



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47  
SAN LUIS POTOSI, SAN LUIS POTOSÍ**

**RELACION ENTRE SOSPECHA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR Y  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20  
DEL IMSS**

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

**PRESENTA:**

**DRA. GREMLIN RAYA HERNÁNDEZ**



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.

**RELACIÓN ENTRE SOSPECHA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR Y  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20  
DEL IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**GREMLIN RAYA HERNÁNDEZ**

AUTORIZACIONES UNAM:

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**RELACIÓN ENTRE SOSPECHA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR Y  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20  
DEL IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**GREMLIN RAYA HERNÁNDEZ**

AUTORIZACIONES LOCALES:

**DR. RAFAEL NIEVA DE JESUS**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS  
SEDE UMF No 47 SAN LUIS POTOSÍ.

**DR. RAFAEL NIEVA DE JESUS**

ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS  
SEDE UMF No 47 SAN LUIS POTOSÍ

**DR. ANTONIO GORDILLO MOSCOSO**

ASESOR METODOLÓGICO Y ESTADÍSTICO  
MEDICO INTERNISTA, DOCTOR EN CIENCIAS  
HOSPITAL DE ZONA No 50

**DR. MIGUEL ANGEL MENDOZA ROMO**

COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE  
INSTITUCIONAL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ

## ÍNDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁGINAS</b>
I. MARCO TEORICO	6
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
III. JUSTIFICACIÓN	20
IV. OBJETIVOS	
General	21
Específicos	21
V. METODOLOGIA	
Tipo de estudio	21
Población, lugar y tiempo de estudio	21
Tipo de muestra y tamaño de la muestra	22
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	23
Información a recolectar	24
Método o procedimiento para captar la información	26
Consideraciones éticas	28
VI. RESULTADOS	29
VII. DISCUSIÓN	36
VIII. CONCLUSIÓN	37
IX. BIBLIOGRAFÍA	38
X. ANEXOS	42

**RELACIÓN ENTRE SOSPECHA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR Y  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20  
DEL IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

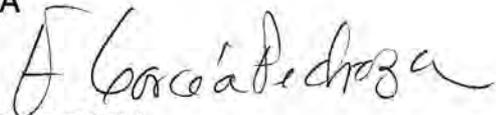
PRESENTA:

**GREMLIN RAYA HERNÁNDEZ**

AUTORIZACIONES UNAM:



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## I. ANTECEDENTES

### MARCO DE REFERENCIA

La palabra “anciano” quiere decir de “muchacha edad”. Se utiliza de manera creciente en la literatura médica para referirse a los pacientes de edad avanzada evitando utilizar el término “viejo”, que pudiera sonar vulgar y despectivo.<sup>1</sup>La noción de vejez ha variado más en los últimos años que en el curso de toda la historia. En el siglo XIII existían “viejos” de 30 años y a principios de nuestro siglo XX, un hombre o una mujer de 50 años ya eran personas mayores.

Hoy aun predomina el concepto cronológico del número de años, considerándose persona **adulta mayor** aquella que tiene 60 años o más (definición estándar de las naciones unidas y que para efecto de este trabajo adoptamos).<sup>2</sup>La comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), explica que el envejecimiento de la población responde a tendencias demográficas relacionadas con la reducción de las tasas de mortalidad y disminución de la fecundidad, lo que propició un aumento en la esperanza de vida.

Esos cambios demográficos transformaron la forma clásica de las estructuras etarias adquiriendo una nueva fisionomía, menos triangular. Con base a esos cambios se espera que para los años 2025 y 2050, en América Latina, la población adulta irá en aumento.<sup>3</sup>

Los países donde el proceso de envejecimiento se encuentra más avanzado: Uruguay, Cuba, Chile y varios caribeños. La proporción de personas mayores de 60 años será superior al 20 % en 2025. En Bolivia, Paraguay, Nicaragua, el porcentaje de personas de edad se ubicará alrededor del 10% para esa misma fecha.<sup>4</sup> (Véase tabla 1)

**Tabla 1** América Latina y el Caribe (países seleccionados): población de 60 años y más, 1975-2025 (En porcentajes).

Países	1975	2000	2025	2050
Argentina	11.4	13.5	17.1	24.8
Bolivia	5.5	6.5	9.5	17.5
Chile	7.8	10.2	20.1	28.2
Cuba	9.8	14.3	26.1	37.1
Nicaragua	4.4	5.3	9.8	19.6
México	<b>5.5</b>	<b>7.5</b>	<b>15.1</b>	<b>27.4</b>
Paraguay	5.6	6.5	10.8	18.3
Uruguay	14.1	17.3	21.2	26.9
América Latina y el Caribe	6.5	8.3	15.1	25.5

Fuente modificada del Centro caribeño de Demografía (CELADE)  
División de Población de la CEPAL, Estimaciones y Proyecciones de población, 2008.

