



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y
MUNICIPIOS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

**“RIESGO SOCIAL Y SUICIDIO EN EL ADULTO MAYOR EN UNA
UNIDAD RURAL DEL IMSS PUEBLA”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DORALY VELAZQUEZ ARMAS

PUEBLA, PUEBLA

2017



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.

**“RIESGO SOCIAL Y SUICIDIO EN EL ADULTO MAYOR EN UNA
UNIDAD RURAL DEL IMSS PUEBLA”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DORALY VELAZQUEZ ARMAS

A U T O R I Z A C I O N E S :

DRA. IRMA AIDE BARRANCO CUEVAS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 IMSS PUEBLA, PUE.

DRA. AKIHIKI MIZUKI GONZÁLEZ LÓPEZ

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 IMSS PUEBLA, PUE.

DRA. ITZEL GUTIERREZ GABRIEL

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 57 IMSS PUEBLA, PUE.

DRA. AKIHIKI MIZUKI GONZÁLEZ LÓPEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1

PUEBLA, PUEBLA

2017

**RIESGO SOCIAL Y SUICIDO EN EL ADULTO MAYOR EN
UNA UNIDAD RURAL DEL IMSS PUEBLA**

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

PRESENTA

DRA. DORALY VELAZQUEZ ARMAS

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

MÉXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2104
U MED FAMILIAR NUM 6, PUEBLA

FECHA 08/10/2014

DR. DORALY VELAZQUEZ ARMAS

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"RIESGO SOCIAL Y SUICIDIO EN EL ADULTO MAYOR EN UNA UNIDAD RURAL DEL IMSS PUEBLA"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-2104-2

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIA ISABEL PEREZ PEREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2104

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE GENERAL

1 Marco teórico.....	6
2 Planteamiento del problema.....	16
3 Justificación.....	17
4 Objetivos.....	18
General.....	18
Específicos.....	18
5 Hipótesis.....	19
6 Metodología.....	20
Tipo de estudio.....	20
Población, lugar y tiempo de estudio.....	20
Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	20
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	20
Información a recolectar.....	23
Método o procedimiento para captar la información.....	25
Consideraciones éticas.....	27
7 Resultados.....	29
Descripción de los resultados.....	29
Tablas y gráficas.....	29
8 Discusión de los resultados.....	42
9 Conclusiones.....	44
10 Referencias bibliográficas.....	46
11 Anexos.....	48

“RIESGO SOCIAL Y SUICIDIO EN EL ADULTO MAYOR EN UNA UNIDAD RURAL DEL IMSS PUEBLA”

1. MARCO TEÓRICO

Los adultos mayores siempre han constituido un sector importante de la sociedad humana, hoy se da el caso, por primera vez en la historia, de que la mayoría de los individuos tienen la posibilidad razonable de llegar a una edad avanzada, mucho más allá de la vida laboral; lo cual se justifica por el desarrollo que ha alcanzado el mundo contemporáneo. Esto ha traído como consecuencia que en la mayoría de los países la expectativa de vida al nacer se eleve, por lo que los problemas relacionados con la senilidad se convierten en un importante rubro dentro de los sistemas de salud.¹

Durante la segunda mitad del siglo pasado, la mayoría de los países disminuyeron en menor o mayor grado su nivel de la fecundidad y aumentaron su sobrevivencia; estas tendencias han incidido en un proceso de envejecimiento que caracteriza la dinámica poblacional de gran parte del planeta, siendo en los países desarrollados donde se da con mayor intensidad. El envejecimiento demográfico involucra un cambio en la estructura por edad y generalmente se expresa en un aumento en el porcentaje de las personas en edad avanzada.

En 2012 de acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), 11.5% de la población mundial tiene una edad de 60 años y más, mientras que en las regiones más desarrolladas llega a ser de 22.6 por ciento. Proyecciones realizadas por el UNFPA, indican que en 2050, uno de cada cinco habitantes en el planeta (21.2%) tendrá 60 años y más; en las regiones menos desarrolladas será de 19.5%, es decir, casi el nivel que actualmente se observa en las regiones más desarrolladas, en éstas, una de cada tres personas (32%) será un adulto mayor en 2050.²

En el nuevo milenio, México experimenta un intenso proceso de cambio que implica múltiples transiciones en las esferas económica, social, política, urbana, epidemiológica y demográfica.

La transición demográfica en los países en vías de desarrollo como México pasa más rápido que en las regiones más desarrolladas. Los veloces cambios en el tamaño y la estructura por edad de la población implican desafíos que no siempre se resuelven o que toman mucho tiempo para resolverlos. El franco descenso de la mortalidad resultado de la profusa

expansión y cobertura de los servicios de salud, así como de la importación a bajo costo de medicamentos eficaces descubiertos en las naciones desarrolladas y la política pro natalista que intentó satisfacer la demanda de mano de obra para la industria creciente y para habitar el territorio nacional, propició un alto crecimiento demográfico en México a lo largo del siglo XX, sobre todo de 1954 a 1974, cuando las tasas superiores a tres por ciento anual se encuentran entre las más altas observadas en la historia de la humanidad.

Las consecuencias de ese pasado demográfico todavía son evidentes en la actualidad, pero lo serán aún más en los próximos años, cuando el proceso de envejecimiento se agudice.³

El envejecimiento se estudia en nuestros días como un proceso continuo y dinámico que inicia con el nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida, la etapa después de los 60 años de edad que termina con la muerte. También se le conoce con los términos vejez, senectud, ancianidad o tercera edad. Al respecto, en la ancianidad ocurren cambios estructurales y funcionales después de alcanzar la madurez, que implican una disminución en la capacidad para adaptarse ante factores nocivos y una repercusión en el aumento de la probabilidad de muerte.⁴

Se considera que en el envejecimiento trae consigo el abandono de la profesión o de otros objetivos, la reducción del vigor físico, modificación de los placeres sensuales y una conciencia de muerte desconocida en etapas previas de la vida. El anciano no siempre aporta síntomas porque teme que le puedan diagnosticar una enfermedad grave o porque asuman sus quejas como parte del proceso del envejecimiento.⁵

La población adulta mayor enfrenta una serie de factores de riesgo que potencian su vulnerabilidad social como individuos. El primer factor es su edad. Desde el punto de vista fisiológico, los individuos con la edad acumulan situaciones que los van haciendo gradualmente dependientes; por ejemplo la disminución de la fuerza física, la disminución de algunas capacidades como la visual, auditiva, cognitiva; la disminución de habilidades que les impiden tener una vida independiente, desde el alimentarse y vestirse por sí mismos, hasta saber orientarse en la vía pública.

Desde el punto de vista económico, las personas adultas mayores son poco hábiles a enfrentar un mercado laboral caracterizado por salarios precarios, largas jornadas de trabajo y lo que es peor, seguridad social baja o nula. La disminución o pérdida de un ingreso tiene como consecuencia la pérdida de la capacidad de respuesta a cualquier contingencia, hasta la más básica como lo es comer y vestir, o más grave como pagar medicamentos en caso de enfermedad.

Desde el punto de vista antropológico, el ser viejo en las sociedades modernas es casi sinónimo de *pérdida*. La sociedad reconoce y valora lo joven, la estética, lo material; el

adulto mayor tiene, por tanto, un lugar misericordioso, despierta sentimientos de pena e incluso de culpabilidad.

