



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADEMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 1
PUEBLA, PUEBLA

“MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR, DETECTADOS EN LA POBLACION
DE LA U.M.F. N°.6”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

ROSALVA RUIZ RODRIGUEZ

0352073

PUEBLA, PUEBLA

2005



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.



IMSS

**U.M.F. No. 1
DIRECCION**


**“MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR, DETECTADOS EN LA POBLACION
DE LA UMF. N°6”**

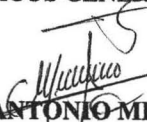
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**


PRESENTA:

DRA. ROSALVA RUIZ RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES:


DRA. MARÍA DE LOURDES HUCHIN AGUILAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN PUEBLA, PUEBLA


DR. MARCO ANTONIO MERINO GONZALEZ
ASESOR METODOLÓGICO DE LA TESIS
PROFESOR ADJUNTO


DR. MARCO ANTONIO MERINO GONZALEZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO


DR. MARCO ANTONIO MERINO GONZALEZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

PUEBLA, PUEBLA



2005

**“MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR, DETECTADOS EN LA POBLACION
DE LA UMF. N°6”**


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


PRESENTA:

DRA. ROSALVA RUIZ RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

A mi padre
Don Jorge Ruiz López
Donde quiera que se encuentre

A mis hijos:
Alejandro, Jorge y Ricardo
Mi razón de existir

A Gil
Para demostrarle que los sueños
Se hacen realidad

A todos mis amigos
Por ser pilar importante
De mi vida

INDICE GENERAL

Marco teórico	1
Planteamiento del problema	9
Justificación	10
Objetivos	11
General	11
Específico	11
Hipótesis General	12
Programa de trabajo	13
Metodología	14
Tipo de estudio	14
Población, lugar y tiempo de estudio	14
Criterios de inclusión , exclusión y eliminación	14
Método o procedimiento para captar la información	15
Recursos	16
Información de las variables (variables a recolectar)	17
Estadísticas	18
Consideraciones éticas	19
Resultados	20
Descripción (análisis estadístico)	20
Tablas (cuadros) y gráficas	21-27
Discusión	28
Conclusiones	31
Referencias bibliográficas	32
Anexos	34

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**“MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR, DETECTADOS EN LA POBLACION
DE LA UMF N°. 6”**

MARCO TEORICO

CARACTERISTICAS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO

INTRODUCCION.- Existen diferentes tesis acerca del momento de comienzo del envejecimiento. Algunos gerontólogos afirman que este proceso tiene como punto de partida la fertilización del óvulo, pues toman en consideración los cambios que ocurren en el huevo fecundado y la placenta, así como la involución de las estructuras fetales, otros estiman que el envejecimiento del ser humano se inicia entre la segunda y tercera décadas de la vida, mientras que un tercer grupo asegura que sobreviene en etapas más tardías de la existencia como Makinodan y sus seguidores. Sin embargo, es evidente que si en el proceso del crecimiento y el desarrollo predomina el anabolismo, en la senectud, por el contrario, impera el catabolismo.^(1,2)

Para definir el envejecimiento con fines prácticos, nada más acertado que lo expuesto por Robbins:

“cambios de estructura y función que suelen ocurrir después de alcanzada madurez reproductora resultan en una disminución de la capacidad para adaptarse y, en consecuencia, para controlar insultos ambientales o internos que traen por consecuencia un aumento de probabilidades de muerte con el tiempo. Esta definición incluye las 4 condiciones cardinales del fenómeno del envejecimiento: universalidad, carácter progresivo (e irreversible), naturaleza intrínseca (propiedad del organismo) y carácter perjudicial”.^(3,4)

Para Robbins existen 2 grandes problemas que se deben considerar:

- 1.- Se envejece con rapidez muy diferente, pues mientras encontramos individuos que a los 70 años son menos, ya están depauperada física y mentalmente, existen otros que a los 80 gozan de una excelente salud aparente.
- 2.- Hay que diferenciar entre los cambios que dependen sólo de la edad y los producidos por procesos morbosos.

El envejecimiento es un proceso universal, irreversible e inevitable que predispone al ser humano a una mayor vulnerabilidad al medio y a una menor adaptabilidad ante los cambios que van surgiendo cotidianamente.

Es un proceso donde factores biológicos, químicos, fisiológicos y psicológicos se van interrelacionando y al mismo tiempo sufriendo los cambios propios de la vejez.

No solo es una etapa donde hay un aumento en la prevalencia de enfermedades, sino en donde también la misma conciencia del sujeto al verse al final del ciclo vital, hace que su vejez tome relevancia y de esta forma, cada individuo le da un enfoque distinto de acuerdo a sus vivencias y/o a su estado funcional, ya sea aceptando esta etapa o bien tomándola con desesperación.^(5,6)

Los cambios anatómicos ocurridos en todos y cada uno de los órganos en la senectud son resultado de alteraciones existentes a nivel celular y tisular; los cambios fisiológicos son consecuencia de estos cambios o bien en un intento de compensarlos. Si se toma en cuenta que todos los tejidos tienen en común la presencia de la matriz extracelular, es fácil asimilar que los cambios ocurridos en ésta son los que finalmente repercuten a nivel sistémico. Entre los principales cambios son las modificaciones en la biosíntesis de la matriz extracelular, modificaciones postsintéticas de la matriz y modificaciones de las interacciones de la matriz con las células. La función y estructura específica del tejido conectivo son el resultado de la biosíntesis coordinada de un gran número de macromoléculas, de acuerdo a un programa genético establecido que regula diferenciación

y multiplicación celular. Este programa cambia progresivamente con la edad y de este modo refleja las modificaciones del fenotipo celular en los tejidos envejecidos. Por otro lado, la biosíntesis dependiente de la edad incrementa en muchas moléculas de la lámina basal como la colágena tipo IV, lámina y fibronectina, explicando de esta manera el aumento de diámetro en las membranas basales de capilares en la edad avanzada. En contraparte, existen enzimas proteolíticas que también aumentan su actividad progresivamente con el paso de los años, dando como resultado un incremento en la degradación de algunos elementos de la matriz extracelular.

De esta manera se puede concluir que los cambios anatomofisiológicos que ocurren en todos y cada uno de los aparatos y sistemas son influidos por cambios fundamentales que ocurren en la matriz extracelular, y éstos a su vez son propiciados por formas moleculares, genéticas y otros aspectos multifactoriales que aun no están bien dilucidados. Lo importante es entonces, el conocer de que manera estos cambios anatómicos y funcionales pueden repercutir en la salud y vida del anciano, para tratar de darle un enfoque integral adecuado en cuanto a su manejo en la salud y en la enfermedad.

Los cambios físicos y psíquicos que se producen con la edad se encuentran estrechamente relacionados entre sí. La salud en las personas mayores se ve influida por la biología (factores genéticos y heredados), el medio ambiente (entorno físico, psicosocial y económico), y estilo de vida y sistema sanitario, este último en un 10%.^(7,8)

Cambios celulares.- El envejecimiento tiene lugar porque las células del cuerpo humano no pueden reemplazarse a sí mismas, y cada año mueren o pierden una pequeña parte de su función. Esto está provocado por los factores intrínsecos de las células y factores extrínsecos, a niveles ambientales o de organización hormonal. La capacidad de proliferación de una célula se relaciona con su edad, y se hace más lenta o se detiene definitivamente. Una vez que se forman en las primeras etapas del desarrollo, neuronas y cardiomiocitos ya nunca vuelven a dividirse. El envejecimiento estaría provocado por una disminución de estas células por debajo de niveles críticos.^(9,10)

El envejecimiento actúa sobre las células, alterando el proceso de intercambio de información entre citoplasma y núcleo. Las membranas celulares se tornan más viscosas y las lipoproteínas que las forman hallan más dificultades en sus funciones. Disminuye la funcionalidad y el número de las mitocondrias. Las enzimas de la cadena respiratoria, foco de producción de radicales libres, bombardeados sobre la membrana mitocondrial, llevan a una alteración irreversible de la célula. Por su parte, la bomba iónica de sodio-potasio mantiene la hidratación celular. Con el envejecimiento este mecanismo se altera, lo cual lleva a deshidratación progresiva de la célula y a la disminución de su tamaño. En las células no grasas se produce una acumulación de depósitos lipídicos y también en las paredes de los vasos sanguíneos, dando rigidez a la pared. La lipofuscina, pigmento del envejecimiento, se acumula en el citoplasma de las células.⁽¹¹⁾

Los radicales libres provocan lesión celular y su envejecimiento y muerte. Estos radicales libres se generan como subproductos de la respiración celular y son moléculas que tienen un electrón no apareado en su orbital más externo, lo que les dota de gran capacidad para reaccionar con otras moléculas. En el organismo humano, los más frecuentes son los radicales libres de oxígeno, que reaccionan con hidratos de carbono, lípidos o proteínas. Se transforman, en especial, en las mitocondrias, interaccionan con sus membranas, hacen que los lípidos se peroxiden y pierdan su capacidad de fluidez. Esto es muy importante en la vaina de mielina de las fibras nerviosas. La célula dispone de mecanismos para protegerse de estos radicales libres como la catalasa o la glutatión-peroxidasa, pero algunos escapan e interaccionan con el DNA.

