

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

**“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR A TRAVES
DE UNA CEDULA PARA LA DETECCION DE FACTORES
ASOCIADOS A LA POSIBILIDAD DE SUFRIR MALTRATO EN
LA UMF 20”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N
M E D I C I N A F A M I L I A R
P R E S E N T A
DRA. ALARCON PEREZ BELINDA BERENICE

TUTORA: DRA. HENA GUADALUPE PINEDA RIVERA
ASESORA METODOLOGICA: DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO



IMSS

GENERACION 2003 - 2006

MEXICO, D.F.

2005

m. 348172



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.



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

TUTORA

A large, stylized handwritten signature in black ink is positioned above a horizontal line. The signature is highly cursive and difficult to decipher.

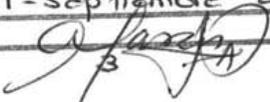
DRA. PINEDA RIVERA HENA GUADALUPE
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. 2 IMSS

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Alarcón Pérez

Belinda Berenice

FECHA: 21 - Septiembre - 2005

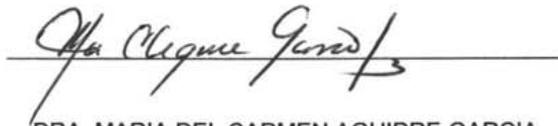
FIRMA: 

ASESORA METODOLOGICA



DRA. PINEDA AQUINO VICTORIA
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD
PROFESORA TITULAR DEL CURSO
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. 20 IMSS

Vo.Bo.

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is cursive and appears to read 'Dra. Maria del Carmen Aguirre Garcia'.

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITA A LA U.M.F. 20

Vo.Bo.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'S' followed by several horizontal strokes and a long vertical line extending downwards. The signature is positioned above a horizontal line.

DRA SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITA A LA U.M.F. 20 IMSS

No puedo decir, y no diré,
que estás muerto, sólo estás lejos.

Con una alegre sonrisa,
y una señal en la mano,
te fuiste a una aventura
en una tierra desconocida.

Y nos dejas soñando
cuán justas tus necesidades deben ser,
puesto que permanecen ahí.

Y yo que anhelo con intensidad
la pisada de los viejos tiempos,
y el alegre regreso,

pienso en ti gozando,
tan querido en el amor de ahí
como el amor de aquí;

Pienso en tí siempre, y me digo:
No estás muerto, ¡Solo estás lejos!

A mi papá

La muerte es como pasar de una orilla a otra orilla del mar, y nuestros seres queridos con sus ojos llenos de gozo, contemplan los nuestros llenos de llanto y nos aguardan.

AGRADECIMIENTOS:

Gracias a Dios por el amor concedido para el ejercicio de mi profesión y marcarme las líneas que iluminan mi camino.

A mi padre, por haber sido un excelente ejemplo de amor, responsabilidad e inteligencia, y ser una persona especial e irreplicable. Te extraño mucho, eres el ángel que nos cuidará siempre desde el cielo.

Mi agradecimiento a mi madre por darme la oportunidad de vivir, te quiero mamá.

A mi esposo Alejandro por guiarme y aconsejarme con perseverancia y cariño para alcanzar mis triunfos, te amo con todo mi corazón.

A mis hermanos Raúl y Adriana por participar en mi realización personal con su soporte moral.

A mis maestros, especialmente a la Dra. Victoria Pineda Aquino por ser una espléndida guía en el campo de la enseñanza.

A la Dra. Yolanda Valencia Islas por ser una figura inspiradora, y brindarme los mejores momentos del conocimiento.

A la Dra Hena Pineda Rivera por asesorarme con perseverancia y cariño para alcanzar mis triunfos.

A la Dra. Natividad Hernández Laynes por su valioso apoyo, por su ejemplo de tenacidad, gracias por contribuir en mi sueño hecho realidad.

A la Dra. Griselda Gómez Ortega por compartir siempre sus conocimientos para engrandecer nuestra formación académica.

A Marthita, Lidoina y Norma por brindarme el regalo maravilloso de su amistad, todas ustedes ocupan un lugar muy especial en mi corazón .

A Rosaura por enseñarme que todavía hay amor y comprensión, por tener siempre una palabra de esperanza, por estar presente cuando te necesité, cuenta conmigo siempre, te quiero mucho.

Y finalmente a mi tía Chuy , gracias por darnos fuerza, por la fortuna de tu cariño incondicional, por acompañarnos en esta difícil prueba que nos puso la vida.

Busquen todos ustedes el propósito que Dios les dió en la vida, traten de ser felices.

RESUMEN.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR A TRAVES DE UNA CEDULA PARA LA DETECCION DE FACTORES ASOCIADOS A LA POSIBILIDAD DE SUFRIR MALTRATO EN LA UMF 20. Alarcón Pérez B.B. ⁽¹⁾, Pineda Rivera H.G. ⁽²⁾, Pineda Aquino V ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Médico Residente de Medicina Familiar UMF 20, ⁽²⁾ Médico Familiar UMF 2,

⁽³⁾ Médico Familiar Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF 20

Delegación 1 Noroeste del DF IMSS.

El maltrato del adulto mayor ha sido tomado en cuenta como un problema social, y por lo tanto de salud pública, es interesante no solo saber que existe, si no también qué características biopsicosociales poseen dichos sujetos.

Objetivo. Identificar las características biopsicosociales del adulto mayor relacionadas a factores asociados para maltrato. **Material y métodos.** Es un estudio descriptivo, transversal en 270 adultos mayores, se aplicó un cuestionario: "Cédula para la detección del nivel de factores de riesgo para maltrato del adulto mayor" de 17 ítems, validado previamente, se asignó un valor mínimo y máximo a cada ítem con un puntaje para detectar factores asociados para maltrato. Se establecieron tres puntos de corte, y con una puntuación $> 0 = a$ 89 se clasificó como alto riesgo, entre 46 y 88 bajo riesgo y de 45 puntos o menos sin riesgo, se valoran varias características del adulto mayor. **Resultados:** Existen características biopsicosociales del Adulto Mayor que favorecen la aparición de factores asociados para sufrir maltrato, y fueron; el rango de edad, género, tipo de familia, aporte y dependencia económica, necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria y asistencia médica, número de enfermedades, ingesta de medicamentos, descontrol de enfermedades, antecedentes de alcoholismo en algún miembro de la familia, así como violencia doméstica y transgeneracional. **Conclusiones:** se logró discriminar que los adultos mayores de la UMF No 20 tienen determinadas condiciones, que se presentan como factores asociados a la probabilidad de padecer maltrato, y algunos de manera más fuerte que otros.

INDICE	PAGINA
RESUMEN	
I.- ANTECEDENTES	1
II.- JUSTIFICACION	10
III.- PREGUNTA DE INVESTIGACION	11
IV.- HIPOTESIS	12
V.- OBJETIVO DE ESTUDIO	13
1.- General	
2.- Específico	
VI.- MATERIAL Y METODOS	14
1.- Sitio del estudio	14
2.- Diseño del estudio	14
2.1.- Propósito de estudio	14
2.2.- Población de estudio	14
2.3.- Criterios de inclusión	14
2.4.- Criterios de exclusión	14
2.5.- Criterios de eliminación	14
2.6.- Tamaño de muestra	15
2.7.- Tipo de muestreo	16
3.- Variables de estudio	17
3.1.- Variables sociodemográficas	17
3.2.- Variable de interés	17
VII.- RESULTADOS	21
VIII.- DISCUSION	31
IX.- CONCLUSIONES	34
X.- BIBLIOGRAFIA	36
XI.- ANEXOS	39

ANTECEDENTES:

La preocupación por el maltrato de las personas de edad avanzada ha aumentado, pues se ha tomado conciencia de que en los próximos decenios tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, se producirá un enorme aumento de la población de este grupo de edad, que en francés se denomina "le troisième âge" (la tercera edad). Según las predicciones, en el año 2025 la población mundial de 60 años o más aumentará a más del doble, de 542 millones en 1995 a cerca de 1 200 millones. El número total de personas mayores que viven en países en desarrollo también aumentará en una proporción similar para 2025, llegando a 850 millones de personas⁽³⁾, es decir, 12% de la población total del mundo en desarrollo, aunque en algunos países, como Colombia, Indonesia, Kenya y Tailandia, se prevé que aumente más de cuatro veces. En todo el mundo, un millón de personas cumplen 60 años en un mes cualquiera, y de esa cifra, el 80% corresponde al mundo en desarrollo.⁽¹¹⁾

La esperanza de vida en los últimos años se ha visto incrementada, en gran parte debido a los avances científicos en el área médica, por lo tanto la población adulta mayor ha incrementado su demanda de atención en todos los niveles médicos del sector salud, siendo las unidades de medicina familiar las de mayor demanda en el tratamiento y control de sus enfermedades, que generalmente son de tipo crónico-degenerativas.⁽¹⁾

Una manera amable de referirse a la vejez consiste en denominarla tercera edad. Históricamente el término se ha generado para dar idea de una edad avanzada, pero dentro de un marco de funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente y con satisfacciones.⁽⁷⁾