Como se puede ver, factores de riesgo individuales se suman a otros definidos por el entorno político, económico, social y cultural. Según lo señalado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la vulnerabilidad es el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente. La vulnerabilidad social se relaciona con los grupos socialmente vulnerables, cuya identificación obedece a diferentes criterios: algún factor contextual que los hace más propensos a enfrentar circunstancias adversas para su inserción social y desarrollo personal

El riesgo, se refiere a la posibilidad de que una contingencia (ocurrencia o presencia de un evento, característica o proceso) entrañe efectos adversos para la comunidad, hogar, persona, empresa, ecosistema, etc. ⁶

La vejez, aunque paulatinamente se está dejando de identificar con la debilidad física, la dependencia socioeconómica, la pérdida de capacidad mental, la enuncia al disfrute de las actividades normales de la sociedad, se corresponde con un período vulnerable de la vida, por lo que constituye, después de los lactantes, el grupo etario expuesto a mayores riesgos. ¹

La palabra *suicidio* proviene del latín *suicidium* que significa ‘sui’ sí mismo y ‘cidium’ matar, se considera como tal cualquier acción mediante la cual el individuo se causa la muerte independientemente del método empleado y el conocimiento real de su intención. Sus antecedentes se remontan a la existencia misma del hombre, como fenómeno individual sus características varían de acuerdo con la cultura y estructura socioeconómica. Se produce en todas las sociedades y se considera un hecho de causa multifactorial, en el cual intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. En los últimos tiempos resalta su incidencia en el proceso salud enfermedad y adquiere en la problemática del anciano máxima relevancia, debido a las variadas situaciones en que se ve inmerso el hombre en la etapa de la vejez. ¹

El suicidio ha constituido desde siempre uno de los grandes enigmas de la humanidad, planteando cuestiones filosóficas, sociales, psicológicas, religiosas y morales. Es un tema que ha deambulado entre las insuficientes explicaciones de la medicina y del psicoanálisis, que ha sido escrutado incesantemente por la literatura y los medios audiovisuales, analizado por la ética y la teología y constituye hoy un problema sanitario de proyección mundial. ⁷

El suicidio de un individuo a lo largo de la última etapa de su vida es un hecho no infrecuente que suele relacionarse con la depresión del paciente. Sin embargo, no está claro

el papel de las enfermedades que podríamos denominar "físicas" para diferenciarlas de las puramente mentales. Este desconocimiento se ve influenciado por el deficiente número de investigaciones que en torno al tema se realizan. ⁴

El suicidio tiene cualidades pluridimensionales y una etiopatogenia multifactorial, por ello, en la consumación del acto suicida, se deben considerar factores genéticos neurobiológicos psicopatológicos de interacción familiar de stress psicosocial.

Es decir, que es una acción multideterminada por diversos factores intervinientes que, al conjugarse, se potencian.

Este grupo de edad constituye la parcela social en la cual la conducta suicida alcanza con más frecuencia su expresión más grave: la consumación.

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto un incremento progresivo de la tasa de suicidio con la edad en los varones. Así, la tasa de suicidio de los varones mayores de 70 años es de 2 a 5 veces superior a la de los adolescentes de 15 años. En las mujeres también se constata un incremento de la tasa de suicidio con la edad, pero el pico se produce alrededor de los 55 años, disminuyendo levemente en las décadas siguientes. Estas tendencias se repiten en diferentes países, lo que cambia entre ellos es únicamente las tasas más o menos altas de suicidio. ⁷

Es conocido que la conducta suicida en el anciano tiene los siguientes rasgos distintivos:

- a) Realizan menos intentos de suicidio que los jóvenes. Por cada anciano suicida lo han intentado cuatro, mientras que por cada joven suicida lo han intentado doscientos.
- b) Utilizan métodos mortales el 85% de los suicidios en hombres ancianos es por ahorcamiento, armas de juego y precipitación de lugares elevados.
- c) Reflejan menos señales de aviso y están son más difíciles de detectar.
- d) Dichos actos suicidas no son impulsivos, sino meditados, realizados después de un detenido proceso de reflexión.
- e) Pueden asumir la forma de suicidios pasivos) no ingerir alimentos para dejarse morir). ⁵

Una clasificación de los factores de riesgo suicida en el anciano los divide en:

Factores médicos:

- a) Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes, incapacitantes, como la demencia senil tipo Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, las neoplasias, diabetes mellitus complicada con retinopatía o poli neuropatía, insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- b) La hospitalización periódica del anciano, así como ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes, principalmente del aparato genitourinario o gastrointestinal.

- c) Los tratamientos pro depresivos muy utilizados para contrarrestar enfermedades que frecuentemente padece el anciano como digitalicos, propranolol, indometacina, metildopa.
- d) Las enfermedades prodepresivas como la arteriosclerosis, las demencias, el carcinoma de cabeza de páncreas, etc.

Factores psiquiátricos:

- a) Se incluyen las depresiones de cualquier naturaleza, el abuso de alcohol y de drogas, los trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides con gran agitación y desconfianza, la confusión mental.

Factores psicológicos:

- a) Los ancianos que sufren sentimientos de soledad e inutilidad, inactivos, aburridos, con falta de proyectos y con tendencia a revivir el pasado.

Factores Familiares:

- a) Pérdida de seres queridos por muertes naturales o por suicidio.
- b) La viudez durante el primer año es un momento crítico para el anciano durante el cual puede ocurrir la llamada autodestrucción pasiva, en la que el evento vital desencadena una depresión que altera el sistema inmunológico lo que facilita la aparición de enfermedades físicas, principalmente las infecciones que pueden dar al traste con la vida del anciano.
- c) El abuelo “ping pong” que es produce cuando se condena a la anciano a la migración forzada al ser trasladado de un domicilio a otro a conveniencia de los familiares y en detrimento de la comodidad, privacidad y estabilidad del anciano.
- d) El ingreso en un hogar de ancianos en su etapa de adaptación o cuando se realizan en contra de la voluntad del anciano puede reactivar situaciones de desamparo previas que pueden precipitar un acto suicida.

Factores socio-ambientales.

- a) La jubilación
- b) El aislamiento social
- c) La actitud hostil, peyorativa o despreciativa de la sociedad hacia sus ancianos.
- d) La competencia de las generaciones más jóvenes,
- e) La pérdida de prestigio.⁵

Los factores de riesgo social son aquellas características o rasgos vinculados a factores sociales que aumentan la vulnerabilidad del adulto mayor para desarrollar enfermedades o daños. Estos factores dependen de la estructura de la sociedad, de las tradiciones culturales y de aceptar los cambios y los retos que lleva implícito el envejecimiento.

Existen factores de riesgo social que pueden repercutir negativamente en la capacidad funcional de los adultos mayores ya que se asocian a un incremento de la vulnerabilidad para que estos desarrollen estado de fragilidad y necesidad poniéndolos en riesgos de accidentes, ruptura del equilibrio homeostático y muerte. Estos factores pueden estar relacionados con las pérdidas de papeles sociales, inadaptación a la jubilación, aislamiento, insatisfacción con las actividades cotidianas, inactividad y ausencia de confidentes.⁸

En la vejez frecuentemente existe algún grado de discapacidad principalmente del área motora, situación que puede generar dificultades para que se realice el apoyo familiar y se genere consecuentemente el abandono del anciano. Otros factores suelen ser el pertenecer al género femenino o la presencia de depresión en los ancianos; siendo este el motivo de mayor importancia para efectuar un diagnóstico oportuno- debido a que la depresión grave unida al abandono del anciano pueden provocar el suicidio del paciente.⁹

El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La definición más aceptada del concepto de familia es la de varias personas relacionadas por los lazos de parentesco, sanguíneos, de matrimonio o por adopción. Tales personas pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas separadas. La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas.¹⁰

El aislamiento y la soledad en el anciano sigue siendo cada vez más patente en una sociedad inmersa en una creciente competitividad y deshumanización. Se ha observado que aproximadamente el 20% de la población experimenta la soledad y el abandono social, en un entorno de estrés y violencia, lo que ha ocasionado importantes cambios sociales y culturales que han venido a neutralizar los valores tradicionales que protegían a la familia y en especial a los adultos mayores.⁹

El suicidio en los adultos mayores podemos encontrar dos grandes categorías que merecen especial atención: los acontecimientos vitales estresantes como factores predisponentes y la conexión social como amortiguador que sirve para reducir el riesgo de suicidio.