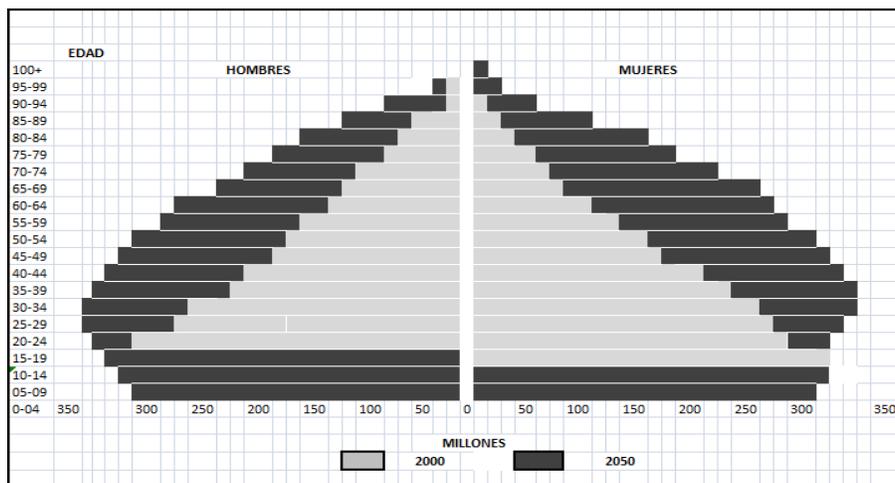
### **El envejecimiento de la población mundial.**

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, la población creció muy lentamente debido a la reducción del ritmo de crecimiento demográfico mundial, y se calcula que alcanzará su máximo después del año 2050, con una población aproximada de 9 mil millones.<sup>3</sup>

Además de los cambios de magnitud, la población mundial avanza hacia un proceso acelerado de envejecimiento, fenómeno que se muestra en la pirámide de población, sobrepuesta para el 2000 y 2050, donde se observa disminución de los grupos más jóvenes en su parte inferior, sobre todo entre menores de 15 años, y el aumento de la población en edades laborables y de los adultos mayores.

Estas diferencias se aprecian en el 2000, pero se acentuarán en el futuro como se aprecia en la pirámide de 2050.<sup>5</sup> (Gráfica 1)

**Gráfica 1** Pirámide de población mundial, 2000-2050



Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

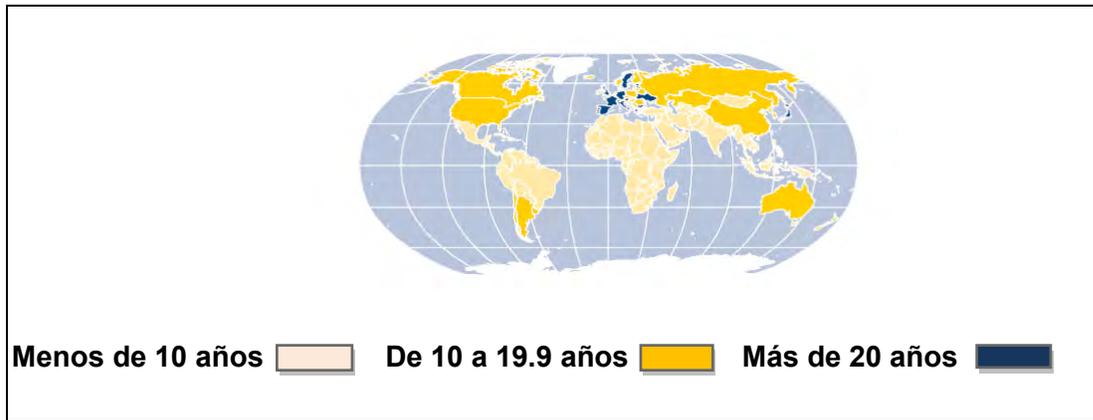
La natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado.

Esta transformación, ha adoptado el nombre de **transición demográfica**, y ha provocado un progresivo aumento de la población mundial, simultáneamente, su envejecimiento. Todos los países, en menor o mayor medida, enfrentarán un proceso de envejecimiento en las próximas décadas.