En 1982, la Asamblea Mundial del Envejecimiento fijó la edad de 60 años para marcar el inicio de la vejez, existiendo otra denominación como la de *adulto mayor*⁽⁴⁾ en las sociedades occidentales, generalmente se considera que la senescencia coincide con la edad de jubilación (60 ó 65 años), sin embargo en la mayoría de los países en desarrollo este concepto social basado en la edad de la jubilación no tiene mayor significado. En estos países son más importantes las funciones que se asignan a cada persona en las distintas etapas de la vida. Por lo tanto, se considera que la vejez es el

período de la vida en que las personas, debido a la pérdida de su capacidad física, ya no pueden desempeñar funciones familiares o laborales que les corresponden.⁽¹⁰⁾

Hace tiempo era costumbre que toda la familia (padres, abuelos e hijos) vivieran bajo el mismo techo, aportando recursos materiales y espirituales para crear un ambiente de convivencia desde el nacimiento hasta la muerte. Los avances de la medicina han prolongado la duración de la vida y los patrones de comportamiento social, dan lugar a que mujeres de 35 años y aún mayores procreen bebés saludables.⁽²⁾

La frecuencia actual de divorcios, madres solteras y las dificultades económicas propician el regreso de muchos hijos al hogar de los padres: Así 3 y a veces 4 generaciones se congregan en el mismo hogar y entonces el cuidado de los muy jóvenes y de los muy viejos genera stress intenso.

Otro tipo de problemas que puede ocasionar la vida en familia es, que el anciano que convive en el hogar se encargue de cuidar a otro anciano enfermo y dependiente.⁽²⁾

La industrialización está socavando modelos muy antiguos de interdependencia entre varias generaciones de una misma familia. Para las personas mayores, este fenómeno suele acarrear dificultades materiales y emocionales. En muchos países en desarrollo, la rapidez con que se producen los cambios sociales y económicos ha contribuido a debilitar, y a menudo destruir, las redes familiares y comunitarias que en otras épocas habían servido de apoyo a la generación mayor. Los ancianos que habían contado con apoyo de sus hijos durante la vejez, se encuentran con que son ellos mismos los principales proveedores de cuidados y que no contarán con una familia que los ayude en el futuro.⁽¹⁰⁾

Tanto en las economías de los países en desarrollo como en las de los países desarrollados, muchas veces la población general se ha visto afectada por problemas derivados de desigualdades estructurales, como son los bajos salarios, la elevada tasa de desempleo, las deficiencias en los servicios de salud, la falta de oportunidades educativas y la discriminación contra la mujer. Todo ello ha contribuido a que los ancianos sean más pobres y vulnerables.⁽¹⁰⁾

El maltrato de los adultos mayores por los miembros de la familia se remonta a la antigüedad, sin embargo, hasta el advenimiento de las iniciativas para afrontar el maltrato de los menores y la violencia doméstica en los últimos 25 años del siglo XX,

este tema se consideró como un asunto privado, que no debía ventilarse en público. Considerado inicialmente como un problema de bienestar social y luego como un tema relacionado con el envejecimiento, el maltrato de las personas de edad y otras formas de violencia doméstica se han convertido en cuestiones vinculadas con la salud pública y la justicia penal.⁽¹⁰⁾

Por consiguiente, estas dos disciplinas han determinado en gran medida, la visión que se tiene del maltrato de las personas mayores, cómo se analiza y de qué manera debe abordarse.

En el maltrato de los ancianos están involucrados miembros de la familia o personas conocidas de aquellos, y se realiza en sus hogares o en ámbitos residenciales o institucionales. Otros tipos de violencia que pueden ejercerse contra las personas de edad, son: la agresión de desconocidos o la resultante del delito callejero, las guerras de pandillas o los conflictos bélicos.⁽¹⁰⁾

El maltrato de las personas mayores se describió por primera vez en 1975 en las revistas científicas británicas, empleando el término "granny battering", que podría traducirse como "abuelita golpeada".⁽⁴⁻⁵⁾ Sin embargo, fue el Congreso de los Estados Unidos, el primero que abordó el tema en tanto cuestión social y política. Luego lo hicieron los investigadores y los profesionales. Durante los años ochenta se informó de investigaciones científicas y medidas de gobierno en Australia, Canadá, China, Estados Unidos, Noruega y Suecia, y en el decenio siguiente en Argentina, Brasil, Chile, India, Israel, Japón, Reino Unido, Sudáfrica y otros países europeos.⁽¹⁰⁾

El hecho de que ahora el maltrato de los ancianos se esté tomando mucho más en serio es un reflejo del interés cada vez más generalizado por los derechos humanos y la igualdad de género, y también por la violencia doméstica y el envejecimiento de la población.⁽¹⁰⁾

En general, se conviene en que el maltrato de las personas mayores se puede cometer tanto por acción como por omisión (en ese caso, por lo común se denomina "descuido"), y que puede ser intencional o no. Además, puede ser de carácter físico o psíquico (este último incluye las agresiones emocionales o verbales), o puede entrañar abuso económico u otros perjuicios materiales. Cualquiera que sea el tipo de maltrato,

es indudable, que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones de dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida.⁽⁶⁾

La calificación de una conducta como maltrato, descuido o explotación dependerá, probablemente de la frecuencia con que se produzcan, su duración, gravedad y consecuencias, y , sobre todo, del contexto cultural. ⁽⁸⁾

Según la definición de la organización Acción contra el Maltrato de los Ancianos en el Reino Unido, adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las personas Mayores, "el maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor".⁽⁹⁾

La OPS define el abuso o maltrato en el adulto mayor como:"el infligimiento de dolor físico, daño o angustia mental debilitante, confinamiento sin razón o privación salvaje por un cuidador, cuyos cuidados son necesarios para mantener la salud física y mental de un Adulto Mayor ".⁽¹⁻¹²⁾

Se clasifica según Alison MacDonald, en 3 categorías principales:

a) Abuso físico:

Incluye golpear, molestar sexualmente, restricciones físicas e infligir dolor o enfermedad corporal.

b) Abuso psicológico:

Incluye amenazas verbales, miedo, aislamiento, trato despótico, humillaciones e insultos, la problemática de esta categoría es que contiene más aspectos de juicio y es importante distinguir entre patrones prolongados de comunicación hostil y existencia de abuso.

c) Abuso material :

Incluye robo o mal empleo del dinero, o de propiedades , ser expulsado de su propia vivienda o ser forzado a otra situación de vivienda y abandono, ocurre cuando el cuidador no proporciona los bienes o servicios necesarios para mantener la vida del anciano, puede ser pasivo, como ignorar al paciente, o activo como negar medicamentos, comida, ejercicio, compañía, o ayuda en el cuarto de baño.^(1,12)

Hasta hace poco se creía que la fragilidad del paciente anciano era por sí misma un factor de riesgo para el abuso, aunque estudios recientes no han mostrado una relación directa; sin embargo, aún se cree que el deterioro físico y mental juegan un papel indirecto, en el abuso al anciano por decremento de su capacidad para defenderse o escapar, lo cual aumenta su vulnerabilidad.⁽¹³⁾

Lachs, Flumer, Omalley, Mac Donald, Wolf y Hudson entre otros estudiosos de maltrato en adulto mayor, mencionan que ellos poseen ciertas características que en un momento dado puedan condicionar situaciones de abuso o maltrato.⁽¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁾

Informes de la OMS indican que más de un millón de ancianos en el ámbito mundial son víctimas de abuso, en los países desarrollados como EU, Canadá, etc cada año más de un millón de ancianos han sido objeto de abuso físico, debilitados psicológicamente o explotados económicamente. Alrededor de 340,000 ancianos entre los 60 y los 75 han sido víctimas de maltrato en la familia o por sus cuidadores en las casas de retiro.⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

En México, a nivel nacional se desconoce la prevalencia por no existir estudios al respecto. En el IMSS existe publicado el antecedente de un estudio del Dr. Sergio Figueroa Velázquez realizado en el HGZ No 27, en el módulo de Geriátría evidenciando que el maltrato en el Adulto Mayor en la población estudiada tiene una prevalencia de 12.5%.⁽¹⁹⁾

Factores de riesgo en el maltrato de las personas mayores.

Para poder tener en cuenta la complejidad de este tema y los diversos factores asociados con él, los investigadores han recurrido al modelo ecológico, que se aplicó por primera vez en el estudio de maltrato y el descuido de los menores⁽²⁰⁾, y más recientemente en la de maltrato de los ancianos. Este modelo permite considerar las interacciones que se producen entre varios sistemas y consiste en una jerarquía de cuatro niveles superpuestos: el individual, el relacional, el comunitario y el social.⁽²¹⁻²²⁾

Factores individuales.