Los acontecimientos más relevantes en relación con el suicidio a una edad avanzada son los asociados al envejecimiento (amenazas asociadas a la mala salud y al deterioro funcional como se ha señalado antes, pérdidas a través del duelo o ruptura de las relaciones con la familia y otras fuentes de apoyo). Los problemas de relación y económicos graves diferenciaron a los ancianos suicidas o con intentos de suicidio casi mortales de los controles en Nueva Zelanda y estos resultados fueron reproducidos por Rubenowitz en Suecia.

El grupo de los autores ha descrito también que los desacuerdos familiares y el cambio de empleo diferenciaron a los suicidas de los controles en individuos de más de 50 años, incluso después de introducir un ajuste respecto a las características sociodemográficas y los trastornos mentales Holt-Lunstad, en una revisión meta analítica de 148 estudios para determinar el grado en que las relaciones sociales influyen en el riesgo de mortalidad, observaron que, globalmente, había un aumento del 50% de la probabilidad de supervivencia en los participantes que tenían relaciones sociales más intensas. Además, estos autores observaron que la influencia de la conexión social sobre el riesgo de muerte es comparable o mayor que la asociada a factores de riesgo claramente establecidos, como el tabaquismo, la obesidad y la inactividad física.

Los autores descartaron los estudios en los que se incluyó el suicidio como causa de la muerte; sin embargo, hay otras evidencias que respaldan claramente también esta asociación. Los estudios de AP han puesto de manifiesto que los ancianos que se suicidan tienen una probabilidad significativamente inferior de disponer de un confidente, es más probable que vivan solos en comparación con los demás ancianos de la comunidad, y es menos probable que participen en actividades comunitarias¹, sean miembros activos de organizaciones o tengan una afición. Además, Turvey en análisis de datos de un estudio de cohorte prospectivo, observaron que el hecho de tener un mayor número de amigos y familiares que puedan actuar como confidentes se asocia a una reducción significativa del riesgo de suicidio en los ancianos. ¹¹

La escala de desesperanza de Beck fue creada en 1974 por Beck, Weissman y Trexler, fue adaptada por Aguilar E, J en 1995, es un cuestionario auto aplicado, que evalúa, desde un punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar (en qué medida es pesimista un individuo), así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida, dirigida a una población de 17 a 80 años de edad, contiene 20 ítems, contiene frases relacionadas con actitudes sobre el futuro, así como frases pesimistas sobre el presente, cada una de las cuales debe evaluarse como verdadero o falso.

Resulta fácil de complementar, es uno de los mejores predictores de suicidio y resulta muy adecuada también para estudiar la depresión, la fiabilidad de esta escala es aceptable, que puede ser evidenciada con coeficientes alfa de Cronbach de 0.82 a 0.84, en cuanto a su validez de constructo, existen correlaciones significativas entre la desesperanza y la ideación suicida ($r=0.37-0.70$), así como entre la desesperanza y los síntomas depresivos ($r=0.35-0.54$). La escala proporciona una puntuación total y una serie de puntuaciones en tres factores diferentes: Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro), Factor motivacional (pérdida de motivación), Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).

Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18,y 20 valen 1 punto y las señaladas como falso en esos ítems valen 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13,15 y 19 valen 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems valen 0 puntos. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20. Se recomiendan los siguientes puntos de corte:

0-8: Riesgo bajo de cometer suicidio

- 0-3: Ninguno o mínimo
- 4-8: Leve

9-20: Riesgo alto de cometer suicidio

- 9-14: Moderado
- 15-20: Alto. ^{12,13}

La escala de valoración socio-familiar en el anciano, se utiliza para la valoración inicial socio familiar en el anciano para la detección de riesgo social, es heteroadministrada, recoge 5 áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales, con 5 posibles categorías en cada una de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problemática a la objetivación de alguna circunstancia o problema social, obteniéndose una puntuación global.

Se ha estudiado la validez de criterio, utilizando como criterio el juicio experto de un profesional experto. La fiabilidad interobservador es muy elevada (índice de kappa de 0,957). La consistencia interna es alfa de Crombach 0,142.

Se recomiendan los siguientes puntos de corte:

- De 5 a 9 Buena/aceptable situación social
- De 10 a 14 Existe riesgo social
- Más de 15 Problema social ¹⁴

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), identificó a la violencia auto infligida como uno de los padecimientos sustanciales que deben enfrentar las sociedades modernas. Dicho informe muestra en forma sucinta que las tasas de suicidio consumado en México son de las más bajas en el mundo (la tercera más baja en las Américas). Sin embargo, la misma OMS había mostrado en su informe previo de 2001 que México mostraba un incremento de 62% en su tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 15 años. En una comparación internacional, México fue el sexto país con tasas de crecimiento más altas para el suicidio en el periodo 1980-1999, con un crecimiento de 90.3% en los hombres y de 25.0% en las mujeres. ¹⁵

En este contexto de incremento de la mortalidad por suicidio cobra especial relevancia el estudio de las conductas relacionadas con el suicidio, es decir, la ideación suicida, los planes, los gestos y los intentos de suicidio. Todos éstos son precursores inmediatos de la muerte por suicidio y factores de riesgo independientes de intentos subsecuentes de suicidio y de suicidios consumados.¹²

Guibert y Cols. Realizó un estudio llamado “Intento suicida del anciano en un área de salud”, descriptivo, de corte transversal, en la Habana Cuba, con el objetivo de identificar características psicosociales y sociodemográficas importantes en los ancianos con intento suicida, la muestra estuvo conformada por 20 ancianos a los cuales les aplicaron la entrevista semiestructurada sobre intento suicida. Los resultados encontrados fueron: 80% sexo femenino, 20% masculino; en relación a la edad el 50% de los sujetos se encontró en el subgrupo de 60 - 64 años, 65 a 69 años el 10% y de 70 y más 40% y la media de edad fue 66.8 años. El 60% tuvieron nivel escolar primaria, 20% secundaria y 20% nivel medio superior; en cuanto al estado civil el 40% estaba casado o en unión libre, 30% divorciado o separado, 30% viudos. Por ocupación 30% eran amas de casa, 60% eran jubilados o pensionados, 5% activos y 5% desocupado. Los principales resultados fueron intentaron suicidarse básicamente por conflictos familiares, enfermedades físicas invalidantes y sentimiento de soledad. Sobre el apoyo social, un 85% de los ancianos consideró que poseía red de apoyo, un 50% planteó la presencia de una red de tipo formal-informal. Al menos la mitad de la muestra posee factores de riesgo: sentimientos de desesperanza 95%, síndrome depresivo 90%, antecedentes patológicos y personales de suicidio 50%.¹⁶

Gutierrez y Cols. en su estudio Suicidio en la tercera edad: Un problema de salud comunitario, de tipo descriptivo, retrospectivo del total de defunciones por suicidio ocurridos en Manicaragua (1992-1999) Villa Clara, ascendente a 40 casos de la tercera edad, con el objetivo de determinar si el estado depresivo y las enfermedades crónicas invalidantes son factores de riesgo en ancianos. Analizaron variables epidemiológicas y socio-culturales. Se estudiaron 40 personas de las cuales, femeninos fueron 22.5%, masculinos 77.5%. Respecto a la edad de 60 – 69 años 37.5%, 70 - 79 años 35% y 80 – 89 años 27.5%. En ocupación se encontró pensionados 67.5%, amas de casa 17.5%, campesinos 10%, cooperativista 2.5%, obrero agrícola 2.5%. En estado conyugal reportaron solteros 52.5%, casados 27.5%, viudos 17.5% y divorciados 2.5%. En estrato rural estuvieron el 45% y urbano 55%. Enfermedades invalidantes aparecían en el 35% y en estado depresivo 65%.¹⁷