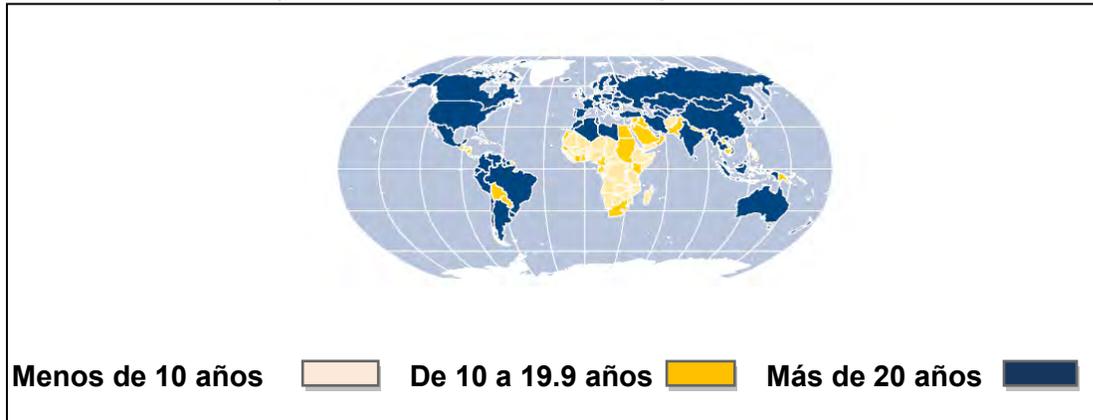
La siguiente serie de mapas presenta un panorama del proceso de envejecimiento a nivel mundial. En el año 2000, uno de cada diez países tenía una población de adultos mayores que superaba o igualaba el 20 por ciento; mientras que en el 2050 serán alrededor de seis de cada diez como se hace evidente en el último mapa (Véase gráficas 2 y 3).

A excepción de la mayor parte de los países africanos, donde la transición demográfica está actualmente en un proceso incipiente, el resto de los países estarán enfrentando un envejecimiento avanzado de su población.<sup>5</sup>

**Gráfica 2. Porcentaje de población de 60 años y más, en el año 2000.**



**Gráfica 3. Porcentaje de población de 60 años y más, estimada para el 2050.**



### **Los adultos mayores en México**

México en el año 2000 tenía 7.4% de adultos mayores, en el año 2025 se espera una proyección de 14.9%, que para el año 2050 aumentará a 26.8% de personas con 60 y más años de edad con respecto de la población total.<sup>3</sup> El aumento de la población adulta mayor implicará grandes retos en los planos social, económico, político y cultural, al mismo tiempo planteará desafíos y responsabilidades para la sociedad, particularmente al gobierno y las instituciones públicas y privadas sin dejar de lado la organización familiar.

En lo que respecta a la salud, como ya sabemos el envejecimiento es una etapa natural de la vida y no una patología, pero con el paso del tiempo especialmente a partir de los 70

años de edad, la población adulta presenta con mayor frecuencia enfermedades crónico-degenerativas que requieren tratamientos médicos más prolongados y de mayor costo.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud proponen trabajar durante todas las etapas del ciclo vital en la prevención y control de las mismas para permitir un envejecimiento activo y saludable.<sup>6</sup>

### **Maltrato al Adulto Mayor**

El fenómeno del maltrato a los ancianos no es nuevo; sin embargo, no había despertado interés científico hasta los últimos años, ya que la mayoría de casos no trascienden del ámbito familiar y no han constituido un escándalo público, como la violencia contra las mujeres o los niños.<sup>7</sup>

A veces los adultos mayores no quieren reconocerse como víctimas por temor a represalias, o al confinamiento en instituciones o simplemente les resulta difícil aceptar su realidad; por otra parte, los familiares o los cuidadores, no van a dar facilidades en la detección ya que en la mayoría de los casos ellos son quienes realizan el maltrato.<sup>8</sup>

El maltrato a personas mayores se define como “Todo acto u omisión sufrido por persona de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía, o un derecho fundamental del individuo, que es percibido por éste o constatado objetivamente, independientemente de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad, instituciones)”.<sup>9</sup> Algunos autores han expuesto diferentes teorías que pretenden explicar el maltrato en el anciano y sus causas (Godkin, 1989; Coyne y Reichman, 1993; Chasco, 1996; Wolf, 1999; Asamblea Médica Mundial, 2000).

**Teoría del aprendizaje social** o de la violencia transgeneracional. Establece que la violencia se aprende; de este modo, es probable que niños maltratados cuando crezcan se conviertan en maltratadores de sus padres.

**Teoría del cansancio** del cuidador. Aparece cuando los factores estresantes tanto externos como relacionados directamente con el cuidado superan un determinado umbral en el cuidador.

**Teoría del aislamiento.** Expone que la privatización de las redes sociales es un factor de riesgo para sufrir maltrato y negligencia.

