

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
"Dr. Enrique Von Borstel Labastida" La Paz, Baja California Sur

El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Departamento Clínico de Educación
e Investigación Médica
H.C.Z. M.F. No. 1 LA PAZ

0352223

DRA. CARITINA FÉLIX RUIZ



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.

UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Caritina Félix Ruiz
FECHA: 28/11/2005
FIRMA: [Firma]

El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

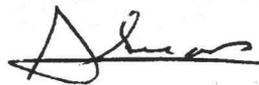
DRA. CARITINA FÉLIX RUIZ


DIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AUTORIZACIONES:



DRA. MARTHA LAURA HERNÁNDEZ OROZCO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR



DR. ADOLFO GARCÍA GONZÁLEZ
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN BAJA CALIFORNIA SUR.



DRA. MARTHA LAURA HERNÁNDEZ OROZCO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



DR. JOAQUÍN MONTAÑO ULLOA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

**EL ABANDONO DEL ADULTO MAYOR
COMO MANIFESTACIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

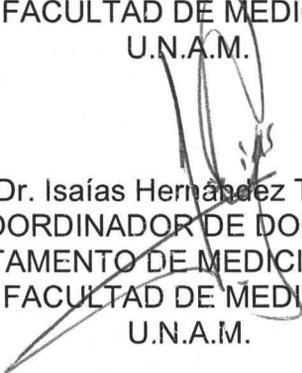
PRESENTA:

DRA. CARITINA FÉLIX RUIZ

AUTORIZACIONES:

~~Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.~~


Dr. Arnulfo Irigoyen Córía
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


Dr. Isaías Hernández Torres
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios que me permitió existir, nacer y crecer en la familia a la que pertenezco, en la cual se me enseñaron valores como la paciencia, el respeto y el amor hacia las personas mayores, así como también el haber cuidado a mis padres en la edad del adulto mayor, me permitió ver la necesidad, la vulnerabilidad y el desamparo que tienen en esa etapa, siendo este el motivo de mi investigación.

A mi maestra, compañera y amiga la Dra. Martha Laura Hernández Orozco la que con sus experiencia, conocimiento y paciencia permitió que yo terminara esta tesis.

También a mis maestros, tutores y compañeros los cuales de una forma directa o indirecta me ayudaron a terminar mi residencia y con ello elaborar este trabajo.

2. - INDICE GENERAL

MARCO TEORICO	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
JUSTIFICACIÓN	17
OBJETIVOS	19
HIPÓTESIS	20
METODOLOGÍA	21
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	42

3.- MARCO TEORICO

En las ultimas décadas del siglo XX, se ha observado un fenómeno demográfico mundial debido al creciente envejecimiento poblacional, que es cuando el 10% de la población es mayor de 65 años, un estancamiento en la curva de la natalidad en los países industrializados, así como el aumento de la esperanza de vida cada vez mayor. Este fenómeno demográfico ha llevado a una inversión de la pirámide poblacional ya que se calcula que la población del adulto mayor representa en la actualidad el 6% de la población total mundial y que va a aumentar alrededor del 10.8% en el primer cuarto del nuevo siglo porque se estima que la esperanza de vida para el 2020 llegara a los 80 años o más¹⁻².

En la actualidad nuestra población expresa una tendencia en la reducción de la natalidad, disminución en la mortalidad, reducción de la morbi-mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas y un incremento en la atención de padecimientos crónico-degenerativos; lo anterior ha llevado a un incremento en la población del adulto mayor, definiéndosele como tal según la OMS a la persona mayor de 65 años y más en los países desarrollados y a los 60 años y más en los países en vías de desarrollo¹.

Se sabe que el envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores, iniciándose alrededor de los 30 años con una perdida funcional del 1% anual. Se caracteriza por una disminución progresiva de potencialidades, aumento en la vulnerabilidad y falta de respuesta al estrés. El envejecimiento plantea situaciones especificas, que obedecen a 3 factores principales: la reducción de facultades físicas, la acentuación de enfermedades preexistentes y los problemas psicológicos y sociales asociados a dependencia familiar y económica lo que traduce una demanda paulatina y creciente de servicios sociales y de salud².

Quizás debemos reflexionar y prestar atención cuando se dice que la población del adulto mayor aumentara en más del 200% dentro de los próximos 20 años. Por lo que debemos de tratar de llegar a un envejecimiento normal que es en el que no existen padecimientos incapacitantes ni síntomas de enfermedad psíquicas, para los cuales la ONU recomienda que el adulto cuente con la suficiente independencia, participen activamente en la sociedad, que puedan

recibir los cuidados y protección de su familia y la comunidad, tener accesos a recursos educativos, culturales y recreativos que le permitan su autorrealización¹. Al adulto mayor se le deben valorar principalmente su estado funcional que es la capacidad de adaptarse en las múltiples áreas como: la esfera mental, física y social que ponen de manifiesto la interacción de la edad, la enfermedad y el medio ambiente. También se debe valorar deterioro intelectual, inmovilidad, incontinencias, desnutrición, aislamiento, maltrato o abandono, ya que son patologías que pueden presentar discapacidad o dependencia familiar o social. Por lo anterior las Naciones Unidas declararon en 1999³ como el año internacional de las personas de edad. A pesar de estos esfuerzos, el aislamiento y soledad del anciano sigue siendo cada vez más patente en una sociedad en creciente competitividad y deshumanización ya que se ha encontrado que el 20% vive en la soledad y abandono social, estamos viviendo en un entorno con gran componente de estrés y de violencia sometida a fuertes cambios sociales y culturales que neutralizan los valores tradicionales que protegían a la familia, sobre todo al adulto mayor si este padece una enfermedad crónico-degenerativa incapacitante.

Un fenómeno que ha llamado en la actualidad la atención es la violencia intrafamiliar que en tiempos anteriores no se sabía o denunciaba a pesar de que siempre ha existido. La cual ha existido desde el inicio de la humanidad, narrada en la Biblia, seguido por las guerras, diferencias raciales, culturales, religiosas, etc.

Debemos analizar los factores condicionantes que pueden provocar abandono en el adulto mayor como: principalmente las **enfermedades crónico degenerativas**, repostados por Katia Gallegos Carrillo, Tirado Cosío F., el Colegio Mexicano de Medicina Familiar, la OMS y la Sociedad de Geriátrica y Gerontología Mexicana.

Su morbilidad aumenta con la edad, causando la pérdida de capacidades, son patologías incurables de larga evolución que provocan deterioro progresivo que requieren vigilancia periódica, dependencia de un cuidador, intervenciones o tratamientos costosos lo que puede provocar desgaste del cuidador o de toda la familia, problemas económicos en la misma, falta de apoyo en ocasiones de alguno o de toda la familia llegando eso a provocar una desintegración familiar con el consecuente abandono del anciano.

También la **edad avanzada** la reporta según la OMS y la Sociedad de Geriátría y Gerontología Mexicana. La vejez aumenta la morbilidad lo que condiciona alguna incapacidad principalmente la motora, poca tolerancia a su entorno o familia lo que provoca un deterioro en el apoyo familiar o el abandono del adulto mayor.

Otro es ser del **genero femenino**, es reportado según la OMS, el Hospital General de México, Rita Camarillo Motilva y Katia Gallegos Carrillo. Condicionado porque la prevalencia de las enfermedades crónico degenerativa es mayor en el sexo femenino, existe un mayor porcentaje de sobrevivencia en ellas, medido a través del índice de masculinidad(1). El numero de mujeres que viven solas es superior, en principio por la diferencia de edades ya que se casan con hombres de mayor edad, existen más viudas que viudos y las mujeres por ser competentes en tareas domésticas prefieren vivir solas que con los hijos; No en cambio así el varón..

Otro es la **depresión**, como la reporta la Sociedad Mexicana de Medicina Familiar. En el anciano es el trastorno afectivo más frecuente hasta en un 40% y sin embargo comúnmente no es diagnosticada y por lo mismo no tratada, que priva al anciano de una vejez sana y productiva, la presentan 3 de cada 4 adultos mayores de 60 años según el INEGI (1993), más frecuente en las mujeres. Su prevalencia es del 25-50% en las enfermedades crónicas. Puede manifestarse como desinterés, baja autoestima, pesimismo, trastornos del sueño, ideas suicidas, etc. Si no es manejada adecuadamente se presenta un deterioro significativo de las funciones físicas, sociales, cognitivas y conductuales con un grado variable de incapacidad y dependencia familiar lo que puede condicionar abandono. La principal importancia para su diagnostico es porque puede llevar al anciano al suicidio con métodos más enérgicas y eficaces. En EUA se informa que el 20% de los suicidios ocurre en personas mayores de 60 años de los cuales el 50% presentaban algún grado de depresión(1).