A medida que el individuo envejece, disminuye la capacidad de responder a los estímulos del medio ambiente, sobre todo a situaciones de estrés, con un declive del sistema inmunitario. La glándula timo sería un rector importante del proceso, como un reloj biológico o marcapasos que señala las etapas críticas a través de la influencia sobre las células T. El hecho de que la mujer viva unos 5 años de media más que el varón se ha relacionado con los estilos de vida más que con los factores biológicos.⁽¹²⁾

Cambios somáticos generales.-

Aparato locomotor.

A partir de los 20 años, los huesos no aumentan en longitud y posteriormente, se producirá una disminución en la altura por atrofia de los discos vertebrales. Además, la altura puede parecer menor por debilidad muscular. Los huesos, con la edad, se tornan menos densos, con osteoporosis y una mayor fragilidad en ellos, sobre todo cuando existen alteraciones en la dieta, sedentarismo y si es mujer, a partir de la menopausia. El ejercicio moderado mejora la osteoporosis, pero el excesivo resulta nocivo. Lo bueno es mantener la actividad física durante toda la vida. Las articulaciones se hacen menos flexibles, más rígidas, suscitándose con facilidad fracturas y curvaturas de columna. Las limitaciones a este nivel, los dolores y los tratamientos antiinflamatorios que se instauran, pueden repercutir en el estado de ánimo. El tejido conjuntivo disminuye y aumenta la densidad de las fibras, lo que dificulta el paso de nutrientes, las heridas tienden a cicatrizar con lentitud. El colágeno puede calcificarse y disminuir la flexibilidad de las articulaciones.

La musculatura estriada se torna más espesa y corta, por su parte, la máxima fuerza muscular se logra entre los 25-30 años y después se produce una reducción gradual de la velocidad, en la potencia de las contracciones musculares y en la capacidad para el esfuerzo muscular sostenido y disminuye la masa muscular, las fibras activas y la fuerza. Aumenta el tejido fibroso y decrece la elasticidad, aunque el ejercicio puede retrasar este proceso. Habría poca variación en la velocidad de los reflejos o en los movimientos repetitivos simples. Los esfuerzos musculares pueden quedar limitados por la rigidez en las articulaciones y la menor capacidad del trabajo del corazón y los pulmones, el ejercicio físico mejora la capacidad fisiológica en la edad tardía. Los tejidos elásticos se hacen fibrosos y repercuten en la función cardiaca y respiratoria.

Dientes.

En los cambios que se producen en los dientes, aparte de la edad, influye la higiene y la alimentación, y pueden provocar importantes molestias. La caída de los dientes repercute también en la comunicación a través del lenguaje hablado y si no se reponen, provocan tendencia al aislamiento, por vergüenza y pudor. Las encías se retraen y los dientes amarillean. Las alteraciones en la dentadura se encuentran asimismo influidas por la disminución de la salivación.

Piel.

La piel se torna más fina y pálida, por disminución de la vascularidad y cambios en los melanocitos. Se vuelve seca, con manchas oscuras y pierde elasticidad. Puede tener repercusiones sociales con tendencia al retraimiento. La edad influye sobre la autoestima y la imagen, en particular en las mujeres si han sido fuertemente narcisistas, puede ser muy notable si se trata de personas que han sido agraciadas, halagadas por su físico o si ha pesado mucho lo estético en su escala de valores. Aceptan peor el proceso de la vejez y tienden al aislamiento y a la sintomatología depresiva, al disminuir tanto su seguridad como su autoestima.

El anciano soporta peor los cambios bruscos de temperatura, tanto al frío como al calor. El pelo se torna fino y quebradizo, con pérdida de brillo y color, por disminución de

medanositos. La grasa subcutánea y las fibras elásticas disminuyen. Existe menor actividad de las glándulas sudoríparas.

En las edades medias suele acumularse grasa. Si posteriormente adelgaza, al ser menos elástica, se generan arrugas y aumenta si la alimentación es pobre en vitaminas y proteínas. Cuando se produce una ingestión excesiva, como se precisan menos calorías, se tiende a la obesidad.

La musculatura lisa resulta menos afectada por la edad que la estriada y funciona razonablemente hasta una edad avanzada.

Aparato cardiocirculatorio.

El corazón aumenta de peso y tamaño. Funciona más despacio y de forma irregular. Disminuye la elasticidad de las válvulas cardíacas. Aumenta el colágeno en los vasos. La presión arterial se eleva algo, sobre todo la sistólica. La hipotensión postural es frecuente y se asocia con caídas y síncope, favorecidos por los medicamentos. Las enfermedades cardiovasculares producen frecuentes cuadros confusionales por el riego cerebral defectuoso o por complicaciones de los propios tratamientos. El riesgo de trombosis se acentúa por aumento del grosor de la pared de los vasos y disminuye la capacidad de trabajo del corazón. La arteriosclerosis aumenta y se reduce la flexibilidad de los vasos.

Aparato digestivo.

La edad no le afecta de manera importante. Decece el apetito y, con frecuencia, los ancianos mantienen un precario balance nutricional. La digestión puede ser menos efectiva por disminución de la saliva y de los jugos gástricos. La masticación se hace más lenta. Disminuye el flujo sanguíneo en hígado e intestinos. Se altera la absorción en el tracto gastrointestinal, con riesgo de mal absorción y avitaminosis. Hay tendencia al estreñimiento, favorecida por las dietas y el sedentarismo. La malnutrición, mal absorción, las dificultades de masticación, los problemas económicos, las rutinas e incluso las actitudes paranoides, pueden favorecer las deficiencias nutricionales.

Con la edad, la necesidad de calorías descende, ya que disminuye la actividad física, la masa muscular y la ósea, y aumenta la proporción de tejido graso. Las necesidades calóricas se reducen aproximadamente un tercio y, aunque se coma igual, el peso aumenta. La cantidad de proteínas necesarias es casi la misma y se precisan para transportar grasas, como el colesterol a través de sistema circulatorio. El colesterol HDL, de alta densidad, protege frente a la enfermedad coronaria pues llega al hígado, donde puede ser excretado. El colesterol LDL lo transporta desde la sangre a las células, incluidas las de los vasos sanguíneos.

En las paredes del tubo digestivo genera atrofia de las células, con disminución de secreción de ácido clorhídrico y de la absorción de hierro y vitamina B12, produciendo anemia y fatiga crónica.

Aparato respiratorio.

La respiración la controla el centro respiratorio autónomo en el encéfalo, sensible al aumento de dióxido de carbono en sangre. El cerebro es sumamente sensible a las variaciones de oxígeno. Si este disminuye, causa debilidad muscular y alteraciones en la coordinación sensorio motora. La ausencia marcada provoca confusión, pérdida de conciencia y, eventualmente, la muerte. La edad reduce la eficiencia respiratoria, disminuye la capacidad vital, el reflejo tusígeno y la acción del epitelio celular bronquial. La enfermedad pulmonar obstructiva puede provocar encefalopatías agudas o crónicas, por hipoxemia e hipercapnia. En el proceso pueden colaborar diversos tratamientos, sobre todo las benzodiacepinas. La depresión y los cuadros ansiosos resultan habituales en las enfermedades pulmonares. Cuando el problema pulmonar afecta la función cerebral puede

observarse cuadros psicóticos. Las infecciones respiratorias son mas frecuentes en los ancianos.

Aparato genitourinario.

Los problemas genitourinarios son comunes a esta edad, por aumento del tamaño de la próstata. En las mujeres no son raras las infecciones urinarias, o los problemas de incontinencia.

Las células que producen esperma son las primeras afectadas y después las que generan testosterona. En la mujer, los ovarios cesan de manera progresiva de funcionar a finales de los 40 años o en los 50. Disminuye la lubricación vaginal. A pesar de todo esto, la potencia sexual del varón y el interés sexual de la mujer persisten hasta edades muy avanzadas, en ambos sexos.

Los médicos deben tener en cuenta la frustración que genera en las personas mayores las dificultades en el área sexual, ya que son activos sexualmente hasta mucho más tarde de lo que los profesionales estiman. En las mujeres, las relaciones sexuales dolorosas por vaginitis atrófica se corrigen con estrógenos. La conducta sexual en la vejez está influida por las pautas sexuales previas y por la experiencia en un número importante de varones (20-25%) puede suscitarse impotencia después de los 50-60 años. La vascular es la causa más frecuente, seguida de neuropatía autónoma o medicaciones diversas. También, enfermedades como la diabetes mellitus, el alcoholismo o las intervenciones quirúrgicas en generales. Colaboran factores psicogénicos, aunque en proporción no mayor del 10% de los casos. A veces, los varones desarrollan ansiedad anticipatorio respecto a su respuesta, lo cual les producen problemas reales de potencia. En las líneas generales, las relaciones sexuales pueden mantenerse hasta una edad muy avanzada y la disminución en la frecuencia puede estar provocada por la falta de ocasiones o de estímulos, más que de potencia o capacidad sexual. Varones con testículos clínicamente atróficos o ausentes por castración o cáncer de próstata pueden permanecer sexualmente activos. En el alcoholismo, en cuya fase aguda puede producirse fracasos, permanece el temor, y la impotencia será mixta: orgánica y psicológica, La cianosis hepática agrava el equilibrio entre estrógenos y andrógenos, lo que provoca atrofia testicular. Intervenciones quirúrgicas en colon o recto pueden asimismo provocar impotencia.

