiere quedarse en casa a salir? ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente? ¿Piensa que es maravilloso vivir? ¿Les cuesta iniciar nuevos proyectos? ¿Se siente lleno /a de energía? ¿Siente que su situación es desesperada? ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?

La interpretación es la siguiente: 0 a 5 Normal, 6 a 9 Depresión leve, > 10 Depresión establecida.¹⁷

Tratamiento de la depresión

El tratamiento de la depresión en el anciano no es homogéneo; requiere un abordaje altamente individualizado. Su historia personal y su comorbilidad particularizan el cuadro. Se afectan sus parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos, tanto por cambios propios de su proceso de envejecimiento, como por patologías asociadas y sus respectivos tratamientos, modificando todo esto la respuesta a los antidepresivos.¹⁸

Partiendo de que los antidepresivos son semejantes en eficacia, al escoger alguno, es importante considerar su interacción farmacológica, efectos colaterales

y vida media. Se recomienda comenzar el tratamiento con una pequeña dosis e incrementar gradualmente, a las seis semanas es recomendable haberle dado ya dosis terapéuticas, los niveles sanguíneos en los cuales los antidepresivos son cien por ciento efectivos parecen ser los mismos que en pacientes jóvenes.¹⁹

En cada consulta es importante reevaluar los resultados, optimizar la comunicación con el enfermo y sus familiares acerca del diagnóstico, tratamiento, evolución, y en relación a la latencia de la respuesta y los posibles efectos secundarios del tratamiento.²⁰

Maltrato

Tipos de maltrato

El físico es causar daño físico o lesión, coerción física, como el impedir el movimiento libre de una persona sin justificación apropiada. También se incluye dentro de esta categoría el abuso sexual a una persona.²¹

El psicológico es causar daño como estrés y ansiedad o agredir la dignidad de una persona con insultos.

El económico es la explotación de los bienes de la persona, el fraude o estafa a una persona adulta mayor, el robo de su dinero o propiedades.

La negligencia o abandono es aquel que implica descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno o por la cual uno tiene alguna obligación legal o moral. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada.²²

Factores de riesgo de maltrato

A pesar de que el maltrato es un fenómeno multicausal, se han logrado identificar los aspectos que hacen del adulto mayor una persona más vulnerable a esta situación. Entre los factores de riesgo familiares está el estrés del cuidador, nivel de dependencia de la persona adulta mayor, la historia de violencia en la familia,

dificultades personales y financieras del cuidador, alcoholismo u otras adicciones, falta de información y de recursos.

para la atención adecuada a una persona con discapacidad, aislamiento social del cuidador, falta de apoyo o de tiempo de respiro para el cuidador que es responsable por una persona discapacitada 24 horas, 7 días de la semana.

Entre los factores de riesgo en instituciones comunitarias está el que la institución impide u obstaculiza las visitas o los contactos del adulto mayor con la comunidad, no está en un registro oficial o le falta la acreditación apropiada. No tiene monitoreo o supervisión pública de los servicios, contrata cuidadores sin capacitación para la atención de adultos mayores frágiles y discapacitados, mantiene una razón de cuidadores por número de personas discapacitadas y con demencia que es menor a la necesaria para atender las necesidades básicas de este grupo vulnerable, no ofrece privacidad a los residentes y estos se encuentran en hacinamiento, no hay evidencia de participación de la comunidad en actividades del hogar o institución, la estructura física de la institución no está adaptada para el acceso y la movilidad de personas con discapacidades.

Para que una situación de maltrato se consolide, se necesita de una víctima (que permita la situación) y de un agresor (que ejecute la agresión), sin olvidar que estos papeles son dinámicos e intercambiables.²²

Características del agresor

Es importante considerar que el trato inadecuado hacia los adultos mayores, no siempre es porque la persona sea “mala”, existen factores que predisponen esta situación como: sobrecarga en la persona que se le asignó (o asumió) el cuidado del adulto mayor, presenta trastornos emocionales, dependencia emocional o financiera, escasos recursos de apoyo social, antecedentes de mala relación familiar.

Consecuencias del maltrato.

Para los adultos mayores, las consecuencias del maltrato físico son importantes e incluyen daños físicos como fracturas óseas, tiempos de convalecencia más prolongados. Incluso una lesión relativamente leve puede causar daños graves y permanentes.

Los daños psicológicos favorecen la aparición de síntomas depresivos, aislamiento, sentimientos de impotencia, baja autoestima, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación, mayor pérdida de autonomía y estrés lo cual puede aumentar el riesgo de muerte.

Lo anterior provoca el ingreso frecuente de los adultos mayores al sistema hospitalario, o la demanda constante de atención médica por la presencia de distintas enfermedades.²³

Abandono o negligencia

El abandono o negligencia es una forma de maltrato que implica descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno o por la cual uno tiene alguna obligación legal o moral. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada.

La negligencia intencionada es, cuando el cuidador por prejuicio o irresponsabilidad deja de proveer a la persona adulta los cuidados apropiados para su situación. Mientras que la negligencia o abandono no intencionado se da cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios, por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos.²³

En 1997, se creó la liga internacional para la prevención del abuso al adulto mayor (INPEA) y en la 2ª Asamblea mundial (2002) celebrada en Madrid se reconoció el maltrato en los adultos mayores.²⁴

Formas de abandono o negligencia

Las formas de presentación del abandono o la negligencia son: descuidar la hidratación, la nutrición, úlceras de presión sin atender, descuidar la higiene personal, no atender lesiones abiertas, mantener un ambiente poco sanitario, abandonar a la persona en la cama, en la calle o en algún servicio público, hipotermia, niveles subterapéuticos de medicamentos o irregularidades en la ingesta de medicamentos.²⁵

Perfil de adultos mayores víctimas de abandono

A nivel mundial se carece de estudios con un diseño adecuado para identificar factores de riesgo. No obstante, con base en la información del expediente clínico y la valoración integral e intervención de los casos atendidos por el Comité de Estudio Integral del Anciano, Agredido y Abandonado (CEINAA) de Costa Rica durante el 2006, se identificaron una serie de características comunes de las personas adultas mayores víctimas de maltrato, negligencia y abandono, como: tener 75 años y más, sexo femenino (70% de los casos), deterioro cognitivo (pérdida de memoria, limitada capacidad para tomar decisiones y cuidarse por sí solo) de la persona adulta mayor, dependencia funcional en actividades de vida diaria básicas e instrumentales (desplazamiento, baño, vestido, alimentación, asistencia a citas médicas, ingesta de medicamentos, arreglo personal), sentimientos de soledad, aislamiento social de la persona adulta mayor (falta de comunicación con familiares, amigos, vecinos, tristeza, estar solo-a), dependencia emocional del adulto mayor con el ofensor o la ofensora (siente que necesita hijo o hija, nieto o nieta para vivir), depresión en la persona adulta mayor en proceso de duelo (tristeza por viudez, pérdida de un ser querido, otras pérdidas), depresión en el cuidador o cuidadora, sobrecarga del cuidador o cuidadora (cuando una sola persona asume el cuidado y la atención de las necesidades de la persona mayor y no hay apoyo de la familia., dinámica familiar conflictiva (controla todo, rechazo o agresividad del acompañante o familiar),

problemas de farmacodependencia del ofensor u ofensora (hijo (a) nieto (a), cuidador (a), consumo de alcohol y/o drogas), incapacidad mental o intelectual del cuidador o la cuidadora principal, historia familiar de violencia intrafamiliar de larga evolución.²⁶

Marco legal

En México, en el 2002 se creó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. En el 2006, el EMPAM- DF realizó la primera encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores y en el 2008, se publicó la Guía de Práctica Clínica sobre detección y manejo de maltrato en el adulto mayor.²⁷

Un extracto de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores es el siguiente:

Artículo 5. Garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

- Una vida sin violencia.

- Recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales.

Artículo 22. Corresponde al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, garantizar a las personas adultas mayores:

- La denuncia ante las autoridades competentes, cuando sea procedente, de cualquier caso de maltrato, lesiones, abuso físico o psíquico, sexual, abandono, descuido o negligencia, explotación, y en general cualquier acto que perjudique a las personas adultas mayores.

Artículo 50. Cualquier persona que tenga conocimiento del maltrato o violencia contra las personas adultas mayores deberá denunciarlo ante las autoridades competentes.

Capítulo VII. Abandono de personas.

- Artículo 335.- Al que abandone a una persona enferma, se le aplicarán de un mes a cuatro años de prisión, sí no resultare daño alguno.

- Artículo 336.- Al que sin motivo justificado abandone a su cónyuge, sin recursos, se le aplicarán de un mes a cinco años de prisión, o de 180 a 360 días multa; privación de los derechos de familia y pago como reparación del daño.²⁷

Planteamiento del problema

En 1950 aproximadamente el 8 % de la población mundial era mayor de 60 años, para el 2000 esta cifra se incrementó al 10 % y se espera que alcance un 21% para el 2050. México no escapa al envejecimiento global, en el 2010 la población de adultos mayores fue de 9.67 millones y se espera que en el 2025 alcancen los 18 millones y para el 2050 se incremente a 36 millones, momento en el que 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor.²⁹

Ante el creciente porcentaje de adultos mayores en México y el mundo, y los cambios en la dinámica social, familiar y laboral están ocurriendo fenómenos que no eran comunes como la depresión, el abandono y la negligencia hacia el adulto mayor.³⁰

De hecho la depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente y afecta entre el 7 y el 36% de los adultos mayores en la consulta externa y al 40% de los pacientes hospitalizados y hasta el 60% en residentes de zonas urbanas.³¹

El envejecimiento de la población y la baja 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 y que algunas capacidades físicas se deterioren y los problemas de salud mental se incrementen. La depresión en uno de ellos y además constituye uno de los padecimientos más frecuentes y discapacitantes, asociándose a una alta mortalidad.

La depresión en la vejez tiende a ser crónica recurrente. El suicidio es la consecuencia más seria, su tasa en las personas mayores es aproximadamente el doble que la de los grupos de edad ms jóvenes. el 60 a 90% de los pacientes mayores de 75 años de edad que se suiciden sufren de depresión diagnosticado clínicamente.