**Teoría de la dependencia.** La fragilidad funcional (pérdida de autonomía) y la enfermedad (enfermedades crónicas y alteraciones cognitivas, entre ellas la enfermedad de Alzheimer) son condiciones de riesgo para que se dé el maltrato.

**Teoría de la psicopatología del maltratador.** Establece que el agente de maltrato posee características de personalidad consideradas patológicas (esquizofrenia, ideas paranoides, etc.).

Otras teorías propuestas: el consumo de sustancias tóxicas por parte del cuidador, hasta la dependencia de éste sobre la persona que recibe los cuidados (la víctima). Las cuestiones socioculturales y ambientales, como la adecuación de la vivienda, la actitud social ante la vejez o la cultura de ayuda o solidaridad.

El trato del adulto mayor varía en las diferentes culturas en función de diversos factores, como las condiciones económicas de la sociedad, la estructura familiar, las creencias religiosas y la estructura política. En la mayor parte de las sociedades tradicionales son tratados con respeto, mientras llevan a cabo algún tipo de actividad que se valora como necesaria. Cuando son dependientes de otros, la consideración y el respeto hacia ellos sufre una fuerte devaluación.<sup>9</sup>

### **Maltrato a Nivel Mundial**

Hay pocos estudios en relación con las estadísticas relativas a malos tratos a la gente mayor, casi todos son relativamente recientes y presentan datos muy variables.<sup>10</sup> La primera referencia que existe es de 1975 con la publicación “Granny Battering” en el British Medical Journal, donde el autor propone a los profesionales de la salud aproximarse al tema.

Desde entonces, un número creciente de publicaciones muestran más interés, en particular en el ámbito de la gerontología y las ciencias sociales.<sup>11,12,13,14,15</sup>

La Organización Mundial de la Salud, en el año 2001, por medio de la unidad de Envejecimiento y Ciclo Vital del Departamento de Enfermedades no Transmisibles, e INPEA (Red Nacional para la Prevención y Maltrato al Mayor), dieron a conocer el estudio “Voces Ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor” y la Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores”.<sup>16,17</sup>

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología en mayo del 2005 publica la Guía de actuación “Malos Tratos a personas Mayores” con el objetivo de que los profesionales sociales y sanitarios puedan disponer de información, orientación y pautas de intervención para poder prevenir y actuar ante estas situaciones.<sup>13</sup>

La celebración de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid 2002), y la aprobación de su correspondiente Plan de Acción Internacional que mejoraría las condiciones de vida de la población adulta mayor.

En general, las políticas internacionales van orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerando a ésta como una etapa de la vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de autorrealización.<sup>18</sup>

### **El Maltrato en México**

El primer estudio en nuestro país, lo desarrolló una organización feminista llamada “Centro de investigación y lucha contra la violencia” (CECOVID A.C.) Dicho órgano detectó una prevalencia de violencia y maltrato a mujeres mayores de 15 años del 33.5%. De entonces a la fecha se han venido realizando diferentes estudios, sin embargo hasta el momento no existen cifras exactas con representatividad nacional que nos permita conocer su prevalencia en las diferentes zonas del país y la distribución por zona geográfica.<sup>20</sup>

Un estudio realizado en los años noventa, refleja que el 77.39% de adultos mayores está concentrado en la ciudad de Monterrey, la capital y su área Metropolitana. En el ámbito rural, particularmente en el sur del estado, un trabajo de campo aportó indicios de que el abandono es un problema recurrente y que en cada comunidad hay un caso así.<sup>21</sup>

Los resultados de una encuesta realizada en México en el 2006 utilizando una muestra de 618 adultos mayores reportó una prevalencia de maltrato del 16.2%, psicológico 12.7%, abuso sexual 0.9%, maltrato económico 3.9% y maltrato físico 3.7%, negligencia y abandono 3.5 % (EMPAM-DF, 2006). En mayo del 2010 se publica la Guía “Detección y Manejo del Maltrato de los Adultos Mayores en Primer Nivel de Atención” del IMSS.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia posible.<sup>22,23</sup>

### **Clasificación del Maltrato.**

- **Físico** :Uso intencionado de la fuerza física que puede dar lugar a lesión corporal, dolor físico o perjuicio
- **Psicológico**: Causar intencionadamente angustia, pena sentimiento de indignidad, miedo o aflicción por medio de actos verbales o conducta no verbal (amenazas, insultos, intimidación, humillación, ridiculización, infantilización, privación de seguridad y/o afecto, invalidación, objetificación, etc.)
- **Abuso sexual**: Comportamiento (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.) o contacto sexual de cualquier tipo, consumado o no, no consentido con personas incapaces de dar consentimiento (violación, tocamiento, acoso sexual, hacer fotografías etc.)
- **Explotación financiera**: Utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades o recursos.
- **Farmacológico**: Utilización inadecuada o desproporcionada de fármacos para la sedación o contención (camisa de fuerza química). En este grupo incluimos también la negación de un medicamento necesario.