El **estrés** condicionado por la presencia de pérdidas en la funcionalidad o nivel social, el duelo que presenta al ver que los de su misma edad presentan enfermedades y muerte, lo que le provoca angustia, estrés o depresión, agravados por la jubilación, la pérdida de capacidad económica, física y cognitiva o si presenta alguna enfermedad crónico degenerativa lo que deteriora la calidad de vida, mayor dependencia familiar o el abandono del anciano. El proceso normal

del envejecimiento se acelera desde el momento en que perdemos interés en nuestra vida, el estrés se vincula directamente con la sobrevivencia en medio de una crisis. El envejecimiento de cada persona se desarrolla a lo largo de su ciclo vital, durante esta etapa los sentimientos predominantes son la decadencia física y el sentimiento de inutilidad, así como el de soledad especialmente cuando muere el cónyuge. La edad, la enfermedad, la soledad y las condiciones económicas condicionan que muchos ancianos abandonen la vida en su propio domicilio. Cuando se traslada a vivir al domicilio de un hijo(a) aporta los problemas correspondientes a su ciclo vital, personal y familiar como enfermedades, pérdidas, etc., a los que lo acogen que a su vez pueden estar viviendo crisis familiares (hijos adolescentes, etc.). Cuando la familia incorpora un nuevo miembro este debe adaptarse a las reglas, también la familia debe reorganizarse lo cual puede crear estrés en el anciano si tenemos en cuenta la dificultad para el cambio de él y el miedo a realizarlo es un acontecimiento vital estresante tanto para el anciano tanto como para la familia que lo acoge, independientemente de que esta incorporación puede ser o no voluntaria y aun siendo puede no ser unánimemente deseada por todos los miembros de la familia. De la adaptabilidad de esta familia y de cómo resuelva la situación dependerá que la nueva incorporación contribuya a su crecimiento y el de sus integrantes o genere una inadaptación que desemboque en conflictos y quizás en enfermedad o en una familia disfuncional, por este motivo si queremos atender al anciano también debemos atender a su familia.

El buen o mal **funcionamiento de la familia** es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad entre sus miembros. En la manera en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones se habla de una familia funcional o disfuncional.

La familia debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de sus miembros, permitir y estimular la individualidad a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes, mantener la unión y la solidaridad en la familia. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia según Virginia Satir se deben cumplir los siguientes criterios:

Comunicación.- debe ser clara, directa, específica y congruente.

Individualidad.- la autonomía de cada uno de los miembros es respetada y se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

Toma de decisiones.- se busca la solución mas apropiada para cada problema el cual es más importante que la lucha por el poder.

Reacciona a los eventos críticos.- la familia debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas ambientales si así lo exige.

Al no cumplirse algunos de los criterios anteriores da una familia disfuncional, en las cuales la comunicación afectiva es la primera en verse afectada generalmente viviendo en un ambiente hostil y destructivo.

Los trastornos psicosociales de los miembros de las familias disfuncionales suelen utilizar más frecuentemente los servicios de salud, denotan incongruencia entre el sufrimiento de su padecimiento y los síntomas relativamente menores o leves, la familia del adulto mayor le resulta difícil encontrar sentido a su problema actual, consultan por síntomas vagos e inespecíficos, por conflictos emocionales, manifestaciones somatomorfias, trastornos de ansiedad, depresión o estrés.

Como sistema sociocultural abierto, la familia constantemente enfrenta situaciones criticas inducidas por los cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros requiriendo una conducta adaptativa cuando no son manejados adecuadamente pueden determinar el deterioro de la salud familiar dando familias disfuncionales que pueden condicionar desinterés, mala atención o abandono del adulto mayor, tal como lo menciona Flores Lozano en su estudio de familias disfuncionales³

Ya que en ellas falta apoyo, problemas económicos, en ocasiones el abuso de sustancias, alcoholismo o por historias aprendidas de violencia intrafamiliar provocando todo ello abandono del adulto.

La funcionalidad de las familias se puede medir a través de varios instrumentos que nos permite comprender la conducta del paciente y su familia estudiando los aspectos biológicos de la enfermedad y comprender las situaciones y problemas del paciente y su familia. Puede ser a través del Mac Master, Faces III o mediante el APGAR familiar que mide el funcionamiento familiar, la satisfacción del adulto mayor con su vida en familia, nos permite determinar si la familia representa un

recurso para el paciente o si por el contrario contribuye a su enfermedad, si es atendido o abandonado por la misma y si cuenta con redes de apoyo.

Con todo lo anterior podemos identificar a las familias de alto riesgo, valorando sus factores asociados como: personalidad del anciano, longevidad, enfermedades crónico-degenerativas, disfunciones familiares, estrés del cuidador, problemas económicos, falta de apoyo familiar, deterioro funcional, abuso de drogas o alcohol y la historia previa de violencia familiar⁴.

Según la OMS ¹ el anciano con alto riesgo en la comunidad es aquel que presenta algunos de los criterios médicos-asistenciales o sociales como:

- Causas medicas con patología crónica e invalidante.
- Edad avanzada (mayor de 80 años)
- Residencia en instituciones (asilo)
- Vivir solo
- Sexo femenino
- Pobreza

La sociedad de Geriatria y Gerontología de México divide la vejez en dos grupos:

- El viejo joven sano: de 60-75 años, independiente o parcialmente dependiente.
- El Viejo enfermo crónico o invalido: totalmente dependiente.

Aproximadamente se sospecha que la prevalencia de maltrato al anciano oscila en un 3-10% según varios estudios y su incidencia a aumentado un 150% en los últimos 10 años⁵.

En estudios realizados en Estados Unidos en 2020 ancianos revelo que el 3.2% habían recibido algún tipo de maltrato a los 65 años, de estos 2.2% presento abuso físico, 1.1% agresión verbal y 0.1% negligencia en sus cuidadoras. Dos terceras partes de sus abusadores eran esposos (as) y los restantes hijos adultos⁶. No se conoce la incidencia real ⁷, los reportes son muy variables del 2 al 32% en ese país se calcula que 1 de cada 25 ancianos son maltratados. Canadá reporta del 1 al 20%, Inglaterra el 3.2%, en México se calcula en el 35% en 1999

reportaron el maltrato dentro de las 10 primeras causas de egresos con 10.8, con prevalectía del 25.9%⁸.

El abuso en el anciano puede ser de tipo físico, psicológico o emocional, sexual, económico, negligencia o por abandono, puede ser intencionado o no intencionado, es decir por ignorancia del perpetrador o sin plena conciencia de su acción y consecuencias.

El abuso en el adulto mayor se ha generalizado principalmente en el ámbito familiar definiéndose como violencia intra-familiar que es un acto de omisión único o repetitivo consistente en el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono cometido por un miembro de la familia en relación de poder en función del sexo, edad o la condición física donde ocurra, la cual puede ser por negligencia o abuso. La negligencia es la deficiencia por parte del cuidador de privar al anciano de los alimentos o servicios que le resulten necesarios para evitar el daño físico, la angustia o el daño mental. Se define como abuso a la imposición de daño, confinamiento injustificado, intimidación o castigo cruel que da origen a daño físico, dolor o angustia mental. El abuso puede ser por omisión, por comisión o por encargo, por omisión puede ser por negligencia pasiva: cuando hay descuido, abandono, o desconocimiento de las necesidades del anciano; negligencia activa: es cuando el cuidador descuida deliberadamente al paciente limitando o negando la satisfacción de las necesidades básicas. Por comisión es cuando hay violencia física, amenaza de violencia (abuso psicológico), restricción de sus derechos o libertades (reglas, restrictivas, permisos, etc.), explotación financiera o coerción de sobornos para obtener cuidados. También puede ser por abandono, el cual se define como el acto injustificado de desamparo hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de la disposición legal y que ponen en peligro la salud o la vida⁹.