En lo anterior y debido a la alta prevalencia del subdiagnostico de la depresión, es importante que el medico de primer nivel de atención esté capacitado para identificar de una manera temprana este trastorno y poder otorgar un tratamiento oportuno, evitar la discapacidad y complicaciones asociados a esta enfermedad catalogada como síndrome geriátrico, debido a la correlación bidireccional que tiene con otros síndrome geriátricos.³²

Se estima que de los 10.9 millones de adultos mayores que existen en México hasta un 10%, es decir 1.1 millones de adultos mayores son víctimas de maltrato en cualquiera de sus formas: físico, psicológico, económico, negligencia y/o abandono. Incluso instituciones de salud y beneficencia, se encuentran llenas de adultos mayores hospitalizados y/o abandonados, temporal o definitivamente por los familiares.³³

Aunque es complicado determinar causas de la depresión, se han encontrado algunos factores consistentemente asociados a esta en el adulto mayor, entre los cuales se encuentran: las familias disfuncionales, el sexo femenino, el sedentarismo, la dependencia económica, el desempleo, ser viudo, ser soltero, edad avanzada, un bajo apoyo social y la inasistencia a asociaciones de convivencia.

A pesar de los conocimientos logrados hasta el momento, se carece de estudios que permitan conocer la magnitud y frecuencia de depresión y maltrato del adulto mayor en todas las zonas geográficas y en todos los grupos étnicos, por lo que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la prevalencia de depresión en el adulto mayor con abandono y negligencia familiar?

Justificación

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece la igualdad de oportunidades para todo ciudadano mexicanos y el establecimiento de condiciones de desarrollo para individuos, familias y comunidades. No obstante, aún persisten profundas desigualdades que favorecen el maltrato y la violencia hacia grupos y personas vulnerables en función del sexo, edad, condición física ó mental como es el caso del adulto mayor. Aún más, se estima que la morbilidad por depresión alcanzará para el 2020 la morbilidad por enfermedades crónico-degenerativas, las cuales constituyen la principal causa de morbilidad y mortalidad en la actualidad.

En este sentido, el maltrato y la depresión en el adulto mayor son una prioridad de salud pública en México y sus comunidades. Siendo la depresión una de las causas más importantes de discapacidad en el mundo, genera sufrimiento a quienes la padecen. Esta es una de las enfermedades más debilitantes y más comunes en el adulto mayor, sin embargo de forma general no es diagnosticada de forma correcta, atender la depresión en el adulto mayor puede contribuir de forma significativa a reducir los costos en la atención en este grupo de pacientes disminuyendo las complicaciones, la morbilidad y mortalidad.

El presente estudio permitirá conocer la prevalencia de depresión en adultos mayores con abandono y negligencia familiar en la comunidad de Zumpango, asimismo permitirá medir la utilidad, de programas de intervención para reducir la frecuencia de abandono, negligencia familiar y depresión en los adultos mayores. También servirá como base para medir el impacto de estrategias de promoción de salud y prevención de estos problemas en el adulto mayor.

Objetivos.

General.

Estimar la prevalencia de depresión en el adulto mayor, con abandono y negligencia familiar de la comunidad de Zumpango.

Específicos.

Estimar las características sociodemográficas en el adulto mayor.

Identificar la prevalencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor.

Determinar las características nutricionales y patrones de alimentación en el adulto mayor.

Estimar la evaluación del estado general del adulto mayor.

Identificar los posibles indicadores de negligencia (contracturas, deshidratación, diarrea, depresión, impactación desnutrición ardor al orinar y falta de higiene) en el adulto mayor.

Identificar la prevalencia de posibles indicadores de negligencia (incapacidad para detectar enfermedades evidentes, ingesta incorrecta de medicamentos, internamientos repetidos por falta de seguimiento de atención médica, declaración de negligencia por el adulto mayor, evidencia de que un profesional de la salud ha cesado repentinamente de atender a un paciente sin coordinar alguna alternativa, evidencia de que un adulto mayor quedo solo en un ambiente no seguro por periodos prolongados, sin el respaldo adecuado, declaración de abandono por el adulto mayor)

Identificar la prevalencia de posibles indicadores de abandono en el adulto mayor.

Determinar la distribución de pacientes según el número de cuidadores en el adulto mayor.

Determinar la frecuencia de depresión por género en el adulto mayor.

Determinar la frecuencia de depresión de acuerdo a comorbilidades en el adulto mayor.

Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con y sin evidencias clara de negligencia en el adulto mayor.

Metodología.

Tipo de estudio.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal.

Población, lugar y tiempo del estudio.

Adultos mayores que acudieron a consulta externa del Centro de Salud Alameda de Zumpango. En el periodo de Marzo a Julio de 2015.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra.

La selección de la muestra fue no probabilística, por conveniencia; incluyendo un total de 75 pacientes.

Criterios de selección.

- Adultos mayores (>60 años) de uno u otro sexo que acudan a la consulta externa del Centro de Salud Alameda de Zumpango.
- Adultos mayores que acepten participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Adulto mayor que no deseen participar en el estudio.

Criterios de eliminación.

- Adulto mayor que no hayan terminado el instrumento de recolección.

Información a recolectar.

Variables.

Tabla 5. Definición y categorización de las variables de estudio				
Nombre	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable y escala de medición	Indicadores de evaluación
Sexo	Rol social asignado según sexo.	Rol social asignado según sexo	Independiente Cualitativa Dicotómica	1. Masculino 2. Femenino
Escolaridad	Máximo nivel de estudios.	Nivel de estudio académicos concluidos dicho en el momento de la entrevista	Independiente Cualitativo Ordinal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Maestría
Ocupación	Actividad a la que se dedica (empleo)	Actividad a la que se dedica dicho en el momento de la entrevista	Independiente Cualitativa Nominal	1. Hogar 2. Jubilado 3. Campesino 4. Intendencia 5. Otro
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de consulta.	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de consulta	Independiente Cuantitativa Discreta	60-100 años
Antecedentes personales patológicos	Enfermedades que el paciente padezca.	Aquella enfermedad permanente en el paciente mencionada en el momento de la entrevista	Independiente Cualitativa Nominal	1. Diabetes 2. Hipertensión 3. Dislipidemia 4. Artritis

IMC	Índice de masa corporal, expresado como =peso (Kg)/talla (m)	Índice de masa corporal, expresado como =peso (Kg)/talla (m) ²	Independiente Cuantitativa Continua	Bajo peso. <23 Normal. 23-28.9 Sobrepeso. 28-29.9 Obesidad. >30 O. G-I 30-34.9 O G-II 35-39.9 O G-III >40
Ingesta estimada de macro y micronutrientes.	Ingesta estimada	Evaluación mediante el recordatorio de 24h de la ingesta de macro (según ADA) y micronutrientes (según IDR)	Independiente Cuantitativa	0-100%
Patrón de alimentación diario	Características de la alimentación (número de alimentos y horarios)	Alimentación basada en el plato del buen comer	Independiente Cualitativa Dicotómica	1. Si (Óptimo) 2. No (No óptimo)
Depresión	Es un conjunto de signos y síntomas caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.	Puntaje de 6 o mas según la Escala de Depresión de Yesavage (GDS versión reducida). Anexo 3.	Dependiente Cualitativa Ordinal	1. Normal (0 a 5 puntos) 2. Depresión leve (puntos 6 a 9) 3. Depresión establecida (puntos > 10)
Abandono familiar	Descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno o por la cual uno tiene alguna obligación legal o moral.	Instrumento de evaluación de personas mayores (EAI) e ítems de abandono de la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el		EAI Apartado I 1. Muy bueno 2. Bueno 3. Deficiente 4. Muy deficiente 5. No se puede evaluar EAI Apartados III y V 1. Sin evidencia 2. Evidencia posible

<p>Información de la(s) persona(s) que le cuida(n) o ayuda(n)</p>	<p>Personas que la cuidan al paciente.</p>	<p>a. ¿Alguien la cuida permanente-mente? b. ¿Número de personas que la cuidan regularmente?</p>	<p>Independiente a. Cualitativa Dicotómica b. Cuantitativa Discreta</p>	<p>1. Si 2. No</p>
<p>Ingesta de fármacos que causan depresión</p>	<p>¿Ingiere el paciente fármacos que causan depresión?</p>	<p>Ingiere alguno de los medicamentos enlistados en anexo 4.</p>	<p>Independiente a. Cualitativa Dicotómica b. Cuantitativa Discreta</p>	<p>1. Si 2. No</p>

Método o procedimiento para captura de información

Se invitó a participar a adultos mayores que acudieron a la consulta externa del Centro de Salud Alameda de Zumpango, los cuales aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado, realizándose una entrevista en base al Cuestionario EAI (Índice de Evolución de Personas Mayores) Anexo 1, esta es la primera encuesta representativa sobre este tema en América Latina, la EMPAM-DF conto con el apoyo financiero del gobierno del Distrito Federal, a través de un convenio de colaboración para el levantamiento de dicha encuesta. Asimismo conto con el apoyo técnico del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (IIS-UNAM) y la supervisión de la Dra. Verónica Montes de Oca, secretaria Técnica del IIS-UNAM y miembro junto con el Lic. Pablo Yanes Rizo de la comisión especial para la evaluación y seguimiento del proyecto. Posteriormente se les aplicó la Herramienta de Detección de Depresión y un recordatorio de ingesta de alimentos de 24 horas. Además, se tomará peso, talla, IMC, antecedentes patológicos y de ingesta de medicamentos asociados a depresión. Anexo 2

Análisis estadístico

. La información obtenida fue transferida a Excel y posteriormente se exporto a el paquete estadístico SPSS 22.0 donde se realizó el análisis descriptivo (frecuencias, media, desviación estándar, mediana, mínimo, máximo) e inferencial de cada variable cualitativa (chi-cuadrada) y cuantitativa (U de Mann Whitney, Kruskal Wallis). Los gráficos fueron realizados en SPSS o GraphPad v5.0. Se considerará significativa una $p < 0.05$.