En el artículo caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron, de Jiménez Betancourt, realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de 9 ancianos que intentaron suicidarse y lo lograron, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario “José Martí Pérez” de Santiago de Cuba, desde el 2000 hasta el 2005, a fin de caracterizarles psicosocialmente, para lo cual se concertó entrevista con los parientes cercanos. Se observó un predominio del sexo masculino del 88.9%. En el grupo etario de 60-75 años se reporta

77.8%, de 76 y más 22.2%. El nivel escolar secundaria lo tuvo 55.6% y preuniversitario 44.4%. En ocupación trabajadores 22.2% y jubilados 77.8%. En tipo de familia se encontró nuclear extensa 44.4%, ampliada 55.6%. La mayoría de los fallecidos no tenían antecedentes de intentos suicidas ni manifestaban algún pensamiento al respecto, y presentaban problemas personales y familiares al morir.¹⁸

En el estudio “Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia)” de Gloria Villareal Amarís y cols. donde el objetivo fue determinar las condiciones sociofamiliares, asistenciales, funcionales y factores asociados en adultos mayores de 65 años. Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal y de contactos múltiples en una muestra de 275 adultos mayores de 65 años. Mediante encuesta se indagaron las características sociodemográficas, hábitos higiénicos y problemas de salud. Se emplearon la escala de valoración sociofamiliar de Gijón, escala de Lawton y Brody, índice de Katz para la valoración funcional y la escala minimal para la evaluación cognitiva. En resultados reportaron 54.2% de los adultos mayores son de sexo femenino y hombres 45.8%, edad de 65 a 74 años 68.4%, de 75 a 84 años 21.6%, 85 y más 10%. Sin ningún grado de escolaridad el 60.4%, algunos grados de primaria 36.3%, primaria completa y algún grado técnico 3.3%. Estado civil viudo 38.5%, unión libre 27%, casado 24.7%, soltero 9.8%. En oficio: ayudan en el hogar 71.7%, oficios varios 25%, cesante o jubilado 3.3%. Con alguna enfermedad encontraron: hipertensión arterial 40.7%, diabetes mellitus 26.5%, depresión 7.6%, cáncer 7.6%. Con relación a la situación sociofamiliar, la puntuación de la escala nos muestra que el 40.4% de los adultos mayores está en riesgo social; un 27.3% tiene problemas sociales y solo el 32,3% tiene una valoración sociofamiliar buena o aceptable.¹⁹

En el estudio ansiedad y depresión en adultos mayores de Christian Oswaldo Acosta Quiroz y Raquel García Flores, tuvo como objetivo determinar el funcionamiento psicológico en adultos mayores del noreste de México. Participaron 82 sujetos jubilados y pensionados quienes respondieron la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, así como el Inventario de Ansiedad de Beck para medir los constructos de depresión y ansiedad respectivamente. Los participantes tuvieron una edad mínima de 52 años y máxima de 89, con una media de 67.8 años. En cuanto al sexo 45% fueron masculinos y 55% femeninos. El estado civil: 9% solteros, 30% viudos o divorciados y 61% casados o con pareja. De acuerdo a los resultados obtenidos por la Escala de Depresión Geriátrica el 42% mostraban indicadores de depresión, no así el 58%. Con respecto al nivel de ansiedad manifestado por los sujetos el 48% sufren un nivel mínimo de ansiedad, el 32% nivel leve, el 17% moderado, 3% severo.²⁰

2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los profesionales que trabajan en la atención primaria están sometidos a presiones crecientes para proveer servicios más efectivos y de mayor calidad para los múltiples problemas comunes que se ven en el centro de salud o en los consultorios. El médico y la enfermera de atención primaria desean realizar un trabajo excelente, pero encuentran que las restricciones sobre su tiempo parecen limitar todo esfuerzo por efectuar cambios necesarios en la práctica de atención primaria.

La médica y el médico de atención primaria se encargan, no solo del cuidado materno infantil sino también, y cada vez más, de un número creciente de personas de 60 años o más con enfermedades crónicas y problemas complejos de salud. Los problemas de salud de las personas mayores son difíciles de manejar en los consultorios de atención primaria sin previa guía o capacitación ya que el manejo de estos problemas requiere de normas diferenciadas.

Los métodos y enfoques clínicos que se recomiendan en este manual son diseñados para el manejo diferenciado de la salud de las personas adultas mayores. Los materiales proveen información de fondo actualizada, recursos y herramientas especialmente diseñadas que ayudan a que la adopción de los procesos recomendados sea lo más fácil y eficiente posible para el practicante ocupado. Se valoró separadamente la función cognitiva y la función afectiva. La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales, por ejemplo: recordar, orientarse o calcular. Los trastornos cognitivos pueden deberse a muy diferentes causas, desde trastornos ligeros como el olvido benigno, hasta cuadros clínicos graves como la demencia.

Se analizó la calidad de vida y depresión o desesperanza a la que se enfrentan los adultos mayores en una comunidad rural.

¿Cuál es la relación del riesgo social y el riesgo de cometer suicidio en el adulto mayor en una unidad rural del IMSS Puebla?

3. JUSTIFICACIÓN

A pesar de la presión popular sobre el suicidio en la juventud y las numerosas investigaciones en torno a este fenómeno, el suicidio entre los ancianos constituye una significativa causa de muerte. En la medida en que las personas mayores conforman el segmento de más rápido crecimiento de la población, el número absoluto de sus suicidios continuara incrementándose y se pronostica que para el 2030 será el doble, por lo que se hace necesario profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo en la vejez para atenuar en cierta medida dicha predicción.

A pesar de la gravedad del asunto, el suicidio en el anciano normalmente ha sido considerado como algo “lógico o justificable”, sin tener en cuenta que en muchas ocasiones es tan o más evitable que en las personas más jóvenes.

Para poder diseñar intervenciones destinadas a reducir la morbimortalidad relacionada con el suicidio, es preciso comprender sus causas. Establecer la causalidad de un desenlace complejo, multietiológico, infrecuente y de nefastas consecuencias como el suicidio es una tarea de enormes proporciones. Sin embargo, la identificación de los factores de riesgo y de protección puede orientar las medidas preventivas.¹¹

El médico familiar debería identificar a familias en donde el abandono de los ancianos represente un alto riesgo.

4.-OBJETIVOS.

4.1. Objetivo General.

1. Determinar la relación entre riesgo social y riesgo de cometer suicidio en el adulto mayor.

4.2. Objetivos Específicos.

1. Determinar las características sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad, estado civil y ocupación) del adulto mayor.
2. Describir el riesgo social del adulto mayor.
3. Identificar el riesgo de suicidio del adulto mayor.
4. Definir las comorbilidades más frecuentes del adulto mayor.
5. Describir la tipología familiar de acuerdo al CMMF del adulto mayor.

5.-HIPOTESIS.

H₁.Existe relación entre el riesgo social y el riesgo de cometer suicidio en el adulto mayor.

H₀. No existe relación entre el riesgo social y el riesgo de cometer suicidio en el adulto mayor

6. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Observacional

Descriptivo Relacional

Prospectivo

Transversal

Prolectivo

Población, lugar y tipo de estudio.

La presente investigación se llevó a cabo con la población de pacientes adultos mayores de la U. M. F. No. 29 IMSS en San José Tilapa, Coxcatlan, Puebla, durante el período del 1° de enero al 30 de junio de 2015. Los pacientes seleccionados cumplieron con los criterios de selección.

Tipo de muestra y tamaño de muestra

Diseño y tipo de muestra

No probabilístico de tipo incidental

Tamaño de la muestra

Tomando como población total a todos los adultos mayores adscritos a la U. M. F. No. 29 IMSS en Puebla, Puebla, siendo un número de 120.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión.

1. Pacientes adulto mayor.
2. Pacientes que acepten participar en la investigación.
3. Pacientes de ambos sexos.

Criterios de exclusión.

1. Pacientes con complicaciones en el momento del estudio que impidan contestar los instrumentos.
2. Pacientes con alguna patología psiquiátrica al momento del estudio.

