

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 21
TEPATITLAN DE MORELOS, JALISCO**



**“FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR
DERECHOHABIENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 167 EN ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA
JALISCO”**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:**

MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:
DRA. ROSALINA MORA ROJAS**

**ASESORES:
DRA. ALMA ROCIO DEL PILAR CRUZ LOPEZ
DRA. LILIA AGUIAR DELGADO**

TEPATITLAN DE MORELOS, JALISCO.
2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
HGZ # 21/UMF # 168 TEPATITLAN DE MORELOS, JALISCO.

**“FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR
DERECHOHABIENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 167
EN ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA, JALISCO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROSALINA MORA ROJAS
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS
GENERALES

TEPATITLAN DE MORELOS JALISCO.

FEBRERO DEL 2010.

**“FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR
DERECHOHABIENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 167
EN ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA, JALISCO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROSALINA MORA ROJAS.
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS
GENERALES

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

Dra. Alma Rocío del Pilar Cruz López.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES EN
TEPATITLAN DE MORELOS, JALISCO.

Dra. Alma Rocío del Pilar Cruz López.
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

Dra. Lilia Aguiar Delgado.
ASESOR CLINICO DE TESIS

Dr. Alberto Chaparro Torres
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD ACADEMICA

**“FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR
DERECHOHABIENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 167
EN ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA, JALISCO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROSALINA MORA ROJAS.

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

Agradecimientos

A DIOS POR SER MI GUIA

A mi esposo carlos a mis hijos carlos y larissa por todo su amor

A mis Padres Jose y Maria

A mis asesores

Dra. Alma Rocío del Pilar Cruz López.

Dra. Lilia Aguiar Delgado.

Dr. Alberto Chaparro Torres

por su guía incondicional y apoyo invaluable

A las siguientes instituciones:

Instituto Mexicano del Seguro Social

Universidad Nacional Autónoma de México

Por darme la oportunidad de desarrollarme y desenvolverme como un profesional de la salud

ÍNDICE

Titulo.....	1
Índice.....	6
Marco teórico.....	10
Planteamiento del problema.....	17
Justificación.....	19
Objetivos.....	20
Metodología.....	20
Universo de trabajo.....	20
Sitio de realización del estudio.....	20
Descripción general del estudio.....	20
Tamaño de muestra y tipo de muestreo.....	21
Variables del estudio.....	21
Variables dependientes.....	21
Variables independientes.....	21
Variables intervinientes.....	21
Definición de las variables.....	21
Operacionalización de las variables.....	22
Procedimientos.....	23
Consideraciones éticas.....	24
Resultados.....	25
Tablas y Graficas.....	26
Discusión.....	32
Conclusión.....	33
Referencias bibliográficas.....	34
Datos de identificación.....	36
Anexo 1.- hoja de consentimiento informado.....	37
Anexo 2.- hoja de recolección de datos.....	38
Anexo 3 .- cuestionario de sospecha de maltrato o detección del maltrato a personas mayores.....	39

RESUMEN

PALABRAS CLAVE: maltrato, adulto mayor

OBJETIVO. Determinar la Frecuencia de Maltrato en el Adulto Mayor derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar 167 de zona metropolitana en Guadalajara, Jalisco

METODOLOGÍA. Observacional, Transversal y descriptivo. Pacientes con edad igual o mayor a 65 años, que acudieron a consulta externa de medicina familiar. Se empleo recolección de información con procesamiento estadístico SPSS versión 10 y redacción del mismo. La descripción de las variables categóricas: maltrato, tipos de maltrato; físico, psicológico, sexual, social, negligencia, genero, estado civil, dependencia económica o física, enfermedad co-mórbida, necesidad de cuidador. Se realizo con frecuencia simple y porcentaje, la descripción de las variables numéricas. Edad, se realizo con media y desviación estándar para la comparación de las variables se utilizara de acuerdo a χ^2 .² Obteniendo una significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS: Fueron 324 adultos mayores de 65 años. Lo que correspondió al 35% del total del tamaño muestral calculado. En relación con el maltrato se observo una frecuencia de 36.3 % que si recibieron maltrato y 63.7% no reciben maltrato correspondiendo 100% del total de la muestra. En relación con el tipo de maltrato predomino el psicológico 16.9%, continuo el físico 10.8%, social 5.8%, negligencia 3.4% en un total 117 adultos mayores. La edad es un parámetro indispensable para valorar el maltrato con ello se detecto que el grupo con mayor frecuencia es de 65 – 75 años con un porcentaje de 72.6%. En cuanto al estado civil, predomino el adulto mayor en la viudez, prosiguiendo el casado, soltero y por último el divorciado. En relación de edad con la dependencia, se observo que la dependencia económica es la más frecuente. En relación con la edad y enfermedad se observa predominio en pacientes con hipertensión Arterial continuando con la Diabetes mellitus y por ultimo con Insuficiencia Renal Crónica, siendo el grupo de 65 -75 años el más afectado. En relación de edad con la necesidad del cuidador se observo que la edad que más lo requirió es el grupo de

76 -85 años. En relación a tipo de maltrato con el estado civil se observo que los viudos reciben más maltrato psicológico.

CONCLUSIÓN: Frecuencia de maltrato 36% el más común fue el psicológico seguido del físico, social y finalmente por negligencia. El grupo de edad de 65 a 75 años fue el más afectado, la dependencia económica es la más frecuente. La enfermedad más común es la hipertensión arterial seguida de DMII. La necesidad de cuidador fue mayor de los 76 a 85 años y la viudez recibe mayor maltrato psicológico

ABSTRACT

KEY WORDS: mistreatment, major adult.

OBJETIVE: To determine the Frequency and type of Mistreatment in the Major Adult.

METHODOLOGY: Observational, Transverse and descriptive. Patients with age equal or bigger than 65 years, which came to external consultation of familiar (family) medicine. I use compilation of information with statistical processing SPSS version 10 and draft of the same one. The description of the categorical variables: mistreatment, types of mistreatment; physical, psychological, sexual, social, negligence, I generate, marital status, economic or physical dependence, disease morbid co, keeper's need. I realize often simply and percentage, the description of the numerical variables. Age, I realize with average and standard diversion for the comparison of the variables Categorical: mistreatment, types of mistreatment; physical, psychological, sexual, social, negligence, I generate, marital status, economic or physical dependence, disease morbid co, keeper's need. I realize often simply and percentage, the description of the numerical variables. Age, I realize with average and standard diversion for the comparison of the variables was in use in agreement to X^2 . Obtaining a statistical significance with a value of $p < 0.05$.