Consideraciones éticas

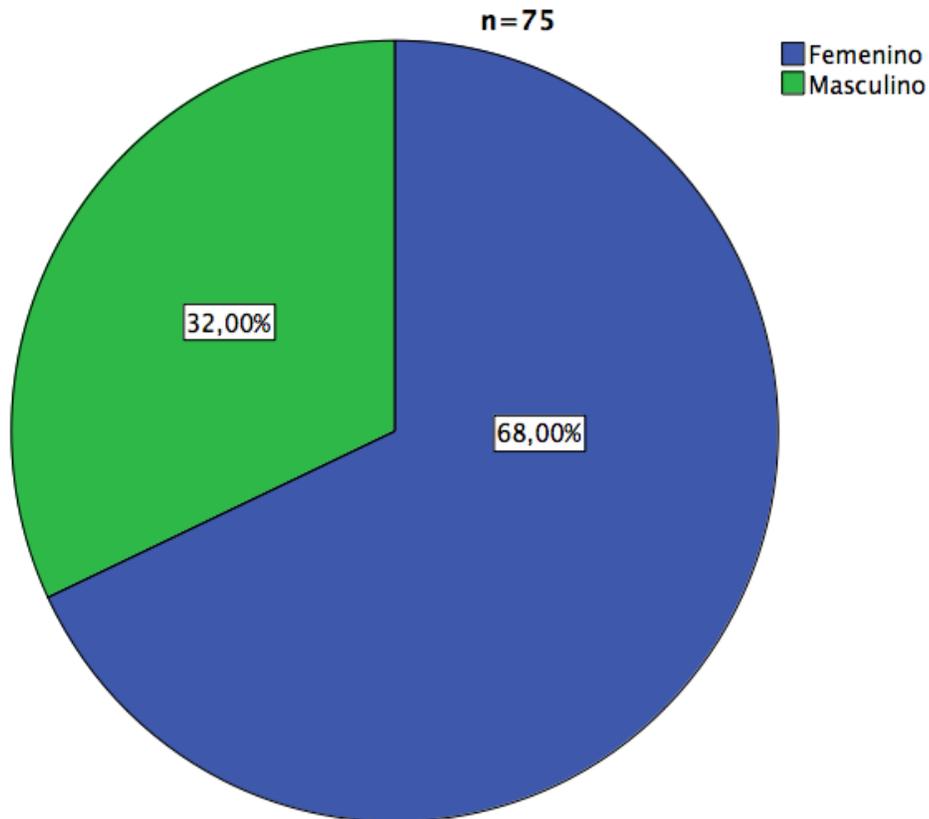
El estudio se apegó a los principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos establecidos por la Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki (1964) y ratificados en Río de Janeiro (2014). El protocolo fue sometido a aprobación del Comité de Bioética e Investigación correspondiente. De acuerdo al marco jurídico de la Ley General en Salud en materia de Investigación en Salud este protocolo se clasificó como riesgo inferior al mínimo. Todo paciente que aceptó participar en el estudio, firmó una carta de consentimiento informado. Se hará uso correcto de los datos y se mantendrá absoluta confidencialidad de los mismos. Se realizó una carta de consentimiento informado para que las personas del estudio conocieran los beneficios, riesgos y objetivos del presente estudio.

El trabajo cumple con los principios éticos marcados en la Ley General de Salud, estando especificada en el Capítulo I artículo 17, considerándose como una investigación sin riesgo: ya que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental, en las que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales en los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: aplicación de cuestionarios y entrevistas; cumple en lo referente a la confiabilidad y anonimato de los pacientes, utilizando la información solo para fines estadísticos y de investigación.

Resultados

Características sociodemográficas y patologías crónicas de los participantes.

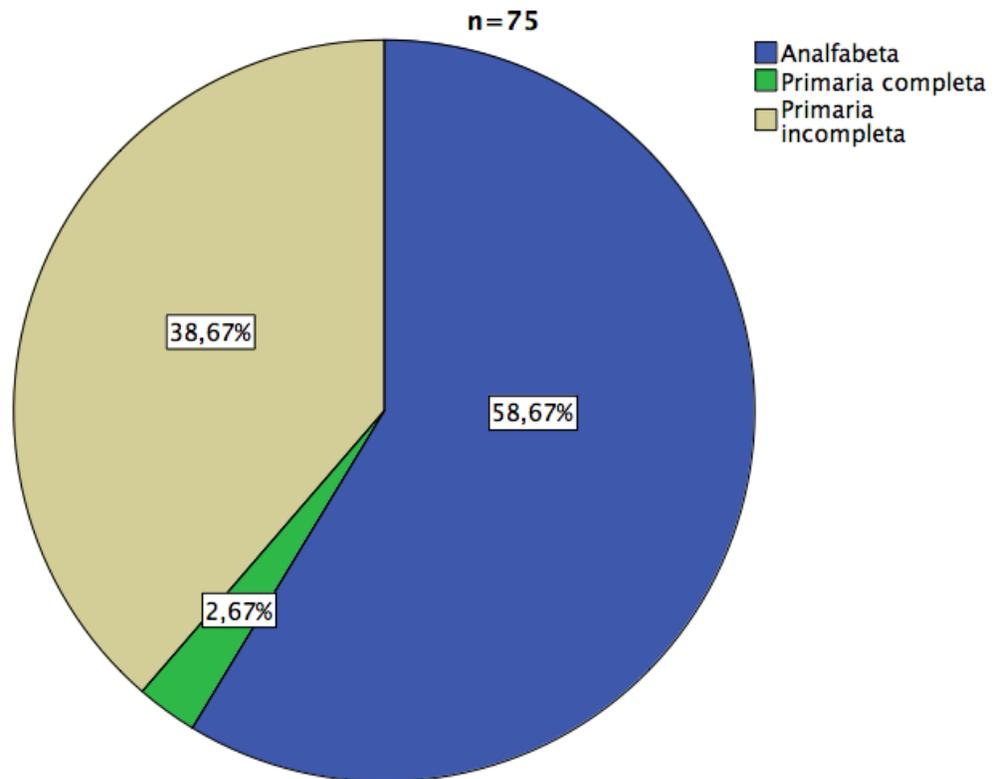
Grafica 1. Sexo.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de negligencia y abandono.

Se incluyeron en el presente estudio un total de 75 pacientes con una edad promedio de 66.13 años \pm 3.7 años, la edad mínima fue de 60 años y la máxima de 74 años. Del total de pacientes 50 (68%) fueron mujeres y 25 (32%) fueron hombres.

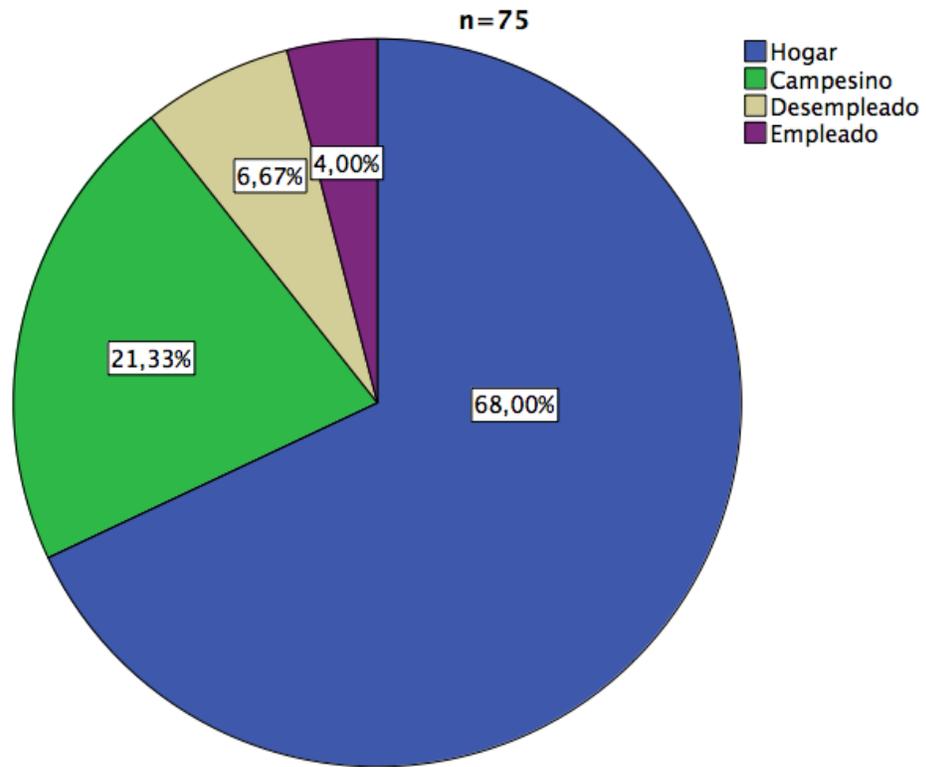
Grafica 2. Escolaridad.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de negligencia y abandono.

La escolaridad de los participantes, 44 (58.67%) fue analfabeta, 29 (38.67%) primaria incompleta y 2 (2.67%) primaria completa. Ningún paciente curso secundaria, preparatoria, ni universidad.

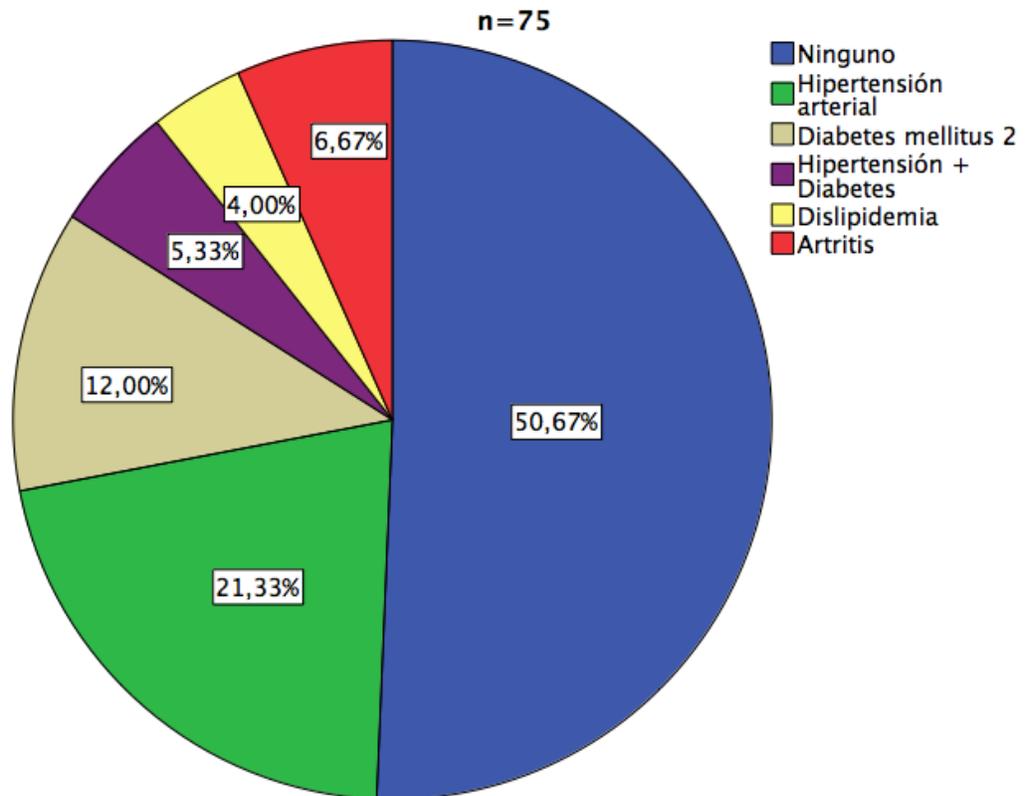
Grafica 3. Ocupación.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de negligencia y abandono.