Sistema renal.

Existe un empeoramiento de la función renal por la reducción del flujo sanguíneo y el índice de filtración glomerular. También desciende la capacidad excretora máxima tubular para la glucosa y el ácido paraaminohipúrico. Se reduce la capacidad para formar purina concentrada o diluida y para eliminar el exceso de glucosa.

Sistemas endocrino y metabólico.

A nivel hormonal, el cortisol apenas está afectado por la edad. En cambio disminuye el tamaño de la glándula tiroides y se sustituyen células activas por otras inactivas de tejido conjuntivo, pero, desde un punto de vista funcional, se mantienen bastante compensadas, y los cambios en triyodotironina, tiroxina y hormona tiroestimulante resultan mínimos. En las paratiroides también decrece el tejido activo. La glándula pituitaria parece que mantiene su actividad a lo largo de los años. La tolerancia a la glucosa desciende. La glándula suprarrenales no e ven muy afectadas por la edad ni la concentración en sangre de hormonas adrenocorticales. Los estrógenos disminuyen con la menopausia. La reducción de testosterona puede repercutir en la libido.

En general, la homeostasis se hace menos eficiente. El sistema inmunitario aparece debilitado, las células T disminuyen y aumenta la producción de auto anticuerpos. El efecto

del estrés sobre el sistema inmunitario y neuroendocrino parece mayor en ancianos que en jóvenes.

Órganos de los sentidos.

Vista.

La capacidad visual empeora. De hecho a partir de los 50 años, el enfoque adecuado se realiza con dificultad. La ceguera puede llegar a ser total por cataratas, glaucoma o degeneración retiniana. El diámetro pupilar se reduce, disminuye la luz que llega al ojo y se reacciona con lentitud a ella. La córnea se espesa y se hace menos transparente. En la retina se atrofian las células nerviosas, lo cual contribuye a una peor visión. La atención y la capacidad de concentración de la visión serán relevantes para el bienestar y la calidad de vida del anciano. La disminución de la visión y la privación sensorial pueden favorecer la presencia de ilusiones o cuadros confusionales

Audición.

La capacidad auditiva se encuentra disminuida, lo cual contribuye al aislamiento del anciano. Esta pérdida de audición afecta más a los tonos altos que a los bajos, con matices, según el sexo: en los varones afecta más a los sonidos de baja frecuencia y en las mujeres a los de alta. El lenguaje, mezcla de tonos altos, medios y bajos, puede detectarse mal. La disminución de la audición, aparte de la privación sensorial que produce, favorece tanto el aislamiento como la presencia de alucinaciones o interpretaciones delirantes y, en consecuencia, la aparición de cuadros paranoides. Los cambios sensorio-perceptivos, sobre todo en vista y oído, desencadenan retraimiento y actitudes referenciales.

Gusto.

Existe disminución del número de terminales de papilas gustativas en la lengua desde la media edad. Las papilas gustativas situadas en la parte anterior de la lengua detectan los sabores dulces y salados y son las primeras en disminuir, en cambio, permanecen las que detectan sabores amargos y agrios, lo cual propicia el consumo excesivo de sacarosa o sal.

Tacto.

La percepción táctil y vibratoria se halla mermada. Parece que hay una ligera disminución para percibir dolor, calor y frío, debido a la circulación y la grasa.

Olfato.

Se produce disminución de la sensibilidad, por lo general sin relevancia clínica.^(13, 14, 15, 16, 17 18)

Generales:

Tomando a la vejez como una parte del todo en la vida del ser humano y la sociedad, no solo se escapa de la violencia, sino que es una víctima fácil y frecuente. Además de sufrir lesiones físicas, estas víctimas desarrollan con frecuencia sentimientos insuperables de miedo, aislamiento e ira y necesitan consejo extenso para recuperar la independencia.

Debido a la incidencia actual de malos tratos y el crecimiento previsible de la población anciana es imperativo que los cuidadores sanitarios que trabajan con ancianos aprendan a reconocer este grave problema y a actuar a favor de sus pacientes.

El abuso del viejo es una conducta destructiva que ocurre en el contexto de una relación que generalmente reviste suficiente intensidad, frecuencia y "confianza" como para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y económico de innecesario sufrimiento.

En las clasificaciones y definiciones de los términos se ha originado gran confusión, sin embargo el problema fue difundido a partir de una publicación medica inglesa, en 1975, en que se menciona la agresión contra la población anciana, asunto que tuvo amplia difusión tanto por el hecho de definir términos que se ajustaran a esta realidad como a la falta de los mismos para abarcar el espectro de daño al que esta sujeto la victima y el miedo en la forma de expresarlo. Todo ello ha contribuido en la actualidad a tener serias dificultades para poder llegar a un diagnostico y por tanto, registrar y conocer la frecuencia e incidencia de este lamentable síndrome geriátrico.

En México, el abuso del viejo representa un gran problema y es muy frecuente que en las instituciones hospitalarias se reciban pacientes que fueron abandonados por sus familiares y cuidadores, bajo el pretexto de que otros deben tomar la responsabilidad y pesada carga para cuidarlos. Así también el personal al cuidado de la salud, poco o nada familiarizado con los problemas gerontológicos, tiende a provocar más problemas o a identificar como responsables a los propios cuidadores de dicho problemas, sin ofrecer un seguimiento al origen del maltrato.

Para comprender a abordar a este problema es necesario conocer perfectamente algunos términos que se usan de manera indistinta pero que a lo largo de los años han sufrido numerosas redefiniciones y que han causado gran confusión. Actualmente el abuso se ha definido como daño fisico; negligencia se refiere a privar a alguna persona de alguna necesidad de la vida cotidiana y la agresión verbal incluye los insultos y amenazas el termino victimización se usa para referirse a un delito reconocido legalmente.^(19, 20,)

Específicos

Muchas personas creen que el abuso del viejo es propio de las modernas culturas occidentales y que es producto del rompimiento del núcleo familiar así como de la pérdida de valores, sin embargo el abuso del viejo es un fenómeno social que ha existido a través de la historia y alrededor del mundo. En países tercermundistas en donde existen muchas deficiencias en materia de salud, son pocas las personas que alcanzan la vejez y casos de abuso son raramente vistos pero solo porque la población vieja es escasa. De todas formas, en todos los países del mundo, incluyendo a aquellos con pocos viejos, se reportan casos de abuso.⁽²¹⁾

Actualmente es difícil conocer la incidencia y prevalencia actual de este grave problema debido a muchos factores siendo los más importantes la falta de reporte de los casos de abuso debido al miedo que provocan las represalias sobre el anciano y el temor a la soledad. Sin embargo se estima que a nivel mundial, del 2 al 35% de la población geriátrica sufre de algún tipo de abuso.⁽²²⁾

En nuestro país se carece de estadísticas relacionadas con este tema pero se estima que el 35% de los viejos mexicanos son maltratados. Esta cifra es alarmante y obliga a todos los profesionales de la salud a reconocer, saber manejar y reportar los casos de abuso en el viejo que se le presenten.

Etiología.- la falta de conocimientos sobre el proceso del envejecimiento y las actitudes negativas hacia los ancianos pueden contribuir al abuso y el descuido de las personas mayores. Una sociedad en la que son comunes las actitudes negativas hacia la vejez y los ancianos favorece el desarrollo de un medio ambiente en el que puede producirse con facilidad el maltrato de las personas mayores. El aislamiento se intensifica a través de la jubilación obligatoria y la subutilización de los ancianos, en una sociedad que valora la

juventud, así como el poder y el nivel social, muchas veces definidos por el puesto de trabajo.

Existen cuatro teorías principales que pretenden comprender el origen del abuso y negligencia en las personas ancianas, tienen como bases la psicopatología del causante del abuso, el estrés, la violencia entre generaciones y la dependencia.

El abuso del viejo es un problema muy complejo y es muy importante de recordar que todos estos factores usualmente no actúan de manera individual sino que interactúan los unos con los otros dependiendo de la víctima y de los causantes del abuso.

Tipos de abuso.-

Abuso físico.- es aquel que constituye cualquier lesión física o dolor infringido a un viejo por una persona, que incluye golpear, empujar, sacudir, dar una paliza, forzar, quemar, no alimentar, omitir o dar medicamentos en exceso o inapropiados o cualquier tipo de restricción ya sea física o química.

Abuso sexual.- por su importancia se menciona aparte, y se refiere a cualquier forma de intimidad sexual sin consentimiento y sea por la fuerza o bien bajo amenaza.

Abuso financiero-económico.- consiste en mal uso, explotación o falta de atención a las posesiones o el dinero de una persona mayor.

Abuso psicológico y social.- abarca una gama de comportamientos que causan sufrimiento emocional a una persona mayor y se incluyen, el abuso verbal como amenazas, insultos, órdenes rudas, así como el silencio o la actitud de ignorar al anciano, el infantilismo también es un abuso importante.

Negligencia.- se define como la falla en el cumplimiento de las obligaciones de la persona que se encuentre a cargo del viejo.

Auto maltrato o negligencia de sí mismo.- es muy controversial en nuestros días y se caracteriza por la conducta de una persona mayor que amenaza su propia salud.