RESULTS: he proves to be 324 65-year-old major adults. What corresponded (fitted) to 35 % of the whole of the sample calculated size. In relation with the mistreatment I observe a frequency of 36.0 % that if they received mistreatment and 63.7 % do not receive mistreatment corresponding (fitting) 99.7 % of the whole of the sample. In relation with the type of mistreatment I prevail predominate over the psychological one 16.9 %, continue the physicist 10.8 %, social 5.8 %, negligence 3.4 % in a whole 117 major adults. The age is an indispensable parameter to value the mistreatment with it I detect to them that the group with major frequency is of 65 - 75 years with a percentage of 72.6 %. As for the marital status, I prevail the major adult in the widowhood, continuing married, single and finally the divorcé. In relation of age with the dependence, I observe that the economic dependence is the most frequent. In relation with the age and disease predominance is observed in patients by Arterial hypertension continuing with the Diabetes mellitus and finally with Renal Chronic Insufficiency, being the group of 65-75 years the most affected. In relation of age with the need of the keeper I observe In relation to type of mistreatment with the marital status I observe that the widowers receive more psychological mistreatment. **CONCLUSION:** Frequency of mistreatment 36 % the common mass was the psychological followed one of the physicist, social and finally for negligence. The group of age of 65 to 75 years was the affected; the economic dependence is the frequent. The disease most common is the arterial hypertension followed DMII's. The keeper's need was bigger of the 76 than 85 years and the widowhood receives major psychological mistreatment

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento es un proceso natural, genéticamente programado, de transformaciones biológicas y psíquicas con amplias repercusiones en la esfera de relación del individuo. El maltrato a los viejos es poco visible, pues ocurre a puertas cerradas y tanto la víctima como el victimario se encargan de guardar bien el secreto. (1)

La violencia orientada a las personas ancianas no es un fenómeno nuevo, ha existido siempre en la trama social y puede ser comparada con un iceberg. (1,18) por cada caso que se conoce, en EEUU uno de cada 25 viejos son maltratados, Canadá reporta del 1 – 20 %, Inglaterra el 3.2%, en México se calcula en el 35%, en España, en 1999 se reporto maltrato dentro de las 10 primeras causas de egreso con 10.8%, con prevaecía del 25.9% (1)

La violencia tiene un impacto decisivo en las condiciones de vida de las personas, pues atenta contra su integridad física y emocional y contra su supervivencia: menoscaba su calidad de vida y a la larga, erosiona las redes básicas de interacción social que sustentan en el desarrollo de una comunidad. (2)

El abuso o maltrato en el adulto mayor definido 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 y se clasifica en abuso físico incluye en golpear, molestar sexualmente, restricciones físicas e infligir dolor o enfermedad corporal. El mas frecuente es el abuso psicológico; incluye amenazas verbales, miedo, asilamiento, trato despótico, humillaciones e insultos. 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. El maltrato es un poderoso obstáculo para crear un ambiente favorecedor de salud ya que interfiere en la calidad de vida del adulto mayor, por lo que es una necesidad detectar y cuantificar los factores de riesgo condicionantes de maltrato

en las personas de la tercera edad con el objeto de prevenir o atenuar sus consecuencias. (3)

Lachs y Fulmer proponen algunas teorías en relación con el maltrato tales como: Aprendizaje social o Violencia Transgeneracional, Teoría del cuidador estresado, Teoría del aislamiento, Teoría de la dependencia y la Teoría de la Psicopatología del Maltratador. (3, 8)

Los mayores de 75 años son más vulnerables a sufrir abuso. Un factor que interviene en forma importante en la génesis del síndrome es el bajo nivel escolar (ignorancia), ya sea en el anciano o en el cuidador y las dependencias físicas y económicas, mala red de apoyo comunitario o familiar con agresiones físicas o verbales. Los cuidadores cuando son miembros de la misma familia máxime cuando dedican más de 40 horas a la semana lo que se acompaña de frecuentemente de fatiga o colapso del cuidador motivando el abuso. La presencia de patologías incapacitantes como las demencias o las secuelas de un ictus. (4)

El número de ancianos aumenta y surgen reportes en la literatura sobre el síndrome de abuso o maltrato al adulto mayor (SMAM), la identificación de factores de riesgo, permite detectar el SMAM y al no existir una escala clinimétrica se propone la realización de ella, que identifique los factores de riesgo y permita conocer la prevalencia en la unidad de agudos del servicio de geriatría del hospital general de México, mediante una encuesta transversal, con significancia estadística $p < 0.0001$.

La escala de diagnóstico de SMAM, incluye 16 variables o ítems, con una calificación posible de 29 puntos, con 3 puntos de corte para evaluar de la siguiente manera:

1. Bajo riesgo de maltrato 0-7 puntos
2. Mediano riesgo de maltrato 8-13 puntos
3. Alto riesgo de maltrato más de 14 puntos

La sensibilidad y especificidad que permite evaluarla como prueba negativa (0-7 puntos) o positiva (más de 8 puntos) es de sensibilidad 100% y especificidad del 95%.

La escala se diseñó como una herramienta diagnóstica, sin intención de suplantar el juicio clínico, por lo que en caso de sospecha se deberá realizar una investigación exhaustiva para determinar el SMAM. Se anexa escala clinimétrica (4)

El maltrato al anciano es una conducta destructiva que está dirigida a una persona mayor, que según su intensidad o frecuencia puede producir efectos nocivos de tipo físico, psicológico, financiero, descuido sexual, negligencia de derecho y su dimensión (daño, frecuencia, severidad, duración e intensidad). (5,19, 20)

De acuerdo a quienes maltratan al anciano el 80% recibió maltrato familiar, 76.6% tuvo maltrato social que recibió por otros y 50.9% el maltrato fue psicológico por parte de la familia. (5, 17)

La tendencia mundial al aumento de la población de 65 años y más; es tanto así, que las estadísticas revelaron un incremento de la misma de 13.4% en el año 2000 y para el 2025 se pronostica 21%. (5, 8,12)

Los tipos de maltrato en el adulto mayor considerados más frecuentemente son: físico, emocional, financiero, negligencia, auto negligencia, sexual y misceláneo de acuerdo al National Aging Resource Center on Elder abuse (NARCEA). (6)

Abuso físico: Daño o dolor causado por otra persona.

Abuso psicológico: Aflicción o angustia mental, insultos verbales o no verbales, humillación, infantilización o amenazas.

Negligencia: Incapacidad del cuidador de brindarle los cuidados básicos necesarios y puede ser activa o pasiva.

Auto negligencia: Incapacidad de proporcionarse a sí mismo los cuidados básicos que requiere.

Abuso financiero o explotación: Uso inapropiado o ilegal del dinero o propiedades del adulto mayor, incluyendo robo o coerción.