Criterios de eliminación

1. Pacientes que una vez iniciada la encuesta no deseen seguir participando.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Sexo. Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer en la especie humana, utilizándose preferentemente los términos masculino y femenino.

Edad. Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.

Escolaridad. Duración de estudios en un centro docente.

Estado civil. Es la calidad de un individuo en orden a sus relaciones de familia en cuanto le confiere o le impone determinados derechos y obligaciones civiles.

Ocupación. Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.

Comorbilidades: Trastorno que acompaña a una enfermedad primaria. Implica la coexistencia de dos o más patologías médicas no relacionadas.

Tipología familiar: Categorización de familia de acuerdo a CMMF en función de sus miembros, con lo que se determinan las interacciones posibles y el contexto en el que se encuentra inmersa la familia.

Ciclo evolutivo: Cada una de las etapas de la vida familiar de un individuo por el Colegio Mexicano de Medicina Familiar.

Riesgo social: Son aquellas características o rasgos vinculados a factores sociales que aumentan la vulnerabilidad del adulto mayor para desarrollar enfermedades o daños.

Riesgo suicida: Es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Sexo: Se describió de acuerdo al fenotipo que observemos en el paciente y utilizaremos los términos masculino y femenino.

Edad: se expresó en años cumplidos y fue a referida por el paciente.

Escolaridad: Años estudiados y completados, referidos por el paciente.

Estado civil: Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quién se crean lazos jurídicamente reconocidos y puede ser el de soltero, casado, divorciado, viudo y separado.

Ocupación: Conjunto de acciones que se desempeñan en un trabajo, oficio o empleo.

Comorbilidades. Las patologías crónicas más frecuentes en los pacientes que pueden modificar el proceso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Tipología Familiar: Se evaluó de acuerdo al CMMF en sus ejes fundamentales: parentesco, presencia física en el hogar, medios de subsistencia y nivel socioeconómico.

Ciclo evolutivo: Cada una de las etapas de la vida familiar de un individuo por el Colegio Mexicano de Medicina Familiar: etapa constitutiva (fase preliminar, fase de recién casados), etapa procreativa (fase de expansión, fase de consolidación y apertura), etapa de dispersión (fase de desprendimiento), etapa familiar final (fase de independencia, fase de disolución).

Riesgo social: Se identificó por medio de la escala de valoración socio-familiar en el anciano, en sus 5 áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales.

Riesgo suicida: Se proporcionó mediante las escala de desesperanza de beck que evalúa tres factores diferentes: Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro), Factor motivacional (pérdida de motivación), Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).

CUADRO VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

VARIABLE	INDICADORES	PARÁMETRO	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Sexo	Lo referido por el encuestado(a).	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa	Nominal dicotómica
Edad	La referida por el encuestado (a).	Años cumplidos.	Cuantitativa	Razón
Escolaridad	Lo referido por el encuestado(a)	Años estudiados completados	Cuantitativa	Intervalo
Estado civil	Lo referido por el encuestado (a).	1. Soltera(o) 2. Casada(o) 3. Unión libre 4. Divorciada(o) 5. Viuda(o) 6. Separada(o)	Cualitativa	Nominal Policotómica
Ocupación	Lo referido por el encuestado(a).	1. Obrero 2. Empleado 3. Ama de casa 4. Pensionado 5. Jubilado 6. Otros	Cualitativa	Nominal policotómica
Comorbilidades	Lo referido por el encuestado (a)	1. DM2 2. HAS 3. Dislipidemias 4. Cardiopatías 5. Otras	Cualitativa	Nominal Policotómica
Tipología Familiar	Según el C.M.M.F.	Parentesco, Presencia física en el hogar o convivencia. Medios de subsistencia. Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por los cambios sociales	Cualitativa	Ordinal
Ciclo evolutivo	Etapas del ciclo evolutivo según el C.M.M.F.	E. Constitutiva: fase preliminar, de recién casados, E. Procreativa: fase de expansión, de consolidación y apertura. E. de dispersión: fase de desprendimiento. E. final: Fase de independencia y disolución.	Cualitativa	Ordinal
Riesgo Social	De acuerdo a la escala socio familiar del anciano.	De 5 a 9 Buena/aceptable situación social De 10 a 14 Existe riesgo social Más de 15 Problema social ¹	Cualitativa	Nominal
Riesgo suicida	Lo referido en la escala de desesperanza de Beck.	0-8: Riesgo bajo de cometer suicidio • 0-3: Ninguno o mínimo • 4-8: Leve	Cualitativa	Nominal

		9-20: Riesgo alto de cometer suicidio • 9-14: Moderado 15-20: Alto		
--	--	--	--	--

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se registró el protocolo en SIRELCIS y se aprobó por el CLIEIS, posteriormente se solicitó la autorización a las autoridades correspondientes de la U. M. F. No. 29 IMSS Puebla, Puebla; para la realización de las encuestas a los pacientes adultos mayores que acuden a la consulta externa.

Se solicitó el consentimiento informado de todos los pacientes seleccionados para la aplicación del cuestionario. Se aplicó el cuestionario de recolección de datos, así como la escala de desesperanza de Beck para evaluar el riesgo de cometer suicidio y la escala de valoración socio familiar en el anciano para determinar el riesgo social.

La escala de desesperanza de Beck fue creada en 1974 por Beck, Weissman y Trexler, fue adaptada por Aguilar E, J en 1995, es un cuestionario autoaplicado, que evalúa, desde un punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar (en qué medida es pesimista un individuo), así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida, dirigida a una población de 17 a 80 años de edad, contiene 20 ítems, contiene frases relacionadas con actitudes sobre el futuro, así como frases pesimistas sobre el presente, cada una de las cuales debe evaluarse como verdadero o falso. Resulta fácil de complementar, es uno de los mejores predictores de suicidio y resulta muy adecuada también para estudiar la depresión, la fiabilidad de esta escala es aceptable, que puede ser evidenciada con coeficientes alfa de Cronbach de 0.82 a 0.84, en cuanto a su validez de constructo, existen correlaciones significativas entre la desesperanza y la ideación suicida ($r=0.37-0.70$), así como entre la desesperanza y los síntomas depresivos ($r=0.35-0.54$). La escala proporciona una puntuación total y una serie de puntuaciones en tres factores diferentes: Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro), Factor motivacional (perdida de motivación), Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).

Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18,y 20 valen 1 punto y las señaladas como falso en esos ítems valen 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13,15 y 19 valen 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems valen 0 puntos. La puntuación total se obtiene sumando todos los

ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20. Se recomiendan los siguientes puntos de corte:

0-8: Riesgo bajo de cometer suicidio

- 0-3: Ninguno o mínimo
- 4-8: Leve

9-20: Riesgo alto de cometer suicidio

- 9-14: Moderado
- 15-20: Alto.^{16,17}

La escala de valoración socio-familiar en el anciano, se utiliza para la valoración inicial socio familiar en el anciano para la detección de riesgo social, es heteroadministrada, recoge 5 áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales, con 5 posibles categorías en cada una de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problemática a la objetivación de alguna circunstancia o problema social, obteniéndose una puntuación global.

Se ha estudiado la validez de criterio, utilizando como criterio el juicio experto de un profesional experto. La fiabilidad interobservador es muy elevada (índice de kappa de 0,957). La consistencia interna es alfa de Cronbach 0,142.

Se recomiendan los siguientes puntos de corte:

- De 5 a 9 Buena/aceptable situación social
- De 10 a 14 Existe riesgo social
- Más de 15 Problema social¹⁸

ANALISIS DE DATOS

Posterior a la recolección de las encuestas, los datos obtenidos se ingresaron en una base de datos del programa estadístico SPSS v22 para PC.

Las variables cuantitativas fueron analizadas con las medidas de tendencia central y dispersión como son la moda, media, mediana y desviación estándar.

Las variables cualitativas fueron analizadas mediante porcentajes y se correlacionaron X^2 .