Los estudios limitados a la violencia contra los ancianos en el ámbito doméstico han comprobado que quienes la infligen tienen más probabilidades de padecer problemas de salud mental y de abuso de sustancias que los miembros de la familia de los ancianos u otros cuidadores, que no son violentos o propensos a maltratar a los demás. (23-24)

Aunque en un estudio de prevalencia del maltrato de las personas mayores (realizado en los Estados Unidos) los ingresos de éstas, no resultaron un elemento significativo, las dificultades económicas del agresor parecían ser un factor de riesgo importante. A veces este fenómeno tenía relación con un problema de abuso de sustancias de un hijo adulto, que lo llevaba a extorsionar a la persona mayor, por ejemplo, quitándole el cheque de la jubilación. El resentimiento de los miembros de la familia por los gastos que entraña la atención de la persona mayor, también puede haber desempeñado un papel en este tipo de maltrato.⁽¹⁰⁾

Factores relacionales.

En los primeros modelos teóricos, se consideró que el nivel de estrés de quienes cuidan a una persona de edad, era un factor de riesgo en el que estaba asociado el maltrato del anciano con la atención de un familiar anciano.⁽²⁵⁻²⁶⁾

Aunque los investigadores no descartan que el estrés sea uno de los componentes, ahora suelen tenerlo en cuenta en un contexto más amplio, en el que la calidad de la relación en general es un factor causal⁽²⁷⁻²⁸⁻²⁹⁾

Lo cual indica que el carácter de la relación entre los que brindan el cuidado y los que lo reciben, antes de que se produzca el maltrato, puede ser un factor importante para predecir el mismo.⁽²⁸⁻³⁰⁻³¹⁾

Por consiguiente, hoy día se cree que el estrés puede ser un factor coadyuvante en los casos de maltrato, pero no explica por sí mismo este fenómeno. Puede ser que la violencia sea el resultado de la acción recíproca de varios factores, entre ellos el estrés, la relación entre quien recibe la atención y quien la brinda, las conductas perturbadoras y la agresión por parte del receptor de la atención y la depresión del cuidador.⁽³²⁾

Factores comunitarios y sociales.

En la actualidad, se reconoce que las normas culturales y las tradiciones, como los prejuicios contra la vejez, el sexismo y la cultura de la violencia, también desempeñan un papel subyacente importante. Muchas veces se dice que las personas mayores son frágiles, débiles y dependientes, y por ello menos merecedoras que otros grupos de la población, e incluso de la atención familiar, y se las ha considerado como blancos fáciles de explotación.⁽³³⁻³⁴⁾

Consecuencias del maltrato de las personas mayores.

Para los ancianos, las consecuencias del maltrato pueden ser especialmente graves, en el ámbito doméstico. En diversas investigaciones realizadas en los países desarrollados se encuentran ciertos datos fidedignos que demuestran que la depresión o las dificultades psicológicas son más frecuentes en los ancianos maltratados que en sus pares no maltratados.⁽²⁴⁻³³⁻³⁵⁾

También se ha señalado que existen otros síntomas asociados con los casos de maltrato, como los sentimientos de impotencia, alienación, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación y el estrés postraumático.⁽³⁶⁻³⁷⁾

En una investigación sumamente importante realizada en New Haven (Estados Unidos), los datos de un estudio integral anual de salud y bienestar efectuado en una muestra representativa de 2,812 personas mayores, todos los años durante nueve años, se combinaron con la base de datos del organismo local que se ocupa de problemas de maltrato de los adultos.⁽³⁸⁾ Cuando se compararon las tasas de mortalidad de ambos grupos, 13 años después de iniciado el estudio, se informó que 40% de las personas que no habían sido víctimas de maltrato o descuido aún vivían, mientras que en el otro grupo, la proporción era de 9%. Después de verificar todos los factores que podían influir en la mortalidad (como la edad, el sexo, los ingresos, las condiciones funcionales y cognitivas, el diagnóstico y el grado de apoyo social), y al no haber encontrado ninguna relación significativa con estos otros factores, los investigadores concluyeron que el maltrato genera un gran estrés interpersonal que puede aumentar el riesgo de muerte.⁽³⁸⁾

Los efectos de la violencia física y psicológica sobre la salud de una persona mayor se ven exacerbados por el proceso de envejecimiento y las enfermedades características de la vejez. Es más difícil para los ancianos evadirse de una relación de maltrato o tomar las decisiones apropiadas debido a las deficiencias físicas y cognitivas que generalmente sufre. En algunos lugares, las obligaciones derivadas del parentesco y el recurso al círculo familiar ampliado para resolver las dificultades, también pueden reducir la capacidad de las personas mayores, en especial de las mujeres, para eludir situaciones peligrosas.

A menudo, el agresor puede ser la única compañía con que cuenta la persona maltratada. Por estas y otras consideraciones, prevenir el maltrato de los ancianos plantea a los profesionales un sin número de problemas. En la mayoría de los casos, el mayor dilema es cómo lograr un equilibrio entre el derecho a la autodeterminación de la persona de más edad y la necesidad de adoptar las medidas necesarias para poner fin a la situación de maltrato ⁽¹⁰⁾.

Si bien cabe suponer que los médicos son quienes están en mejores condiciones para detectar los casos de maltrato, debido en parte, a la confianza que la mayoría de las personas de edad depositan en ellos, muchos no son capaces de diagnosticar el maltrato, porque este tipo de situaciones no son parte de su adiestramiento formal o profesional y, en consecuencia, no figuran dentro de sus diagnósticos diferenciales. ⁽¹⁰⁾

En las salas de urgencias, también se tiene la impresión de que, por lo general, se presta escasa atención a las necesidades especiales de las personas mayores. Los profesionales de la atención de salud a menudo se sienten más cómodos tratando a los jóvenes que a los ancianos, muchas veces prestan poca atención a las inquietudes de éstos últimos. Pocos departamentos de urgencias emplean protocolos para detectar y tratar los problemas de maltrato de las personas mayores y rara vez intentan abordar las cuestiones relacionadas con la salud mental o los signos conductuales del maltrato en los ancianos, como la depresión, los intentos de suicidio o el abuso de alcohol o drogas. ⁽³⁹⁾

Se deberán identificar los factores de riesgo e intervenir para que las personas que prestan la atención primaria reciban el apoyo necesario para desempeñar la tarea.⁽²⁾ Varios autores consideran fundamental la coordinación del equipo multidisciplinario para poner en marcha programas comunitarios para la prevención e intervención en el maltrato del adulto mayor.

JUSTIFICACION.

El maltrato del Adulto Mayor (AM) es un síndrome poco identificado, observado con mayor frecuencia en los extremos de la vida, y representa grandes desafíos entre los ancianos.

Así mismo, en esta época, se comienza a tomar conciencia de esta realidad, pues se observa que los familiares y cuidadores de estos adultos, intentan ocultar los malos tratos. Algunos profesionales de la salud, consideran las declaraciones del adulto mayor producto de la edad, aunado a la escasa infraestructura y disposición de los medios para atender de forma adecuada las necesidades de los ancianos, así como un incremento acentuado de la población mayor de 60 años. En los países subdesarrollados el abuso en el adulto mayor, es un tema que no ha sido explorado a fondo. En la prevención y la detección del maltrato es fundamental el conocimiento de los posibles factores y causas desencadenantes. Se evidencia una dificultad en la detección en todos los tipos de maltrato, debido a la falta de registro que hacen los profesionales de la salud, que algunos autores apuntan que es derivada de una falta de conocimientos, una excesiva implicación emocional, diferencia de criterios, la actitud profesional y social hacia las personas mayores o el temor a reconocer este maltrato por parte del anciano

Se precisa una mayor formación específica de los equipos de atención primaria, el maltrato de los ancianos es un problema de todos, y debe ser abordado en conjunto. Existen en la unidad 26 742 AM, no existiendo estudios previos sobre esta problemática en esta unidad, tomando en cuenta que este grupo de población tiene un alta demanda de atención médica, por lo tanto los profesionales de la atención primaria tenemos la responsabilidad de evidenciar y abordar el maltrato como un problema real y de fuerte impacto en la salud de la población.

El Médico de Familia, como experto en medicina y líder de la comunidad, juega un papel importante en la prevención y tratamiento de la violencia en el seno familiar.

Esta investigación satisfecerá la necesidad de conocer algunas de las características biológicas, psicológicas y sociales que pudieran funcionar como factores asociados para maltrato del adulto mayor en la población de la UMF No 20

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el perfil epidemiológico del adulto mayor a través de la aplicación de una cédula para la detección de factores asociados a la posibilidad de sufrir maltrato en la U.M.F. 20?

HIPOTESIS

No se necesita una hipótesis por que es un estudio descriptivo que simplemente describe cómo se distribuyen las características en la población

OBJETIVO GENERAL:

Identificar las características biopsicosociales del adulto mayor relacionadas a factores asociados para maltrato

OBJETIVO ESPECIFICO:

Identificar el nivel de riesgo asociado a maltrato en los adultos mayores adscritos a la UMF 20.

MATERIAL Y METODOS

SITIO DEL ESTUDIO:

Unidad de Medicina Familiar No. 20.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Es un estudio descriptivo, transversal.