Al valorar la violencia en el adulto mayor, es difícil identificar el cuadro clínico, se requiere habilidad para realizar el interrogatorio no solo al enfermo sino al cuidador y familia. El paciente maltratado¹⁰ puede presentar abrasiones, laceraciones, contusiones por tironeos o pérdida traumática de cabello, quemaduras, signos de enfriamiento, fracturas y torceduras, también puede presentar escaras o signos de deshidratación, desnutrición, pobre higiene, vestimenta inapropiada o sedación desproporcionada por sobre-medicación o sub-medicación. Sin embargo el

maltrato psicológico es el más difícil de reconocer a pesar de ser el tipo más frecuente de abuso. El desarrollo de conductas peligrosas como el negativismo, la defensa ante el acercamiento, el deterioro funcional o cognitivos inexplicados, la depresión o el aislamiento son características comunes de los ancianos que sufren violencia intra-familiar, que se manifiestan como depresión, ansiedad, demencia, inseguridad, miedo y somatización. Los ancianos con deterioro cognitivo son los más vulnerables.

El médico de primer nivel de atención es una parte importante en la identificación y educación de este problema, las medidas terapéuticas son preventivas desde la infancia, detectar tempranamente el tipo de abuso y así evitar el deterioro mejorando las condiciones medicas existentes para una mejor calidad de vida¹¹.

La prevaencia de casos de abuso del anciano no es fácil de obtener debido a unos factores como el miedo a la familia o al cuidador, la vergüenza, el sentimiento de culpa, la incapacidad de responder cuestionarios o la presencia de demencia, las mujeres son clásicamente las victimas del abuso, además reportan los hechos más que los hombres y en ellas la severidad del daño es típicamente mayor².

Por lo anterior el médico familiar debe estar preparado y capacitado para preguntar a sus pacientes geriátricos acerca de abuso, aun que no presente signos del mismo preguntándoles de una manera no amenazadora y directa, tratando de obtener su confianza para lograrlo¹².

En nuestro país en el curso de los últimos años se ha producido un incremento progresivo en el número absoluto y proporcional de las personas mayores de 60 años. Se proyecta que las cifra de 1990 de 3.5 millones de personas de 65 años o más que corresponden al 3.7% de la población serán de 15.2 millones o sea el 11.7% para el año 2030¹³.

Este fenómeno ha resultado especialmente notorio en el Instituto Mexicano del Seguro Social¹⁴ donde la población adulta mayor aumento de 6.4% en 1990 a 12.4% en el año 2000.

Los cinco principales motivos de consulta de los adultos mayores son en orden de importancia: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las artropatías, el enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas así como otras enfermedades isquémicas del corazón. La principal causa de egreso hospitalario en ambos géneros es la diabetes mellitus y su principal complicación es la

insuficiencia renal, otro de los principales lugares es la hiperplasia de la próstata, la bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares en el hombre, fracturas de fémur y otros huesos en la mujer. Las principales causas de mortalidad en adultos mayores son similares a la de hospitalización figurando en primer lugar la diabetes mellitus, seguida del infarto agudo del miocardio y la enfermedad obstructiva crónica.

La tasa de morbilidad y mortalidad mas altas por cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama se encuentra en las mujeres mayores de 60 años ¹⁵.

En nuestra unidad 16 se encuentran asegurados 8,115 derechohabientes mayores de 60 años de los cuales 4,020 son hombres y 4,061 son mujeres representando el 9.48% del total adscritos en el Hospital General de Zona + Unidad de Medicina Familiar #1, La Paz, B.C.S.

Dada que la población del adulto mayor, en general es más débil, frágil y expuesta y con menores recursos es la que más esta creciendo en comparación con 3,5 de la población general y la cual genera actualmente mas del 50% de las consultas en el primer nivel de atención o consulta primaria, por lo anterior es importancia vigilar e insistir en que se reporte la violencia intra-familiar en el adulto mayor ya que dicha información es limitada o prácticamente inexistente en México así como en nuestro Hospital. Por lo anterior se ha legislado la violencia intra-familiar en nuestro país ¹⁷⁻¹⁸, NOM190SS, La Legislación en Baja California Sur es por parte del código de procedimientos civiles, del código civil del estado y Ley para prevenir y sancionar la violencia familiar, código penal o de defensa social. Ocupa el segundo lugar en orden de los estados que cuentan con iniciativas de legislaciones sobre violencia familiar en los estados de la República Mexicana.

4. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El envejecimiento de la población constituye un fenómeno demográfico trascendente en este siglo, por lo que la OMS demostró mayor interés en el bienestar del adulto mayor, legislando leyes que los proteja de todo tipo de violencia, preocupándose más por su calidad de vida.

La transición demográfica hacia una población longeva enfrenta una creciente demanda de cuidados médicos y sociales geriátricos, así como una mejor calidad de vida, la que se relaciona con la autonomía e independencia, teniendo la obligación de mejorarla en el adulto mayor mediante el diagnóstico oportuno de enfermedades, uso apropiado de los medicamentos, evitar ingresos frecuentes a hospital, disminuir el tiempo de evolución de enfermedades intercurrentes, evitar o retrasar las incapacidades o secuelas de las enfermedades crónico-degenerativas, valorar si existe violencia intra-familiar como abandono, lo anterior nos permitiría una mayor supervivencia con mejor calidad de vida.

La evaluación del adulto mayor debe ir más allá de la historia clínica tradicional, valorando también aspectos familiares, psicológicos, económicos, sociales, violencia intra-familiar y disponibilidad de los cuidadores para una consulta satisfactoria, lo que nos permitiría actividades médico-preventivas, adecuándoles servicios de salud con prioridades de acciones que les evite muertes prematuras, intentos de suicidios, abusos o abandono.

La violencia intra-familiar siempre ha existido desde el inicio de la humanidad, una de sus formas es el abandono, principalmente entre la población vulnerable como los niños, mujeres y adultos mayores.

El anciano al sufrir abandono u otro tipo de violencia, frecuentemente por su propia familia, por vergüenza o miedo no los denuncia, lo que ha evitado que se sepa su existencia y generen estadísticas.

Actualmente México ocupa el séptimo lugar mundial de envejecimiento acelerado, el 7.24% de los mexicanos son mayores de 60 años, por lo que enfrentamos las consecuencias de una población que envejece a un ritmo preocupante.

En México actualmente la violencia intra-familiar no se reporta o denuncia, en algunos estudios se reporta entre las 10 principales causas de egresos hospitalarios, con una prevalencia del 25.9%, englobando todo tipo de violencia.

En nuestra unidad hasta el momento no existen reportes de violencia o abandono por lo que nos preguntamos:

1.- ¿existe abandono en el adulto mayor derechohabiente del H.G.Z. + M.F. N°1 del IMSS en La Paz, B.C.S.?

2.- si existe ¿cual es su prevalencia?

5.-JUSTIFICACION:

En México existen pocos estudios sobre la violencia intra-familiar de cualquier tipo, principalmente en el adulto mayor, por lo que se plantea la necesidad de contar con instrumentos validados, confiables y fáciles de aplicar en una consulta de Medicina Familiar, para valorar algún tipo de trastorno emocional, abandono, funcionalidad familiar, que nos permitirá en una consulta diagnosticar integralmente a nuestro paciente.

Las víctimas de violencia tienen en común su vulnerabilidad las cuales obedece a muy diversos factores como: su condición de dependencia económica y/o afectiva, su desvinculación del medio socioeconómico, edad o nivel educativo. La violencia se observa en las calles, en los lugares de trabajo, en las escuelas y más aun en lugares tan privados como el seno del hogar.

Existe una creciente preocupación por generar datos que permitan cuantificar y caracterizar el fenómeno de la violencia que den cuenta de aspectos tales como las características de las víctimas y los agresores, tipos de violencia más frecuente, sus manifestaciones y consecuencias, los medios de denuncias cuando existen.

Sin embargo la dificultad para generar estadísticas sobre violencia, radica fundamentalmente en el arraigo cultural que normalizan la violencia, tanto en la percepción de que este tema es de índole privado, como por las reacciones de vergüenza, temor y desprestigio que conlleva el hablar del maltrato o abuso.

Por lo anterior la información es casi inexistente en nuestro país por lo que necesitamos la concientización del reporto o denuncia de violencia en el adulto mayor sobretodo el abandono.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el incremento de la población del adulto mayor aumento de 6.4% en 1990 a 12.5% en el 2000, lo que nos obliga al Médico Familiar estar más vigilante en la calidad de vida y bienestar de esa población.