Abuso sexual: Contacto íntimo sin consentimiento. (6)

Los primeros artículos médicos publicados describían casos de abusos a ancianos maltratados por sus familiares. Se identificó la capacidad mental con un factor determinante y se analizó el estrés de los cuidadores. En la década de los 80 se insistió en la dependencia de la víctima respecto de su agresor, junto con el estrés que soportaba el cuidador en estas situaciones. El número de hombres

superaba a las mujeres con 52 y 48% respectivamente. En cuanto a los responsables, en el 58% de los casos se trataba de los cónyuges y el 42.5% de los hijos adultos. Aquellos cuidadores que admiten haber maltratado física o verbalmente a sus víctimas, muestran puntuaciones altas en las subescalas de depresión (cuestionario de Depresión de Beck). El cuidado de los ancianos no está definido por unas normas sociales claras. Las cuestiones sobre quien debería proporcionar los cuidados y en qué términos, se encuentra en estados de fluctuación. El fenómeno del maltrato, puede ser una expresión de esta incertidumbre, haciendo resaltar finalmente la complejidad de los abusos como cuestión social. (7)

La prevalencia de los casos de abuso en el anciano no es fácil de obtener debido algunos factores como el miedo al desquite, la vergüenza, el sentimiento de culpa, la incapacidad de contestar a los cuestionarios o la presencia de demencia. Hay un numero de hallazgos clínicos y observacionales, que cuando están presentes, hacen altamente sospechoso el diagnostico de abuso, y ellos incluyen lesiones múltiples en varios estadios de evolución, lesiones inexplicadas, retraso en buscar tratamiento, lesiones con historias inconsistentes, explicaciones contradictorias tomadas del paciente y quien lo cuida, hallazgos de laboratorio que indiquen sobredosis de medicamentos, magulladuras, marcas, laceraciones, quemaduras, enfermedades venéreas o genitales, malnutrición, deshidratación, úlceras de decúbito, pobre higiene, signos de retiro, depresión, agitación o conducta infantil. Nuestro país no está exento de esas estadísticas, y con el desarrollo de la salud pública cubana tenemos actualmente un 13 % de la población con 65 años y más, y este fenómeno va en ascenso. Como resultado de ello el número de casos de abuso en el anciano se incrementará, y el impacto de este abuso sobre los índices de salud pública crecerá. (8,19)

Algunos autores sugieren el análisis del maltrato a los ancianos en tres perfiles:

- 1.- Indicativo del maltrato físico y psicológico
- 2.- Descuido o negligencia
- 3.- Maltrato económico y financiero. (9)

Es de todos conocido el elevado índice de violencia a la que está expuesta la población mexicana, directa o indirectamente, y tanto en el ámbito público como en el privado. (10)

La OMS lanza desde el 2002 una campaña mundial de prevención de la violencia, siendo su objetivo sensibilizar sobre el problema de la violencia interpersonal (incluido el maltrato al anciano) en el plano internacional, subrayar el papel de la salud pública en su prevención y ampliar las actividades preventivas a escala mundial, regional y nacional. Formulando recomendaciones sobre acciones relacionadas con el bienestar de las personas mayores y su incorporación al proceso del desarrollo. Previéndose que se triplique de 672 millones en 2005 a casi 1900 millones en 2050. (11, 12)

De cada millón de personas que cumple 60 años cada mes, 80% se encuentran en el mundo del desarrollo. Según estimaciones de INEI obtenida del censo del 2005, actualmente Perú tienen una población general de 27'219.000 habitantes, de los cuales el 8.7% corresponden a personas mayores de 60 años, que equivale a 2'308,000 personas. El interés sobre este inquietante problema apenas tiene una década de existencia en España. El interés del abuso contra el anciano inicia en USA en 1978 cuando se convoca una comisión gubernamental contra la violencia familiar y en 1986 se forma el comité nacional para la prevención del abuso al anciano. (12)

Informe del estudio nacional sobre incidencia del abuso en el anciano en USA, los diferentes tipos de maltrato: Negligencia 34.525 (48,7%), Abuso Psicológico 25.142 (35,4%), Abuso económico 21.427 (30,2%), Abuso Físico 18.144 (25,6%), Abandono 2.56 (3,6%), Abuso Sexual 219 (0,3%), Otros 994.

Estudio nacional sobre incidencia del abuso al anciano en USA (según grupo de edad en el año 2000). (12)

Edad 60-64años; negligencia 2,3 Abuso emocional 10,8, abuso físico 5,5, Abuso económico 3,1 Abandono 18,4.

Edad 65-69años; negligencia 5,9 Abuso emocional 9,5, abuso físico 9,8, Abuso económico 9,4 Abandono 0

Edad 70-74; negligencia 24,1 Abuso emocional 14,1, abuso físico 17,8, Abuso económico 10,8 Abandono 58,8

Edad 75-79; negligencia 15,9 Abuso emocional 24,3, abuso físico 23,3, Abuso económico 28,7 Abandono 58,8

Edad Mas 80; negligencia 51,8 Abuso emocional 41,3, abuso físico 43,7, Abuso económico 48 Abandono 19,8

La OMS en su informe mundial sobre la violencia, ha dado las pautas para la identificación del maltrato a personas mayores, de acuerdo a indicadores: ⁽¹³⁾

- **Físicos;** agresiones caídas, cortes, marcas, quemaduras, hematomas, lesiones no explicadas, pedido retirado de recetas, Desnutrición o deshidratación sin una causa que guarde relación con la enfermedad, poca higiene.
- **Conductuales y emocionales;** Cambios en los hábitos alimentarios o problemas para dormir, Actitud de temor, confusión o resignación, Pasividad, retraimiento, depresión, Indefensión, desesperanza o ansiedad, Afirmaciones contradictorias u otras ambivalencias que no son el resultado de la confusión mental, renuencia a conversar abiertamente, a persona evade el contacto físico con su cuidador, no lo mira a los ojos y evita la comunicación verbal, La persona mayor es dejada de lado por los demás.
- **Sexuales;** agresión sexual, cambios en la conducta, quejas frecuentes de dolores abdominales o hemorragias vaginales, anales inexplicadas, infecciones genitales recurrentes o hematomas alrededor de las mamas o zonas genitales.
- **Económico;** retiros de dinero incompatibles con los medios de la persona de edad, Cambio en el testamento o título de propiedad que deja la vivienda o el dinero a nuevos amigos o parientes, Falta de una propiedad, no puede encontrar joyas o efectos personales, movimientos sospechosos en la cuenta, falta de comodidades, pese a que la persona de edad podría permitirselas.
- **Indicadores relacionados con el cuidador;** El cuidador parece cansado o estresado, preocupado o indiferente, el cuidador culpa a la persona de edad por

ciertos actos, como la incontinencia, el cuidador trata a la persona de la edad como un niño o en forma inhumana, el cuidador tiene antecedente de abuso de sustancias psicotrópicas o de maltratar a otros, el cuidador se niega a que la persona de edad sea entrevistada sola, el cuidador se pone a la defensiva cuando se le pregunta algo; puede ser hostil o esquivo.