PROPOSITO DEL ESTUDIO:

Determinar las características biopsicosociales del adulto mayor que pueden asociarse a maltrato en la población que acude a la UMF No 20 del IMSS

POBLACION DEL ESTUDIO:

Todo Adulto mayor de 60 años en adelante, que acuda a servicios de la UMF No 20

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Derechohabientes del IMSS
Edad de 60 años en adelante
Sexo femenino y masculino.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

A los pacientes que no quieran participar
Pacientes con deterioro cognitivo
Pacientes que vivan en casas de retiro

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Cuestionarios incompletos

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calcula el tamaño de la muestra con el programa STAT, con un tamaño de universo de 26,742 adultos mayores adscritos a la UMF 20 , con un error mayor aceptable del 5% estimado del 80% de la muestra y un nivel deseado de confianza del 90% , el tamaño de la muestra es de 269 pacientes.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia.

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

1. EDAD.

DC: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento en el que se consideran cuatro periodos: infancia, adolescencia, madurez y senectud.

DO: Se medirá en años.

EM: Cuantitativa de razón.

2. SEXO.

DC: Es la condición orgánica que distingue el género mujer, hombre; lo femenino de lo masculino.

DO: Se medirá con la clasificación: 1) femenino y 2) masculino.

EM: Categórica dicotómica.

VARIABLES DE INTERES

3.- TIPO DE FAMILIA.

DC: Grupo de personas consanguíneas o de adopción que comprende varios géneros , con ciertas características que integran la unidad básica social.

DO. Conjunto de individuos que comparten la vivienda, costumbres y viven bajo el mismo techo.

EM : Categórica nominal (Nuclear, extensa y extensa compuesta)

4.- APORTE ECONOMICO.

DC: Cantidad de dinero que una persona proporciona a otra dentro del grupo familiar

DO: El dinero que el adulto mayor otorga al grupo familiar

EM : Categórica nominal (Siempre, algunas veces, nunca)

5.- DEPENDENCIA ECONÓMICA.

DC: Subordinación del adulto mayor para la producción y la utilización de la riqueza

DO: La necesidad de ayuda de dinero por parte del adulto mayor

EM: Categórica dicotómica (si , no)

6.- AYUDA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

DC: Prestar cooperación para realizar sus tareas de la vida cotidiana (bañarse, tomar medicamentos, alimentarse, etc)

DO: La asistencia que se le presta al adulto mayor por parte de alguna persona familiar o no para realizar sus actividades habituales.

EM: Categórica nominal (Siempre, algunas veces, nunca)

7.- NUMERO DE ENFERMEDADES

DC: Cantidad de alteraciones biológicas, psicológicas y sociales que sufre el adulto mayor

DO: Conjunto de fenómenos patológicos que se producen en el organismo por alteración orgánica en el adulto mayor

EM: Categórica nominal (Ninguna, una, dos, tres o más)

8.- NUMERO DE MEDICAMENTOS

DC: Cantidad de sustancias simples o compuestas que se administran al organismo con fines terapéuticos

DO: Cifras de agentes usados como remedio en el organismo enfermo

EM: Categórica nominal (Ninguna, una, dos, tres o más)

9.- AYUDA PARA ACUDIR AL MÉDICO

DC: El apoyo o asistencia que se le presta al adulto mayor por parte de alguna persona familiar o no para asistir al médico

DO: Prestar cooperación para asistir a la consulta médica

EM: Categórica nominal (Siempre, algunas veces, nunca)

10.- AYUDA CON OPORTUNIDAD Y AMABILIDAD

DC: La asistencia prestada al adulto mayor con atención y en forma pertinente

DO: El apoyo brindado que se otorga en forma adecuada y afectuosa hacia el adulto mayor.

EM: Categórica nominal (Siempre, algunas veces, nunca)

11.-DESCOMPENSACION DE ENFERMEDADES

DC: Condición patológica del adulto mayor secundaria a un estado de agotamiento o incapacidad del organismo transitoria o permanente

DO: Estado orgánico anormal del adulto mayor secundario al desequilibrio en su estructura y/o sistema

EM: Categórica nominal (Siempre, algunas veces, nunca)

12.-ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO DEL ADULTO MAYOR

DC: Introducción de sustancias al organismo por parte del adulto mayor, con diversas cantidades de alcohol

DO: Precedente de toma de bebidas alcohólicas por parte del adulto mayor

EM: Categórica nominal (Siempre, algunas veces, nunca)

13.- ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA.

DC: Introducción de sustancias al organismo por parte de cualquier integrante de la familia , con diversas cantidades de alcohol

DO:Precedente de toma de bebidas alcohólicas por parte de algun integrante de la familia

EM: Categórica dicotómica (si , no)

14.- ANTECEDENTE DE VIOLENTAS EN LA FAMILIA.

DC: Antecedente de acciones de abuso o maltrato en la familia

DO: Precedente de situaciones violentas en la familia

EM: Categórica nominal (Siempre, algunas veces, nunca)

15.-ANTECEDENTE DE VIOLENCIA TRANSGENERACIONAL

DC: Antecedentes de acciones de abuso o maltrato en la línea generacional

DO: Precedente de situaciones de abuso o maltrato en la historia de la familia

EM: Categórica nominal (Siempre, algunas veces, nunca)

16.- CUIDADOR PRINCIPAL

DC: Persona que asiste y atiende al adulto mayor

DO: Individuo que esta a cargo del cuidado del adulto mayor

EM: Categórica nominal

17.- LA AYUDA QUE NECESITA LA RECIBE CON OPORTUNIDAD Y AMABILIDAD

DC: La asistencia prestada al adulto mayor con atención y en forma pertinente

DO: El apoyo brindado que se otorga en forma adecuada y afectuosa hacia el adulto mayor.

EM: Categórica nominal (Siempre, algunas veces, nunca)

18.- POSIBILIDAD DE PRESENTAR MALTRATO

DC: Probabilidad de infligimiento de dolor físico, daño o angustia mental debilitante, confinamiento sin razón o de privación salvaje por un cuidador, cuyos cuidados son necesarios para mantener la salud física y mental de un adulto mayor

DO: Se medirá de acuerdo a la escala del instrumento del Dr. Sergio Figuera Velázquez que establece 3 puntos de corte, con una puntuación \geq a 89 se clasificó como alto riesgo, entre 46 y 88 bajo riesgo y \leq 45 puntos sin riesgo

EM: Ordinal

RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario a 270 adultos mayores, de los cuales 146 fueron del sexo femenino y 124 del sexo masculino.

El tipo de familia con mayor frecuencia fue la de tipo Nuclear. El adulto mayor siempre aportó económicamente a la familia en más de la mitad de las veces y además recibió ayuda económica de otra persona en un 59%. (Cuadro 1)

Con respecto a la ayuda para las actividades de la vida diaria se evidenció que el 78.1% de los entrevistados nunca requirieron asistencia.

Los adultos mayores que son portadores de 1, 2, 3 o más enfermedades obtuvieron un 30% cada uno en promedio. (Cuadro 1)

De acuerdo a la ingesta de medicamentos, los adultos mayores que ingieren 2 o más medicamentos correspondieron a más del 60 % del total de la población.

Generalmente más de la mitad de los pacientes no recibieron ayuda para acudir al médico. En caso de requerir ayuda no la recibieron de manera oportuna y amable, en un 64%.

Más de la mitad de los pacientes adultos mayores, no ameritaron internamiento en el servicio de urgencias.

También se evidenció que la ingesta de bebidas alcohólicas por parte del adulto mayor, no ocurrió en un 59.3 %. (Cuadro 1)

En relación con el antecedente de problemas de alcoholismo en la familia, el 77.4% no tuvo este antecedente.

Las situaciones violentas en la familia se presentaron en la mitad de los casos.

Cuando el antecedente de violencia transgeneracional se presentó: "algunas veces", representó un 76.6%, y los que "nunca" lo presentaron fue en un 23%.

Se pudo observar que los hijos son los cuidadores principales en la tercera parte de los casos, siguiéndole el cónyuge con un 20% de los casos. (Cuadro 1)

En general la ayuda que necesita el adulto mayor siempre la recibió en forma oportuna y amable en más de un 50% de las veces.

Se realizó análisis estadístico utilizando medidas de asociación para determinar los factores relacionados al maltrato detectando lo siguiente:

Los resultados de la posibilidad de maltrato en el adulto mayor, mostraron que el 26.3% se encontraban en la categoría de sin riesgo, 71.1% con bajo riesgo y 2.6% con alto riesgo.

De acuerdo a esto, clasificamos la categoría de alto y bajo riesgo para considerarla con maltrato, y sin riesgo, sin maltrato, por lo que obtuvimos 73.7% con riesgo y 26.3% sin riesgo, y posteriormente se analizaron los factores epidemiológicos que influenciarían la aparición de maltrato. (Cuadro 1)

Las edades que se asociaron a la posibilidad de maltrato fueron del intervalo de 70–79 años, y 80 y más, incrementándose la posibilidad de maltrato dos veces más y siete veces más respectivamente al compararlos con la categoría de 60–69 años.

En los resultados se encontró que el ser un sujeto del grupo masculino, es un factor protector contra maltrato.