Abandono.- se define como el desamparo o deserción de una persona mayor por la persona que se hace responsable del mismo.

Debemos mencionar que existe el abuso del viejo en la familia o bien en las instituciones, como pueden ser los asilos y los hospitales.^(23, 24, 25,)

Planteamiento del problema

En la consulta de medicina familiar, muchos adultos mayores que solicitan consulta o bien que se encuentran en los programas de control de enfermedades crónico degenerativas, presentan estados de ansiedad y depresión, asociados a maltrato o abuso.

Se estima que a nivel mundial, del 2 al 35% de la población geriátrica sufre de algún tipo de abuso o de violencia.

Actualmente es difícil conocer la incidencia y prevalencia de este grave problema debido a muchos factores siendo los más importantes; la falta de reporte de los casos de abuso debido al miedo que provocan las represalias sobre el adulto mayor, el temor a la soledad, la dependencia física, económica y mental de los hijos o familiares, entre otros factores.

La identificación oportuna de los casos con violencia dirigida al adulto mayor, permite planear y organizar actividades y acciones preventivas para disminuir o abatir el daño a la salud, que permitan mejorar la calidad de vida de este grupo de personas.

¿Cuál es la frecuencia de maltrato diferenciado en el Adulto Mayor en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 IMSS Puebla en el período de agosto a octubre de 2004?

JUSTIFICACION

Sabemos que el envejecimiento es un proceso universal, irreversible e inevitable, que predispone al ser humano a una mayor vulnerabilidad al medio y a una menor adaptabilidad ante los cambios que van surgiendo cotidianamente.

Es un proceso donde los factores biológicos, químicos, fisiológicos y psicológicos se van interrelacionando y al mismo tiempo sufriendo los cambios propios de la vejez.^(26,27)

No solo es una etapa en donde hay un aumento en la prevalencia de enfermedades, sino en donde también en la misma conciencia del sujeto al verse al final del ciclo vital, que su vejez tome relevancia y de esta forma, cada individuo le da un enfoque distinto de acuerdo a sus vivencia y/o a su estado funcional, ya sea aceptando esta etapa o bien tomándola con desesperación.

Sin embargo podemos decir en general que en la actualidad no estamos preparados para estos cambios, ni los jóvenes, ni los adultos y mucho menos los adultos mayores, y esto nos ha llevado a tener problemas multifactoriales, ya que los jóvenes ven al anciano como un algo que estorba, como un algo que ya no tiene razón de ser en su vida cotidiana, el adulto tampoco sabe tratar al adulto mayor, ya que la vejez conlleva en la mayoría de las veces enfermedades y cambios en el estilo de vida del adulto mayor debido a éstas, por lo que el adulto por falta de tiempo o porque debe atender a su familia o por muchas razones no quiere hacerse cargo del cuidado del anciano, no le da la importancia debida, y esto ocasiona que el adulto relegue al anciano, y el anciano tampoco ha visto bien estos cambios en su vida, ya que por los mismos cambios físicos, biológicos, etc..Ha tenido que cambiar su estilo de vida, muchas de las veces requieren de ayuda no solo física, sino económica y espiritual, lo cual no obtienen de la familia, y esto nos ocasiona de muchas maneras maltrato al adulto mayor, lo cual provoca cambios psicológicos muy importantes por lo cual la incidencia de personas con trastornos de síndromes depresivos ha ido en incremento y esto nos provoca problemas muy serios en el adulto mayor.

Nosotros como trabajadores de la salud debemos identificar el problema para así poder con la ayuda del grupo multidisciplinario darle o más bien buscar la solución más acertada a este problema, y poder así ofrecerle al adulto mayor una mejor calidad de vida.^(28,29,30)

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la frecuencia de maltrato diferenciado en el adulto mayor en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 IMSS Puebla en el período de agosto a octubre de 2004.

Objetivos específicos

- 1.- Identificar las causas de abuso o maltrato al Adulto Mayor.
- 2.- Distinguir el tipo de maltrato o abuso que sufre el Adulto Mayor.
- 3.- Evaluar la Calidad de Vida del Adulto Mayor.
- 4.- Identificar los casos de maltrato físico en el Adulto Mayor.

Hipótesis general

Existe un gran número de Adultos Mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 6 que presentan algún tipo de maltrato o de abuso.

Programa de trabajo

El proyecto y estudio se llevó a cabo del 2 de febrero al 31 de diciembre del 2004, en la Unidad de Medicina Familiar N°.6 del Instituto Mexicano del Seguro Social Puebla.

Material y métodos

Universo de trabajo:

Total de población derechohabiente de adultos mayores de ambos sexos: 14925 (cifras a Junio de 2004), de los cuales 6662 son hombres y 8263 mujeres.

Marco muestral:

Adultos Mayores de 59 años de edad, que solicitaron consulta y que se encuentran adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 6.

Criterios de inclusión.

Adultos Mayores de 59 años derechohabientes que solicitaron consulta.

Adscritos a la UMF No. 6

Ambos sexos.

Criterios de no inclusión

Adulto Mayor no derechohabiente.

Adscritos a otra Unidad.

Aquel o aquellos que por imposibilidad no pudieron responder al interrogatorio.

Tamaño de la muestra.

El tamaño de la muestra fue de 309 Adultos Mayores.

La formula que se utilizo fue:

(Para población finita)

Proporción de una población: $n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1)+Z^2PQ}$.

En donde:

P = 29% = 0.29

d = 0.05 (5%)

Z = 1.96 (IC = 95%)

N = 14,925 (6662 hombres y 8263 mujeres)

Muestreo probabilístico sistemático: se seleccionaron a un Adulto Mayor de cada cinco, hasta completar ocho Adultos Mayores por consultorio, en el periodo de levantamiento de la información.

Método para la captación de la información.

Del 1 de julio al 31 de diciembre se llevó a cabo lo siguiente:

Identificar a los adultos mayores que solicitaron consulta en la Unidad de Medicina Familiar Número 6, identificando de manera sistemática a cada adulto mayor aplicando las encuestas y los test a cada uno de ellos.

Esto no fue una tarea fácil ya que cuando se identificaba a algún paciente adulto mayor, se hacía la presentación de su servidora, se le explicaba de lo que se trataba para poder así obtener el consentimiento del paciente para responder a las preguntas, sin embargo como se trata de un tema delicado me topé con algunos inconvenientes ya que algunas personas adultos mayores o sus familiares se negaron a contestar, argumentando que eso era una forma de invadir su vida privada y que de ninguna manera permitirían que eso sucediera, por otra parte de otros adultos mayores aunque dieron su consentimiento contestaban con demasiada cautela dando a entender que este tema es muy delicado, y la minoría de los adultos mayores contestaron sin ningún problema.

Aunque se obtuvieron todas las encuestas me di cuenta de que algunas personas adultos mayores que contestaron que son bien tratados tienen una mala calidad de vida, lo que me orienta a pensar que mintieron acerca de algunos datos, ya que no son congruentes con los 2 test que se les aplicaron, pero se respetó lo que ellos contestaron y no se cambió ninguna información.

Una vez obtenido el total de la muestra de la población que solicitó consulta en dicha Unidad, se llevó a cabo la organización de la información y su procesamiento para su análisis estadístico.

Recursos.

Financieros.

Fueron sufragados por el investigador principal sin patrocinio externo al instituto.

Físicos.

Con los que cuenta la unidad.

Humanos.

Médico familiar.

Materiales.

Test para valorar la calidad de vida y estado mental, (anexo 1) y para valorar el estado físico, del adulto mayor, (anexo 2)

Formatos de encuesta.

Papel, máquina de escribir, computadora.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES				
		TIPO DE VARIABLE	ESCALAS DE MEDICIÓN			
			NOMINAL	ORDINAL	INTERVALO	RELACIÓN
ADULTO MAYOR	ES TODA PERSONA, HOMBRE O MUJER DE 59 AÑOS Y MAS	NOMINAL	SI			
			NO			
			MASCULINO			
			FEMENINO			
MALTRATO DIFERENCIA DO	DANO FISICO, NEGLIGENCIA QUE SE REFIERE A PRIVAR A ALGUNA PERSONA DE ALGUNA NECESIDAD DE LA VIDA COTIDIANA Y LA AGRESION VERBAL INCLUYENDO LOS INSULTOS Y AMENAZAS, EL TERMINO VICTIMIZACION SE USA PARA REFERIRSE A UN DELITO RECONOCIDO LEGALEMENTE	ORDINAL		SIN MALTRATO	0-10 PUNTOS	
				RIESGO DE MALTRATO	11-28 PUNTOS	
				MALTRATO EVIDENTE	29-50 PUNTOS	
CALIDAD DE VIDA DE ADULTO MAYOR	LA CALIDAD DE VIDA, ES CONSIDERADA COMO LA SENSACION DE BIENESTAR FISICO, EMOCIONAL, PSIQUICA Y SOCIAL DEL INDIVIDUO, POR LO TANTO LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DEBE SER AJUSTADA A UNA ESPERANZA DE VIDA, EN BASE A LO ANTERIOR	ORDINAL		MALA CALIDAD E VIDA	96-134 PUNTOS	
				REGULAR CALIDAD DE VIDA	135-148 PUNTOS	
				BUENA CALIDAD DE VIDA	150-164 PUNTOS	
				MUY BUENA CALIDAD DE VIDA MALA	165-190 PUNTSS	

Tratamiento estadístico

Estadística descriptiva:

Frecuencias relativas y absolutas

Graficas de barras

Tipo de estudio

De acuerdo con el periodo en que se capta la información

Prospectivo

Por el momento de la obtención de la información

Prolectivo

De acuerdo al número de poblaciones que se estudia.