En nuestra unidad de estudio representan el 9.48% del total de nuestros derechohabientes, los cuales demandan más del 50% de la consulta del Médico Familiar, no reportándose ningún caso de violencia, lo cual puede ser porque el

paciente no lo denuncie, ni el medico sospeche de ella o porque no se tenia lugar para reportarla en las hojas antiguas de las consultas diarias.

Por la importancia actual y el aumento creciente de la población del adulto mayor en el seguro social existe un apartado en los nuevos formatos así como grupos de autoayuda para reportar los casos de violencia intra familiar. Es necesario la aplicación de todos o alguno de los instrumentos aplicados en este estudio que nos permita valorar el medio familiar, su bienestar o estado emocional para una valoración integral proporcionando una consulta de calidad y calidez a nuestros ancianos.

6. -OBJETIVO GENERAL:

Demostrar la existencia de violencia intra-familiar en el adulto mayor medido mediante el abandono.

6.1. -OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar factores condicionantes del abandono en el adulto mayor.
2. Características de los adultos mayores que presentan abandono.
3. Determinar la prevalencia del abandono en el adulto mayor.
4. Detectar depresión en el adulto mayor.
5. Cuantificar el estrés en el adulto mayor.

7. -HIPÓTESIS GENERALES: No aplica por ser descriptivo

8. -METODOLOGIA:

8.1. -Tipo de Estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Que se realizó de Diciembre del 2003 a Junio del 2004. en el HGZ + UMF # 1, de La Paz, B.C.S.

8.2. -El universo de estudio fueron los adultos mayores de 60 años o más que acudieron a consulta externa de Medicina Familiar en la sala de espera ya fuera a su cita medica programada o consulta espontánea.

El estudio se llevó a cabo con la aplicación de diversos tests y escalas, por la investigadora previa explicación y aceptación de los mismos con la firma del consentimiento informado. El llenado de los mismos se realizo por el paciente, ayudados algunos por no saber leer o escribir, por la autora o un familiar acompañante.

Se consideraron los puntos relevantes a estudiar en el anciano como: su edad, vulnerabilidad, enfermedades crónico-degenerativas, dependencia económica o emocional por lo que se seleccionaron los siguientes instrumentos:

Apgar familiar.-cuestionario de funcionamiento familiar que consta de 5 preguntas fáciles de aplicar, breves, nos mide la satisfacción del entrevistado con su vida en familia, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad. Se califica:

- Adaptabilidad: capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis.
- Participación: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.
- Crecimiento: capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.
- Afecto: capacidad de expresarse cariño y preocupación por cada miembro de la familia.
- Resolución: capacidad de aplicar los elementos anteriores.

Se califica de 0-3: disfunción grave, 4-6: disfunción moderada, 7-10: familia funcional.

Escala de depresión geriátrica de Yasavage y Brink.- la cual valora estado de animo del paciente en la ultima semana de la encuesta. Calificándose de 0-10: sin depresión, de 11-20: depresión leve, de 21-30: depresión moderada a severa.

Test mental de Pfeiffer.- que nos valora funcionamiento intelectual del paciente. Se califica de 0-2: normal, de 3-7: funcionamiento deficitario, de 8-10: funcionamiento intelectual severo.

Escala de Hamilton.- es donde se da valor a eventos en la vida del hombre que es causa de estrés o eventos críticos, debe realizarse en función de los que hayan ocurrido seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas. Se califica de 0-149: no existen problemas importantes, 150-199: crisis lev, 200-299: crisis moderada y más de 300: crisis grave.

Las encuestas se aplicaron alrededor de 2 meses, fueron capturadas de una base de Excel. Hasta completar el tamaño de la muestra que fue de 200.

8.3. -TAMAÑO DE LA MUESTRA:

A través del programa STATSV2 considerándose una población de 1,115 adultos mayores con un error máximo aceptable de 7% porcentaje estimado de la muestra de 20% nivel deseado de confianza del 95% ($p = 0.05$) obteniéndose una muestra de 200.

8.4. -CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Personas de 60 años o más que acudieron a consulta externa de Medicina Familiar.
2. Que sean derechohabientes y que acepten participar en el estudio.
3. Que estén capacitados mentalmente.
4. Que tengan patología terminal.
5. Que presenten discapacidad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. -Si presentan algún grado de demencia
2. - Que presenten patología siquiátrica

CITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. -Que no completen la evaluación

RECOLECCION DE DATOS:

El muestreo no probabilístico de casos consecutivos que consiste en elegir a cada paciente que cumple con los criterios de selección.

8.5. -VARIABLES

Dependientes:

Abandono como manifiesto de violencia intra-familiar.

Depresión como manifestación de violencia intra-familiar.

Independientes:

Sexo, Edad, Estado Civil, Tipo de Familia, Nivel socioeconómico, Estado de Salud, Estado Mental, Respecto a la Productividad, Patología Terminal y Estrés.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

CONCEPTUAL	OPERATIVO	ESCALA DE MEDICION
Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento	60 años y más	Ordinal: 60 a 69 años 70 a 79 años 80 y más
Sexo: condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Clasificación anatómica y física entre hombre y mujer	Dicotómicas: Hombre Mujer
Nivel socioeconómico: arte de administrar y ordenar los gastos e ingresos de una familia	Ingresos y Gastos que determinan el nivel socioeconómico de una familia	Nominal: Bajo- un salario mínimo Medio- de 2 a 3 salarios Alto- mas de 4 salarios
Estado Civil: Condición social concerniente a las relaciones privadas entre dos personas	Se clasificara como soltero a los solteros o viudos, y casado a los casados o en unión libre	Dicotómica: Casado Soltero

Estado de Salud: Buen estado físico del organismo	Condición física del paciente, medida mediante examen médico	Nominal: Sano Enfermo Invalido
Estado mental: Conjunto de medidas adecuadas para mantener inalteradas las funciones psíquicas.	Condición psíquica que presenta el paciente medida mediante el test mental de PFEIFFER.	Nominal: Lucido 0-2 Puntos. Confuso 3-7 Puntos Demente 8-10 Puntos
Función familiar: Todas las personas unidas por un parentesco que cumplan las funciones: de socialización, cuidado, afecto, reproducción y estatus socioeconómico	Cumplimiento de las funciones familiares medidas mediante el Apgar familiar	Nominal: Buena función 7-10 puntos Disfunción moderada 4-6 puntos Disfunción severa 0-3 puntos
Productividad: Cantidad de dinero recibida por un trabajo remunerado	Ingresos del paciente que recibe alguna pensión	Dicotómica: Productivo Improductivo
Redes de Apoyo: Persona o personas que apoyan a otra persona en sus necesidades	Encargado de atender en todas las necesidades del paciente ya sea familiar o no	Dicotómica: Si Tiene No Tiene
Convivencia: vivir con otra u otras personas	Se valorara si vive solo	Dicotómica: Si Tiene No Tiene
Patología Terminal: Curso de una enfermedad al termino de la vida.	Se valorara si presenta enfermedad terminal.	Dicotómica: SI Tiene NO Tiene
Estrés: Agotamiento Físico General Producido por un Estado Nervioso, Conjunto de Alteraciones que aparecen en el Organismo al estar este sometido a una agresión Simplemente Física, Patológica o Psíquica.	Se medirá mediante la escala de Hamilton	Nominal: 0-17 NO 18-o mas SEVERA

DEPENDIENTES:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICION
Abandono: incumplimiento de las obligaciones legales de suministrar alimentos y cuidado a quien tiene derecho a recibirlo	Condición de descuido físico y afecto que carece el paciente. Se valorara apariencia física: 0 bueno, 1 regular, 2 mala Estado de salud: sin escaras 0, si hay escara 1 Si le dan afecto 0, sin afecto 1.	Dicotómica: 0-1 No 2-4 Si
Depresión: Estado patológico de sufrimiento psíquico señalado por un abatimiento del animo	Condición psíquica del paciente medida por el test de Yasavage y Brink	Ordinal: Sin depresión 0-10 puntos Leve 11-20 puntos Moderada o severa 21-30 puntos

8.6-SISTEMA DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Será a través de encuestas personalizadas con aplicación de lo siguientes instrumentos: APGAR familiar, test de PFEIFER y el test de YASAVAGE y BRINK, y la escala de Hamilton, los cuales se anexan, los datos serán capturados en una base del programa Excel

8.7-ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Estudio trasversal de prevalencia, descriptivo de una población aleatoria y definida.