En relación al tipo de familia se clasificaron en tres tipos; nuclear, extensa y extensa compuesta, se pudo observar que el pertenecer a una familia extensa representa un factor asociado para maltrato, en comparación a los que pertenecen a una familia nuclear y /o extensa compuesta. (Cuadro 2)

En cuanto al aporte económico el estudio mostró, que no aportar económicamente a la familia se asoció casi 7 veces más a la probabilidad de sufrir maltrato, así mismo éste factor incrementa hasta 8.5 veces más, cuando existe una dependencia total.

En la ayuda a las actividades de la vida diaria se percibió, que cuando el adulto mayor requiere ayuda, en "algunas ocasiones" esto representa un riesgo 8 veces mayor para ser maltratado, que aquel que no necesita ayuda. (Cuadro 2)

Con respecto al número de enfermedades del adulto mayor el riesgo para el maltrato se incrementa de acuerdo a los siguientes datos: Si se tiene una enfermedad, presenta tres veces más probabilidad de maltrato, ante la presencia de dos padecimientos aumenta 9.5 veces, y ante tres o más enfermedades se eleva hasta casi 39 veces.

En el rubro de ingesta de medicamentos, se encontró que aquel adulto mayor que toma de 2 a 3 medicamentos, tiene un factor asociado 7 veces mayor frente a aquel que no toma ninguno, y si éste ingiere 4 o más medicamentos, esta probabilidad crece hasta 18 veces. (Cuadro 2)

En la variable de ayuda para atención médica, el adulto mayor que "algunas veces" requiere de ayuda, posee un factor asociado para maltrato, 7.5 veces más que aquel que no requiere de ayuda, en comparación a aquel sujeto que siempre necesita ser auxiliado, el factor asociado se eleva hasta 10.5 veces más.

En los ingresos al servicio de urgencias por descompensación de sus enfermedades el estudio indicó que aquellos individuos que se descompensan algunas veces, se asocian 6 veces más a maltrato que aquellos que nunca han sido hospitalizados, en este caso la opción "siempre" no fue valorable ya que no se entrevistó a este tipo de pacientes. (Cuadro 2)

Respecto al adulto mayor con antecedentes de alcoholismo en la familia se observó que aumenta el riesgo 14.5 veces más en comparación a aquel que no tiene algún familiar con alcoholismo, por otra parte la variable alcoholismo en el adulto mayor no tuvo significancia estadística.

El antecedente de violencia doméstica resultó con una asociación 4 veces superior para aquellos adultos mayores que se enfrentaban a situaciones violentas "algunas veces", a diferencia de los que no poseen dicho precedente; en la violencia transgeneracional los sujetos que habían maltratado a sus hijos de pequeños presentaron un factor asociado dos veces mayor en comparación con aquellos que no lo habían hecho.(Cuadro 2)

El cuestionario tiene 3 variables que no demostraron ser factores asociados de maltrato para el adulto mayor, las cuales fueron; si la necesidad de ayuda que recibe el adulto mayor es en forma oportuna y amable, tanto para acudir al médico como en su trato diario, y si éste tiene antecedente de ingesta a bebidas alcohólicas.

Cuadro 1 Características generales de los pacientes AM entrevistados en la UMF 20

Variable	n	N= 270	%
Sexo			
Femenino	146		54.1
Masculino	124		45.9
Intervalo de edad (años)			
60 - 69	122		45.2
70 - 79	109		40.4
80 o más	39		14.4
Tipo de familia			
Nuclear	117		43.4
Extensa	87		32.2
Extensa compuesta	66		24.4
Aporte económico a la familia por parte del adulto mayor			
Siempre	176		65.2
Casi siempre	17		6.3
Nunca	77		28.5
Dependencia económica del adulto mayor			
Dependencia	158		58.5
Sin dependencia	112		41.5
Ayuda para las actividades de la vida diaria			
Siempre	23		8.5
Algunas veces	36		13.3
Nunca	211		78.1
Número de enfermedades del adulto mayor			
Ninguna	27		10
Una	75		27.8
Dos	81		30
Tres o más	87		32.2
Frecuencia de ingesta de medicamentos			
Ninguno	37		13.7
Uno	45		16.7
Dos a tres	90		33.3
Cuatro o más	98		36.3
Ayuda para acudir al médico			
Siempre	56		20.7
Algunas veces	41		15.2
Nunca	173		64.1

* Fuente UMF 20

Cuadro 1 Continuación	n	%
<i>Recibe esa ayuda en forma oportuna y amable</i>		
Siempre	37	13.7
Algunas veces	60	22.2
Nunca	173	64.1
<i>Descontrol de enfermedades que ameritan hospitalización</i>		
Siempre	1	0.4
Algunas veces	116	43.0
Nunca	153	56.7
<i>Frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas del adulto mayor</i>		
Siempre	4	1.5
Algunas veces	106	39.3
Nunca	160	59.3
<i>Antecedentes de alcoholismo en la familia</i>		
Si	61	22.6
No	209	77.4
<i>Antecedentes de violencia doméstica</i>		
Siempre	3	1.1
Algunas veces	142	52.6
Nunca	125	46.3
<i>Violencia transgeneracional</i>		
Siempre	1	0.4
Algunas veces	207	76.6
Nunca	62	23.0
<i>Identificación del cuidador principal</i>		
Cónyuge	54	20.0
Hijos	95	35.2
Nietos	27	10.0
Hermanos	15	5.6
Otros familiares	22	8.1
No familiares	35	13.0
Nadie	22	8.1
<i>La ayuda que necesita el adulto mayor la recibe en forma oportuna y amable</i>		
Siempre	150	55.6
Algunas veces	101	37.4
Nunca	19	7.0
<i>Nivel de riesgo</i>		
Alto riesgo	7	2.6
Bajo riesgo	192	71.1
Sin riesgo	71	26.3

Cuadro 2 Características de los pacientes AM para la detección de factores asociados al maltrato

Variable	N=270			
	(n=199)		(n=71)	
	n	%	n	%
Edad				
60-69	76	38.20	46	64.79
70-79	87	43.71	22	30.99
80 o más	36	18.09	3	4.22
Sexo				
Masculino	83	41.70	41	57.75
Femenino	116	58.30	30	42.25
Tipo de Familia				
Nuclear	75	37.69	42	59.15
Extensa	75	37.69	12	16.90
Extensa compuesta	49	24.62	17	23.95
Aporte económico				
Siempre	111	55.78	65	91.55
Algunas veces	17	8.54	0	0
Nunca	71	35.68	6	8.45
Dependencia económica				
Si	142	71.36	16	22.53
No	57	28.64	55	77.47
Ayuda para las actividades de la vida diaria				
Siempre	23	11.56	0	0
Algunas veces	34	17.09	2	2.81
Nunca	142	71.35	69	97.19
N° de enfermedades del adulto mayor				
Ninguna	8	4.02	19	26.76
Una	44	22.11	31	43.66
Dos	65	32.67	16	22.53
Tres o más	82	41.20	5	7.05
Ingesta de medicamentos				
Ninguno	13	6.53	24	33.80
Uno	26	13.06	19	26.76
Dos a tres	71	35.69	19	26.76
Cuatro o más	89	44.72	9	12.68
Ayuda para poder ir al médico				
Siempre	53	26.63	3	4.23
Algunas veces	38	19.09	3	4.23
Nunca	108	54.28	65	91.54
Recibe esa ayuda con oportunidad y amabilidad				
Siempre	30	15.07	7	9.87
Algunas veces	57	28.65	3	4.22
Nunca	112	56.28	61	85.91

* Fuente UMF 20

Cuadro 2 Continuación

Variable	N=270			
	(n=199)		(n=71)	
	n	%	n	%
Descontrol de enfermedades que ameritan hospitalización				
Siempre	1	0.50	0	0
Algunas veces	105	52.76	11	15.50
Nunca	93	46.74	60	84.50
Ingesta de bebidas alcohólicas				
Siempre	4	2.01	0	0
Algunas veces	76	38.19	30	42.25
Nunca	119	59.80	41	57.75
Antecedentes de problemas de alcoholismo en la familia				
Si	59	29.65	2	2.81
No	140	70.35	69	97.19
Antecedentes de situaciones violentas en la familia				
Siempre	3	1.50	0	0
Algunas veces	121	60.80	21	29.58
Nunca	75	37.70	50	70.42
Antecedentes de violencia física de los padres hacia los hijos				
Siempre	1	0.50	0	0
Algunas veces	161	80.90	46	64.79
Nunca	37	18.60	25	35.21
Identificación del cuidador principal				
Cónyuge	36	18.09	18	25.35
Hijos	73	36.70	22	30.99
Nietos	22	11.05	5	7.05
Hermanos	8	4.02	7	9.85
Otros familiares	17	8.54	5	7.04
No familiares	24	12.06	11	15.50
Nadie	19	9.54	3	4.22
La ayuda que necesita el adulto mayor la recibe en forma oportuna y amable				
Siempre	90	45.22	60	84.50
Algunas veces	93	46.74	8	11.26
Nunca	16	8.04	3	4.24