- **Negligencia/Abandono:** Rechazo, negación o equivocación para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de la persona mayor, ya sea de forma voluntaria (activa) o involuntaria (pasiva), por parte de la persona que de forma implícita o acordada sea la responsable de ella. Por ejemplo no aportar recursos económicos, omisión de las necesidades básicas como alimento, agua, alojamiento, abrigo, higiene, ropa, atención sanitaria, tratamiento médico, etc
- **Vulneración o violación a los derechos:** Confinamiento o cualquier otra interferencia de la libertad personal, así como la explotación de la persona mayor o vulneración de los otros derechos fundamentales que tiene como ciudadana de pleno derecho.
- **Autonegligencia/autoabandono:** Comportamiento no consciente de una persona mayor que amenaza su propia salud o seguridad. Negación o rechazo a alimento, agua, ropa, abrigo, higiene o medicación adecuados.  
Es necesario excluir las situaciones en las cuales una persona anciana competente toma decisiones voluntarias que amenacen su salud o seguridad.
- **Social:** Discriminación de un grupo de población que reúne características comunes en este caso, la edad- cuando se convierten en víctimas de delitos, trampas fraudulentas, acoso inmobiliario y otros.
- **Institucional:** Cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o privados, o derivados de la actuación individual del profesional de estos que conlleve a abuso, negligencia o detrimento de salud, de la seguridad, del estado emocional o del estado de bienestar físico, o que los derechos de las personas mayores no sean respetados.<sup>24,25,26</sup>

Se han identificado algunas situaciones que incrementan el riesgo de que se produzca un maltrato. Se describen a continuación los factores de riesgo del anciano, del cuidador responsable del maltrato así como los factores de riesgo del entorno. (Véase tabla 2).

**Tabla 2.** Factores de riesgo y perfiles que incrementan la presencia de maltrato

### Factores de Riesgo

<b>Víctima</b>	<b>Cuidador</b>	<b>Entorno</b>
dependencia aislamiento	Agotados Único	Falta respuesta a las demandas realizadas
Cohabitación con el agresor	Poco preparado	Ausencia soporte familiar e institucional
Deterioro rápido	Problemas personales	
Historia previa de violencia familiar	Problemas psíquicos	Espacio insuficiente en la vivienda
	Adicción a drogas	Dificultades económicas
	Dependencia económica del AM	
	Mala relación previa	

Fuente modificada: Tratado de geriatría para residentes-Negligencia Abuso y Maltrato cap. 12 p.134.

### Instrumentos para Evaluar Maltrato

Se han desarrollado diversos instrumentos dirigidos a la detección de malos tratos. La utilización de estos cuestionarios como cribado puede llevar a diversos riesgos, como culpabilizar a personas mayores y familiares, por ello debe reunir una alta sensibilidad y especificidad.

Por otra parte, deben ser sencillos, no consuman tiempo excesivo en su realización, que puedan ser usados por cualquier tipo de profesional y que se adapten al contexto sociocultural en el que se van a utilizar.

En la actualidad no existen instrumentos válidos, suficientemente sensibles y específicos, para la detección de malos tratos, ni tampoco evidencias científicas que permitan aconsejar o rechazar su utilización.<sup>27</sup>

En este estudio se utilizó el recomendado por la AMA (American Medical Association) que consta de 9 preguntas de screening, en él se evalúan:

**maltrato físico** (pregunta 1), **psicológico** (pregunta 2, 4 y 6), **sexual** (pregunta 8), **negligencia** (pregunta 9), y **abandono** en los cuidados (pregunta 7).

Es importante destacar que una sola respuesta positiva al cuestionario se considera como sospecha de maltrato<sup>7,9,21,22</sup> (Anexo I)

## Funcionalidad Familiar

La Familia es uno de los contextos más relevantes en la vida del ser humano. Estudios muestran el estrecho vínculo entre las experiencias vividas en la familia y la salud y el desarrollo del individuo.<sup>23</sup>

Desde la perspectiva del médico familiar es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.<sup>24</sup>

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, y en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como: la **Composición** (nuclear, extensa, o compuesta), el **Desarrollo** (tradicional o moderna), la **Demografía** (urbana, suburbana, o rural), la **Ocupación** (campesina, empleado o profesionista), la **Integración** (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar.<sup>25</sup>

La evaluación de la función familiar tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar.