Con respecto a las denuncias por violencia familiar registradas por el programa nacional contra la violencia familiar y sexual (PNCVFS). (13)

Personas atendidas	Violencia psicológica		Violencia sexual		Total
	F	M	F	M	
CEM a nivel nacional					
60 años o mas					
Años	F	M	F	M	TOTAL
2005	860	240	7	1	1138
2004	856	267	7	0	1130
2003	801	276	0	0	1077
2002	815	304	0	0	1119

De acuerdo a la secretaria de salud, en México el Estado en que se documento mayor prevalencia de la violencia, es Quintana Roo, Aguascalientes acuso la prevalencia menor. (14)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato a los adultos mayores se convierte en un problema de salud, con un impacto severo en la calidad de vida y que afecta en forma directa su estado psicológico y físico con consecuencias irreparables que presentan los adultos mayores

El cuidado es muy importante en esta etapa de vida, ya que de ello depende la supervivencia y buena calidad de vida del adulto. Sin embargo, los abusos y descuidos hacia estos pacientes repercuten en un descontrol de enfermedades y que a la vez se desarrollen otras. Es alarmante la aparición de un número cada vez mayor de casos de maltrato al adulto mayor, con sus secuelas en aspecto biopsicosocial, y que con ello se incrementa su asistencia para atención a las diferentes unidades del sistema de salud y se vuelven frecuentadores de complicaciones provocadas por los cuidadores.

Valorando los altos costos en los tratamientos que se emplean para corregir los efectos de este maltrato, que son elevados y que van en aumento conforme crece nuestra población adulta, sin poder conocer a fondo la magnitud de este problema de salud, por ello mi interés en conocerlo y con ello intervenir en la detección temprana de factores de riesgo y detener su curso, para prevenir que es mi principal actividad.

Las consecuencias del maltrato, nos hacen reflexionar y buscar nuevas estrategias de prevención, detección y tratamiento, de esta práctica en una forma inicial: contribuyendo al bienestar del paciente y sus familias y sean funcionales, y no represente conflicto para el cuidado del anciano en sus hogares.

El conocer que porcentaje de nuestra población de adultos mayores se encuentran en riesgo de maltrato, nos da un panorama para planear estrategias para prevenir este problema de salud, y que los adultos mayores se encuentren con mejor calidad de vida biológica, psicológica, y social, y con esto disminuir costos a nuestro sistema de salud, y a su vez realizar nuestra labor como médicos de familia y llegar a mejor control de nuestros adultos mayores.

Con base a lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de maltrato del adulto mayor adscrito de la unidad de medicina familiar 167 de zona metropolitana de Guadalajara?

JUSTIFICACIÓN

- Magnitud: En México se calcula un 35% de maltrato al anciano, sin contar con estadísticas específicas de sexo.⁽¹⁾ Informe del estudio nacional sobre incidencia del abuso en el anciano en USA, los diferentes tipos de maltrato: Negligencia 34.525 (48,7%), Abuso Psicológico 25.142 (35,4%), Abuso económico 21.427 (30,2%), Abuso Físico 18.144 (25,6%), Abandono 2.56 (3,6%), Abuso Sexual 219 (0,3%), Otros 994. ⁽¹²⁾
- Trascendencia: El maltrato al anciano cada vez más se esta incrementando su número de casos impactando sobre la salud, favoreciendo el incremento de casos de depresión en el anciano y aislamiento, repercutiendo en su calidad de vida. volviéndose un problema social prioritario. Por cada caso que se conoce, en EE.UU. uno de cada 25 viejos son maltratados, Canadá reporta del 1 – 20 %, Inglaterra el 3.2%, en México se calcula en el 35%, en España, en 1999 se reporto maltrato dentro de las 10 primeras causas de egreso con 10.8%, con prevaecía del 25.9% ⁽¹⁾
- Vulnerabilidad: Las estrategias preventivas orientadas a reducir el maltrato de ancianos consisten en servicios de protección y apoyo, programas educativos y la declaración obligatoria de los casos (es decir, la exigencia legal de que los profesionales y demás personas en contacto con ancianos notifiquen los casos sospechosos), aunque se ha cuantificado pocas veces su eficacia. aun así, la identificación de las víctimas y de quienes corren el riesgo de serlo constituye un factor clave de la prevención ⁽⁷⁾
- Factibilidad: Este estudio es factible ya que es aplicable al tipo de población y la forma de abordarlos es parte de las actividades diarias de nuestra labor como médicos de familia.

OBJETIVOS.

° OBJETIVO GENERAL

Determinar la Frecuencia de Maltrato en el Adulto Mayor derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar 167 de zona metropolitana en Guadalajara, Jalisco

° OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Demostrar que genero es más frecuente de maltrato en los Adultos mayores.
- 2- Identificar el grupo de edad de mayor frecuencia de maltrato en adultos Mayores
- 3- Identificar formas más comunes de maltrato
- 4- Identificar enfermedades con mórbidas en el paciente con maltrato.
- 5- Identificar características sociodemográficas en el adulto mayor

HIPÓTESIS.

No aplica por tratarse de un estudio descriptivo

METODOLOGÍA.

- DISEÑO DEL ESTUDIO:
Observacional, Transversal y descriptivo
- CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO:

Se realiza en la Unidad de Medicina Familiar No. 167 de la Zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco.

- **DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE ESTUDIO:**

A todos los pacientes de ambos géneros con edad igual o mayor a 65 años, que acudan a consulta externa de medicina familiar en el tiempo estimado para el estudio.