*Fuente UMF 20

Cuadro 3 Factores asociados para maltrato en adultos mayores de 60 años

Características	RMP [*]	IC 95% ^{**}	Valor de p ^{***}
Edad			
a) 80 o más	7.26	1.28 - 31.46	0.000
b) 70 a 79	2.39	1.27 - 4.53	0.000
Sexo: Masculino	0.52	0.29 - 0.94	0.019
Tipo de familia:			
Extensa	3.50	1.63 - 7.66	0.000
Aporte económico	6.93	2.71 - 18.79	0.000
Dependencia económica	8.56	4.35 - 17.05	0.000
Ayuda para las actividades de la vida diaria	8.56	4.35 - 17.05	0.000
Número de enfermedades			
a) 3 o más	38.95	10.07 - 164.45	0.000
b) 2 o más	9.65	3.25 - 29.58	0.000
c) Una	3.37	1.20 - 9.70	0.000
Ingesta de medicamento:			
a) cuatro	18.26	6.36 - 54.28	0.000
b) dos a tres	6.90	2.75 - 17.71	0.000
Ayuda para asistir al médico:			
a) siempre	10.63	3.03 - 44.49	0.000
b) algunas veces	7.62	2.14 - 32.31	0.000
Descontrol de enfermedades	6.16	2.92 - 13.24	0.000
Antecedentes de alcoholismo en la familia	14.54	3.35 - 88.66	0.000
Antecedentes de situaciones violentas en la familia	3.84	2.06 - 7.21	0.000
Violencia transgeneracional	2.36	1.24 - 4.52	0.004

* Razón de momios para la prevalencia

** Intervalo de confianza a 95%

*** Significancia estadística

* Fuente UMF 20

Figura 1 Gráfica de barras que representa el porcentaje del género del AM.

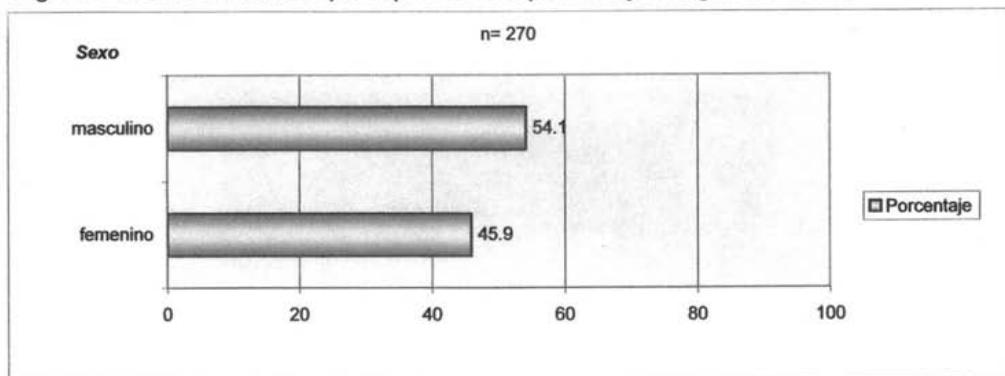


Figura 2 Gráfica de pastel que representa el porcentaje por grupos de edad del AM

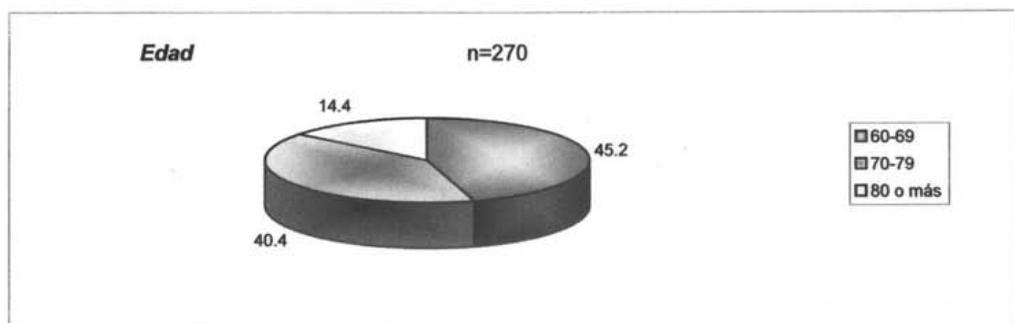


Figura 3 Gráfica de barras que representa el porcentaje de nivel de riesgo para maltrato del AM

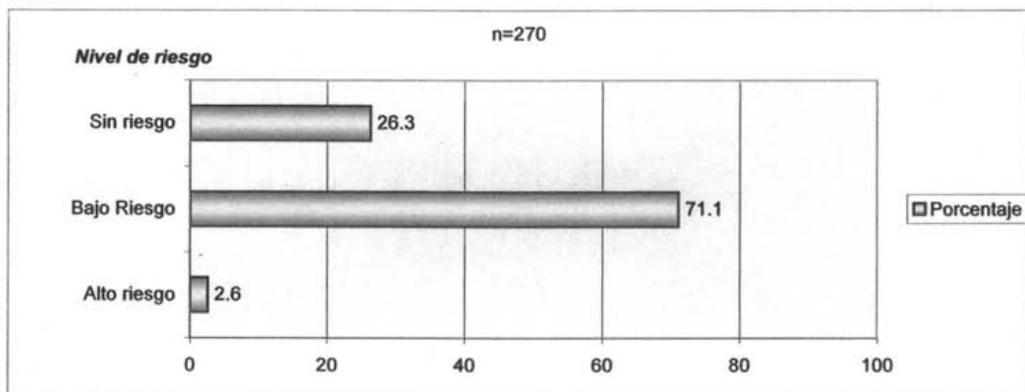


Figura 4 Gráfica de barras que representa el porcentaje del tipo de familia del AM

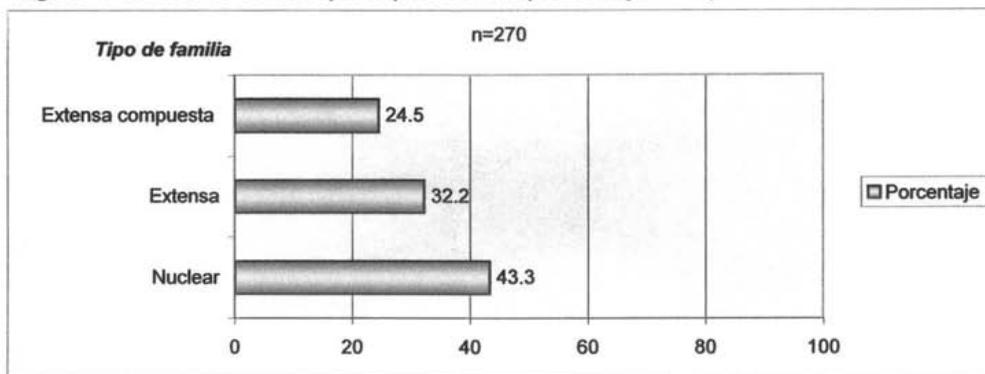


Figura 5 Gráfica de barras que representa el porcentaje de multipatología del AM

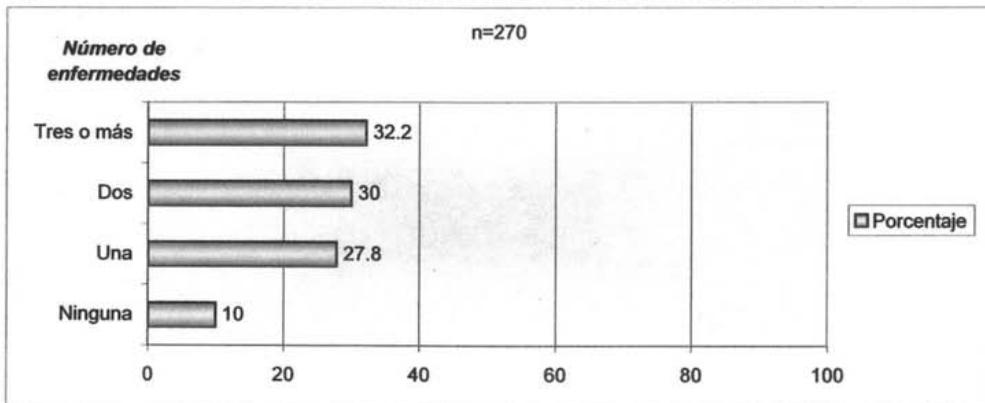
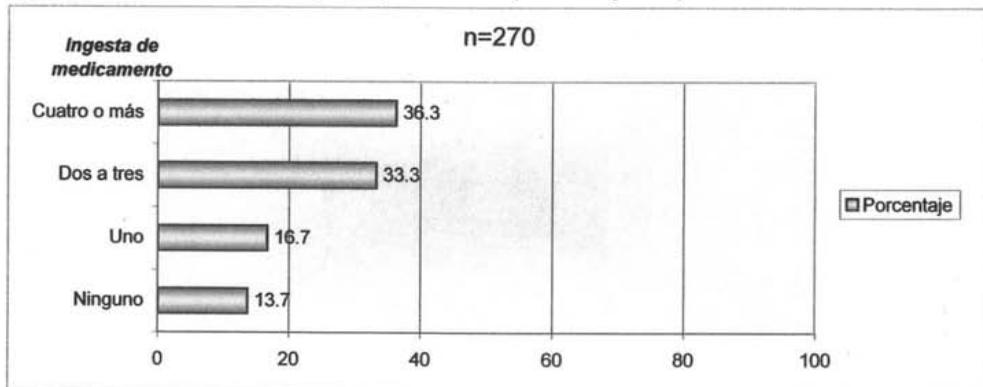


Figura 6 Gráfica de barras que representa el porcentaje de polifarmacia en el AM



DISCUSION.