Con base a estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar.<sup>24</sup>

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la función familiar, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización.

Por otro lado el instrumento FACES III aplicado con éxito en Europa como en México diseñado por Olson y cuyas siglas en español significan **Escalas Evaluativas de**

**Cohesión y Adaptabilidad Familiar**, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en México por Gómez Clavelina e Irigoyen en el 2003. Sin embargo en recientes publicaciones se hace mención que se tiene ya en periodo de validación otros instrumentos europeos que quizá mejoren el grado de confiabilidad de sus resultados, como el FACES IV y el instrumento ENRICH, que tiene como objetivo medir específicamente la comunicación en la familia.<sup>25</sup>

El Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales ha tenido una gran difusión en los últimos años; y afirma la existencia de tres variables para describir el funcionamiento familiar: la Cohesión, la Flexibilidad y la Comunicación. La **Cohesión** se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia<sup>23,26</sup> y permite clasificar los sistemas familiares en cuatro tipos: **desligados** (muy bajo nivel de cohesión), **separados** (de bajo a moderado), **conectados** (de moderado a alto) y **enmarañados** (muy alto nivel de cohesión).

El segundo y tercer nivel (familias separadas y conectadas), se consideran niveles moderados o balanceados de cohesión. En estos sistemas los individuos son capaces de ser independientes y, al mismo tiempo, pueden estar conectados con sus familias. En las familias con un bajo nivel de cohesión (familias desligadas) no existe una estructura adecuada de apoyo, los miembros “hacen su propia vida” y predomina el desinterés. En el extremo opuesto, se encuentran las familias que tienen un nivel muy alto de cohesión (familias enmarañadas) y que no refuerzan la independencia necesaria de sus miembros.<sup>26</sup>

La **Flexibilidad** familiar se define como a la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia; es decir, a la capacidad de cambiar su estructura en respuesta al estrés situacional y de desarrollo. Según el grado de flexibilidad las familias se clasifican en cuatro tipos: **rígidas** (muy bajo nivel de flexibilidad), implica un estilo familiar autoritario, en donde la capacidad de cambio es limitada **estructuradas** (de bajo a moderado), **flexibles** (de moderado a alto) y **caóticas** (muy alto nivel de flexibilidad) se caracterizan por falta de estabilidad y por una variabilidad constante que vuelve al sistema desorganizado. Las familias estructuradas y flexibles son las que logran adaptarse a distintas circunstancias.<sup>23, 26</sup> (Véase tabla 3)

**Tabla 3** Características de los sistemas familiares y maritales según el nivel de cohesión y flexibilidad.

		COHESIÓN			
		Bajo	Moderado	Alto	
FLEXIBILIDAD		DESLLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
Alto ↑ Moderado ↑ Bajo	CAÓTICA	EXTREMO	Rango Medio	Rango Medio	EXTREMO
	FLEXIBLE	Rango Medio	Balanceada	Balanceada	Rango Medio
	ESTRUCTURADA	Rango Medio	Balanceada	Balanceada	Rango Medio
	RIGIDA	EXTREMO	Rango Medio	Rango Medio	EXTREMO

Fuente: Escritos de psicología, Vol.3, no 2, p.31

La **Comunicación** familiar facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones.<sup>23, 26</sup> Se evalúa teniendo en cuenta: la capacidad de escucha, la capacidad de expresar ideas y sentimientos, claridad, continuidad y coherencia relacional, y respeto y consideración mutua.

La escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) tercera versión de Olson, Porther y Lavee (1985) y Olson (1992), en la adaptación de Zamponi y Pereyra (1997) y Schmidt (2002,2003; Leibovich y Schmidt, 2010). Consta de 40 ítems, cada uno con una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí, y a veces no, pocas veces, casi nunca) divididos en dos partes.

La parte I, evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento ("Familia Real"). La parte II, refleja el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia ("Familia Ideal"). De ambas partes, se puede obtener el índice de satisfacción que la persona tiene con el funcionamiento de su familia.<sup>30</sup> La aplicación de esta escala es compleja, ha sido simplificada y reducida para el idioma español por Martínez-Pampliega<sup>34</sup> y esta última versión será la utilizada en este estudio (ver anexo II).