- **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Se realiza un muestreo por conveniencia sacando del tamaño del universo que es de 4285 adultos mayores un error máximo aceptable de 5%, con un porcentaje estimado de la muestra del 35% y un Nivel deseado de confianza del 95% obteniendo un total de 324 pacientes, el cual corresponde a el tamaño de la muestra, por lo que está sujeto a la demanda de consulta en un lapso de 1 mes y medio y a la reunión de los criterios de inclusión

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Pacientes con 65 años y mayores de ambos géneros que acudan a consulta externa de medicina familiar con su autorización de participar en el estudio

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Pacientes con problemas psicológicos y psiquiátricos que impidan realizar el trabajo

Pacientes que no acepten participar en el estudio

PROCEDIMIENTOS:

- Se aplicó un instrumento de recolección de datos el cual se elaboró con intervención de los asesores, pasando por un proceso de validación y se clasificaron los ítems para su aplicación previamente, con previo consentimiento informado. Tomándose una muestra de 324 pacientes correspondientes a lo calculado

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESTADÍSTICO
MALTRATO	Comportamiento deliberado, que provoca daños físicos o psíquicos a otros seres, y se asocia, aunque no necesariamente a través de amenazas u ofensas.	CATEGÓRICA	SI NO	FRECUENCIA SIMPLE Y %
TIPOS DE MALTRATO	Físico: agresión produce daño físico, desfiguración o muerte. Psicológico: angustia mental en el anciano. Sexual: intimidación sexual realizada sin consentimiento utilizando la fuerza o amenaza. Social: no reconocimiento del anciano como figura de valor. Negligencia: incapacidad del cuidador de brindarle los cuidados básicos necesarios.	CATEGÓRICA	FÍSICO PSICOLÓGICO SEXUAL SOCIAL NEGLIGENCIA	FRECUENCIA SIMPLE Y %
EDAD	años cumplidos	NUMÉRICA	AÑOS	MEDIA RANGO DESVIACIONES ESTÁNDAR
GENERO	Característica sexual, masculina o femenina.	CATEGÓRICA	MUJER HOMBRE	FRECUENCIA SIMPLE Y %
ESTADO CIVIL	Soltero; no mantenga contrato matrimonial. Casado; cuando si contrato matrimonial ante una autoridad. Divorciado; existe contrato matrimonial nulificado. Viudo; Alguno de los cónyuges haya fallecido, Unión libre cuando el individuo conforme un vínculo familiar sin contrato matrimonial legal.	CATEGÓRICA	CASADO VIUDO SOLTERO DIVORCIADO UNION LIBRE	FRECUENCIA SIMPLE Y %
DEPENDENCIA ECONÓMICA O FÍSICA	Económica: Adulto vive del aporte pecuniario de otro miembro. Física: Dependencia por pérdida de funciones básicas.	CATEGÓRICA	ECONÓMICA FÍSICA NINGUNA	FRECUENCIA SIMPLE Y %
ENFERMEDAD COMÓRBIDA.	Desequilibrio en los <u>mecanismos</u> que originan por la alteración anatómica y funcional.	CATEGÓRICA	DIABETES MELLITUS HIPERTENSIÓN ARTERIAL INSUFICIENCIA RENAL DEMENCIA SENIL	FRECUENCIA SIMPLE Y %
NECESITA CUIDADOR	Adulto dependiente de otra persona para actividades diarias vitales.	CATEGÓRICA	SI NO	FRECUENCIA SIMPLE Y %

ANÁLISIS DE DATOS:

Forma de captura de los Datos:

Se vació en software de Microsoft EXCEL 2003. Se empleo recolección de información con procesamiento estadístico SPSS versión 10 y redacción del mismo.

Pruebas estadísticas a Utilizar:

La descripción de las variables categóricas: maltrato, tipos de maltrato; físico, psicológico, sexual, social, negligencia, genero, estado civil, dependencia económica o física, enfermedad con mórbida, necesita cuidador. Se realizaran con frecuencia simple y porcentaje, la descripción de las variables numéricas. Edad, se realizaran con media y desviación estándar para la comparación de las variables se utilizara de acuerdo a χ^2 Obteniendo una significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de investigación se clasifica como un estudio clase I en la Ley General de Salud de México y con base en los lineamientos de dicha clasificación se consideraran los siguientes:

- Los procedimientos de este estudio estarán de acuerdo con las normas éticas internacionales, con el Reglamento de la Ley General en materia de Investigación para la Salud, y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989.
- Título segundo, capítulo 1, artículo 17, sección 1, Investigación sin riesgos.
- Se requerirá consentimiento bajo información (anexo numero 2) ya que toda investigación en la que participen seres humanos es necesaria su autorización.
- Se respetarán aspectos de confidencialidad, autonomía, no daño y beneficio de paciente.
- En este estudio se contemplaran los siguientes aspectos:

Participación voluntaria: Se solicitará al paciente a través de su consentimiento informado en el cual la paciente será libre de participar o no según propia decisión después de haber escuchado los objetivos del estudio.

Consentimiento informado: Se realizará por escrito en donde se le explicará claramente a la paciente quiénes son los responsables del estudio, los objetivos, los procedimientos a realizar beneficios y posibles riesgos. Se proporcionará un número telefónico de uno de los investigadores para resolver las dudas que el paciente tenga durante el desarrollo del estudio.

Confidencialidad: La información recolectada será manejada en forma confidencial y utilizada exclusivamente para los fines de investigación de este estudio. Los nombres, cédulas y otros identificadores del paciente serán borrados de la base de datos y no serán mencionados en los resultados o comunicaciones científicas.

Derecho a la no subsiguiente participación: La paciente tendrá de su conocimiento que tiene el derecho, una vez incluido en el estudio a no continuar y retirarse si la paciente lo estime conveniente, sin expresión de causa y sin que por ello se derive para ella responsabilidad ni perjuicio alguno.

RESULTADOS.

Este estudio concluyo 324 adultos mayores de 65 años derechohabientes de esta unidad. Lo que correspondió al 35% del total del tamaño muestral calculado.

En relación con el maltrato su mayor frecuencia se observo que 36.0 % si recibieron maltrato y 63.7% no reciben maltrato correspondiendo 99.7% del total de la muestra. (Tabla 1) (Grafico1).

En relación con el tipo de maltrato predomino en el psicológico 16.9%, continuo físico 10.8%, social 5.8%, negligencia 3.4% en un total 117 adultos mayores. (Tabla 2) (Grafico 2).

La edad es un parámetro indispensable para valorar el maltrato con ello se detecto que el grupo con mayor frecuencia es de 65 – 75 años con un porcentaje de 72.6%. (Tabla 3) (Tabla 5) (Grafico 3).

En relación de maltrato con el tipo de maltrato se encontró mayor porcentaje en el psicológico. (Tabla 4).

En relación de edad con la dependencia, se observo que la dependencia económica es la más frecuente. (Tabla 6). En relación con la edad y enfermedad se observa predominio en pacientes con Hipertensión Arterial continuando con la Diabetes mellitus y por ultimo con Insuficiencia Renal Crónica, siendo el grupo de 65 -75 años el más afectado.

(Tabla 7). En relación de edad con la necesidad del cuidador se observo que la edad que más lo requirió es el grupo de 76 -85 años. (Tabla 8). En cuanto al estado civil, predomino el adulto mayor en la viudez, prosiguiendo el casado, soltero y por último el divorciado. En relación a tipos de maltrato con el estado civil se observo que los viudos reciben más maltrato psicológico, comparado con el físico. (Tabla 9).