Un elevado porcentaje de Adultos Mayores (AM) en nuestro país son vulnerables de ser maltratados. La carta de Ottawa estableció como requisitos para la salud: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Tomando en consideración los fenómenos de la transición demográfica y epidemiológica, como una consecuencia de la disminución en las tasas de mortalidad, aunado al desarrollo económico, político y social de los países el incremento en la esperanza de vida se ha vuelto una realidad, como también es una frase que dice "debemos agregar vida a los años y no años a la vida".

De los 270 AM de 60 a 80 años y más en la UMF 20 se encontró que predominó el sexo femenino, siendo esto similar a estudios previos ^(13,19,40) sin embargo se obtuvo un resultado significativo de que el pertenecer al sexo masculino era un factor protector para no sufrir maltrato.

Con relación a la edad el intervalo de 60 a 69 años, es en nuestro estudio el predominante, coincide sólo en un estudio previo realizado en el INSEN ⁽⁴¹⁾, Aunque cabe mencionar que esto difiere con otros estudios en donde la edad promedio fue de 70 -79 años ^(10,19,39). Después de someter las variables a estratificación y ponderación se halló que el pertenecer al grupo de 80 años y más eleva el riesgo asociado para maltrato en una proporción de siete veces más que los restantes grupos de edad.

En cuanto al tipo de familia, la nuclear es la que destacó en el grupo del AM, Sin embargo la familia extensa es la que relacionó con un factor asociado para maltrato. Estos hallazgos coinciden con estudios anteriormente realizados en donde se pudo observar que el pertenecer al mismo tipo de familia también tenía este riesgo. ^(19,41)

Con respecto al aporte económico predominó que el AM siempre participaba para la economía familiar, esto no se evidenció en artículos previos en donde se llegó a la conclusión de que la mayoría de las veces el aporte económico no dependía de ellos. ^(10,12,39) y aunque participen económicamente, también dependen en forma parcial de otro miembro de la familia generalmente supeditados a la ayuda de un hijo e incluso viviendo en el mismo núcleo familiar ^(13,19).

Nuestra población de estudio destacó la independencia del AM para sus actividades básicas de la vida diaria. Esto tiene similitud con otros reportes en donde se buscaban factores de riesgo para maltrato del AM , en donde se demuestra que la dependencia en las actividades de la vida diaria sólo era en el 20 % ^(19,40)

Con respecto a la identificación de pluripatología llama la atención un reporte realizado en la UMF 41 en el 2001, en donde se manifestó que sólo en el 4.3% de la población en estudio tenía este antecedente. ⁽⁴⁰⁾ A diferencia de nuestro resultado donde el 36.3% de los AM padecían 3 o más enfermedades, coincidiendo con un estudio realizado por expertos en el área de Geriátrica en el HGZ 27 del IMSS en donde se encontró un 33.5% ^(19,39,40)

En cuanto a la polifarmacia encontramos que esta condición predominó, esto coincide con otros estudios en donde se observó que el mayor porcentaje oscila en el uso de cuatro o más medicamentos. ^(19,39,40)

Un estudio previo manifestó similitud en cuanto al rubro de ayuda para acudir al médico, en donde demostró que el 37 % de los AM requerían dicha asistencia ⁽¹⁹⁾, la gran mayoría,(más del 50% de los casos), todavía con capacidades íntegras acudían solos a la consulta. Del resto con dependencia sólo 22 % reciben esa ayuda en forma oportuna y amable, a diferencia de otro estudio en donde sólo el 7% no la obtenía de esta manera. ⁽¹⁹⁾

En lo que se refiere a los adultos mayores que mostraban descontrol de sus enfermedades, el 43 % ameritaban internamiento en el servicio de Urgencias, observándose un porcentaje muy alto , a diferencia de otro estudio en donde sólo requirieron ingresos a los servicios de hospitalización un 7%. ⁽¹⁹⁾

Altísimo índice de alcoholismo en los adultos mayores con un 40.8 % y 22.6 % en algún miembro de la familia, siendo estas cifras casi iguales a las de otra investigación ⁽¹⁹⁾

Así mismo un incremento exagerado en el antecedente de violencia doméstica y transgeneracional con un 53.7% y 77.1% respectivamente en comparación a otro estudio ⁽¹⁹⁾ en donde obtuvieron sólo 6% y 7% en relación con lo anteriormente mencionado.

Como variable agregada se identificó al cuidador principal en donde el resultado reflejó que los AM son cuidados por sus hijos, y en seguida por el cónyuge coincidiendo con estudios previos ^(13,19,41)

La ayuda en general que necesita el AM, la recibe en forma oportuna y amable en más del 50% de los casos no encontrando estudio comparativos para esta variable.

En un estudio realizado de octubre de 1997 al 30 de abril de 1998 se logró discriminar alto riesgo en 12.5%, bajo riesgo en el 51% y sin riesgo 36.5% de los AM, a diferencia de los resultados obtenidos en el presente estudio donde 2.6 % se encontraban con alto riesgo , 71.1% en bajo riesgo y 26.3% sin riesgo.⁽¹⁹⁾

CONCLUSIONES

En el presente estudio observamos que existen varios factores que pueden estar asociados a este maltrato, como son, la edad del adulto mayor, la aportación económica que éste puede otorgar o no, inclusive el tipo de familia al que pertenece y si requiere ayuda para las actividades de la vida diaria o no, ya que de alguna manera resulta, una carga no sólo económica si no también de cuidado para la familia y/o el cuidador. Así mismo la dependencia para acudir al médico representa un factor asociado, el número de enfermedades, la polifarmacia, son situaciones que aumentan su riesgo, ya que esto incrementa las necesidades de asistencia a la familia y si además su estado de salud sufre descontrolados frecuentes que ameritan internamiento, esto intensifica el factor asociado.

Cabe mencionar que el antecedente de alcoholismo y situaciones de violencia en la familia son variables de estudio asociadas fuertemente a la presencia de maltrato, no importando las condiciones del AM, es curioso el observar que cuando existió el antecedente de violencia transgeneracional aparentemente esto no constituye un factor importante.

Es necesario resaltar que el maltrato es un poderoso obstáculo para crear un ambiente favorecedor de salud, afecta a los adultos mayores por lo que se hace necesario detectar los factores asociados, condicionantes del maltrato en las personas de la tercera edad con el objeto de prevenir o atenuar sus consecuencias. En este estudio el pertenecer al género masculino constituye un factor protector para el maltrato, muy probablemente relacionado a tradiciones culturales.

Se logró discriminar que los adultos mayores de la UMF No 20 tienen determinadas condiciones, que se presentan como factores asociados a la probabilidad de padecer maltrato, y algunos de manera más fuerte que otros.

Existen características biopsicosociales del AM que favorecen la aparición de factores asociados para sufrir maltrato, los cuales fueron: rango de edad, género, tipo de familia, aporte y dependencia económica, necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria y asistencia médica, número de enfermedades, ingesta de medicamentos, descontrol de enfermedades, antecedentes de alcoholismo en algún miembro de la familia, así como violencia doméstica y transgeneracional.

La edad constituye una variable importante incrementándose el factor asociado conforme aumenta la edad. El que el AM no ayude económicamente a la familia es un factor asociado que se incrementa cuando la dependencia económica es total, lo cual nos habla del valor que se le da al dinero, en una sociedad hedonista.

Las variables "ayuda para las actividades de la vida diaria", "ingesta de medicamentos" y "numero de enfermedades", resultan con gran significancia estadística, resultando una carga para la familia, y por lo tanto aumentado la probabilidad de maltrato de manera exponencial.

La presencia de alcoholismo en la familia es un factor con alta probabilidad de maltrato relacionado a la sociedad violenta en la que vivimos.

Es de llamar la atención que a pesar de la evolución moderna en relación con los derechos de la mujer, el pertenecer al género masculino constituye un factor protector para maltrato.