Los resultados se analizarán en una tabla de contingencia de 2 X 2 con la que se obtienen medidas de frecuencia, asociación, de impacto potencial, pruebas estadística e intervalos de confianza.

Identificar la existencia de violencia intra-familiar en el adulto mayor medida mediante el abandono.

Abandono: escala de medición dicotómica, con medidas de tendencia central medida por la moda.

Depresión: escala de medición ordinal, con medidas de tendencia central medida por la moda.

Con pruebas estadísticas de Chi de Mantel-Haenszel donde el valor estadísticamente significativo se tomara con $p = 0.05$ al contrastarse con abandono, siendo esta prueba la comprobación de la hipótesis.

8.8-CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), revisada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983 y en Hong Kong en 1989.

La presente investigación se encuentra acorde con los lineamientos que en materia de investigación y ética se encuentran establecidos en las normas e instructivos institucionales.

Antes del inicio del estudio, el protocolo del mismo y los otros documentos relevantes fueron sometidos al Comité Local de Investigación de la unidad hospitalaria y autoridades competentes, conforme a los requisitos legales locales.

9. - RESULTADOS

Se estudiaron 200 pacientes de los cuales 103 fueron de 60 a 69 años siendo el 51.5%, de sexo femenino fue el 64% siendo 128 mujeres según resultados de la tabla 1.

Tabla 1. Distribución según género y grupo de edad.

Sexo	60 a 69 años	70 a 79 años	80 y más años
Femenino	67	45	16
Masculino	36	26	10
Total	103	71	26

De los puntos que se analizaron, especificados en la tabla número 2:

Uno fue el estado civil encontrándose mas casados con un porcentaje del 56%.

En el estado de salud se encontraron más enfermos siendo 149 pacientes.

Del estado mental (test de Pfierrfer) solamente 3 lo presentaban deficitario.

En la productividad, casi la mitad son productivos.

En lo referente a contar con apoyo la mayoría contaba con él, siendo el 97%.

También se valoro la convivencia, solo 14 viven solos.

En lo referente a la depresión (escala de depresión geriátrica de Yasavage y Brink) el 56% no estaban deprimidos, en el 36.5% es leve y solo el 9.5% la presentan de moderada – severa.

En el estrés (escala de Hamilton) 31 adultos lo presentan, calificándose como leve.

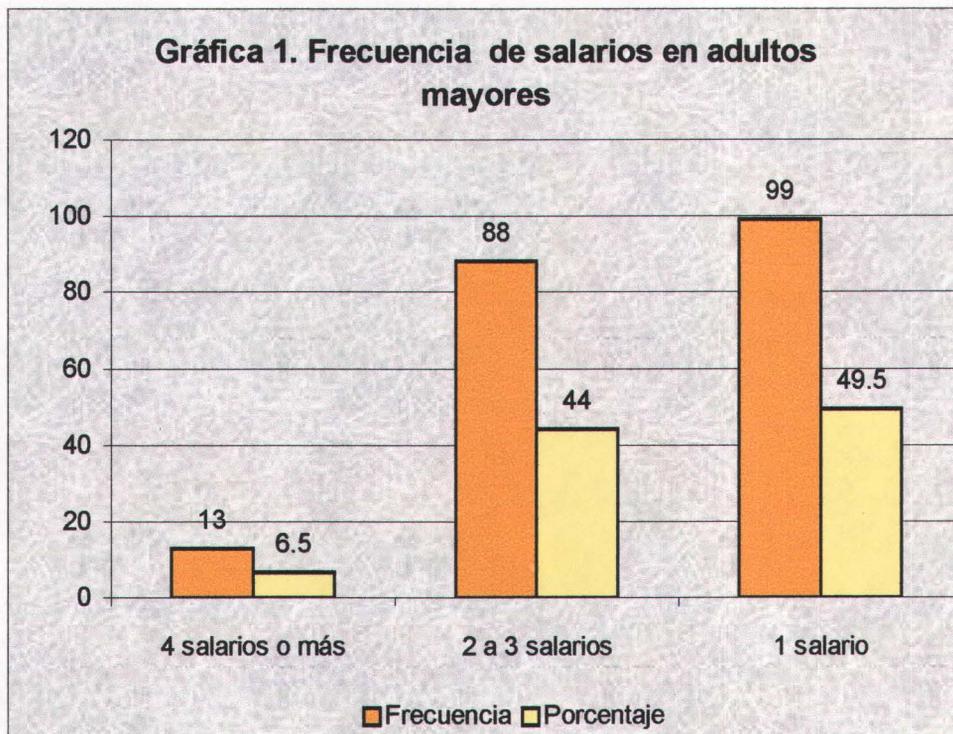
El abandono solo se encontró en 4 pacientes

Tabla 2. Perfil del adulto mayor estudiado.

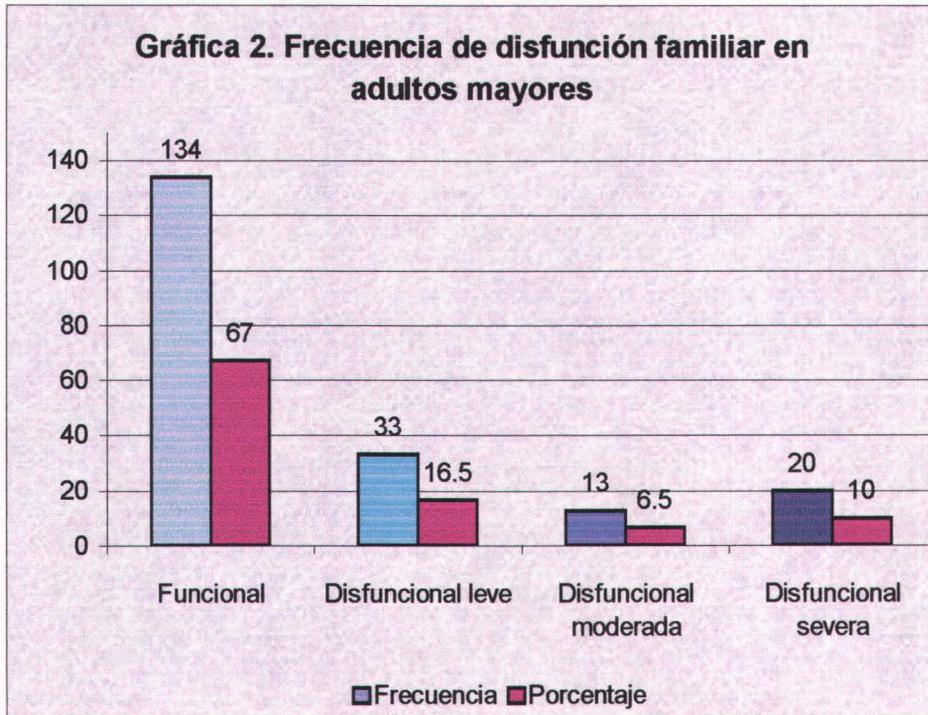
Estado civil	Casado	Soltero
	112	56
Estado de salud	Sano	Enfermo
	51	149
Estado mental	Normal	Deficitario
	197	3

Productividad	Productivo	Improductivo
	99	101
Apoyo familiar	Con apoyo	Sin apoyo
	194	97
Convivencia	Acompañado	Solo
	186	14
Estrés	Ausente	Presente
	169	31
Depresión	Ausente	Presente
	108	92
Abandono	Ausente	Presente
	196	4