Posteriormente se realizó el análisis de los datos y la realización de tablas y gráficas para emitir una discusión, conclusiones y propuestas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El consentimiento informado, es la facultad del enfermo válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en proyectos de investigación que se le propongan.

En 1947 el Tribunal Internacional de Núremberg, emitió el código, donde se precisan los lineamientos que debe cumplir la investigación con individuos humanos, actualizados en 1964 en la Asamblea Médica Mundial, reunida en Helsinki, habiendo emitido la “Declaración de Helsinki”, con precisiones adicionales, mismas que han sido sujetas a revisión y enmiendas por la misma asamblea, en Tokio en 1975, Venecia en 1983, Hong Kong en 1989, Somerset West (Sudáfrica) en 1996 y Edimburgo, Escocia en 2000.

En 1944 en nuestro país, el hospital médica sur editó y difundió su código de ética, que incluye como principales preceptos: la beneficencia y la no maleficencia, la honestidad, el consentimiento informado, el respeto al secreto profesional, la capacitación del médico, así como la prescripción de las dicotomías y de la medicina defensiva.

La comisión nacional de arbitraje médico en 2001 presentó siete recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina, todas ellas con profundo sentido ético. En diciembre del mismo año 2001, la propia comisión de arbitraje médico emitió y difundió la “Carta de los derechos generales de los pacientes”, integrada con la participación de las principales instituciones de salud y organizaciones médicas, de enfermería y relacionadas con los derechos humanos en nuestro país. Incluye:

- Recibir atención médica adecuada.
- Recibir trato digno y respetuoso.
- Recibir información suficiente, clara, óptima y veraz.
- Decidir libremente sobre su atención.
- Otorgar o no válidamente su consentimiento informado.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Tener facilidades para contar con una segunda opinión.
- Recibir atención médica en caso de urgencia.
- Contar con un excelente expediente clínico.
- Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

En Junio de 2002 en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional siglo XXI, se editó el código de ética, dedicado a la aplicación de los preceptos que contiene en el ámbito del propio hospital, con un enfoque dirigido a la mejora de la calidad de la atención médica.

Este estudio se ajusta a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo tanto se realizará hasta que haya sido aprobado por el comité local de investigación.

7. RESULTADOS

El presente trabajo de investigación se realizó en 120 adultos mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 29 a quienes se les aplicó la escala de desesperanza de Beck y la escala de valoración socio-familiar en el anciano obteniendo los siguientes resultados.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR SEXO.

En relación al género es un 52.5% (n=63) masculino y un 47.5% (n=57) femenino.

Sexo	n	%
Masculino	63	52.5
Femenino	57	47.5
Total	120	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF #29 IMSS San José Tilapa.

TABLA 2. ESTADÍSTICO POR EDAD

En cuanto al promedio de edad de los adultos mayores encuestados se encontró una media de 72.41 años con una desviación estándar de 10.8

Edad	
Media	72.41
Mediana	68.5
Moda	67
Desviación estándar	10.08
Mínimo	60
Máximo	105

Fuente: Encuesta realizada en UMF #29 IMSS San José Tilapa.

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD

Con respecto a la escolaridad se detectó un 7.45 (n=9) de analfabetas, 14.2% (n=17) que saben leer y escribir.

Escolaridad	n	%
Analfabeta	9	7.4
Sabe leer y escribir	17	14.2
Primaria completa	42	35
Primaria incompleta	17	14.2
Secundaria incompleta	35	29.2
Total	120	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF #29 IMSS San José Tilapa.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL.

Referente al estado civil de la población estudiada se detectaron casados en un 90.8% (n=109), solteros el 0.8% (n=1) y viudos el 8.3% (n=10).

Estado civil	n	%
Soltero	1	0.8
Casado	109	90.8
Viudo	10	8.4
Total	120	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF #29 IMSS San José Tilapa.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN

Con respecto a su ocupación pensionados 61 (50.8%), ama de casa 26 (21.7%), jubilado 20 (16.7%) y que trabaja 13 (10.8%).

Ocupación	n	%
Ama de casa	26	21.7
Jubilado/pensionado	81	67.5
Trabaja	13	10.8
Total	120	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF #29 IMSS San José Tilapa

TABLA 6. ESTADÍSTICO POR PATOLOGÍAS

De los adultos mayores encuestados presentaron un 45.8% (n=55) con has, ambas patologías HAS y DM2 se presentaron en un 24.2% (n=29).

Patologías	n	%
NINGUNO	16	13.3
DM2	8	6.7
HAS	55	45.8
DISLIPIDEMIAS	12	10
HAS/DM2	29	24.2
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF #29 IMSS San José Tilapa.

TABLA 7. TIPOLOGIA FAMILIAR

Predominó la tipología por parentesco nuclear numerosa con el 95% (n=114).

Parentesco	n	%
Nuclear simple	4	3
Nuclear numerosa	114	95
Reconstruida	2	2
Total	120	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF #29 IMSS San José Tilapa.

TABLA 8. TIPOLOGIA FAMILIAR

La tipología predominante en presencia física fue extensa ascendente 65% (n=79).

Presencia Física	n	%
Núcleo integrado	26	22
Núcleo no integrado	2	2
Extensa ascendente	79	65
Extensa descendente	13	11
Total	120	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF #29 IMSS San José Tilapa.

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE MEDIOS DE SUBSISTENCIA

Con respecto a su método de subsistencia agrícola 108 (90%), servicios 10 (8.3%) y comercial 2 (1.7%)

Medios	n	%
AGRICOLA	108	90
COMERCIAL	2	1.7
SERVICIOS	10	8.3
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF #29 IMSS San José Tilapa.

TABLA 10. CICLO EVOLUTIVO DEL ADULTO MAYOR

De acuerdo a su ciclo familiar los 120 encuestados se encuentran en etapa final.

Ciclo familiar	n	%
Etapa final	120	100
Total	120	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF #29 IMSS San José Tilapa.

TABLA 11. RIESGO DE SUICIDIO

De acuerdo a los resultados obtenidos al aplicar la escala de desesperanza de Beck, el sexo masculino tiene un 52.5% (n=63) de riesgo de suicidio.

RIESGO SUICIDIO	n	%
MINIMO RIESGO	2	1.7
RIESGO LEVE	69	57.5
RIESGO MODERADO	49	40.8
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF #29 IMSS San José Tilapa.

TABLA 12. RIESGO SOCIAL

De acuerdo a los resultados de la encuesta de Gijón el sexo masculino tiene más riesgo social con el 52.5% (n=63)

RIESGO SOCIAL	n	%
SIN RIESGO SOCIAL	0	0
RIESGO SOCIAL	120	100
PROBLEMA SOCIAL	0	0
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF #29 IMSS San José Tilapa.

TABLA 13. CORRELACIONES SUICIDIO Y RIESGO SOCIAL

Se realizó una correlación de Pearson con riesgo de suicidio y riesgo social, encontrando un valor de 0.096, por lo cual podemos decir que no existe relación lineal significativa entre las variables.

Coeficiente de Relación de Pearson	0.096	P= 0.295
---	--------------	-----------------

Fuente: Encuesta realizada en UMF #29 IMSS San José Tilapa.

8.- DISCUSIÓN

Guibert y Cols. Realizó en su estudio llamado “Intento suicida del anciano en un área de salud”, realizado en 20 ancianos reporta: 80% sexo femenino, 20% masculino, en nuestro estudio la población fue de 120 personas 47.5% del sexo femenino y 52.5% masculinos. Para Guibert la edad media fue de 66.8 años, el 60% tuvieron nivel escolar primaria, 20% secundaria y 20% nivel medio superior;

Para nosotros 72.41 fue la media ya que contamos con personas hasta de 105 años. En escolaridad probablemente por ser una población rural no hubo quienes tuvieran preparación de nivel medio superior, solamente secundaria incompleta con 29.2%, primaria incompleta 14.2%, primaria incompleta 35%, saben leer y escribir 14.2% y analfabetas 7.4%.