Descriptivo

De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se estudia.

Observacional

Por el número de mediciones del fenómeno de estudio.

Transversal

Aspectos generales:

El presente proyecto se apego a lo establecido en: La ley general de salud en materia de investigación en salud, en la declaración de Helsinki que dice:

- La declaración de Helsinki de 1964b y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.
- Los acuerdos 5/95 al 55/95 del 11 de enero de 1995 del H. Consejo técnico del IMSS referente a la modernización del instituto.
- El manual de organización de la dirección de prestaciones medicas 1996.
- Manual de organización y operación del fondo para el fomento de la investigación médica (FOFOI) 1999.

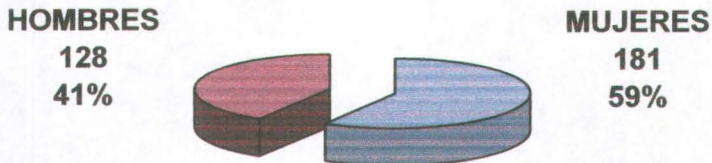
Y de acuerdo a:

La organización y funcionamiento de las instancias que dictaminan los proyectos de investigación: IMSS.

RESULTADOS

Del presente trabajo, cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de maltrato diferenciado, se les aplicaron encuestas y test (cuestionarios) a 309 adultos mayores, que acudieron a solicitar consulta, en la Unidad de Medicina Familiar No 6 IMSS, en un periodo de seis meses, obteniéndose los siguientes resultados.

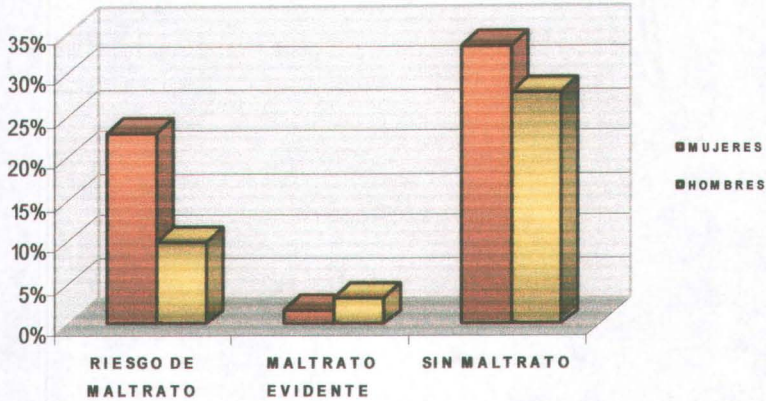
GRAFICO 2. DISTRIBUCION ADULTOS MAYORES POR SEXO, DE LA UMF 6 IMSS, 2004



FUENTE: FICHA DE IDENTIDAD

De un total de 14 925 adultos mayores (6662 hombres, 82263 mujeres) adscritos a médico familiar, se obtuvo una muestra estadística de 309 adultos mayores, por muestreo probabilístico sistemático, se seleccionaron un total de ocho por cada uno de los 19 consultorios que funcionan en turno matutino y turno vespertino, (graf.1)

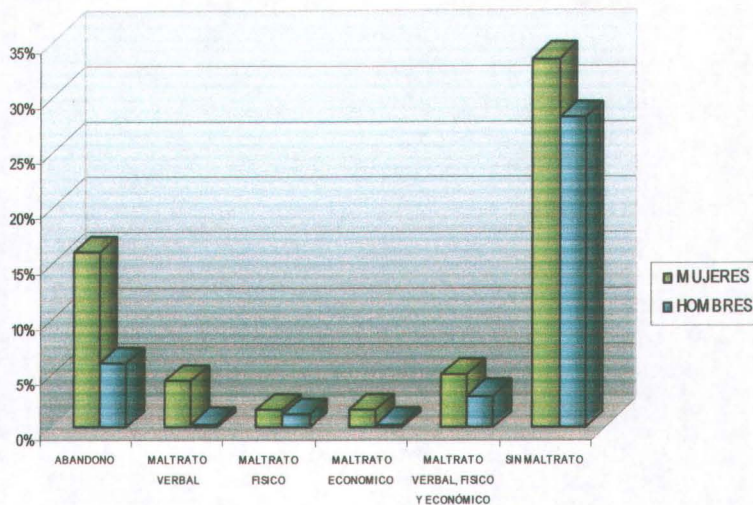
GRAFICA 2: RIESGO DE MALTRATO Y MALTRATO EVIDENTE EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF6 IMSS. 2004



FUENTE : MINITEST DE MALTRATO

Los resultados del minitest de maltrato y maltrato evidente de los 309 pacientes estudiados, se reportó riesgo de maltrato en 73 mujeres (23%), y con maltrato evidente se reportaron en 5 (2%), un total de 78 mujeres (44.8%), sin maltrato 103 (33.30%). Un total de 86 hombres sin maltrato (27.8%), con riesgo de maltrato 32 (10%) maltrato evidente 10 (3.3%), para un total de 42 hombres (31.1%). (gráfica 2)

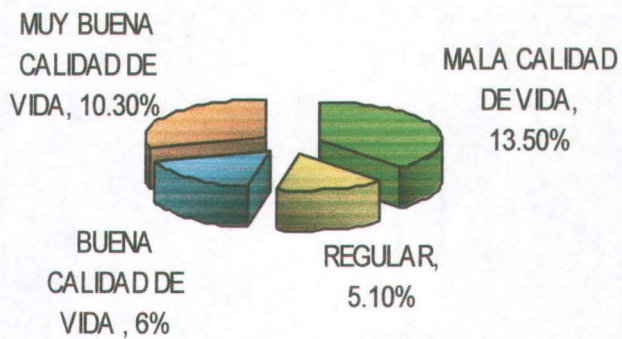
GRAFICA 3. MALTRATO DIFERENCIADO EN ADULTO MAYOR EN HOMBRES Y MUJERES DE LA UMF 6 IMSS PUEBLA 2004,



FUENTE: TEST DE MALTRATO DIFERENCIADO

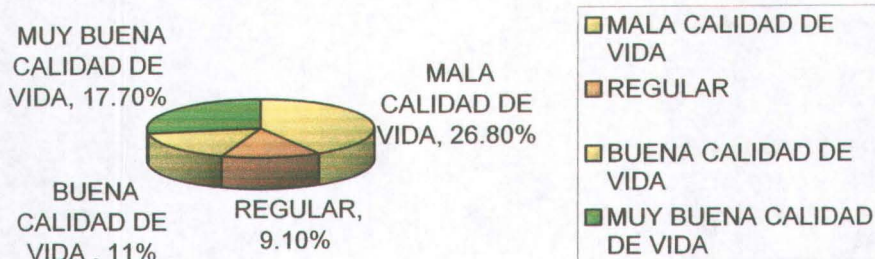
Obtenido del Test de maltrato diferenciado en mujeres, se encontró lo siguiente: abandono en 49 (15.8 %), maltrato verbal en 13 (4.2%), maltrato físico en 5 (1.6 %), maltrato económico en 5 (1.6%), maltrato, verbal, físico y económico (mixto) en 15 (4.8%), en un total de 87 mujeres (50.5%), y 103 (33.3%) sin maltrato. El resultado en adulto mayor hombre, se encontró; abandono en 18 (5.8 %), maltrato verbal en 1 (0.3%), maltrato físico en 4 (1.2 %), maltrato económico en 1 (0.3%), maltrato verbal, físico y económico (mixto) en 9 (2.9%), para un total de 33 hombres (24.4%), y 86 (28%) sin maltrato.(gráfica 3)