En ocupación 51 (68%) de los pacientes realizaba labores domésticas, es decir todas las participantes mujeres, se dedicaban al hogar, 16 (21.33%) de hombres eran campesinos, 5 (6.67%) desempleados y 3 (4%) eran empleados.

Grafica 4. Enfermedades crónicas.

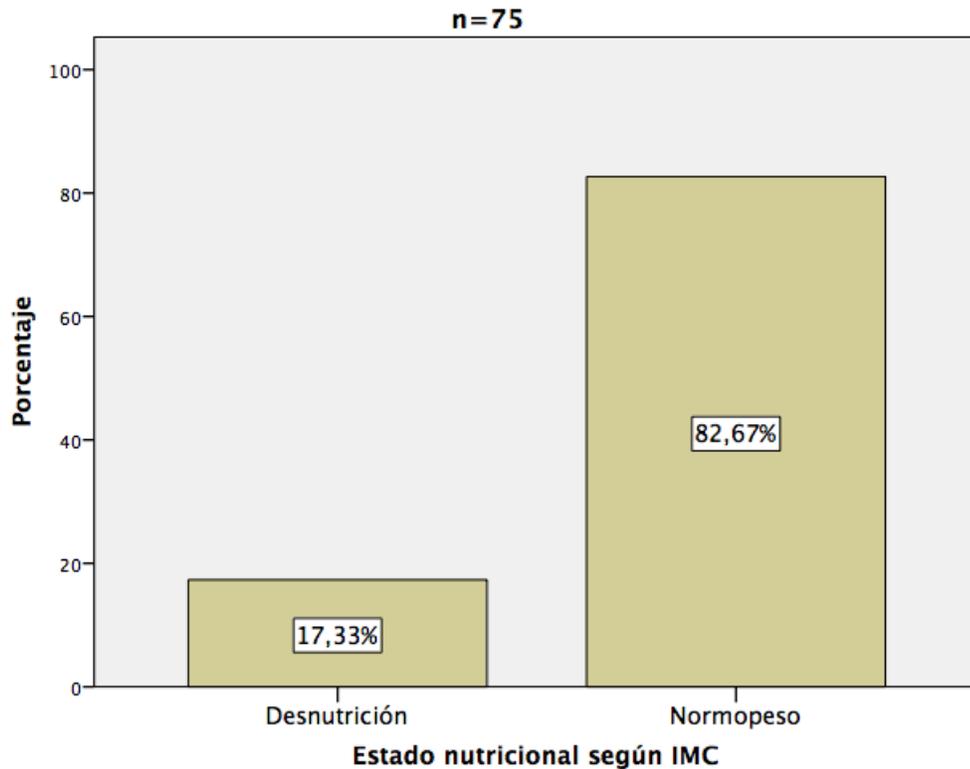


Fuente: Instrumento de recolección de datos de negligencia y abandono.

El 37 (49.3%) de los participantes padecían alguna enfermedad crónica, el 37 (50.67%) ninguna. Las enfermedades crónicas más comunes fueron: hipertensión arterial en 16 (21.33%), diabetes mellitus tipo 2, 9 (12%), la combinación de diabetes más hipertensión 4 (5.33%), artritis 5 (6.67%) y dislipidemia 3 (4%).

Características nutricionales y patrón de alimentación de los participantes

Grafica 5. Estado nutricional.



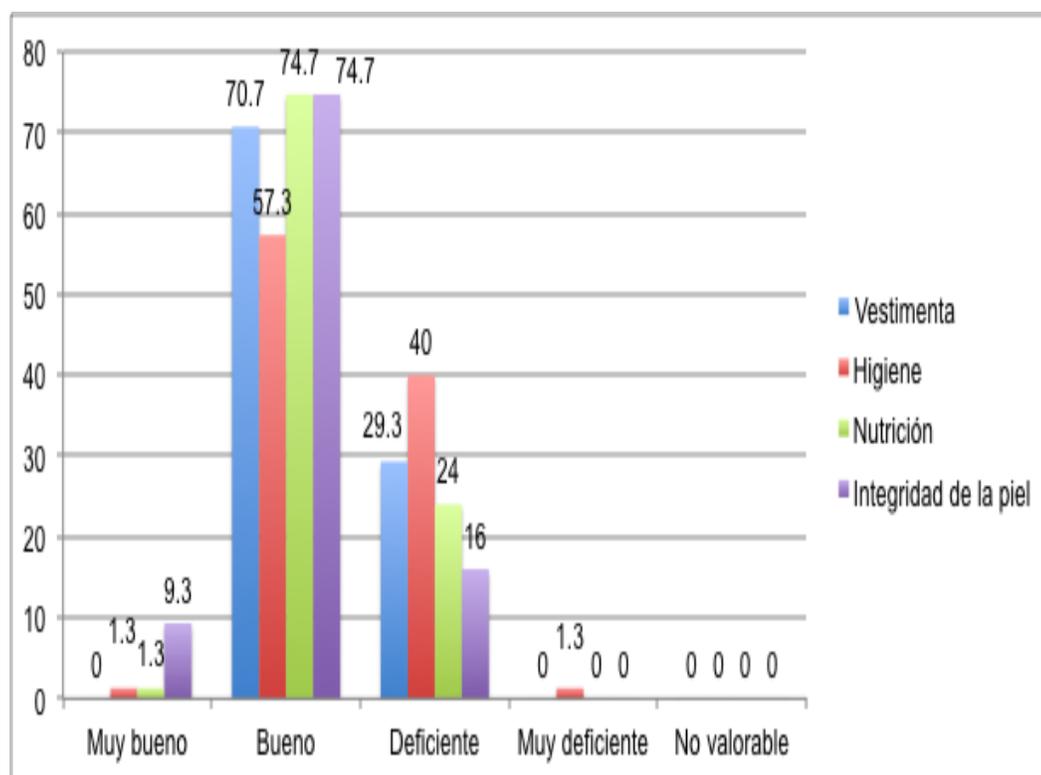
Fuente: Instrumento de recolección de datos de negligencia y abandono.

El promedio de comidas diarias de los participantes fue de 2.6 ± 0.5 y el número de colaciones promedio fue de 0.4 ± 0.5 . Donde 31 (41.3%) de los pacientes hacían 2 comidas diarias y el 44 (58.7%) tres comidas por día. De estos 46 (61.3%) no consumía colación y 29 (38.7%) realizaba una colación diaria. Es decir, ningún paciente realizaba tres comidas más dos colaciones.

El índice de masa corporal promedio fue de 20.0 ± 1.4 Kg/m², el IMC mínimo fue de 16.3 y el máximo de 23.2 Kg/m². Donde 13 (17.3%) de los pacientes tenía desnutrición de acuerdo a los criterios de la OMS para IMC y 62 (82.7%) eran normopesos.

Evaluación del estado general de los participantes

Grafica 6. Evaluación general.

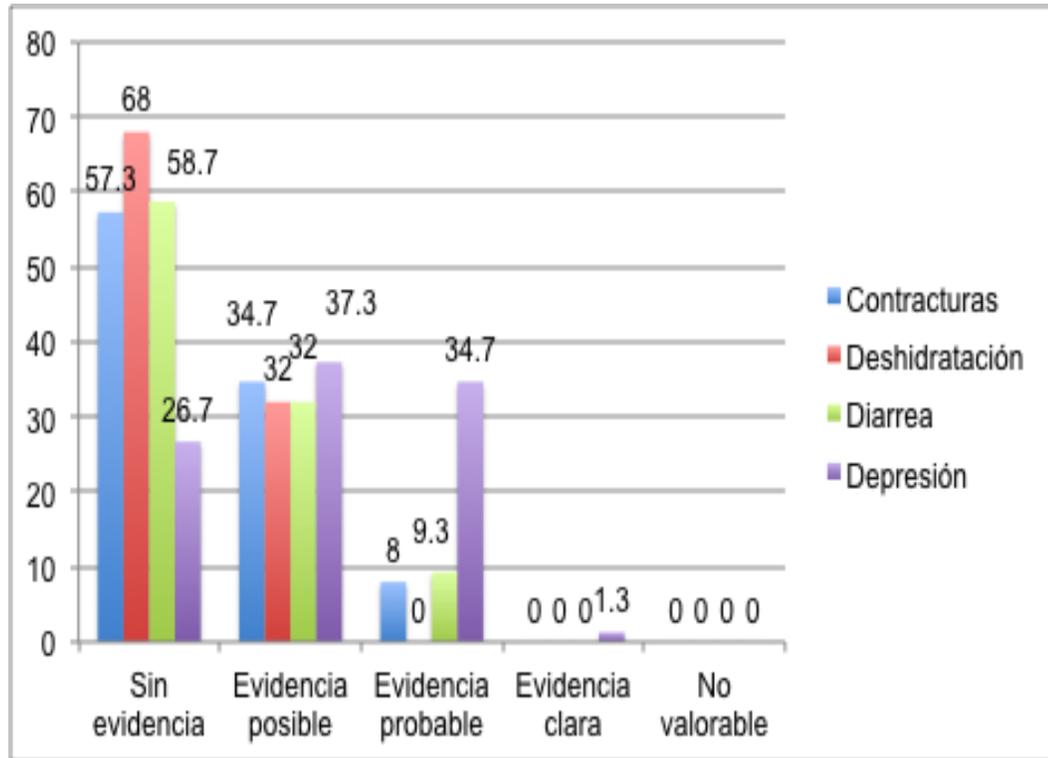


Fuente: Instrumento de recolección de datos de negligencia y abandono.