En cuanto al estado civil Guibert reporta: 40% estaba casado o en unión libre, 30% divorciado o separado, 30% viudos. Por ocupación 30% eran amas de casa, 60% eran jubilados o pensionados, 5% activos y 5% desocupados. En el estudio realizado en la UMF 29 de San José Tilapa, se encontró por estado civil: soltero 0.8%, casado 90.8% y viudo 8.4%, como se puede observar el porcentaje de casados prevalece en ambos estudios. También encontramos que por ocupación predominan los pensionados con 50.8% y jubilados 16.7% lo cual en ambas investigaciones es similar debido a la edad de los pacientes. Guibert indicó que el principal factor de riesgo para suicidio fue el sentimiento de desesperanza con 95% y nosotros al aplicar la escala de desesperanza de Beck en ambos sexos se reporta un riesgo moderado para suicidio en 40.83%.

Gutierrez y Cols. en su estudio Suicidio en la tercera edad: Un problema de salud comunitario, estudiaron 40 personas que se suicidaron de las cuales, femeninos fueron 22.5%, masculinos 77.5%. En el estudio que realizamos fueron personas vivas de la tercera edad 52.5% masculinos y 47.5% femeninos por lo tanto ambas investigaciones reportan una población de estudio mayor de masculinos. En ocupación (Gutierrez y cols.) se encontró pensionados 67.5%, amas de casa 17.5%, campesinos 10%, cooperativista 2.5%, obrero agrícola 2.5%. Nosotros encontramos pensionados en 50.8% esto debido a que ambos estudios son en pacientes adultos mayores. En estado conyugal ellos reportaron solteros 52.5%, casados 27.5%, viudos 17.5% y divorciados 2.5%. Nuestro estudio contrastan los resultados ya que solteros solo fue el 0.8%, viudos 8.4% y casados 90.8%. Gutierrez reporta haber encontrado en los suicidados enfermedades invalidantes en el 35% y en estado depresivo 65%, comparándolo con los resultados que encontramos también hubo enfermedades crónicas invalidantes como la diabetes e hipertensión arterial en 24.2% lo que también puede deberse a la edad de los casos que se estudiaron.

En el artículo caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron, de Jiménez Betancourt, se observó un predominio del sexo masculino del 88.9%. Aunque en nuestro

estudio no hubo alguien que llegara al suicidio, predominó el sexo masculino con 63 pacientes (52.5%). En el grupo etario de 60-75 años se reporta 77.8%, de 76 y más 22.2%. En la investigación realizada en Tilapa la edad moda fue de 67 años por lo tanto comparando con el estudio de Jiménez, son similares ya que ellos reportan la mayoría de sus pacientes entre 60-75 años. El nivel escolar secundaria lo tuvo 55.6% y preuniversitario 44.4% comparándolo con nuestros resultados no encontramos nivel preuniversitario probablemente porque se llevó a cabo en una población rural los máximos estudios que tuvieron fue de secundaria incompleta ocupando 29.2%. En ocupación trabajadores 22.2% y jubilados 77.8%. Estos datos son similares a los nuestros ya que jubilados y pensionados son 67.5%, debido a que ambos estudios se enfocan a adultos mayores.

En el estudio “Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia)” de Gloria Villareal Amarís y cols. en una muestra de 275 adultos mayores de 65 años, se empleó la escala de valoración sociofamiliar de Gijón, en resultados reportaron 54.2% de los adultos mayores son de sexo femenino y hombres 45.8%, Al hacer una comparación con nuestro estudio se encuestaron 120 adultos mayores de 60 años y a diferencia de Amarís, tuvimos predominio de masculinos 52.5% (63). Amarís refiere, sin ningún grado de escolaridad el 60.4%, algunos grados de primaria 36.3%, primaria completa y algún grado técnico 3.3%. En comparación con nuestra encuesta analfabetas solo fueron 7.4% y algún grado de primaria el 14.2%. Nos predominó el estado civil casado con 90.8%, viudos solo tuvimos 8.4% y para Amarís en estado civil casado 24.7%, viudo 38.5%, pero les predominó unión libre con 27% y a nosotros no se nos presentó ninguno en unión libre. En oficio para ellos ayudan en el hogar 71.7%, oficios varios 25%, cesante o jubilado 3.3% y nuestros datos fueron muy diferentes ya que predominó el jubilado/pensionado con 67.5% con un porcentaje alto a comparación de ellos, además tenemos muy pocas amas de casa a diferencia de Amarís ya que solo fue el 21.7% contra su 71.7%. Ambos estudios buscaron enfermedades asociadas detectando Amarís hipertensión arterial 40.7%, diabetes mellitus 26.5%, depresión 7.6%, cáncer 7.6%. En esto coincidimos ya que tenemos hipertensión arterial como predominante en 45.8% y diabetes 6.7%, el porcentaje con ambas enfermedades es de 24.2%, pero no encontramos personas con cáncer.

Con relación a la situación sociofamiliar, Amarís, indicó que al aplicar la escala de Gijón el 40.4% de los adultos mayores está en riesgo social, un 27.3% tiene problema sociales y solo el 32,3% tiene una valoración sociofamiliar buena o aceptable, lo cual no se parece a nuestra encuesta ya que reportamos que el 100% se encuentra en riesgo social, no tuvimos personas con problemas sociales pero tampoco con aceptable situación sociofamiliar.

En el estudio ansiedad y depresión en adultos mayores de Christian Oswaldo Acosta Quiroz y Raquel García Flores, participaron 82 sujetos jubilados y pensionados, lo que a diferencia de nuestro reporte fueron 120 personas pero solamente 81 jubilados o pensionados y el resto trabajaba o eran amas de casa. Los participantes de Acosta Quiroz tuvieron una edad

mínima de 52 años y máxima de 89, con una media de 67.8 años y en la UMF 29 la edad mínima fue de 60 años ya que solo tomamos adultos mayores. Con edad máxima de 105 años, media de 72.41 ya que nuestros participantes fueron más grandes. En cuanto al sexo 45% fueron masculinos y 55% femeninos en Acosta Quiroz con lo que no coincidimos ya que encontramos mayor porcentaje de masculinos 52.5% que femenino 4.5%. Acosta Quiroz: estado civil 9% solteros, 30% viudos o divorciados y 61% casados o con pareja. En este apartado coincidimos con ellos porque también se reporta a la mayoría en estado civil casados con 90.8%, solteros solo 0.8% y viudos 8.4%. Con respecto a la escala de Beck en los sujetos estudiados por Acosta Quiroz el 48% sufren un nivel mínimo de ansiedad, el 32% nivel leve, el 17% moderado, 3% severo, nuestro estudio no reporta a nadie en riesgo en lo que se parecen mucho ya que para ellos también el porcentaje es mínimo, en leve encontramos 57.5% y moderado 40.9%, probablemente porque las poblaciones son muy similares.

9.- CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que podemos llegar después de haber aplicado las encuestas a la población de adultos mayores de la unidad de medicina familiar número 29 de San José Tilapa son las siguientes:

La población estudiada fue de 120 personas y más de la mitad son del sexo masculino.

La edad mínima se reportó en 60 y máxima 105 años, moda 67, desviación estándar 10.08.

En escolaridad menos de una tercera parte tuvo primaria completa siendo el que mayor puntaje obtuvo, seguido de secundaria incompleta.

Para la variable estado civil más de tres cuartas partes fue casado.

La ocupación que se encontró predominante fue jubilado/pensionado con dos terceras partes del total de la población estudiada, siguiéndole ama de casa.

Una tercera parte de los participantes cuentan con hipertensión arterial, seguido de una décima parte con dislipidemia y ocupando el último lugar diabetes.

Para tipología familiar por parentesco cerca del total de la población tiene una familia nuclear numerosa. Por presencia física en el hogar más de la mitad pertenecen a una familia extensa ascendente. Por medios de subsistencia 90% son agrícolas.