**GRAFICA 4 :CALIDAD DE VIDAD DE HOMBRES ADULTOS
MAYORES DE LA UMF 6 IMSS, PUEBLA 2004**

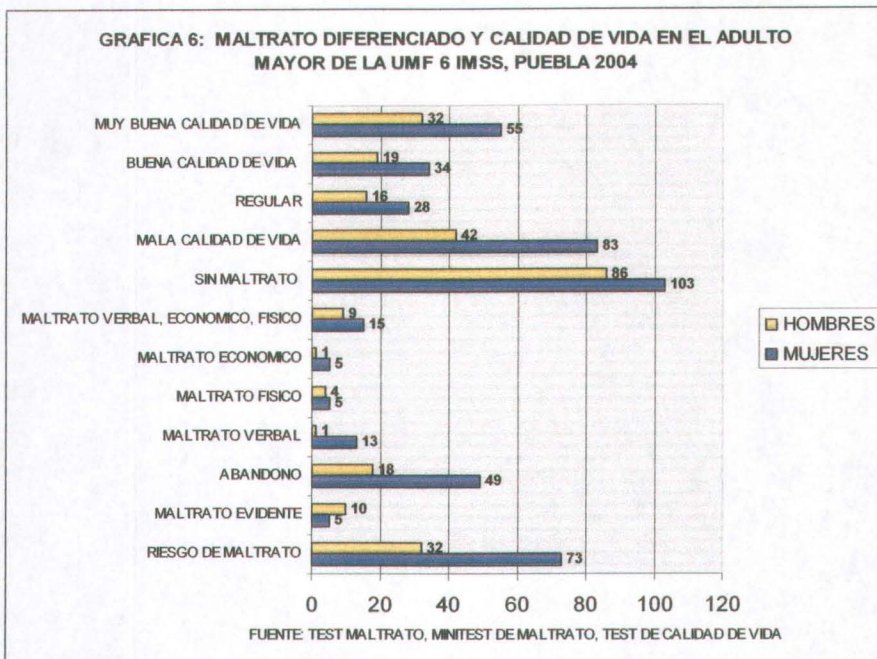


FUENTE. TEST CALIDAD DE VIDA

GRAFICA 5: CALIDAD DE VIDA ADULTO MAYOR ,
MUJERES DE LA UMF 6 IMSS. PUEBLA 2004

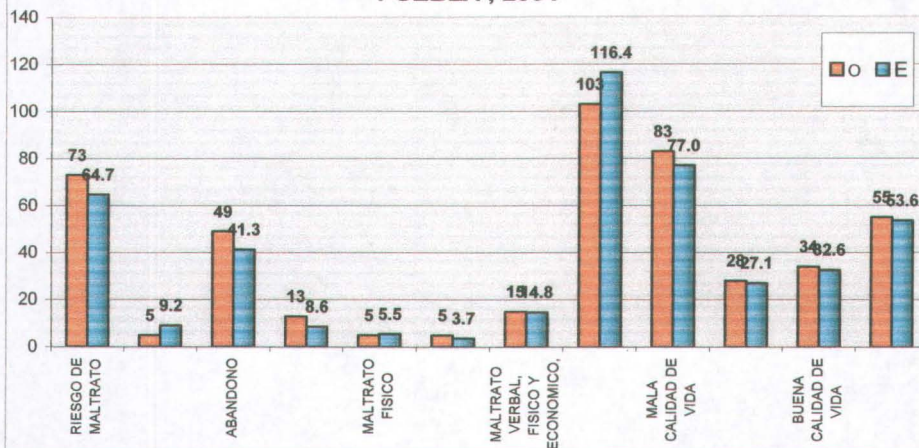


La calidad de vida reportada en los adultos mayores estudiados, de un total de 111 mujeres (63.7%); viven con mala calidad de vida 83 (26.8%) y regular calidad de vida 28 (9.1%), por otro lado con buena calidad de vida 34 (11%), muy buena calidad de vida 36 (15.2%), para un total de 70 mujeres (38.7%). En relación a la calidad de vida en hombres adultos mayores obtuvieron puntaje de mala calidad de vida 42 (13.5%), regular calidad de vida 16 (5.1%), total 58 (43 %), buena calidad de vida 19 (6%), muy buena calidad de vida 32 (10.3 %), total 51 (59.3 %) (gráfica 4 y 5).



La determinación de la significancia de la frecuencia de maltrato diferenciado en el adulto mayor, se obtuvo mediante la prueba χ^2 Chi cuadrada, resultando 22.846 con 7 grados de libertad, para una $p = 0.002$, por lo que la hipótesis general se acepta. Grafica 6. La determinación de la significancia de la frecuencia de maltrato diferenciado en el adulto mayor y calidad de vida se obtuvo mediante la prueba χ^2 Chi cuadrada, resultando 23.746 con 11 grados de libertad, para una $p = 0.014$

GRAFICA 7: MALTRATO EN ADULTO MAYOR , UMF 6 PUEBLA , 2004



**CAUSAS DE ABUSO O MALTRATO AL ADULTO MAYOR
DE LA U.M.F. 6 IMSS PUEBLA**

Causas	Frecuencia		Porcentaje	
	Hombres	Mujeres	% Hombres	% Mujeres
Falta de atención por los hijos hacia el adulto mayor, abandono	28	50	9.06%	16.1 %
Abuso del poder verbal por Parte de los hijos hacia El adulto mayor, (verbal)	11	10	3.5 %	3.2 %
Abuso del poder físico por Parte de los hijos hacia El adulto mayor, (físico)	7	12	2.2 %	3.8 %
Abuso por parte de los hijos Al disponer de los recursos Económicos del adulto mayor (económico)	4	10	1.2 %	3.2 %

DISCUSION

En las clasificaciones y definiciones de los términos maltrato y calidad de vida se ha originado gran confusión, sin embargo el problema fue difundido a partir de una publicación médica inglesa en 1975, en que se mencionó la agresión contra la población del adulto mayor, asunto que tuvo amplia difusión tanto por el hecho de definir términos que se ajustaran a la realidad como a la falta de los mismos para abarcar el espectro de daño al que está sujeto la víctima y el miedo en la forma de expresarlo. Todo ello ha contribuido en la actualidad a tener serias dificultades para poder llegar a un diagnóstico, y, por tanto registrar y conocer la frecuencia e incidencia de este lamentable síndrome geriátrico.

La mayoría de los estudios y trabajos publicados sobre abuso del adulto mayor son hechos en Estados Unidos y Reino Unido, y aun en esos países los datos solo son de hace 15 años. Aunque la investigación en otros lugares es poca, el abuso al adulto mayor esta empezando a ser reconocido como un grave problema social.

Como se ha dicho con anterioridad, en México no existen datos estadísticos reales pero en la bibliografía se habla de alrededor de un 30% de maltrato o abuso al adulto mayor, sobre todo de los estudiosos del tema, así podemos darnos cuenta que tanto en los libros de geriatría como en las conferencias que se dan o bien en los sitios de Internet, dan esta cifra aproximada.

En los datos estadísticos que se recolectaron de la muestra de 309 adultos mayores de la U:M:F 6 del IMSS de Puebla, Pue., se encontró que las cifras concuerdan con lo encontrado en la bibliografía, como es el caso del sexo en que predominó el femenino, por otro lado se encontró que 120 personas sufren de algún tipo de maltrato, lo que equivale al 35% de la muestra estudiada.

En la ciudad de México en el Hospital General el Dr. Pichardo y la Dra. Pedrero⁽¹⁵⁾ se han dedicado a estudiar este fenómeno y sacarlo a la luz, lo cual es bueno para que la población en general se dé cuenta de lo que hemos estado haciendo con nuestros adultos mayores, además de que debemos tomar conciencia de que nosotros también envejeceremos y es probable que también tengamos algún tipo de maltrato por parte de nuestros familiares, en los estudios que han presentado los doctores se habla de un 20 a un 35% de adultos mayores maltratados, lo que concuerda con los datos que se sacaron de la muestra que se estudió. En Belem, Cuba⁽²²⁾ se efectuó un estudio sobre las causas de maltrato y frecuencia e incidencia de maltrato al adulto mayor, y ellos hablan de un 30% de adultos mayores maltratados, y las causas de las que hablan son las mismas que se encontraron en la muestra estudiada, como es el caso de abandono, maltrato verbal, maltrato físico y económico que son los más comunes.

El Dr. Humberto Kessel Sardinias⁽²³⁾ quien es geriatra reconocido en Almería, España nos da exactamente las mismas causas de maltrato y además el habla que a nivel mundial el porcentaje de adultos mayores maltratados varía de un 2 a un 35%, lo que nos dice que en la muestra estudiada está acorde con la bibliografía internacional, el Dr. Kessel se ha dedicado a dar conferencias sobre este tema para que de alguna manera los trabajadores de la Salud evitemos este grave problema.

En lo que respecta a la Calidad de vida es considerada como la sensación de bienestar físico, emocional, psíquica y social del individuo, (sociabilidad, bienestar económico, trabajo).

La calidad de vida de nuestra vida equivale a la calidad de nuestro envejecimiento, es elegible, es individual y socioculturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestra forma de comportarnos. La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos, donde el aspecto objetivo depende del individuo, utilización y aprovechamiento de sus potenciales intelectual, emocional y creador, y de las circunstancias externas (estructuras socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que interactúan con el, el aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales.

La calidad de vida en el adulto mayor debe ser ajustada a una esperanza de vida, de lo contrario aumentaría la expectativa de incapacidad.

Y como nos hemos dado cuenta en nuestra actualidad y ante el reto del envejecimiento y el desconocimiento y la no aceptación de esta etapa de nuestra vida, los adultos mayores que son maltratados o abusados presentan una mala calidad de vida ya que en las encuestas que se aplicaron un 40% de los mismos presentaron mala calidad de vida lo que es un porcentaje demasiado elevado, esto nos indica que no estamos preparados para envejecer y nuestras expectativas con la familia cambian totalmente cuando envejecemos, ya que no cumplimos la satisfacción de nuestro envejecimiento, además de la dependencia que queremos hacer hacia nuestros familiares ya que por la edad pensamos que no podemos ser autosuficientes, pero si tomáramos en cuenta esta situación podríamos prepararnos para que al envejecer seamos autosuficientes e independientes y nuestra calidad de vida mejore en todos los aspectos de nuestra vida.