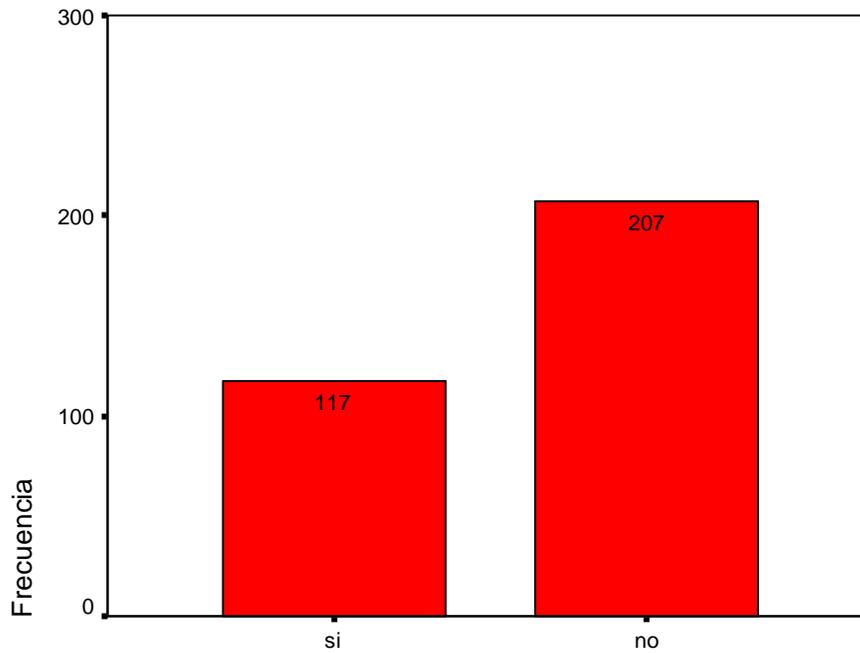
TABLAS Y GRAFICAS.

Tabla 1. Frecuencia de Maltrato.

		maltrato	
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	117	36.0
	no	207	63.7
	Total	324	99.7
Perdidos	Sistema	1	.3
Total		325	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Grafico 1. Frecuencia de Maltrato



FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

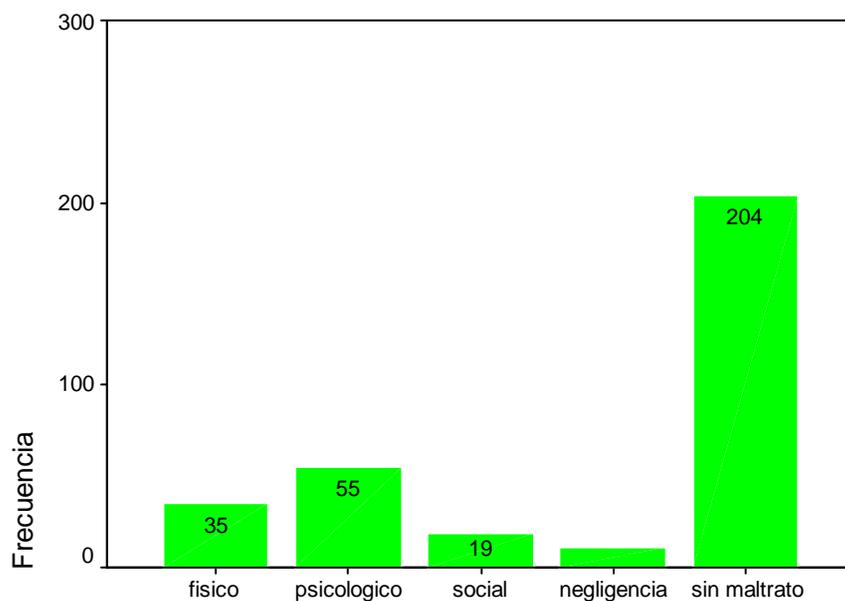
El estudio concluyo con 324 adultos mayores se observo una frecuencia de maltrato del 36% 117, mientras que 63.7% 207 no lo padecieron.

Tabla 2. Frecuencia de acuerdo a Tipos de Maltrato

TIPOS		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	físico	35	10.8
	psicológico	55	16.9
	social	19	5.8
	negligencia	11	3.4
	sin maltrato	204	62.8
	Total	324	99.7
Perdidos	Sistema	1	.3
Total		325	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Grafico 2. Frecuencia de acuerdo a Tipos de Maltrato



FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

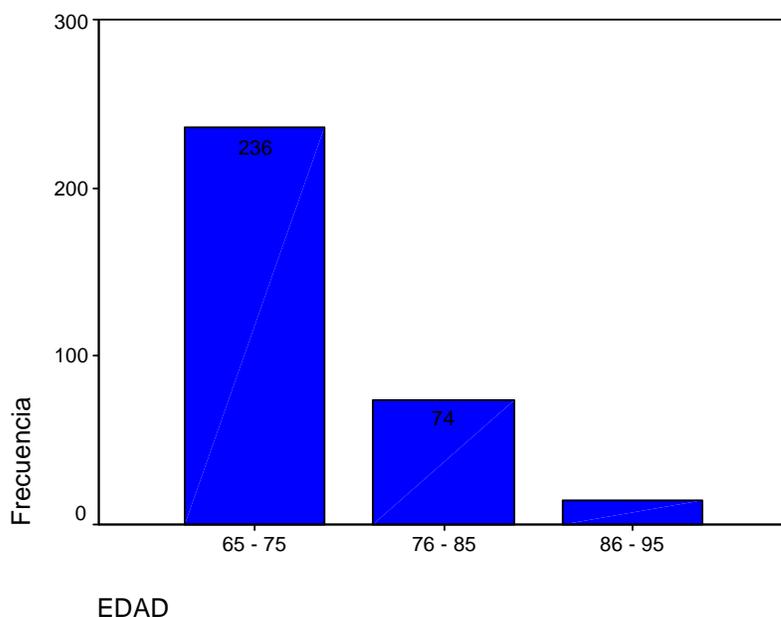
De los tipos de maltrato el psicológico fue el más frecuente con 16.9%, seguido del físico 10.8%, social 5.8% y finalmente por negligencia 3.4%.

Tabla 3. Frecuencia de acuerdo a Edad.

		EDAD	
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	65 - 75	236	72.6
	76 - 85	74	22.8
	86 - 95	14	4.3
	Total	324	99.7
Perdidos	Sistema	1	.3
Total		325	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Grafico 3. Frecuencia de acuerdo a Edad.



FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

El grupo de edad con mayor frecuencia de maltrato fue el de 65-75 años con un 72.6%, seguido de 76-85 con 22.8%, finalmente 86 a 95 con 4.3%.