En ciclo evolutivo el 100% está en etapa final.

En la escala de desesperanza de Beck predominó el riesgo de suicidio leve para ambos sexos con 57.5%.

En la encuesta de Gijón existe riesgo todos se encontraron en riesgo social.

Al hacer la correlación entre riesgo de suicidio y riesgo social no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas variables

10.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Peña-Caballero O, Factores potenciadores del comportamiento suicida en adultos mayores, Rev Cienc Cuba, 2011;2:45-58.
- 2.-Intituto Nacional de Estadística y Geografía , octubre 2013.
- 3.-Partida-Bush V, La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México, Red de rev Cient Amer Lat, 2005;11(45):9-27.
- 4.-Ribot-Reyes VC, Alfonso-Romero M, Ramos-Arteaga ME, Gonzalez Castillo A, Suicidio en el adulto mayor, Rev Habanera de Ciencias Médicas 2012;11(5);699-708.
- 5.-Perez-Barrero SA, Factores de riesgo suicida en el anciano, Rev Geratris y Gerontología, 2004;6(1);1-8.
- 6.-Caro E, La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política de asistencia social para la población adulta mayor en Mexico, 2003. CEPAL-ECLAC.
- 7.-Alberto-Vidal D, Factores de riesgo suicida en el anciano, Rev Arg Clínica Neuropsiquiatría 1999;8(2):103-112.
- 8.-Hernandez-Mojena G, Carrasco -García MR, Rosel.-Conde F, Gomez-Alarcon MA, Incidencia de factores de riesgo social en adultos mayores del municipio Cerro, Geroinfo RNPS 2009: 4(2):1-21.
- 9.-Hernandez Orozco ML, Félix-Ruiz C, El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar, Arch Med Fam 2009;11(4);147-149.
- 10.-Zavala GM, Vidal DG, Castros M, Quiroga P, Klassen P, Funcionamiento social del adulto mayor, ciencia y enfermería 2006;12(2);53-62.
- 11.-Yeates-Conwell, Van-Orden K, Caine E, Suicidio en ancianos, Psiq Biol. 2012;19(4):127-136.
- 12.-Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. J. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scales. Journal of consulting and clinical psychology, 42 (6), 861-865.
- 13.- Aguilar García-Iturrospe, E. J., Hidalgo Montesinos, M. D., Cano García, R., López Manzano, J. C., Campillo Agusti, M., & Hernández Martínez, M. (1995). Estudio

prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos: características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck. *Anales de Psiquiatría*, 11 (4), 121-12.

14.- García-González JV, Díaz-Palacios E, Salamea A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández-Sánchez A, Acebal V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria* 1999; 23: 434-40.

15.-Guilherme-Borges, Medina-Mora ME, Orozco R, Oueda C, Villatoro J, Fleiz C, Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México, *Salud Mental* 2009;32:413-425.

16.-Guibert-Reyes W, Trujillo-Gras O, Intento suicida del anciano en un área de salud, *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(5):509-15.

17.-Gutierrez-Zurbaran G, Gil-Rojo I, Jiménez-Acostar V, Lugo-Jauriga B, Suicidio en la tercera edad: un problema de salud comunitario, *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2001;39(2):147-151.

18.-Jimenez-Betancourt, caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron, *Medisan* 2011;15(3):340.

19.- Villareal Amarís G., Month Arrieta E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad el adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia),*Salud Uninorte Barranquilla* 2012;28(1): 75 – 87

20.- Acosta Quiroz C., Garcia Flores R, Ansiedad y Depresion en adultos mayores, *Psicologia y Salud,México* 2007;17 (2): 291- 300

11.- ANEXOS

ANEXO 1.

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	Riesgo social y suicidio en el adulto mayor en una unidad rural del IMSS Puebla.
Patrocinador externo (si aplica):	_____
Lugar y fecha:	_____
Número de registro:	_____
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la relación entre riesgo social y riesgo de cometer suicidio en el adulto mayor.
Procedimientos:	Se aplicaran dos encuestas, la escala de desesperanza de Beck y escala de valoración socio familiar de Gijón.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detección oportuna de conducta suicida y riesgo social para la prevención del mismo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	_____
Participación o retiro:	En el momento que el paciente lo decida.
Privacidad y confidencialidad:	_____
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____	
Beneficios al término del estudio: _____	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Ura. Doraly Velazquez Armas
Colaboradores:	_____
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 60 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision_etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
Clave: 2810-009-013	

ANEXO. 2

ENCUESTA (HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS)

NOMBRE _____

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____

SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()

EDAD: EN AÑOS: _____

ESCOLARIDAD: AÑOS ESTUDIADOS COMPLETADOS _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A () CASADO/A ()
UNIÓN LIBRE () DIVORCIADO/A ()
VIUDO/A () SEPARADO A ()

OCUPACIÓN:

OBRERO/A () EMPLEADO/A ()
AMA DE CASA () PENSIONADO/A ()
JUBILADO ()
OTROS () ESPECIFIQUE; _____

UD. PADECE ALGUNA ENFERMEDAD:

DIABETES MELLITUS () HIPERTENSIÓN ARTERIAL ()
DISLIPIDEMIAS () CARDIOPATÍAS ()
OTRAS () ESPECIFIQUE _____

MEDICAMENTOS: _____

EN SU CASA SU FAMILIA ESTA CONFORMADA POR: MADRE () PADRE ()
ESPOSO/A () HIJOS () OTROS _____

EN EL CASO DE TENER HIJOS ESPECIFIQUE CUANTOS _____

GRUPO DE EDAD: MENORES DE 1 AÑOS ____ DE 1 a 5 AÑOS ____
DE 6 A 13 AÑOS ____ DE 13 A 20 AÑOS ____ DE 20 ò MÁS ____

ACTUALMENTE UD. VIVE EN:

MI CASA _____ CASA DE MIS PADRES _____ CASA DE MIS HIJOS _____

ANEXO 3. CUESTIONARIO DESESPERANZA DE BECK

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	F	V
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	F	V
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	F	V
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	F	V
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	F	V
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	F	V
7. Mi futuro me parece oscuro	F	V
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	F	V
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	F	V
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	F	V
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	F	V
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	F	V
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que	F	V
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	F	V
15. Tengo una gran confianza en el futuro	F	V
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	F	V
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	F	V
18. El futuro me parece vago e incierto	F	V
19. Espero más bien épocas buenas que malas.	F	V
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque	F	V
PUNTUACION FINAL		

0-8: Riesgo bajo de cometer suicidio

- 0-3: Ninguno o mínimo
- 4-8: Leve

9-20: Riesgo alto de cometer suicidio

- 9-14: Moderado
- 15-20: Alto.

ANEXO 4.

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN

SITUACION FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACION ECONOMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos.	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4

No sale y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
PUNTUACION TOTAL	

De 5 a 9 Buena/aceptable situación social

De 10 a 14 Existe riesgo social

Más de 15 Problema social

ANEXO 5

CICLO EVOLUTIVO

ETAPA	FASE
Constitutiva	Preliminar
	Recién casados
Procreativa	Expansión
	Consolidación y apertura
Dispersión	Desprendimiento
Final	Independencia
	Disolución

TIPOLOGÍA FAMILIAR

POR SU PARENTESCO	POR SU PRESENCIA FÍSICA EN EL HOGAR	SEGÚN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA
CON PARENTESCO	Núcleo integrado	Agrícola
Nuclear	Núcleo no integrado	Industrial
Nuclear simple	Extensa ascendente	Comercial
Nuclear numerosa	Extensa descendente	Servicios
Reconstruida (binuclear)	Extensa colateral	
Monoparental		
Monoparental extendida		
Monoparental extendida compuesta		
Extensa		
Extensa compuesta		
No parenteral		
SIN PARENTESCO		
Monoparental extendida sin parentesco		
Grupos similares a familias		
Extensa descendente		
Extensa colateral		