Mediante el índice de evaluación a personas mayores (EIA), apartado I se evaluó el estado general de los participantes mediante la valoración de la vestimenta, la higiene, la nutrición y la integridad de la piel de los adultos mayores. Del 70–75% de los participantes tenían una adecuada vestimenta, nutrición e integridad de la piel, de estos 53 (40%) tuvieron una higiene deficiente, 39 (29.3%) una vestimenta deficiente, 32 (24%) un estado nutricional deficiente percibido por el médico y 21 (16%) una integridad de la piel deficiente.

Evaluación de negligencia

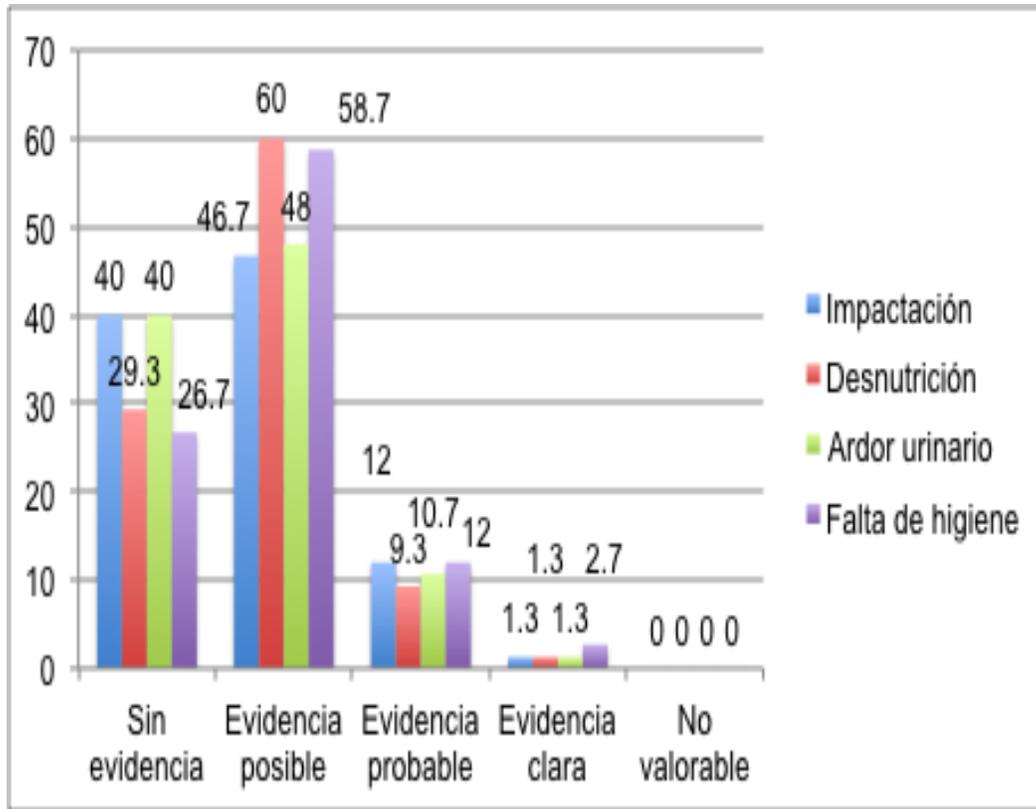
Grafica 7. Posibles indicadores de negligencia, parte I (EIA).



Fuente: Instrumento de recolección de datos de negligencia y abandono.

Mediante el índice de evaluación a personas mayores (EIA), apartado III se evaluaron datos sugerentes de negligencia. Observando que 26 (34.7%) tenía evidencia posible de contracturas, 24 (32%) de deshidratación, 24 (32%) de diarrea y 28 (37.3%) de depresión. Se observó que 6 (8%) tenían evidencia clara de contracturas, 0% de deshidratación, 7 (9.3%) de diarrea y 26 (34.7%) de depresión.

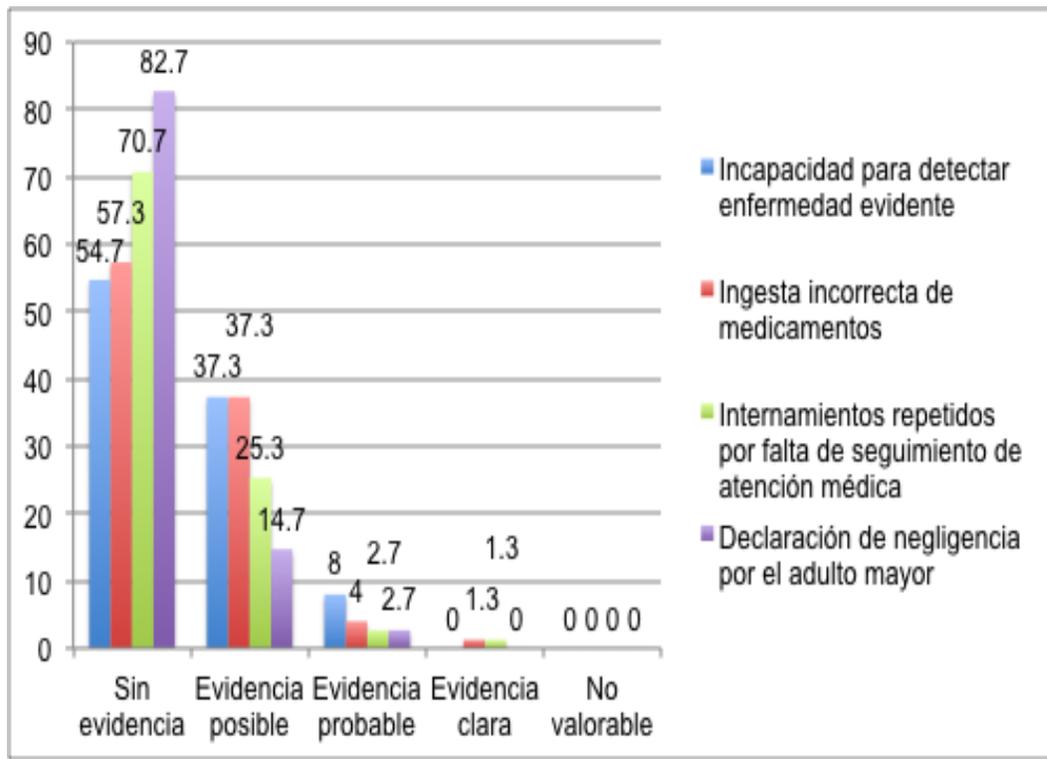
Grafica 8. Posibles indicadores de negligencia, parte II (EIA).



Fuente: Instrumento de recolección de datos de negligencia y abandono.

La valoración médica determinó que de estos pacientes, 30 (40.0%) carecían de evidencia de impactación, 35 (46.7%) tenían evidencia posible, 9 (12%) probable y 1 (1.3%) clara, 22 (29.3%) carecía de evidencia de desnutrición, 45 (60%) evidencia de posible desnutrición, 7 (9.35%) de probable desnutrición y 1 (1.3%) evidencia clara de desnutrición, 30 (40%) no tenía ardor urinario, 36 (48%) posible ardor urinario, 8 (10.7%) probable ardor urinario y 1 (1.3%) ardor urinario bien identificado., 20 (26.7%) de los participantes no tenía evidencia de mala higiene, 38 (58.7%) tenía evidencia posible de falta de higiene, 9 (12%) evidencia probable y 2 (2.7%) evidencia clara de falta de higiene.

Grafica 9. Posibles indicadores de negligencia, parte III (EIA).



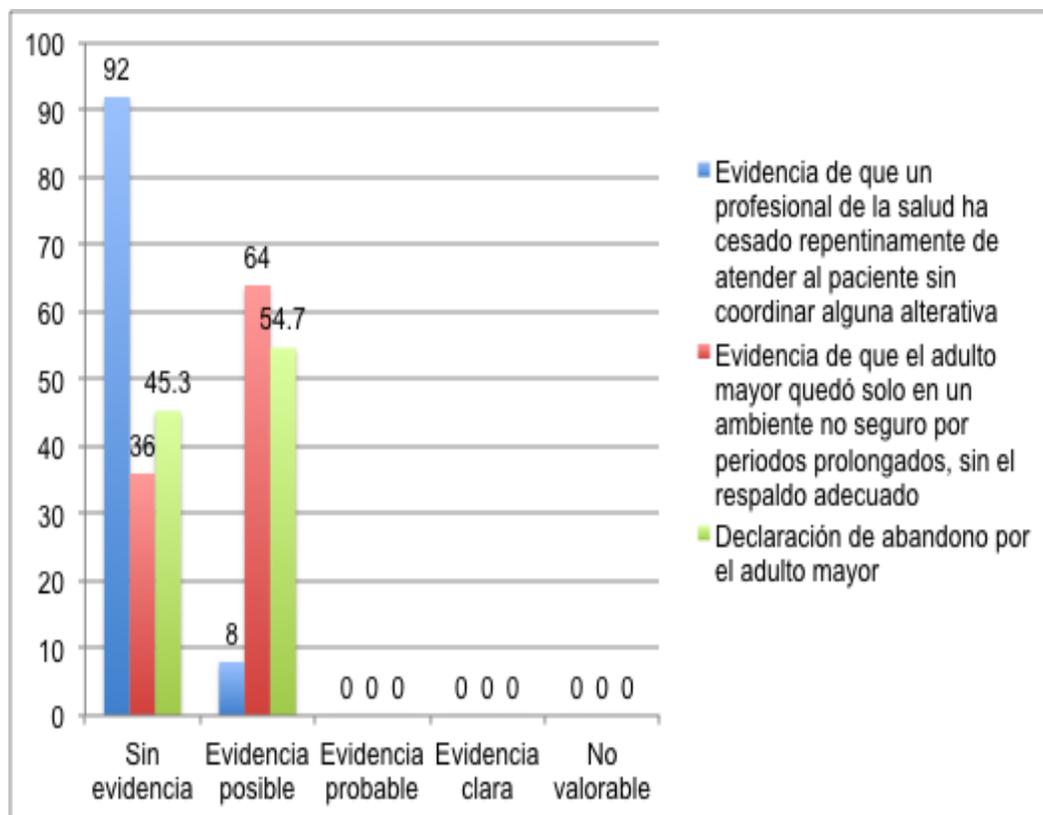
Fuente: Instrumento de recolección de datos de negligencia y abandono.