Tabla 4. Maltrato *Tipos de Maltrato

Tabla de contingencia MALTRATO * TIPO

Recuento

		TIPOS					Total
		fisico	psicologico	social	negligencia	sin maltrato	
MALTRATO	si	34	54	19	10		117
	no	1	1		1	204	207
Total		35	55	19	11	204	324

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	311.593	4	.000

Tabla 5. Maltrato *Edad

Tabla de contingencia MALTRATO * EDAD

Recuento

		EDAD			Total
		65 - 75	76 - 85	86 - 95	
MALTRATO	si	87	21	9	117
	no	149	53	5	207
Total		236	74	14	324

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.793	2	.033

Tabla 6. Edad* Dependencia**Tabla de contingencia EDAD * DEPENDENCIA**

Recuento

		DEPENDENCIA			Total
		economica	fisica	ninguna	
EDAD	65 - 75	123	10	103	236
	76 - 85	39	15	20	74
	86 - 95	7	6	1	14
Total		169	31	124	324

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39.869	4	.000

Tabla 7. Edad * Enfermedad**Tabla de contingencia EDAD * ENFERMEDAD**

Recuento

		ENFERMEDAD			Total
		diabetes mellitus	hipertension arterial	insuficiencia renal	
EDAD	65 - 75	89	146	1	236
	76 - 85	33	36	5	74
	86 - 95	1	6	7	14
Total		123	188	13	324

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	89.396	4	.000

Tabla 8. Edad *Necesita Cuidador

Tabla de contingencia EDAD * NECESITA CUIDADOR

Recuento

		NECESITA CUIDADOR		Total
		si	no	
EDAD	65 - 75	6	230	236
	76 - 85	15	59	74
	86 - 95	9	5	14
Total		30	294	324

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	73.805	2	.000

Tabla 9. Tipos de Maltrato *Estado Civil.

Tabla de contingencia TIPOS * ESTADO CIVIL

Recuento

		ESTADO CIVIL				Total
		casado	viudo	soltero	divorciado	
TIPOS	fisico	5	26	2	2	35
	psicologico	16	32	6	1	55
	social	7	10	1	1	19
	negligencia	1	7		3	11
	sin maltrato	60	116	18	10	204
Total		89	191	27	17	324

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19.610	12	.075

DISCUSIÓN

El maltrato a los viejos es poco visible, pues ocurre a puertas cerradas y tanto la víctima como el victimario se encargan de guardar bien el secreto⁽¹⁾.

En la actualidad la pirámide poblacional se ha invertido la población con mayor edad está aumentando, este aumento en la longevidad en parte es por el abatimiento de enfermedades infecciosas, mejor control de enfermedades crónicas y mejoría en los estilos de vida sin embargo se enfilan nuevos problemas de los que apenas estamos aprendiendo a lidiar con ellos como son desintegración familiar, ansiedad y complicaciones tardías de enfermedades crónicas.

El adulto mayor se encuentra en la fase final del ciclo familiar, en nuestro tiempo las redes de apoyo familiar o de cuidado son muy pocas ya que la dinámica familiar actual demanda que ambos cónyuges estén incorporados a la fuerza laboral priorizando la atención a la familia nuclear y dejando poco o nulo tiempo para la atención de padres o abuelos, además en ellos las enfermedades crónicas ya presentan complicaciones tardías o bien requieren de un mayor número de cuidados y asistencia causando de una mayor incapacidad, si además no se tuvo una adecuada plantación patrimonial para el retiro entonces la dependencia económica es inevitable, causando un círculo vicioso de ansiedad, dependencia y depresión en todo el grupo familiar que puede desencadenar los diferentes tipos de maltrato en los más vulnerables como adultos mayores y niños. Caso especial serían aquellos en los que el núcleo familiar ya no existe o nunca se formó (viudez, soltería, divorcio) en ellos es probable que al no ser productivos terminen en instituciones de asistencia que están sobrepobladas y con recursos insuficientes donde los cuidadores manejan una carga de trabajo por demás excesiva creando tensión y maltrato en sus asilados.

CONCLUSIONES

Frecuencia de maltrato 36% el más común fue el psicológico seguido del físico, social y finalmente por negligencia. El grupo de edad de 65 a 75 años fue el más afectado, la dependencia económica es la más frecuente. La enfermedad más común es la hipertensión arterial seguida de DM Tipo 2. La necesidad de cuidador fue mayor de los 76 a 85 años y la viudez recibe mayor maltrato psicológico

En el presente estudio se muestra que uno de cada tres adultos mayores que se encuentren entre los 65 a 75 años será víctima de algún tipo de maltrato el más común será de tipo psicológico, que dependerá económicamente de su familia y será portador de alguna enfermedad crónica-degenerativa, que además de lograr salvar esta etapa llegara la necesidad de tener un cuidador permanente por su incapacidad progresiva. Esto es el promedio pero también existen los casos en los que sufran violencia física o negligencia en ellos es probable que la esperanza de vida sea menor. Un punto a resaltar es el estado civil se observa que la viudez tiene una mayor tendencia a sufrir algún tipo de maltrato es de suponer por que el individuo tiene que agregarse a un núcleo familiar que puede resultar hostil.

En conclusión con una población longeva y creciente es necesario el fortalecimiento de redes de apoyo y cuidado a adultos mayores sean familiares o institucionales, así como una planeación para el retiro que permita una posición holgada para la atención de procesos degenerativos y evitar la dependencia económica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Gómez SC, Álvarez CY. Maltrato a la mujer anciana en el medio intrafamiliar un secreto bien escondido. Rev. Cubana Med Gen Integr: 2005; 4: 1-14.
2. Hajar MC, Lozano R, Valdez R, Blanco J. Las lesiones intencionales como causa de demanda de atención en los servicios de urgencia intrahospitalaria de la ciudad de México. Salud mental: 2002; 25: feb. 35-42.
3. Figueroa VS. Alvarado MLE. Amozorrutia AV. Gómez OG. Factores de riesgo para maltrato del adulto mayor. Archivo geriátrico: 2003; 6: marzo. 4-8.
4. Vidales OJA. Pichardo FA. Escala para diagnosticar el síndrome de abuso (maltrato) al adulto mayor. Archivo geriátrico: 2003; 6: marzo 13-17.
5. Rodríguez ME. Olivera AA. Garrido GRJ. García RR. Maltrato en los ancianos. Estudio en el consejo popular de Belén, Habana vieja. Rev. cubana enfermer: 2002; 18(3): 144-53.
6. Martínez ND. Gutiérrez HR. Gómez GC. Cavazos PJC. El adulto mayor y la violencia. Archivo geriátrico: 2002; 5: junio 47-52.
7. González CM. Burjan GI. López SG. Longa GI. Cacho BL. Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. Universidad del país vasco. Lejona Vizcaya España: 2005; 1-6.
8. Campillo MR. Violencia con el anciano. Rev. cubana med Gen integr: 2002; 4: 154-160.
9. Martínez QC .Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. Rev. Cubana Med. Gen Integr : 2005; 21: 1-2.
10. Medina MME, Borges- GG, Lara C. Ramos LL, Zambrano J, Fleiz BC. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. Salud Publica Mex: 2005; 47: febrero 8-22.
11. Organización mundial de la salud. Maltrato de ancianos y alcohol Centre for public Health: 2002; 1-8.