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo actual hay una tendencia creciente a la violencia. En los países de Argentina y Chile este fenómeno se ha venido incrementando desde hace más de tres décadas y para el 2009 se prevé que más de 33 600 adultos mayores sufran algún tipo de violencia dentro del seno familiar. Alrededor de un 8% de la población mayor de 65 años es maltratada en los Estados Unidos, y más del 20% no solo son maltratados en su hogar, sino también en diversas instituciones destinadas a su cuidado y en centros donde laboran largas horas de trabajo.<sup>28</sup>

En la actualidad existen pocos estudios en relación con las estadísticas relativas al maltrato del adulto mayor, y casi todos son relativamente recientes y presentan datos muy variables. El maltrato es una realidad poco conocida y pocos casos llegan a la denuncia; por lo tanto no se conoce el número real de afectados. Los casos son estimatorios ya que se basan en personas atendidas en servicios sociales o casos hospitalizados.<sup>18,22</sup>

Las causas de este fenómeno son múltiples, desde factores sociales y culturales a familiares e individuales, también son varias las formas en las que puede presentarse, desde la negligencia en los cuidados necesarios hasta el maltrato físico o psicológico o el abuso sexual, económico y social.<sup>22</sup>

Frente a estas emergentes necesidades nos encontramos ante sistemas sociosanitarios no preparados, ni conceptualmente ni en recursos, para afrontar los nuevos retos. Ante esta dificultad de atención y respuesta por parte de las instituciones públicas, el ámbito familiar cobra cada vez mayor protagonismo. Es allí donde el cuidado informal es el principal, y muchas veces el único recurso de cuidado para muchos ancianos lo cual los hace vulnerables.<sup>9</sup>

En México al igual que otros países del mundo la violencia, abuso y maltrato, forman parte de un problema social el cual tiene un gran impacto ya que se presenta en todas las etapas de la vida y en el presente trabajo solo mencionaremos lo concerniente al adulto mayor.<sup>16</sup> En nuestro país el Instituto Mexicano del Seguro Social ha elaborado dentro del programa de actividades preventivas la Guía Detección y Manejo del Maltrato en los adultos Mayores en primer nivel de atención con el objetivo de estandarizar la detección y el manejo del maltrato en el adulto mayor.<sup>15</sup>

Con base a estos antecedentes diseñamos la siguiente pregunta:

## **¿Cuál es la relación que existe entre la sospecha de maltrato al adulto mayor y la funcionalidad familiar percibida por el paciente y su acompañante en la unidad de medicina familiar No 20 del IMSS, delegación S.L.P.?**

### **III. JUSTIFICACION**

El maltrato de las personas mayores es un problema universal. Las investigaciones realizadas hasta ahora demuestran su prevalencia, tanto en el mundo desarrollado como en los países en desarrollo.<sup>29</sup>

Es evidente que la problemática que existe tiende a crecer debido a los prejuicios y los estereotipos que se tienen hacia este grupo de la población, por un lado y por otro la dinámica demográfica y la situación económica del país (bajas pensiones, servicios sanitarios insuficientes). Si bien estos factores interactúan en torno a mitos como es el de la eterna juventud. Por lo tanto, todo aquello que no pertenezca a una población productiva será entonces, desvalorado y segmentado a la sociedad.<sup>15</sup>

Uno de los problemas graves que se tienen es la falta de la especialidad; o no hay suficientes geriatras que puedan atender los problemas del adulto mayor, además de una insuficiente formación de los médicos de atención primaria para abordar los problemas que con más frecuencia les afectan, de tal manera que casi siempre pasan desapercibidos para el entorno<sup>27</sup>, y sólo les llaman la atención los casos graves.<sup>18</sup>

Varios autores consideran fundamental la coordinación de un equipo multidisciplinario: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, instituciones (DIF, INAPAM, Grupos religiosos, etc.) para poner en marcha programas que permitan la prevención y la intervención en el maltrato.<sup>31</sup> Sin dejar a un lado a la familia ya que la mayoría de los casos de maltrato ocurren dentro del contexto familiar.<sup>32,33</sup>

La justificación del presente estudio se respalda por la opinión de expertos en el tema quienes afirman que es un problema de salud pública por que causa importantes alteraciones físicas, psicológicas, aislamiento social y deterioro de la calidad de vida al adulto mayor, y por lo tanto es responsabilidad de los médicos de atención primaria ya que juegan un papel importante para poder detectar, prevenir y actuar ante estas situaciones.<sup>34,35</sup>

#### **IV. OBJETIVOS**

##### Objetivo general

Identificar la relación entre sospecha de maltrato del adulto mayor y funcionalidad familiar en la unidad de medicina familiar 20 del IMSS

##### Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de sospecha de maltrato al adulto mayor en la población atendida a la unidad de medicina familiar No 20 Villa de Reyes San Luis Potosí
2. Determinar la percepción de la funcionalidad familiar del paciente y su acompañante.
3. Determinar si existe asociación entre las dos anteriores
4. Describir las características socio-demográficas de los pacientes estudiados.