Tenían evidencia posible de: 1) Incapacidad para detectar enfermedad evidente, 2) ingesta incorrecta de medicamentos, 3) internamientos repetidos por falta de seguimiento de la atención médica y 4) declaración de negligencia por el adulto mayor, 37.3, 37.3, (19) 25.3 y (11)14.7% de los participantes, respectivamente; evidencia probable de estos signos de negligencia el (6)8, (3)4, 2.7 y 2.7%, respectivamente; y evidencia clara el 0, 1.3, 1.3 y 0%, respectivamente.

En resumen, sólo 4 (5.3%) de los pacientes presentaron alguna evidencia clara de negligencia.

Evaluación de abandono de los participantes

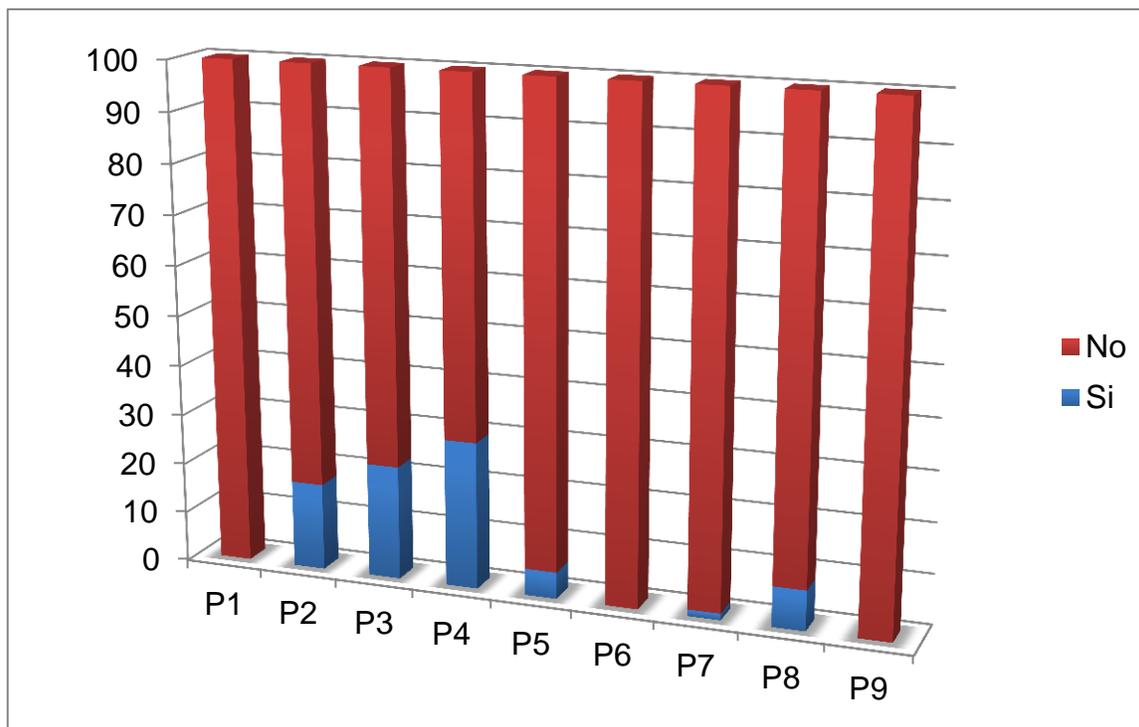
Grafica 10. Posibles indicadores de abandono EIA.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de negligencia y abandono.

Mediante el índice de evaluación a personas mayores (EIA) apartado V y la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF 2006), se evaluaron datos sugerentes de abandono. De acuerdo al EIA, 6 (8%) tenía evidencia posible de falta de atención por un profesional de la salud, 48 (64%) evidencia posible de que el adulto mayor quedó solo en un ambiente no seguro por periodos prolongados y 41 (54.7%) una declaración de posible abandono (Figura 10). En resumen, ningún paciente (0%) tuvo evidencia clara de abandono, de acuerdo a los criterios del EIA

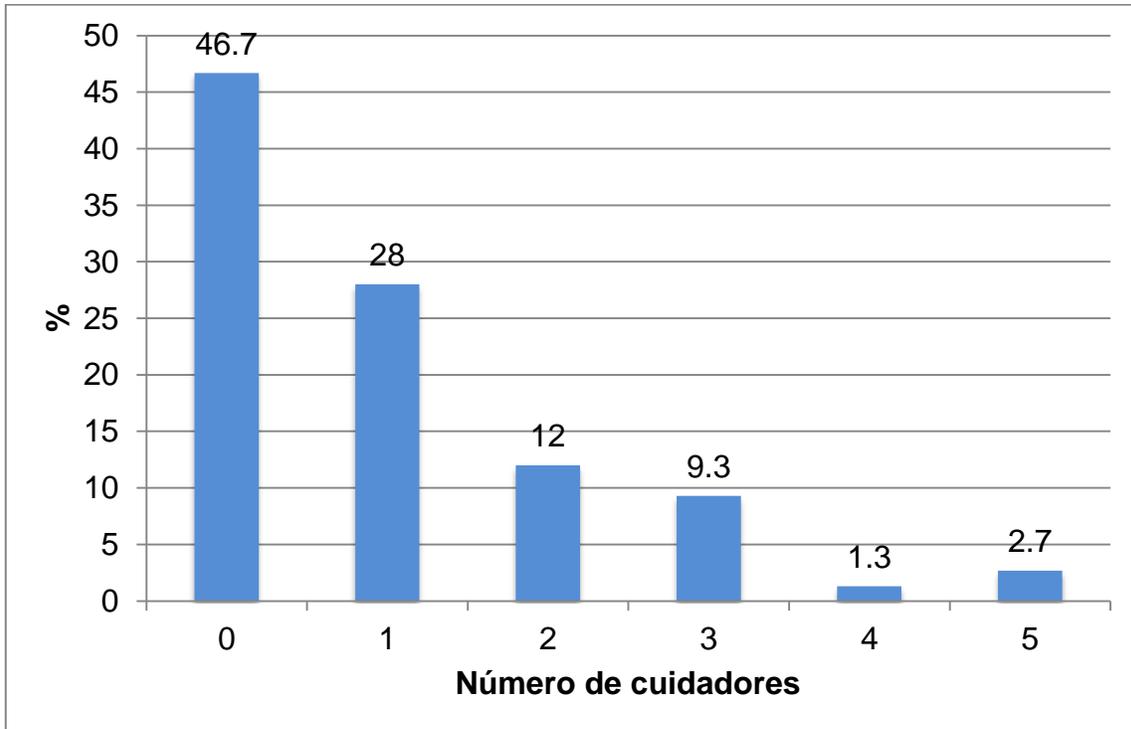
Grafica 11. Indicadores de abandono EMPAM–DF 2006.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de negligencia y abandono.

Con la herramienta EMPAM–DF 2006, se encontró que ninguno de los pacientes dejó de recibir los recursos económicos que requería para sostenerse (P1), de estos, 13 (17.3%) le dejaron de dar alimentos o pensión alimenticia en algún momento (P2), a 17 (22.7%) le dejaron de proporcionar los elementos de aseo que necesitaba (P3), a 22 (29.3%) le dejaron de proporcionar ropa ó calzado (P4), a 4 (5.3%) le dejaron de suministrar los medicamentos que necesitaba (P5), a ninguno se le negaron lentes, audífonos o dentadura postiza cuando lo necesitó (P6), a un paciente se le negó protección cuando la necesitó (P7), 6 (8%) se quedaron solos durante un largo periodo de tiempo (P8) y ninguno fue abandonado en un hospital, casa ó restaurante (P9).

Grafica 12. Distribución de los pacientes según el número de cuidadores.

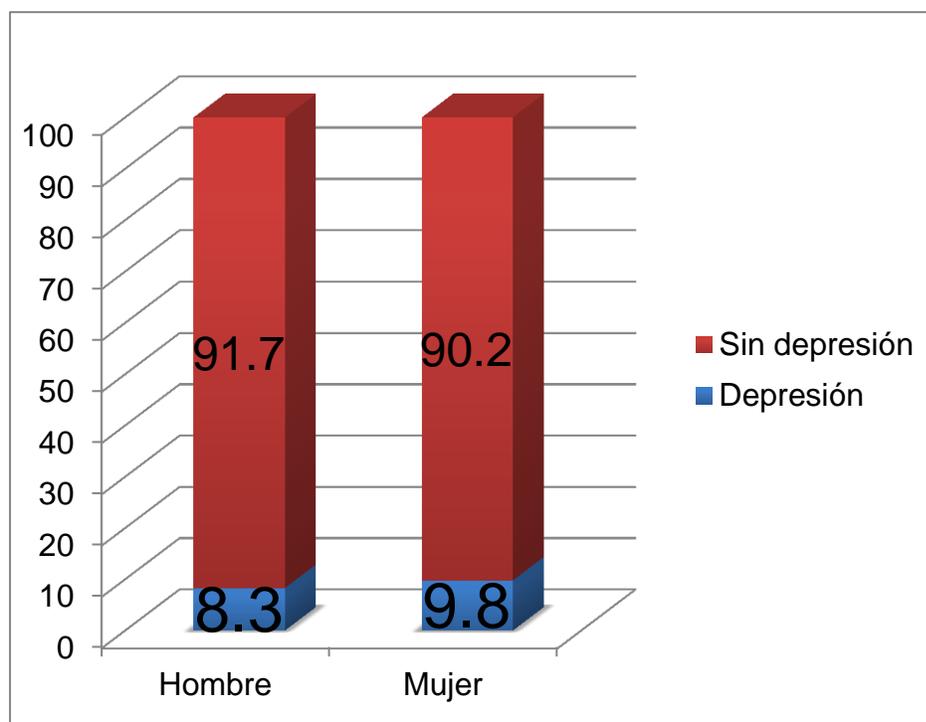


Fuente: Instrumento de recolección de datos de negligencia y abandono.