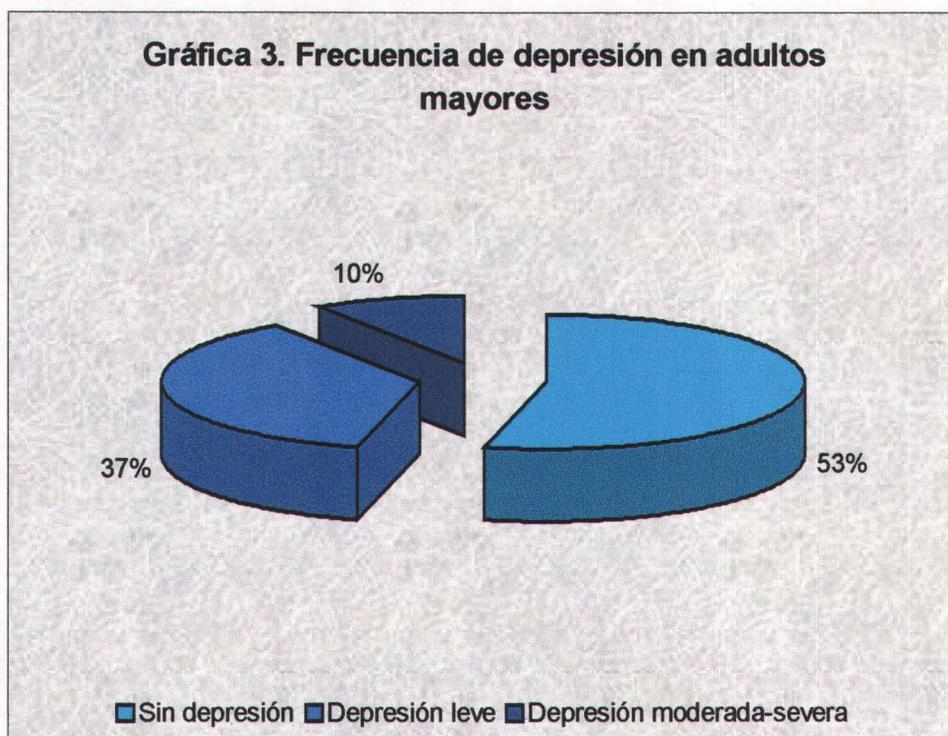
Una variable que se estudio fue el nivel socioeconómico y esta se valoró a través del número de salarios percibidos, la distribución y frecuencia se aprecian en la gráfica 1.



Un parámetro que se consideró conveniente estudiar fue la función familiar, medida con el Apgar Familiar, estableciendo 4 categorías: funcional, disfunción leve, disfunción moderada y disfunción severa. Sus porcentajes y frecuencias encontradas en los adultos mayores investigados se observan en la gráfica 2



La depresión en el anciano fue valorada con la escala Geriátrica de Yasavage-Brink, esta variable fue encontrada en el 47% de la población estudiada como lo muestra la gráfica 3.



ESTADÍSTICA ANALÍTICA

Tabla 3. Variables que mostraron Asociación con abandono

Variable	χ^2	O.R con IC 95%	p*
Nivel socioeconómico: bajo	0.72	0.03<0.38>10.5	0.39
Disfunción familiar: severa	13.88	1.98<23.47> 622	0.0001
Convivencia: solo	24.89	4.1<42.23>434	0.001

Valor de p según χ^2 de Mantel - Haenszel

NIVEL SOCIO-ECONOMICO.

La prevalencia de abandono en el adulto mayor expuesto a nivel socioeconómico bajo fue del 3% y con nivel socio-económico medio-alto fue de 0.5%, con una razón de prevalencia (RP) de presentar 6 veces más frecuente abandono los de nivel socioeconómico bajo. La razón de momios (RM), nos dice que en los adultos con nivel socio-económico bajo tienen 1.06 veces más riesgo de presentar abandono, con una fracción etiológica poblacional (FeP) hasta del 4% del abandono serán debido a nivel socio-económico bajo, la fracción etiológica en expuestos (FeE) fue que los adultos expuestos a nivel económico bajo hasta el 5% de los casos de abandono serán debidos a esta exposición.

DISFUNCIÓN FAMILIAR.

La prevalencia en casos de abandono del adulto mayor con disfunción severa fue del 15%, en los no expuestos a disfunción severa fue del 0.5%. La razón de prevalencia en el adulto mayor con disfunción severa es que presenta 30 veces más riesgo de tener abandono. La razón de momios fue que los adultos mayores con disfunción severa tienen 10.11 veces más riesgo de presentar abandono. La fracción etiológica poblacional nos dice que hasta el 67.5% de los casos con abandono obedecerá a disfunción familiar severa. Con una fracción etiológica de expuestos a disfunción familiar severa hasta el 65.1 % de los casos de abandono serán debidos a la disfunción

CONVIVENCIA.

La prevalencia en los casos de abandono del adulto mayor que viven solos fue del 21%, con una prevalencia del 0.5% en los adultos que viven acompañados.

La razón de prevalencia nos dice que los adultos mayores que viven solos tienen 42 veces más riesgo de presentar abandono. La razón de momio nos indica que los adultos mayores que viven solos tienen 15.66 veces más riesgo de presentar abandono. La fracción etiológica poblacional refiere que hasta el 70.2% de casos

de abandono serán debido a que viven solos. En la fracción etiológica en los expuestos a vivir solos revela que hasta un 93.6% de los casos de abandono pueden ser secundarios a este factor.

10. -DISCUSION:

En este estudio no se encontró la edad como factor de riesgo para sufrir abandono, como la OMS y la sociedad de Geriatria y Gerontología Mexicana, la reportan entre mas edad, mas riesgo de sufrir abandono, para nosotros no fue significativa ya que 2 de los abandonados tenían de 60 a 69 años, otro de 70 a 79 y él ultimo mas de 80 años.

Respecto al sexo, según la OMS, un estudio realizado en el Hospital General de México e investigaciones de Rita Camarillo Motilva y Katia Gallegos-Carrillo, el ser mujer es otro factor de riesgo, en nuestro estudio, no fue significativo a pesar de que se estudiaron más mujeres (128) se encontraron 2 mujeres y 2 hombres.

Referente a padecer enfermedades crónico degenerativas es otro factor de riesgo reportado por Katia Gallegos-Carrillo, Tirado Cosió F., también en él nuestro se corroboró, ya que los 4 abandonado presentaban enfermedades (3 con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y el otro con Depresión Crónica y Neurodermatitis).

El vivir solo es otro factor de riesgo importante que predispone al abandono, reportado por la OMS, Sánchez del Corral Urola, se encontró también en este estudio ya que tres de los adultos abandonados viven solos

Otro factor es la pobreza, según la OMS, Rita Campiño Motilva y otros estudios, encontramos también en este estudio, que el ingreso económico influye en el abandono ya que de nuestros cuatro pacientes abandonados, 3 pertenecen a nivel socio-económico bajo.

La disfunción familiar también se corroboró, como la reporta J.A. Flores Lozano, el 75% de los encuestados y con violencia presentan disfunción familiar severa, y el resto tiene función familiar normal.

La depresión también se encontró en este estudio casi en la mitad de los valorados, que aunque no en todos los estudios se ve como factor de riesgo, su frecuencia nos debe hacer tomarla en cuenta, ya que por si sola da sentimientos de pérdida acentuando su sola presencia la mala calidad de vida, en el presente estudio se encontró en los 4 abandonados, en 3 de ellos fue severa y en otro fue moderada.

Es importante prepararnos para la atención del adulto mayor por el crecimiento cada vez superior de la población envejecida que experimenta nuestro país y la solicitud de atención para este grupo de edad aumenta día con día demandando atención y cuidado para mantener su calidad de vida, su independencia y autosuficiencia, es necesario sacar al anciano del estereotipo negativo de la vejez caracterizado por ser una persona que requiere ayuda que por lo general, se encuentra enfermo, que es achacoso, que tiende a estar aislado, que es fastidioso y que se aburre fácilmente porque no tiene nada que hacer y que solo espera la muerte.

El anciano enfermo puede ser percibido como una carga para la familia si no se le hace sentir útil, se le debe enseñar a valerse por si mismo, en las áreas del cuidado personal, el de su propia habitación o que puede prestar su servicio a otros dentro de la familia e inclusive fuera de la misma.

El envejecer exige una adaptación en las esferas intelectuales, sociales, afectivo y emocionales. El grado de adaptación esta determinado por las circunstancias biológicas, sociales y específicas de la personalidad, así mismo del apoyo familiar con que cuente.

Dado que el envejecer resulta difícil, aun cuando se carezca de enfermedad, en presencia de esta el proceso resulta mucho más complicado y la necesidad de apoyo familiar o extrafamiliar es más imperiosa.

El médico familiar debe educar y promocionar la salud, orientando sobre el autocuidado, dirigido al anciano y familiares principalmente para modificar conducta o hábitos que pueden alterar su salud, o minimizar de existir incapacidad funcional, con este estudio damos parámetros para valorar los factores de riesgo en el adulto mayor que es conveniente vigilarlo íntegramente, evaluándolo dentro de su familia y su entorno, con el se trata hacerle notar al medico familiar que existe la violencia Nitra-familiar y que afecta a nuestros ancianos que aprenda a detectar los factores de riesgo a manejar sus diferentes patologías.