Tomando a la vejez como una parte del todo en la vida del ser humano y la sociedad, no solo se escapa de la violencia, sino que es una víctima fácil y frecuente. Además de sufrir lesiones físicas, estas víctimas desarrollan con frecuencia sentimientos insuperables de miedo, aislamiento e ira y necesitan consejo extenso para recuperar la independencia. Debido a la incidencia actual de malos tratos y el crecimiento previsible de la población anciana, es imperativo que los cuidadores sanitarios que trabajan con ancianos aprendan a reconocer este grave problema y actúen a favor de sus pacientes.

En México, el abuso al adulto mayor representa un gran problema y es muy frecuente que en las instituciones hospitalarias se reciban pacientes que fueron abandonados por sus familiares y cuidadores, bajo el pretexto de que otros deben tomar la responsabilidad y pesada carga de cuidarlos. Así también el personal al cuidado de la salud, poco o nada familiarizado con los problemas gerontológicos, tiende a provocar más problemas o a identificar como responsables a los propios cuidadores de dicho problemas, sin ofrecer un seguimiento al origen del maltrato.

Muchas personas creen que el abuso del adulto mayor es propio de las modernas culturas occidentales y que es producto del rompimiento del núcleo familiar así como de la pérdida de valores, sin embargo el abuso del adulto mayor es un fenómeno social que ha existido a través de la historia y alrededor del mundo. En países tercermundistas en donde existen

muchas deficiencias en materia de salud, son pocas las personas que alcanzan la vejez y casos de abuso son raramente vistos, pero solo porque la población vieja es escasa. De todas formas, en todos los países del mundo incluyendo a aquellos con pocos adultos mayores, se reportan casos de abuso.

La falta de conocimiento sobre el proceso del envejecimiento y las actitudes negativas hacia los adultos mayores pueden contribuir al abuso y el descuidos de las personas mayores. Una sociedad en la que son comunes las actitudes negativas hacia la vejez y los adultos mayores, favorece el desarrollo de un medio ambiente en el que puede producirse con facilidad el maltrato del adulto mayor. El aislamiento se intensifica a través de la jubilación obligatoria y la subutilización de los ancianos, en una sociedad que valora la juventud, así como el poder y el nivel social, muchas veces definidos por el puesto de trabajo.

CONCLUSIONES

Esta sección se construye con lo logrado con los objetivos.-

La frecuencia de maltrato diferenciado en el adulto mayor en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 IMSS Puebla en el período de agosto a octubre de 2004 fue de un 39%, ya que se observó que las personas que en la encuesta presentaron “riesgo de maltrato” que fue de un 34%, sufre de un tipo de maltrato, generalmente abandono y la indiferencia de la familia por el bienestar del adulto mayor. Se encontró un 5% de maltrato evidente, este tipo de maltrato ya implica un maltrato físico y emocional que hace que el adulto mayor presente datos de agresión tanto física como emocional y psicológica, lo que nos indica un grave problema ya que como se ha mencionado la familia no acepta el envejecimiento como algo natural y al no aceptarlo el adulto mayor es víctima de la frustración de la familia y de la incomodidad que les causa el tener un adulto mayor en casa ya que no saben atenderlo y mucho menos aceptar el proceso del envejecimiento.

Las causas identificadas de abuso o maltrato al Adulto Mayor fueron:

- 1.- La falta de atención por parte de los hijos o abandono del adulto mayor.
- 2.- El abuso del poder verbal o maltrato verbal hacia el adulto mayor.
- 3.- El abuso del poder físico o maltrato verbal hacia el adulto mayor.
- 4.- Abuso de los hijos al disponer de los recursos en dinero del adulto mayor o maltrato económico del adulto mayor.

El tipo de maltrato o abuso que sufre el Adulto Mayor es como se ha mencionado, el abandono, el maltrato verbal, el maltrato físico y el maltrato económico.

En lo que respecta a la evaluación de la Calidad de Vida del Adulto Mayor se halló que 125 personas de las 309 encuestadas presentan mala calidad de vida, lo que equivale a un 40%, 44 presentan regular calidad de vida lo que equivale al 14.2%, 53 personas presentan buena calidad de vida lo que equivale al 17.1% y 87 personas presentaron muy buena calidad de vida lo que equivale al 28.1%.

Esto nos da una idea de lo que está pasando con nuestros adultos mayores, ya que un 40% de los encuestados presentaron mala calidad de vida, lo que nos hace pensar que en esta sociedad la vejez no es bien vista, en la actualidad la sociedad se ha dejado llevar por la apariencia vana de la juventud y la vejez no es aceptada, por lo tanto las familias que tienen adultos mayores en su seno, los ven como un estorbo o como algo que no debería estar ahí, ya que con esta forma de pensar el adulto mayor es relegado, es no aceptado y es por eso que sufre de mala calidad de vida y de algún tipo de maltrato o abuso.

Los casos de maltrato físico en el Adulto Mayor identificados fueron descuido total por parte de los familiares hacia el adulto mayor, lo que ocasionó caídas y como consecuencia fracturas en el adulto mayor, también se vio que en algunos adultos mayores presentaron huellas de maltrato físico ya que presentaron equimosis y hematomas, esto nos indica que el cuidador golpea al adulto mayor abusando así del poder que se ejerce sobre el adulto mayor, esto nos indica un grave problema ya que aunque solo el 5% de los encuestados presentaron este tipo de maltrato, nos indica que puede seguir creciendo y esto atenta contra la vida y el bienestar del adulto mayor.

Se concluye que 120 adultos mayores (39%) del total estudiado presentan algún tipo de maltrato o de abuso

BIBLIOGRAFIA

1. Salgado A. Guillén F., Manual de Geriátria, Masson,, Barcelona España 2001; 1-5.
2. Robert L. Kane, Joseph G. Ouslander, Itamar B. Abrass, Geriátria Clínica, cuarta edición, Mac Graw-Interamericana, México 1999; 3-5.
3. Rocabrano M. J.C., Tratado de Gerontología y Geriátria Clínica, Editorial Academia, La Habana 1999, 53-67
4. Belloch FA. Aspectos psicológicos del envejecimiento.
5. FN Anzola PE, Gallinsky D., Morales MF, Salas, Sánchez AM (eds) Op cit. 67-73
6. Farreras Medicina Interna, 13ª. Edición CD-Room.
7. Morales MF., Aspectos biológicos del envejecimiento. La atención de los ancianos, un desafío para los años noventa. Publicación científica N°. 546 Washington DC: POS/OMS, 1994; 224-229
8. Rose MS ¿Podemos retardar el envejecimiento?, Investigación y Ciencia 2000; 1:60-65.
9. Sharma R. Teories of aging En: Timiras PS, ed. Physiological Basis of Geriatrics; New York Mac Millan Publishing Company 1988; 59-74
10. Davies I. Biology of aging: Theories of Aging en Brocktekurst J. Ed. Texbook of Geriatric Medicine and Gerontology, New York: Churchill Livingstone; 1985: 62-79.
11. Miguel J.: An update on the mitochondrial DNA mutation hypotesis of cell aging. Mutatios res. 275 ; 209-216. 1992
12. Harman D: Aging; a theory based on free radical and radiation chemistry. J. Gerontol; 11: 298-300, 1992
13. Rodríguez J., Morales J., Encinas J., Manual de Geriátria., Mac Graw-Hill., Interamericana., México 1999; 224-229.
14. Guzmán CA., Facultad de Medicina UNAM México DF. Mayo 2000
15. Morales-Martínez F., Aspectos biológicos del envejecimiento, Masson, Barcelona España; 45-55
16. William R Hazzard, Aspectos biológicos de la medicina clínica. Sección 6, Medicina Geriátrica. Cap. 80 "Aspectos biológicos del envejecimiento";: 555-559.
17. Robert L Kane., Joseph G Ouslander., Itamar B Abrass., Geriátria Clínica, "Envejecimiento Biológico", Masson, Barcelona España 2001; 5-10.
18. Salgado A. Guillén F, Calatayud M, Ruiz TA., Manual de Geriátria Clínica, "Envejecimiento celular y molecular", segunda edición; 1-17
19. Rocabrano-Medoras JC., Tratado de Gerontología y Geriátria Clínica, Editorial Académica; 7-22
20. Pichardo-Fuster A., Pedrero-Nieto L., Síndrome del viejo y cuidador maltratado. Com Funsalud México 1996; 2.20.20-25
21. Bourland M., Elder abuse, Postgraduate Medicine 1990;87:13944
22. Maltrato a los ancianos., Estudio en el Consejo Pop Belén, La Habana Cuba 1999.
23. Kessel Sardinias H y cols., Primera Conferencia Nacional de Consejo sobre "Al anciano maltratado", Rev. Esp. Geriátria-Gerontología., 1996.31 (6) 367-372.
24. Marín N., Delgado JL., et al Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. Rev. Española de Geriátria y Gerontología. 1995;70; 979-981.
25. Swagerty D., Takahashi P., Abuse of the elderly., Am Fam Physician., 1999; 59; 2804-2808.