12. Red internacional para la prevención del abuso a personas mayores. Día mundial de la toma de conciencia del abuso y maltrato a personas adultas mayores. INPEA. PERU: 2005; 1-5.
13. Caballero GJ. C. Remolar M. L. Consideraciones sobre el maltrato al anciano. Rev. Mult. Gerontol: 2000; 1-6.
14. Natera RG. Juárez GF. Tiburcio SM. Validez factorial de una escala de violencia hacia la pareja en una muestra nacional mexicana. Salud mental: 2004; 27; abril, 31-38.
15. Alvarado ZG. Moysen JS. Estrada MS. Prevalencia de violencia domestica en la ciudad de Durango. Instituto de investigación científica, Universidad Juárez del estado de Durango: 1996; 1-8
16. Reyes GU. Sánchez CHN. Hernández RMP. Violencia familiar y factores condicionantes. Rev. mex puericultura y pediatría: 2001; 8: febrero. 98-100.
17. Valdez RJC, Salazar LA. Hernández ME. Domínguez SM. De la torre DR. Barbosa RD. Violencia intrafamiliar. Enfoque de género. Rev. cubana Med Gen Integr: 2002; 4: 1-7
18. Mendez HP. Valdez SR. Viniegra VL. Rivera RL. Salmerón CJ. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud Pública Mex: 2003; 45: 472-482.
19. Barahona ML. Violencia al adulto mayor. Diagnostico: 2006; 45: diciembre 177-181
20. Garmendia LF. Propedéutica y patología general de la violencia. Diagnostico: 2006; 45,4diciembre 157-162

DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

***ALUMNO:**

Dra. Rosalina Mora Rojas

Médico General. Matricula: 99144199

Alumna de Tercer año del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales.

Adscrito a la Unidad de Medicina familiar No. 94 Yahualica, Jalisco.

Tel. Celular 3312568465

rous41@msn.com

***INVESTIGADOR PRINCIPAL**

Dra. Alma Rocío del Pilar Cruz López

Especialista de Medicina Familiar. Matricula: 11161728

Profesor Titular de Especialidad de Medicina Familiar para médicos Generales

Adscrito UMF # 48 .Guadalajara, Jalisco.

Comisionada al HGZ 21/UMF168 Tepatitlán Jalisco

Celular 3312485181

almacruz@hotmail.com

***ASESOR**

Dra. Lilia Aguiar Delgado

Médico Familiar. Matricula 9307389

Jefa de Consulta de la UMF 167 Guadalajara Jalisco

Celular 3310683734

lilia.aguiar@imss.com.mx

ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 2. RECOLECCIÓN DE DATOS

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE SOSPECHA DE MALTRATO

ANEXO 1 HOJA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN JALISCO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 167. GUADALAJARA JALISCO

1).- TITULO Y OBJETIVO DEL PROYECTO: **“FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DERECHOHABIENTE DE LA UMF 167, EN ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA”** el objetivo general es: Identificar la frecuencia de la maltrato en el adulto mayor de 65 años.

Esta información me fue proporcionada por: _____
Fecha: _____

2).- Autorizo al investigador mencionado y a quienes ellos indiquen, a realizar los cuestionarios convenientes al proyecto.

3).- Autorizo al investigador a hacer uso de los cuestionarios aplicados con fines científicos, docentes y estadísticos, siempre y cuando se haga en el marco de la ética profesional y se guarde la confidencialidad de los mismos resultados.

4).- Estoy invitado a participar voluntariamente, aportando información.
Acepto que no recibiré compensación alguna por el estudio.

5).- Mi participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento que así lo decida y lo exprese a la investigadora responsable, sin afectar en nada mi seguimiento clínico.

6).- Se me ha orientado para que en caso de querer tratar cualquier asunto relacionado con mi participación pueda dirigirme a la Dra. Alma Rocío del Pilar Cruz López Teléfono: 36088667 Correo Electrónico: almacruz@hotmail.com.mx. Tutor de tesis.

7).- Por lo anterior doy mi consentimiento para participar en el estudio Titulado:

Nombre del paciente: _____

Teléfono: _____ Firma: _____

Nombre del testigo: _____ Firma: _____

Firma del Investigador: _____

ANEXO 2.- HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF 167
DELEGACIÓN ESTATAL JALISCO
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

DATOS DEL PACIENTE

No. De registro: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Estado civil: _____

Padece alguna enfermedad como las que se indican; marque con una X

Hipertensión arterial	
Diabetes Mellitus	
Insuficiencia Renal	
Demencia Senil	

Con cuantas personas cuenta usted para algo que necesite;

Dependencia	Si	No
Física		
Económica		

Necesita Cuidador Si No

ANEXO 3.- CUESTIONARIO DE SOSPECHA DE MALTRATO Ó DETECCIÓN DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

FECHA: _____

Diagnósticos _____

Nombre _____ del Edad _____ Sexo _____

cuidador _____

Relación _____ familiar _____ con _____ el

paciente _____

I Adulto mayor Puntos

A mala red de apoyo familiar 1

B Inmovilidad 1

C Depresión 1

II cuidador primario

A historia de agresiones intrafamiliares 2

B consumo de alcohol 1

C Interrupción del sueño ocasionado por el paciente 1

III Aspectos relacionados con negligencia

A Retrazo entre el momento de una lesión/ enfermedad y su 3

atención 3

B Negarse a recibir atención medica 2

C Desnutrición moderada a severa 2

D Pobre higiene personal 2

E Provisión de ropa o calzado inadecuado 1

F Disminución de los arcos de movilidad

IV Aspectos psicológicos

A Aislamiento de amigos, actividades y familiares 3

B trastornos conductuales o emocionales recientes 2

V Aspectos financieros

A imposibilidad para cubrir la cuenta hospitalaria 2

B Desproporción entre condiciones de vida y capacidad 2

económica familiar

Calificación total puntos

Evaluación

0-7 puntos Bajo riesgo de maltrato

8-13 puntos Mediano riesgo de maltrato

Más de 14 Alto riesgo de maltrato

HOJA DE AUTORIZACIÓN DEL SIRELCIS.

DATOS EN BRUTO DEL PROGRAMA.