El impacto de salud del adulto mayor en nuestra institución actualmente se esta tomado mas en cuenta al formar grupos de autoayuda para ese grupo etario y sus familias así mismo en la violencia intrafamiliar al agregar un párrafo en el formato para reportarla, haciendo difusión a toda la población derechohabiente, canalizándolo a las instituciones jurídicas correspondientes.

El médico familiar tiene un compromiso con la promoción de la salud, su mantenimiento y con la prevención de las enfermedades. Debemos poner más atención a los problemas crónicos y considerar las consecuencias de los procesos del envejecimiento. Es importante no individualizar al anciano debemos resaltar el papel que juega dentro de la familia y la sociedad, para que cuando presente una patología hacer participe a toda la familia, a la comunidad y a los servicios médicos.

En nuestro país se está observando una creciente participación política y social de la población, acarreado una mejor conciencia de la violencia como problema de salud pública y una participación más amplia de instituciones oficiales y organismos no gubernamentales en su estudio, abordaje y tratamiento, promocionando su denuncia.

Posiblemente en ningún otro lugar de la sociedad se dan tantos casos de violencia o maltrato como dentro del hogar, en conclusión de las denuncias cada vez mayores de esos casos. Estos episodios de violencia afectan a todas las clases sociales aunque son más frecuentes en los hogares con mayor problemas económicos. Se ha dividido en tres orígenes a la violencia intrafamiliar(21)

1. - Modelo de aprendizaje social que es cuando se aprende en el hogar, cuyos miembros la repiten posteriormente al formar sus propias familias.
2. - Modelo de la agresividad.- Radica en cuadros de psicopatología sufridos por el agresor. En ocasiones se les puede integrar un diagnóstico de enfermedad mental o de trastorno de personalidad, en el agresor, aunque no siempre es constante en la persona violenta, lo que se observa es que bajo la influencia del alcohol se puede manifestar una crisis de violencia al desinhibirse los impulsos agresivos, disminuir el autocontrol y los escrúpulos de orden moral.
3. - Modelo sistémico.- Es el modelo de agresividad estimulada aversivamente establece que la conducta agresiva no es tanto aprendida como derivada del simple deseo de producir dolor y es precipitada por una variedad de estímulos. Este modelo es el más completo, explica el origen de la violencia, como resultado de una dinámica familiar disfuncional en la que intervienen tanto factores individuales como relaciones interpersonales inadecuadas e influencias

socioculturales, como el alcoholismo, el bajo nivel cultural las familias con mas hijos son condicionantes de violencia intra-familiar pero no determinante.

Las relaciones interpersonales inadecuadas generadas por alguno de los modelos previos pueden desempeñar funciones de homeostasis patológica, donde el fin de mantener unida a la familia es a costa de sufrimientos personales de uno de sus integrantes, siendo el más frecuente el anciano.

Para el anciano la vejez puede llegar a tomarse como una renuncia, un sentarse a esperar la llegada de la muerte, con la esperanza que esta llegue antes de que se acabe el dinero o que los familiares pierdan el interés en él y decidan enviarlo un asilo o abandonarlo, mas porque en el proceso del envejecimiento. Llega aun punto en que se vuelve dependiente. Para algunas familias la vejez significa una degradación inevitable que usualmente le conduce a la muerte. La crisis de desarrollo más dolorosa sobreviene cuando una persona anciana no puede vivir sola, puede volverse un progenitor marginalmente funcional en especial si ahora es un invalido que no puede quedarse solo, se impone la creación de una nueva organización familiar. O cuando un hijo asume un rol parental respecto al padre, se puede llegar a exagerar, el rol del hijo mostrándose autocrático y poco permisivo o hasta intransigente y molesto, el anciano se derrumba en una actitud de dependencia exigente o desafiando el más mínimo comentario, pues lo interpreta como una orden, lo que genera en ocasiones una familia disfuncional.

El médico familiar debe educar y promocionar la salud orientado sobre el autocuidado del adulto y su familia para un envejecimiento digno vigilando principalmente su agudeza visual, auditiva, sedentarismo, conductas o hábitos que pueden modificar su estado de salud que le permitan aumentar la duración de la vida y minimizando su incapacidad funcional de existir.

El médico tiene un compromiso con la promoción de la salud, su mantenimiento y la prevención de las enfermedades. Es importante no individualizar al anciano resaltando el papel que juega dentro de la familia y la sociedad. El envejecimiento plantea problemas medico, psicológicos y sociales, siendo la soledad y en abandono uno de los principales problemas que experimentan. La existencia de

una población de ancianos significa que han disminuido las enfermedades y lesiones graves en edades jóvenes por lo que debemos poner más atención a los problemas crónicos y considerar las consecuencias de los procesos del envejecimiento.

En nuestra consulta institucional debemos completar a grupos educativos atención integral y facilitar una atención especializada cuando sea requerida por el segundo nivel hacer participar a la familia y la sociedad sobre esa población que aumenta día con día.

La relevancia del estudio realizado es que exponemos los factores de riesgo que pueden condicionar abandono, se realza la importancia de vigilar íntegramente al adulto mayor y sus patologías mediante la aplicación de los instrumentos de fácil aplicación y al alcance del médico familiar, que en forma inmediata permite evaluar al adulto mayor. Tenemos que hacer hincapié en la importancia de diagnosticar la depresión ya que se encontraron en casi la mitad de los ancianos encuestados la cual habitualmente no se diagnostica y por lo mismo no se trata y por si misma da sentimientos de pérdida acentuando su sola presencia la mala calidad de vida y puede orillar al anciano al suicidio. Esta investigación permite al médico de primer nivel alertar sobre la posibilidad de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor manifestada por abandono.

11. -CONCLUSIONES:

La prevalencia de abandono encontrada fue del 2%. La edad, el sexo, estado civil no influyen en el abandono, el nivel socio-económico bajo aumenta el riesgo de tener abandono 6 veces mas que lo que tienen más ingresos, otras de las variables que no influyen son la productividad, contar con redes de apoyo, el estado mental o el estrés. Se encontró que la disfunción familiar sobre todo la severa, es un factor importante para que se de el abandono, es 30 veces mas frecuente cuando se presenta que los que tienen buen funcionamiento familiar. Así como el vivir solo es 42 veces mas frecuente la posibilidad de sufrir el abandono que los que viven en compañía

La depresión se encontró en el 46%, que aunque no fue significativa, llama la atención su frecuencia, y que puede propiciar que la calidad de vida del anciano sea mala, pudiendo orillarlo al suicidio, abandonar en forma voluntaria sus tratamientos, presentar indiferencia al medio externo o a su persona, lo que puede propiciar o adelantar su muerte.

La depresión es una enfermedad más frecuente de lo que se sospecha, investiga o diagnostica en el primer nivel de atención, aunando a eso que el paciente no consulte por ella, solo somatizan lo que los hace asiduos y demandantes de servicios médicos y tratamientos innecesarios en ocasiones, por lo que los Médicos Familiares debemos estar más atentos y capacitados para saberla buscar y diagnosticar a tiempo para ofrecer una consulta integral.

En el presente estudio se valoró el abandono en el adulto mayor en nuestra unidad, el cual mostró baja prevalencia, encontrándose 4 adultos, de los cuales solo en uno se hace referencia del abandono familiar en su expediente, en los 3 restantes en ninguna consulta mensual se les ha diagnosticado. Este hecho nos hace pensar que el médico de atención primaria no sospecha ni investiga este diagnóstico.