26. Hazzard W., Elder Abuse; Definitions and implications for medical education. Academic Medicine; 1995;79; 979-981.
27. Bradley M., Elder abuse. British Medical Journal, 1996; 31: 548-550
28. Evans J., Elder abuse. Subdury Elder Abuse Comitte, Ontario Canadá 1998
29. IV Congreso Latino Americano de Geriatria y Gerontología del 16 al 22 de julio 2003. Santiago Cuba (www.cubamagica.com)
30. Wolf R Risk Assesment Instruments, Special Research Review Section. National Center on Elder abuse Newlwttter. 2000 (www.elderabusecenter.org/research/risk.html)

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CLINICA DE GERIATRIA
U.M.F. N° 6
EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE _____
 AFILIACION _____

ESTADO CIVIL		SI	NO
CASADO O UNION LIBRE	(10)		
SOLTERO O DIVORCIADO	(8)		
VIUDO	(6)		
ENFERMEDADES			
NINGUNA	(10)		
GLANDULA, METABOLISMO, NUTRICION, APARATO CIRCULATORIO, DIGESTIVO, OSTEOMUSCULAR, PIEL Y TRAUMATISMOS	(8)		
TUMORES, ENFERMEDADES DE LA SANGRE, TRASTORNOS MENTALES, SN, ORGANOS DE LOS SENTIDOS Y APARATO RESPIRATORIO	(6)		
ENFERMEDAD MENTAL			
NO CASO PSIQUIATRICO	(10)		
CASO PSIQUIATRICO PROBABLE	(0)		
ESCOLARIDAD			
DE 7 AÑOS O MAS	(10)		
DE 4 A 6 AÑOS	(8)		
DE 1 A 3 AÑOS	(5)		
NO FUE A LA ESCUELA	(0)		
PERSONAS CON QUIENES VIVE			
CON FAMILIA O CON PAREJA	(10)		
CON AMIGOS	(8)		
SOLO	(0)		
EN INSTITUCION NO GRATUITA	(5)		
EN INSTITUCION GRATUITA	(2)		
SEXO			
MASCULINO	(10)		
FEMENINO	(8)		
PROPIEDAD DE LA VIVIENDA			
PROPIA	(10)		
DE HIJO, DE HERMANO U OTRO FAMILIAR	(8)		
RENTADA	(5)		
OTROS	(2)		
ACTIVIDAD REALIZADA			
EMPLEADO O PROFESIONAL	(10)		
OBRERO O ARTESANO	(8)		
LABORES DEL HOGAR O CAMPESINO	(5)		
EMPLEADA DOMESTICA	(2)		
ACTIVIDAD ACTUAL			
TRABAJA	(10)		
JUBILADO O PENSIONADO	(6)		
NO TRABAJA	(3)		
OCUPACION (EN CASO DE TENERLA)			
EMPLEADO O PROFESIONAL	(10)		
OBRERO O ARTESANO	(8)		
LABORES DEL HOGAR O CAMPESINO	(5)		
EMPLEADA DOMESTICA	(2)		
INGRESO MENSUAL			
DE 2,000 O MAS	(10)		

DE 1,000 A 1,999	(8)		
DE 1.00 A 999	(5)		
NO TIENE INGRESOS	(0)		
DEPRESION PRESENTE			
SI	(2)		
NO	(10)		
INGESTION DE COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS			
SI	(10)		
NO SABE	(5)		
NO	(0)		
CANTIDAD DE ALIMENTACION			
VARIADA	(10)		
MONOTONA	(2)		
PROPORCION DE PRINCIPIOS NUTRITIVOS			
ARMONICA	(10)		
INARMONICA	(2)		
DIETA EN CUANTO ADECUACION AL APARATO DIGESTIVO			
ADECUADA	(10)		
INADECUADA	(2)		
HIGIENE EN LA ALIMENTACION			
HIGIENICA	(10)		
NO HIGIENICA	(2)		
INTERPRETACION PESO ESTATURA. PESO, TALLA, IMC.			
NORMAL	(10)		
LIGERO SOBREPESO	(5)		
DESNUTRICION U OBESIDAD	(2)		
CLASIFICACION DE RIESGO PARA LA SALUD			
ACEPTABLE	(10)		
BAJO	(8)		
MODERADO	(5)		
ALTO O MUY ALTO	(2)		
PRESENCIA DE FACTOR ADVERSO PARA ENF. CARDIACAS			
NO	(10)		
SI	(2)		
ASISTENCIAS A ESTANCIAS PARA PERSONAS DEL ADULTO MAYOR			
SI	(10)		
NO	(2)		
VISITA DE LA FAMILIA EN SU DOMICILIO			
SI	(10)		
A VECES	(6)		
NO	(3)		
VARIABLE EDAD			
DE 60 – 64 AÑOS	(10)		
DE 65 – 69 AÑOS	(6)		
DE 70 O MAS AÑOS	(3)		
TOTAL			

CALIFICACION

Mala calidad de vida	96	-	134	Puntos
Regular calidad de vida	135	-	149	Puntos
Buena calidad de vida	150	-	164	Puntos
Muy buena calidad de vida	165	-	190	Puntos

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CLINICA DE GERIATRIA
U.M.F. N° 6
MINITEST DEL MALTRATO**

NOMBRE DEL ENFERMO _____
NUM. DE AFILIACION: _____

1.- LESIONES FISICAS OBJETIVAS:			PUNTAJE
A.- LESIONES CUTANEA	SI (1)	NO (0)	_____
B.- MAL ASEADO	SI (1)	NO (0)	_____
C.- MAL EDO. DE LAS UÑAS	SI (1)	NO (0)	_____
D.- ULCERAS POR PRESION	SI (1)	NO (0)	_____
E.- RIGIDEZ ARTICULAR	SI (1)	NO (0)	_____
2.- ESTADO NUTRICIONAL			
A.- DESNUTRICION	SI (1)	NO (0)	_____
B.- DESNUTRICION LEVE	SI (2)	NO (0)	_____
C.- DESNUTRICION MODERADA	SI (3)	NO (0)	_____
D.- DESNUTRICION SEVERA	SI (4)	NO (0)	_____
USAR MININUTRICIONAL TEST			
3.- DESHIDRATACION			
A.- DESHIDRATACION	SI (1)	NO (0)	_____
B.- DESHIDRATACION LEVE	SI (2)	NO (0)	_____
C.- DESHIDRATACION MODERADA	SI (3)	NO (0)	_____
D.- DESHIDRATACION SEVERA	SI (4)	NO (0)	_____
4.- ACTITUD DEL CUIDADOR PRIMARIO			
A.- DESINTERES POR EL ENFERMO	SI (1)	NO (0)	_____
B.- INSISTIR EN HOSPITALIZACION	SI (2)	NO (0)	_____
C.- ABANDONO EN EL SERVICIO	SI (2)	NO (0)	_____
D.- RESISTENCIA AL EGRESO	SI (2)	NO (0)	_____
5.- APEGO TERAPEUTICO			
A.- NOMBRE DE MEDICAMENTOS	SI (0)	NO (1)	_____
B.- DOSIS	SI (0)	NO (1)	_____
C.- VIA DE ADMINISTRACION	SI (0)	NO (1)	_____
D.- INTERVALO DE DOSIS	SI (0)	NO (1)	_____
6.- EDAD DEL ENFERMO			
A.- + DE 70 PERO - DE 80	SI (1)	NO (0)	_____
B.- + DE 80	SI (2)	NO (0)	_____
7.- PATOLOGIA AGREGADA			
A.- EVC	SI (2)	NO (0)	_____
B.- INFECCIONES	SI (2)	NO (0)	_____
C.- DEMENCIAS	SI (3)	NO (0)	_____
D.- POLIFARMACIA	SI (1)	NO (0)	_____
E.- IATROGENIAS	SI (1)	NO (0)	_____
F.- DESCONTROL DM	SI (1)	NO (0)	_____
G.- CARDIOVASCULAR	SI (1)	NO (0)	_____
H.- NEUMOPATIAS	SI (1)	NO (0)	_____
I.- DIGESTIVA	SI (1)	NO (0)	_____
			SUMA _____

CALIFICACION: _____
SIN MALTRATO: 0 A 10 PTOS.
RIESGO DE MALTRATO: DE 11 A 28 PTOS.
MALTRATO EVIDENTE: DE 29 A 50 PTOS,
REALIZO: ROSALVA RUIZ R.
FUENTE: MARIN et al,REV.ESP GERIAT Y GERONTL 1991,26,1,30

HOJA DE RESULTADOS, MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR

VARIABLE	NOMINAL PERSONA MAYOR	MALTRATO DIFERENCIADO ORDINAL	MALTRATO DIFERENCIADO INTERVALO	CALIDAD DE VIDA ORDINAL	CALIDAD DE VIDA INTERVALO
MUJER					
HOMBRE					
EDAD					
SIN MALTRATO					
0 – 10 PUNTOS					
RIESGO DE MALTRATO					
11 – 28 PUNTOS					
MALTRATO EVIDENTE					
29 – 50 PUNTOS					
MALA CALIDAD DE VIDA					
96 – 134 PUNTOS					
REGULAR CALIDAD DE VIDA					
135 – 148 PUNTOS					
BUENA CALIDAD DE VIDA					
150 – 164 PUNTOS					
MUY BUENA CALIDAD DE VIDA					
165 – 200 PUNTOS					
ABANDONO					
MALTRATO VERBAL					
MALTRATO FISICO					
MALTRATO ECONOMICO					

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