De estos pacientes 35 (46.7%) no tenían cuidador, 21 (28%) tenían un cuidador, 9 (12%) dos cuidadores, 7 (9.3%) tres cuidadores, 1 (1.3%) cuatro cuidadores y 2 (2.7%) cinco cuidadores.

Depresión en los pacientes.

Grafica 13. Frecuencia de depresión por sexo ($p=0.838$, x2).



Fuente: Instrumento de recolección de datos de negligencia y abandono.

De acuerdo con la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) ningún paciente tuvo depresión. El puntaje promedio de la GDS fue 0.8 ± 0.7 , el mínimo 0 y el máximo 4. Sin embargo, 7 (9.3%) de los participantes tomaba fármacos antidepresivos, por lo que, este porcentaje se consideró equivalente a frecuencia de depresión. El total de pacientes que tomaban fármacos antidepresivos no cumplieron criterios de algún grado de depresión (leve ni manifiesta), por lo que estaban en control. En hombres la frecuencia de depresión (diagnosticada por uso de antidepresivos) fue que 6 (8.3%) y en mujeres 8 (9.8%). No se encontraron diferencias en la frecuencia de depresión de acuerdo a la escolaridad, a la ocupación, al estado nutricional ni al número de cuidadores. Sin embargo, la prevalencia de depresión fue significativamente mayor en pacientes con hipertensión arterial sistémica que en pacientes con diabetes mellitus u otras patologías crónicas ($p=0.01$, x2).

Tabla 3. Frecuencia de depresión de acuerdo a la patología crónica			
Evidencia de negligencia	Depresión		Total
	No	Si	
Hipertensión arterial	11 (68.8%)	5 (31.3%)*	16
Diabetes mellitus	9 (100%)	0 (0%)	9
Diabetes + Hipertensión	4 (100%)	0 (0%)	4
Artritis	5 (100%)	0 (0%)	5
Dislipidemia	2 (66.7%)	1 (33.3%)	
Total	31	6	34

* $p=0.01$, χ^2

Dado que no se encontraron pacientes con evidencia clara de abandono, no se pudo estimar la prevalencia de depresión en pacientes con abandono.

La frecuencia de depresión en los pacientes con evidencia clara de negligencia fue de 0%, y en aquellos sin evidencia de clara de negligencia fue de 9.9% ($p=0.510$, χ^2 ; Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de depresión en pacientes con y sin evidencia clara de negligencia			
Evidencia de negligencia	Depresión		Total
	No	Si	
No	64 (90.1%)	7 (9.9%)	71
Si	4 (100%)	0 (0%)	4
Total	68	7	75

Discusión

Todos los pacientes incluidos en el presente estudio fueron mayores de 60 años y menores de 75 años, en su mayoría del sexo femenino, analfabetas (6 de cada 10) o con primaria incompleta (4 de cada 10). Todas las mujeres dedicadas al hogar y la mayoría de los hombres al campo. Es decir, son pacientes con un bajo nivel educativo que tienen acceso a trabajos poco remunerados, cuyo medio de subsistencia es el agrícola principalmente y secundariamente el sector servicios, con una tasa de desempleo similar a la de la población general.³⁴

Guerrero es actualmente uno de los estados con mayor rezago educativo y mayores tasas de analfabetismo. El grado promedio de escolaridad en Guerrero es de 7.3 y la media nacional es de 8.6 años; 17 de cada 100 personas mayores de 14 años no saben leer ni escribir, una cifra superior a la tasa nacional de analfabetismo que es de 7 de cada 100 habitantes.³⁵

Sin embargo, a pesar de las carencias que enfrentan, la prevalencia de depresión en adultos mayores del Centro de Salud Alameda de Zumpango es baja (9.3%) comparada con la frecuencia de depresión determinada en otros estudios. Se han notificado prevalencias de depresión en adultos mayores mexicanos de 40 a 70%. Un estudio realizado en personas mayores de 59 años de la ciudad de Veracruz, refiere que 57.8% presentó depresión: 46.7% en grado leve y 11.1% en moderado-severo. Otro estudio, realizado por Reyes en una población de 5,492 adultos mayores derechohabientes del IMSS, representativos del DF encontró prevalencias de 40% y 43%. Otros estudios han reportado prevalencias de depresión más bajas (15–20% en pacientes ambulatorios).³⁶

En Guadalajara, se encontró una prevalencia de depresión de 36.2%, siendo mayor en mujeres (43.2%) que en hombres (27.1%), a diferencia del presente estudio en el que las prevalencias fueron similares en hombres y mujeres. En otro estudio realizado en adultos mayores del Ejército y la Marina se encontró una prevalencia de

depresión de 41.7%.⁸ En una población suburbana de Morelia, el 60% de los adultos mayores presentaron algún grado de depresión y en un grupo de adultos mayores de Tlaxcala se encontró depresión leve en 32.5%, depresión moderada 44.5% y depresión severa en 2.5% de estos.³⁷

Otro de los objetivos del estudio fue determinar la prevalencia de indicadores de negligencia y abandono del adulto mayor. Se encontró que el 5.3% de los pacientes presentaron alguna evidencia clara de negligencia en base al índice de evaluación a personas mayores (EIA) y ninguno mostró evidencia clara de abandono. Sin embargo, en base a la encuesta EMPAM-DF 2006, el 68% presentaron algún indicador de abandono, principalmente por dejar de recibir alimentos o pensión alimenticia, elementos de aseo, ropa, calzado, medicamentos o quedar solos durante un largo periodo de tiempo.³⁸

Por otro lado, los principales indicadores de negligencia encontrados fueron internamientos repetidos por falta de seguimiento en la atención médica, ingesta incorrecta de medicamentos, impactación, desnutrición, ardor urinario y falta de higiene.³⁹

En un estudio realizado en el DF en 619 adultos mayores que el 4 % de las mujeres y el 2.6% de los hombres tuvieron al menos un indicador de negligencia o abandono (3.5% del total). Es decir, una frecuencia de abandono mayor que en el presente estudio y una frecuencia menor de negligencia que en el presente estudio. En este estudio sobre negligencia y abandono, los indicadores de negligencia y abandono fueron: dejar de recibir recursos económicos, ropa ó calzado, lentes o calzado, medicamentos, lentes, audífonos o dentadura y haber sido dejados solos por largos periodos de tiempo y haber sido abandonado alguna vez en casa, hospital, restaurante o en otro lugar.⁴⁰

Se observó que todos los casos de depresión se presentaron en pacientes sin evidencia de negligencia (9.9%) y ningún caso de depresión en pacientes con

evidencia de negligencia. Aunque se esperaba que la prevalencia de depresión fuera mayor en pacientes con negligencia y abandono, esto no se encontró en el presente estudio. Esto pudiera ser explicado por la adopción de estrategias de afrontamiento cuando las circunstancias son adversas, pero no se puede demostrar dado que no se midió el afrontamiento.

Conclusiones

En el presente estudio se encontró que respecto a las características sociodemográficas del adulto mayor se observó, que uno de cada tres eran hombres y dos de cada tres eran mujeres, respecto a la escolaridad, se observó que uno que seis de cada diez eran analfabetas, tres de cada diez tenían primaria incompleta y solo uno de cada diez había terminado la primaria, al medir la ocupación se observó que siete de cada diez se dedicaban al hogar, esto representa casi la totalidad de las mujeres encuestadas, dos de cada diez eran campesinos, y solo uno de cada veinticinco de los adultos mayores encuestados tenían un empleo formal.

La prevalencia de depresión en el adulto mayor atendido en el Centro de Salud de Alameda Zumpango, fue del 9.3% (7). Predominando en el sexo femenino.

En cuanto a la prevalencia de negligencia en el adulto mayor se encontró un 5.3% (4) observándose en este estudio que predominaba la presencia de contracturas 34.7% y deshidratación 32%.

En cuanto a la prevalencia del abandono en el adulto mayor no se encontró ningún caso, observándose solo evidencia posible de que se quedara en un ambiente no seguro por periodo prolongado en un 54.7%.

Referente a la asociación entre negligencia y depresión en el adulto mayor, en este estudio no se encontró ningún caso comprobado siendo este el 0%.

Se encontró que el 31.3% (5) de los pacientes con hipertensión arterial presentaban depresión con evidencia de negligencia.

Recomendaciones

Realizar un club de apoyo al adulto mayor en el Centro de Salud para la realización de actividades fomentando la convivencia entre ellos.

Fomentar que siempre que acuda el adulto mayor a consulta sea en compañía de un familiar. Para llevar un control estricto de medicamentos, alimentación, ejercicio y citas para su cuidado y seguimiento.

Realizar curso para promover la autovalencia del adulto mayor y enfrentar esta etapa de la vida.

Realizar talleres dirigidos a los familiares de los adultos mayores para fomentar el buen trato en ellos.

Promover la atención multidisciplinaria en los adultos mayores para el cuidado de su salud.

Capacitar a los familiares o persona responsable para el cuidado del adulto mayor.

Continuar profundizando en el estudio de la depresión utilizando otras variables.

Establecer programas preventivos en instituciones de salud para la prevención de depresión en el adulto mayor.

Realizar proyectos de vinculación entre entidades educativas de ciencias de la salud e instituciones de apoyo para establecer programas educativos y preventivos dirigidos al adulto mayor.

Referencias Bibliografía

1. INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. 2013. Encontrado en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos0.pdf> (Consultado en Febrero de 2015)
2. OMS. El maltrato de los ancianos. ¿Qué es el «maltrato de los ancianos»? Encontrado en: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/ (consultado en 28 de Febrero de 2015)
3. OPS. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Parte II: Guías clínicas para problemas seleccionados. Abuso y Negligencia. Washington: 2002. Primera edición. Pp. 128-137.
4. Bruna M, Reinoso Z, San Martín R. El abandono una problemática en el adulto mayor. Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Chile. Encontrado en: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%C3%B1a%20del%20Mar%202003/Abandono_una_problemativa_en_el_adulto_mayor.pdf. (Consultado en 28 de Febrero del 2015)
5. CENETEC. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaria de Salud 2011.
6. Katona C, Watkin V, Livingsston G. Functional psychiatric illness in old age. En: Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. Talis R. Firit H (edts), 6° edición London. Churchill Livingstone, 2003:837-853.