Dado que existe un aumento acelerado de la población del adulto mayor y generan el 50% de las consultas del primer nivel de atención. Debemos implantar en la consulta del Medico Familiar, los instrumentos que nos permitan una valoración integral de nuestros ancianos, como los que se aplicaron los cuales son fáciles de llenar, en corto tiempo, bajo costo y que no requieren análisis

complicados, calificándolos en la misma consulta con la que logramos conocer la salud o enfermedad que aqueje a nuestro paciente en una sola consulta, para mejorar su calidad de vida, la de su familia y su entorno social

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

12. - BIBLIOGRAFÍA

1. Colegio Mexicano de Medicina Familiar, AC. Programa de Actualización Continua en medicina familiar; Ed. Intersistemas. 1ª. Edición, 2001.
2. Rubinstein Adolfo, Terraza Sergio, Durante Eduardo, Rubinstein Esteban, Carrete Paula. Epidemiología del Envejecimiento Poblacional. Medicina Familiar y Practica Ambulatoria. Ed. Panamericana, primera edición 2001.
3. Flores Lozano J.A. El Médico Ante el Anciano Maltratado. Revista de Salud Publica Medicina Integral, 2000; 36(9): 364-366.
4. Ruiz Sanmartín A., Coma Solé M., Boncompte Vilanova P., Alter Tomer J., Porta Marti N., Duaso Izquierdo P., Portigo Lastrada P., El Medico de Familia y El Síndrome de los Malos Tratos a Ancianos. Revista de Formación Continua 2000; 26 (9): 641-646.
5. Ruiz Sanmartín A. Alter Tomer J., Porta Marti N. Duaro Izquierdo P. Violencia Domestica: Prevalencia de Sospecha de Maltrato a Ancianos. Atención Primaria 2001; 27 (5): 331-334.
6. GDF Secretaria de Desarrollo Social., Informe Anual de Actividades del Consejo para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en El Distrito Federal, Julio de 2001-Junio de 2002.
7. Archivo del Servicio de Geriátría del Hospital General de México, SSA., 2001.
8. Geriátría Guías Diagnosticas del Hospital General de México, SSA., 2001.
9. Bazo M.T., Negligencia y Malos Tratos a las Personas Mayores en España. Revista Española Geriátrica y Gerontología, 2001: 36(1): 8-14.
10. Campillo Motilva Rita, Violencia con El Anciano. Rev Cubana Med Gen Integr 2002: 18 (4):293-295.
11. Gallegos Katia-Carrillo, Gerardo Durán J.L.-Arenas, López Lizbeth-Carrillo, López Malaquias-Cervantes. Factores Asociados Con las Dimensiones de Calidad de vida del Adulto Mayor en Morelos. Revista de Investigación Clínica 2003;.55 (3) : 260-269.
12. Fuentes García Ma., García Garro Alberto. Causas Sociales Que Originan Sentimientos de Abandono en El Adulto Mayor. Revista del Hospital General "La Quebrada" 2003;2 (1) : 25-29.

13. Guías Técnicas de los Programas integrados de Salud., Salud del Adulto Mayor, Ed. Del IMSS., Del 2003: 5.
14. IMSS., Programas Integrados de Salud, Guías Practicas Técnicas del 2002., Ed. Del IMSS.
15. Pirámide Poblacional del Hospital General de Zona + Unidad de Medicina Familiar #1 del IMSS La Paz, B.C.S. 17 de Febrero del 2003.
16. NOM-167-SSA1-1997, Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social a menores y Adultos Mayores.
17. NOM-173-SSA1-1998, Para la Atención Integral a personas con discapacidad.
18. Smilkistein G. Family APGAR Analyzed Med Fam. 1993, 25(5): 293-4.
19. De Santillana Hernández S.P. Tamizaje de depresión en el adulto. Rev Med IMSS, 1999., 37(2): 111-115.
20. Martínez de la Iglesia J, Dueñas R, Onis MC, Aguado C, Albert C y Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin, 2001; 117: 129-34.
21. Juan Manuel Saucedo García. J. Martín Maldonado Duran. La familia su dinámica y tratamiento. Ed. Organización Panamericana de la Salud IMSS. Washington DC. 2003.

13. – ANEXOS:

1. - Escala de Hamilton.
2. Test Mental de PFEIFFER.
3. APGAR familiar.
4. Escala de Yasavage y Brink.
5. Carta de consentimiento informado

ESCALA DE HAMILTON

		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave	Puntuación	
1	Ansiedad	Preocupación, pesimismo, miedo al futuro, irritabilidad						
2	Tensión	Sensación de tensión, cansancio, sobresaltos, propensión al llanto, estremecimientos, sensación de irritación, incapacidad para relajarse						
3	Miedo	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las aglomeraciones						
4	Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas, terrores nocturnos						
5	Intelecto	Dificultad para concentrarse, reducción de la memoria						
6	Humor depresivo	Pérdida de interés, incapacidad de disfrutar con las aficiones, despertar precoz, alternancia diurna						
7	Síntomas somáticos (musculares)	Dolores musculares, sensación de estiramiento, rigidez, contracciones clónicas, dientes apretados, voz trémula, aumento del tono muscular						
8	Síntomas somáticos (sentidos)	Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, sensación de perforación						
9	Síntomas somáticos cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, precordialgia, pulsaciones, sensación de desvanecimiento						
10	Síntomas respiratorios	Sentido de pesadez o constricción en el tórax, sensación de sofoco, suspiros, disnea						
11	Síntomas gastro-intestinales	Dificultad de deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náusea, vómito, borborigmos, meteorismo, pérdida de peso, estipsis						
12	Síntomas gónito-uritarios	Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia						
13	Síntomas del SN autónomo	Sequedad de boca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea, piloerección						
14	Comportamiento del paciente durante el examen	Agitado, inquieto, avanza y retrocede, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez del rostro, deglución constante, etc.						
* Un puntaje igual o mayor de 18 refleja un alto nivel de estrés						PUNTUACION TOTAL		

TEST MENTAL DE PFEIFFER

1. ¿Qué día es hoy?
2. ¿En que día de la semana?
3. ¿Dónde nos encontramos?
4. ¿Qué numero de teléfono tiene?
Si no tiene: ¿Cuál es su dirección?
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento?
7. ¿Cómo se llama el jefe de estado?
8. ¿Cómo se llama el anterior jefe de estado?
9. ¿Cuál es el nombre completo de su madre?
10. De 20 reste 3 y al resultado réstele 3 y así sucesivamente.

INTERPRETACIÓN:

- 0 - 2 errores: funcionamiento intelectual normal.
- 3 - 7 errores: funcionamiento intelectual deficitario.
- 8 - 10 errores: deterioro intelectual severo.

Cuestionario de Función Familiar APGAR

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tiene en casa?
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?
5. ¿Siente que su familia le quiere?

Opciones de respuesta de los ítems

Casi nunca (0)

A veces(1)

Casi siempre (2)

0-3 disfunción grave

4-6 disfunción leve

7-10 familia funcional

Anexo I

Escala de depresión geriátrica de Yasavage y Briak^{13,16}

Escoja la respuesta que indique lo más exactamente posible cómo se ha sentido usted en la última semana.

1. ¿Está usted satisfecho con su vida?	Sí	No
2. ¿Han dejado de interesarle cosas y actividades que antes lo hacían?	Sí	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se aburre usted con frecuencia?	Sí	No
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?	Sí	No
6. ¿Tiene preocupaciones que no se puede quitar de la cabeza?	Sí	No
7. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Teme que algo malo le suceda?	Sí	No
9. ¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?	Sí	No
10. ¿A menudo se siente indefenso?	Sí	No
11. ¿Se siente a menudo nervioso e inquieto?	Sí	No
12. ¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
13. ¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	Sí	No
14. ¿Cree que tiene menos memoria que el resto de la gente?	Sí	No
15. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	Sí	No
16. ¿A menudo se siente descorazonado y triste?	Sí	No
17. ¿Se siente inútil?	Sí	No
18. ¿Se preocupa mucho por el pasado?	Sí	No
19. ¿Piensa que la vida es excitante?	Sí	No
20. ¿Le cuesta empezar nuevos proyectos?	Sí	No
21. ¿Se siente lleno de energía?	Sí	No
22. ¿Cree que su situación es desesperante?	Sí	No
23. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	Sí	No
24. ¿A menudo se entristece por pequeñeces?	Sí	No
25. ¿Tiene usted a menudo ganas de llorar?	Sí	No
26. ¿Le cuesta concentrarse?	Sí	No
27. ¿Se despierta generalmente animado?	Sí	No
28. ¿Evita el contacto social?	Sí	No
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	Sí	No
30. ¿Está su mente tan clara como siempre?	Sí	No

Puntaje = 0-10 sin depresión, 11-20 depresión leve, 21-30 depresión moderada o severa

**Sonia Patricia de
Santillana Hernández
et al. Tamizaje de
depresión en el adulto
mayor**

FORMA PARA ADULTO

Carta de Consentimiento Informado para participación en Proyectos de Investigación Clínica.

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de Investigación
titulado: _____

registrado ante le Comité Local de Investigación con el número _____
El objetivo de este estudio es _____

Se me ha explicado que mi participación consistirá en _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes,
molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre
cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi
tratamiento, así como a responder de los procedimientos que se llevaran a cabo, los
riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi
tratamiento.

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

El Investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las
presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos
relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha
comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el
estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en
el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, matrícula y firma del
Investigador Principal

Testigo

Testigo