Debemos tomar en cuenta que ya que el diseño de nuestro trabajo es descriptivo transversal, el poder de nuestras asociaciones no es tan fuerte, como podría serlo para otro tipo de estudio, sin embargo estas observaciones deben ser tomadas en cuenta, por el personal de salud que atiende a pacientes de la tercera edad, ya que en una población como la de esta unidad en la que 26,742 derechohabientes son adultos mayores, un total de 19,521 poseen factores asociados para maltrato.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Staats DO, Koin d Elder abuse Geriatric Medicine, Cassel CK 1990:2,640-646
- 2) Lorenzo García, Pichardo Fuster A, Pedrero Nieto L (cols) Síndrome de maltrato en el adulto mayor .Archivo Geriátrico 2001; 4 (2) 52-56
- 3) Randal J, German T. The ageing and development report: poverty, independence, and the world's people, help age International 1999
- 4) Anzola D, Galinsky D. Morales MF, (cols) La atención de los ancianos un desafío para los años noventa. Publicación científica No.546 Washington: OPS/OMS 1994:34-41
- 5) Burston GR. "Granny battering". British Medical Journal 1975, 3:592.
- 6) Hudson MF. Elder mistreatment: a taxonomy with definitions by Delphi. Journal of Elder Abuse and Neglect 1991, 3:1-20
- 7) LastellP. The emergence or the third age. En Lorieux Remy,Vilqui ed. Populations agess et evolution grise les humaines et les societes face a leur viell semennts Bruselas Institute Demographic ,Université Catholique de Loavain; 1990
- 8) Brown AS. A survey on elder abuse in one Native American tribe. Journal of Elder Abuse and Neglect, 1989 1:17-37.
- 9) What is elder abuse? Action on Elder Abuse Bulletin,1995, 11 (May-June).
- 10) OMS,Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Capítulo 5 El maltrato de las personas mayores 1ª Edición Octubre 2002 Mashigton DC.Organización Panamericana de la Salud (OPS) 135-158
- 11) Tomita SK. Exploration of elder mistreatment among the Japanese. En: Tatara T, ed. Understanding elder abuse in minority populations. Filadelfia, PA, Francis & Taylor, 1999:119-139.
- 12) Wolf RS, Maltrato del anciano. La atención a los ancianos un desafío para los noventa 1ª ed. OPS 1994: 396-403
- 13) Pichardo FA, Pedrero NL,Síndrome del viejo y cuidador maltratado.ConMed Funsalud México 1996.2,20: 20-25
- 14)Mc Donald AJ Abrahams ST Urgencias Sociales en el anciano,Clinicas de Medicina Geriátrica 1993,503-521

- 15) O'Malley TA, Everitt DE, O'Malley HC, et al Identifying and preventing family mediated abuse and neglect of elderly persons. *Annals of Internal Medicine* 1983,98-105
- 16) Lachs M, Pillemer K. Abuse and neglect *JAMA* 1987;257 (7) 966-971
- 17) Cammer PE, Meier DE, Goldstein T et al. Elder abuse and neglect: How to recognize warning signs and intervene. *Geriatrics* 1995: 50 (4) 47-51
- 18) Coyne AC, Reichman WE, Berbig LJ, The relations between dementia and elder abuse. *Am J psychiatry* 1993.150 (4) 643-646
- 19) Figueroa VS, Alvarado ML, Amozorrutia AV (cols) Factores de riesgo para maltrato del adulto mayor. *Archivo Geriátrico* 2003 (6) 4-8
- 20) Canadian Centre for Justice Statistics. Family violence in Canada: a statistical profile 2000. Ottawa, Health Canada, 2000.
- 21) Schiamburg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79– 103
- 22) Carp RM. Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research. Nueva York, NY, Springer, 2000.
- 23) Wolf RS, Pillemer KA. Helping elderly victims: the reality of elder abuse. Nueva York, NY, Columbia University Press, 1989.
- 24) Bristowe E, Collins JB. Family mediated abuse of non-institutionalised elderly men and women living in British Columbia *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:45–54.
- 25) Steinmetz SK. Duty bound: elder abuse and family care. Thousand Oaks, CA, Sage, 1988.
- 26) Eastman M. Old age abuse: a new perspective, 2nd ed. San Diego, CA, Singular Publishing Group, Inc., 1994.
- 27) Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 1990, 301:1359–1362.
- 28) Cooney C, Mortimer A. Elder abuse and dementia: a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 1995, 41:276–283.
- 29) Reis M, Nahamish D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 1998,38:471–480.

- 30) Hamel M et al. Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *The Gerontologist*, 1990, 30:206–211.
- 31) Nolan MR, Grant G, Keady J. Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping. Buckingham, Open University Press, 1996.
- 32) O'Loughlin A, Duggan J. Abuse, neglect and mistreatment of older people: an exploratory study. Dublin, National Council on Ageing and Older People, 1998 (Report No. 52).
- 33) Phillips LR. Theoretical explanations of elder abuse. En: Pillemer KA, Wolf RS, eds. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, MA, Auburn House, 1989:197–217.
- 34) Grafstrom M, Nordberg A, Winblad B. Abuse is in the eye of the beholder. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 21:247–255.
- 35) Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:65–74.
- 36) Booth BK, Bruno AA, Marin R. Psychological therapy with abused and neglected patients. En: Baumhover LA, Beall SC, eds. *Abuse, neglect, and exploitation of older persons: strategies for assessment and intervention*. Baltimore, MD, Health Professions Press, 1996:185–206.
- 37) Goldstein M. Elder mistreatment and PTSD. En: Ruskin PE, Talbott JA, eds. *Aging and post-traumatic stress disorder*. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1996:126–135.
- 38) Lachs MS et al. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 1998;280:428–432.
- 39) Vidales O. J, Pichardo F. A. Escala para diagnosticar el síndrome de abuso (maltrato) al adulto mayor 2003;6,13-17.
- 40) Figueroa VS, Alvarado ML, Lopez G. M (cols) Trato en la familia hacia el adulto mayor 2001 (4) 3-5
- 41) Martinez N. D, Gutierrez H.R (cols). El adulto mayor y la violencia 2001 (4) 96-97.

ANEXOS

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Consentimiento informado.

El maltrato en los ancianos es un acto que se presenta desde la antigüedad y solo hasta hoy se le ha dado la importancia que debe tener, ésta puede ser por parte de autoridades, desconocidos, delincuentes, incluso la familia.

El presente cuestionario servirá para detectar las características biológicas, psicológicas y sociales como factores asociados para maltrato en el adulto mayor.

El presente trabajo no representa riesgos para usted o su familia, ya que ésta no será enterada.

La información que usted proporcione será confidencial, se aclararán dudas de forma verbal y todas ellas habrán de ser resueltas de manera satisfactoria.

Entendiendo la finalidad del estudio.

Doy mi consentimiento: SI _____

NO _____

NOMBRE Y FIRMA:

“CÉDULA PARA LA DETECCIÓN DEL NIVEL DE FACTORES DE RIESGO PARA MALTRATO DEL ADULTO MAYOR”

1. EDAD: 60-69 (3), 70-79 (6) y \geq 80 años (8)
2. SEXO: Masculino: (6) Femenino (4)
3. FAMILIA: Nuclear: (5), Extensa: (6) y Extensa compuesta (7)
4. ¿APORTA USTED DINERO A LA ECONOMIA FAMILIAR?
Siempre (1) Algunas veces (5) Nunca (8)
5. ¿DEPENDE USTED ECONÓMICAMENTE DE OTRA PERSONA?
Sí (8) No (1)
6. ¿NECESITA DE AYUDA PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA TALES COMO: TOMAR SUS MEDICINAS, ALIMENTARSE, BAÑARSE, ETC?
Siempre (10) Algunas veces (5) Nunca (0)
7. ¿CUANTAS ENFERMEDADES PADECE USTED?
Ninguna (0) Una (2) Dos (3) Tres ó Más (6)
8. ¿CUANTOS MEDICAMENTOS TOMA USTED?
Ninguno (0) Uno (1) Dos a tres (2) Cuatro o más (5)
9. ¿NECESITA AYUDA PARA ACUDIR AL MÉDICO?
Siempre (10) Algunas veces (5) Nunca (0)
10. ¿RECIBE ESA AYUDA CON OPORTUNIDAD Y AMABILIDAD?
Siempre (0) Algunas veces (3) Nunca (8)
11. ¿CON FRECUENCIA SE DESCOMPENSA DE SUS ENFERMEDADES Y TIENE QUE SER LLEVADO A URGENCIAS?
Siempre (10) Algunas veces (3) Nunca (0)
12. ¿TOMA USTED BEBIDAS ALCOHÓLICAS?
Siempre (10) Algunas veces (4) Nunca (0)
13. ¿ALGUIEN DE SU FAMILIA TIENE PROBLEMAS CON EL ALCOHÓL?
Sí (8) No (1)
14. ¿EXISTEN SITUACIONES VIOLENTAS EN SU FAMILIA?
Siempre (10) Algunas veces (5) Nunca (0)
15. ¿CUANDO SUS HIJOS ERAN NIÑOS, USTED LOS GOLPEABA?
Siempre (10) Algunas veces (5) Nunca (0)
16. ¿QUIEN LE PROPORCIONA LA AYUDA QUE USTED NECESITA?

Pregunta sin

valor, identifica al cuidador principal.

17. ¿CUANDO USTED NECESITA AYUDA LA RECIBE CON OPORTUNIDAD Y EN FORMA AMABLE?

Siempre (0) Algunas veces (5) Nunca (8)

PUNTOS DE CORTE:

A 89 PUNTOS ALTO RIESGO,
46 Y 88 PUNTOS BAJO RIESGO
45 PUNTOS SIN RIESGO

Figuroa VS, Alvarado ML, Amozorrutia AV (cols.) Factores de riesgo para maltrato del adulto mayor. Archivo Geriátrico 2003 ⁽⁶⁾ 4-8.