7. Sepúlveda Carrillo GJ, Arias Portela JY, Cuervo Rojas AM, Gutiérrez Gómez ST, Olivos Álvarez SA, Rincón Hernández MA, Tenjo Bello JV, Valbuena Martínez AP. Caracterización de los casos de maltrato en el adulto mayor denunciados en la comisaría primaria de familia en la localidad de Usaquén en el año 2007. Rev Col Enf. 2009: IV(4)
- 8.- Pando Moreno M, Aranda-Beltrán C, Alfaro Alfaro N, Mendoza Roaf P. Prevalencia de depresion en adultos mayores en poblacion urbana. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001;36(3):140-144.
9. Castro Lizárraga M, Ramírez Zamora S, Aguilar-Morales LV, Díaz de Anda VM. Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. Rev Neurol Neuroc Psiq, 2006;39(4):132-137.
10. Martínez Campos A. Detección de depresión en adultos mayores, de las Colonias Lomas del Punhuato y 12 de Diciembre de la Ciudad de Morelia. Psiquiatria 2011;15(51):1-25.
11. Tapia Mejía J, Morales Hernández J, Cruz Ortega R, Rosa Morales V. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. Rev Enferm IMSS 2000;8(2):87-90.
12. Méndez Naraegla M, Rodríguez Guzmán L. Prevalencia de depresión en adultos mayores del sureste veracruzano. Rev IMSS 2003; ISSN 1405-2636.
13. Giraldo Rodríguez ML. Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF). México. 2006: Gobierno del Distrito Federal. Pp. 1-54
14. Parker G. Modern diagnostic concepts of the affective disorders. Acta Psychiatr Scand 2003;108(418):24-8

15. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores. Encontrado en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>. (Consultado el 15 de marzo del 2015).

16. CENETEC Op.cit. pagina. 6.

17. Márquez Cardoso E, Soriano Soto S, García Hernández A, Falcón García MP. Depression in the older adult, frequency and associated risk factors. *Aten Primaria*, 2005;36(6):345-6.

18. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: Haworth, 1986.

19. Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician* 2004;69(10):2375-82.

20. Jacobson SA, Pies RW, Katz IR. *Clinical Manual of Geriatric Psychopharmacology*. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC 2007:146-147.

21. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am. J. Psychiatry* 2000;157:145.

22. Reynolds CF, Dew MA, Pollock BC, Mulsant BH, Frank E, et al. Maintenance treatment of mayor depression in old age. *N Eng J Med* 2006;354:1130-1138.

23. BIRRER RB. Op.cit. pagina 2378.

24. WASHINGTON Op.cit. pagina 136-137.

25. ONU. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid. 8 a 12 de Abril de 2002. Nueva York: ONU, 2002. pp. 1-79.
26. CONAPAM, Universidad de Costa Rica. Primer Informe Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica. pp- 193-204. Encontrado en: <http://ccp.ucr.ac.cr/espam/espam.html>. (Consultado el 16 de Marzo de 2015).
27. CENETEC. Detección y Manejo de Maltrato en el Adulto Mayor. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.
28. DOF. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Última reforma publicada el 25 de abril de 2012. Encontrada en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/ldpam.html>. (Consultada el 15 de Marzo de 2015).
29. CONAPO. Envejecimiento de la Población en México. 2015. Encontrado en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>. (consultado el 29 de Febrero de 2015).
30. WHASHINGTON. Op.cit pag. 130.
31. Lucero R, Casali G. Trastornos afectivos en el adulto mayor. Rev Psiquiatria Urug 2006;70(2):151-11.
32. Carmen Casanova, Silvana Delgado, Soraya Esteves. El medico de familia y la depresión del adulto mayor. 2006. 24-31.
33. OMS. Declaración de Toronto Para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. Ontario: OMS, 17 de noviembre de 2002.
34. INAPAM. Prevención del maltrato hacia las personas adultas mayores. Dirección de Atención Geriátrica, Departamento de Enseñanza, Investigación e Información.,

Encontrado

en:http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Prevencion_maltrato_hacia_PAM.pdf. (Consultado el 28 Febrero de 2015).

35. Beekman AT, De Beurs E, Van Balkom AJ, et al. Ansiedad and depression in later life: concurrence and community of risk factors. *Am J Psychiatry* 2000;157:89-95.

36. Gómez Feria I. La depresión en ancianos. Su coexistencia con factores estresantes, enfermedades somáticas y discapacidades. *Psiquiatr Biol* 2002;9(1):13-7.

37. Pando Moreno op.cit. pag. 142

38. Giraldo R. op. cit. pag. 26 y 27.

39. Fulmer T. Elder abuse and neglect assessment. *J Emergen Nurs*, 2003; 29(6): 4-5.

40. Giraldo R. op. cit. 96

41. Fulmer T. op. cit. pag 5

Anexo 1. Instrumento para evaluar negligencia, abandono y características generales

FOLIO: _____ EDAD _____ SEXO _____

OCUPACION: _____ PESO _____ TALLA: _____

IMC: _____ ESCOLARIDAD: _____

I. Evaluación general	Muy bueno	Bueno	deficiente	Muy deficiente	No se puede evaluar
1. Vestimenta					
2. Higiene					
3. Nutrición					
4. Integridad de la piel					
5. Comentarios adicionales:					
II. Posibles indicadores de abuso	Sin evidencia	Evidencia posible	Evidencia probable	Evidencia clara	No se puede evaluar
6. Hematomas					
7. Laceraciones					
8. Fracturas					
9. Distintos grados de cicatrización de hematomas o fracturas					
10. Evidencia de abuso sexual					
11. Declaración de la persona mayor referente a: abuso					
12. Comentarios adicionales:					
III. Posibles indicadores de negligencia	Sin evidencia	Evidencia posible	Evidencia probable	Evidencia clara	No se puede evaluar
13. Contracturas					
14. Decúbito					
15. Deshidratación					
16. Diarrea					
17. Depresión					
18. Impactación					
19. Desnutrición					
20. Ardor urinario					
21. Falta de higiene					
22. Incapacidad para responder a advertencia de enfermedad evidente					
23. Medicación incorrecta (más/menos)					
24. Internaciones repetidas por falta probable de seguimiento de atención médica					
25. Declaración de la persona mayor referente a: negligencia					
26. Comentarios adicionales:					

IV Posibles indicadores de explotación	Sin evidencia	Evidencia posible	Evidencia probable	Evidencia clara	No se puede evaluar
27. Mal uso del dinero					
28. Evidencia de explotación económica					
29. Denuncias de demanda de bienes a cambio de servicios					
30. Imposibilidad de explicar la posesión de dinero/propiedades					
31. Declaración de la persona mayor referente a: explotación					
32. Comentarios adicionales:					

V. Posibles indicadores de abandono	Sin evidencia	Evidencia posible	Evidencia probable	Evidencia clara	No se puede evaluar
33. Evidencia de que un profesional de la salud ha cesado su atención de manera precipitada sin coordinar una alternativa					
34. Evidencia de que una persona mayor queda sola en un ambiente no seguro por períodos extendidos sin el respaldo adecuado					
35. Declaración de la persona mayor referente a: abandono					
36. Comentarios adicionales:					

VI. Resumen	Sin evidencia	Evidencia posible	Evidencia probable	Evidencia clara	No se puede evaluar
37. Evidencia de abuso					
38. Evidencia de negligencia					
39. Evidencia de explotación					
40. Evidencia de abandono					
41. Comentarios adicionales:					

VII. Comentarios y seguimiento _____

Anexo 2. Preguntas de Abandono de la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF 2006). ¹¹

Abandono		
	Si	No
¿Le han dejado de dar los recursos económicos que requiere para sostenerse?	Si	No
¿Le han dejado de dar los alimentos o la pensión alimenticia en caso de tenerla?	Si	No
¿Le han dejado de proporcionar los elementos de aseo que necesita?	Si	No
¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc.?	Si	No
¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	Si	No
¿Le han negado los lentes, audífono o dentadura postiza que necesita?	Si	No
¿Le han negado protección cuando la necesita?	Si	No
¿Le han dejado largos periodos de tiempo solo?	Si	No
¿Le han abandonado alguna vez en un hospital, casa, restaurante u otro lugar?	Si	No
¿Le han abandonado alguna vez en un hospital, casa, restaurante u otro lugar?	Si	No

Carta de consentimiento informado

Prevalencia de depresión en el adulto mayor con abandono y negligencia familiar, en Centro de Salud Alameda de Zumpango Guerrero, en el periodo, en el periodo Marzo-Julio 2015.

Carta consentimiento informado para participaren protocolo de investigación.

Chilpancingo Gro, a _____ del mes _____ de 2015.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación, “Prevalencia de depresión en el adulto mayor con abandono y negligencia familiar” en el Centro de Salud de Alameda de Zumpango Guerrero.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el numero: _____

El objetivo del estudio es estimar la” Prevalencia de depresión en el adulto mayor con abandono y negligencia familiar, en centro de salud Alameda de Zumpango Guerrero”, para lo cual se me ha explicado que mi participación consiste en contestar preguntas para identificar factores de riesgos para depresión en el adulto mayor por abandono y negligencia.

Los beneficios de este estudio será el de conocer cuáles son los factores de riesgo asociados para presentar depresión en el adulto mayor por abandono o negligencia, y así poder incidir en su presentación a través de acciones en esta población en riesgo, por lo que declaro que se me ha informado ampliamente sobre los riesgos, inconvenientes, molestias, y beneficios, derivados de mi participación que se obtendrán, sin ningún riesgo para el participante, los beneficios que se obtendrán son en relación a identificar los factores de riesgos asociados a la depresión en el adulto mayor por abandono y negligencia en el Centro de Salud de Alameda en Zumpango Guerrero.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que considere conveniente, sin que ello afecte la relación médica que recibo en la institución.

El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificara en la presentación o publicación que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esto pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Firma del paciente.

Firma del investigador.