#### **V. METODOLOGIA**

##### Tipo de estudio

Observacional analítico

##### Diseño:

Transversal

##### Población de estudio

Población de 60 años y más, derechohabientes la unidad de medicina familiar No 20

##### Unidad de investigación

Adulto mayor

##### Límite de tiempo

Julio 2011 a Mayo 2012

##### Técnica de muestreo

No probabilístico por conveniencia

### Tamaño de la muestra

Se utilizó la fórmula para estimación de proporciones de una población finita

La población de pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar No 20 está conformada por 16,735 (8512 mujeres y 8223 hombres) contando con 1664 adultos mayores de 60 años y más edad.

Se estimó un intervalo de confianza del 95%, con una prevalencia de sospecha de maltrato al adulto mayor del 90% y un margen de error del 5%.

$$n = N Z^2 p q / d^2 (N - 1) + Z^2 p q$$

$$n = (1664) (1.64)^2 (0.90) (1 - .90) / (0.05)^2 (1664 - 1) + (1.64)^2 (0.90) (1 - .90)$$

$$n = (1664) (2.68) (0.90) (0.1) / (0.0025) (1663) + (2.68) (0.90) (0.1)$$

$$n = 401.35 / 4.15 + 0.24$$

$$n = 401.35 / 4.39$$

$$n = 91.42 \text{ más}$$

Se necesita un total de 91.42 personas para lograr los objetivos del estudio. Sin embargo se agregara un 10% ante posibles pérdidas, con un total de 100.5 personas.

### **Criterios de Selección**

#### Inclusión

- Adultos mayores de 60 años y más
- De ambos géneros
- Derechohabientes de la UMF No 20
- Que acepten participar y firmen carta de consentimiento informado
- Con vigencia de derechos

### Exclusión

- Adultos mayores que se nieguen a participar en el protocolo
- Adultos mayores con algún tipo de discapacidad diagnosticada

### Eliminación

- Defunciones durante la realización del estudio
- Instrumentos de evaluación contestados de manera errónea o menos del 90%
- Cambios de adscripción y/o de residencia
- Causa de baja temporal o definitiva.

**Tabla 4. DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES**

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala de Medición
<b>Presencia de Maltrato</b>	Variable Dependiente	“Todo acto u omisión sufrido por persona de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía, o un derecho fundamental del individuo, que es percibido por éste o constatado objetivamente, independientemente de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad, <i>instituciones</i> )”.	Cualquier acción voluntariamente realizada que pueda causar o que cause daño a una persona mayor evaluado por el cuestionario recomendado por la AMA (American Medical Association) consta de 9 preguntas de screening	<b>Maltrato físico</b> (pregunta 1), <b>Psicológico</b> (pregunta 2, 4 y 6), <b>Sexual</b> (pregunta 8), <b>Negligencia</b> (pregunta 9), <b>Abandono</b> en los cuidados (pregunta7). 1=presente: sufre maltrato 2=ausente: no sufre de maltrato	Nominal
<b>Funcionalidad familiar</b>	Variable Dependiente	Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como son : la socialización, afecto, cuidado, estatus, reproducción y desarrollo de su ejercicio sexual	Índice de satisfacción que la persona tiene con el funcionamiento de su familia, valorada por el Cuestionario FACES-20esp	<b>Cohesión</b> es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones: no relacionada= 10-34 Semirelacionada= 35-40 Relacionada= 41- 45 aglutinada=46-50 <b>Adaptabilidad</b> lo es a la de los ítems pares: Rígida=10-19 Estructurada= 20-24 Flexible= 25-28 Caótica=29-50	Ordinal
<b>Edad</b>	control	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.	Tiempo expresado en años	Años	Continua
<b>Género</b>	control	Condición que diferencia la identidad femenino de masculino.	Condición orgánica masculino femenino	1 = Masculino 2 = Femenino	Nominal
<b>Estado civil</b>	control	Situación personal determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Casado, soltero, viudo o divorciado	1 = Casado, 2 = Soltero 3 = Viudo 4 = Divorciado	Nominal

<b>Nivel de estudios</b>	Control	Grado máximo de estudios que una persona ha cursado en instituciones de educación.	Grado máximo de estudios concluidos.	1 = Primaria, 2 = Secundaria, 3 = Preparatoria o técnico 4 = Profesionista	Ordinal
<b>Ocupación</b>	Control	Actividad realizada por las personas para obtener un bien económico.	Actividad a la cual la persona se dedique.	1 = Hogar 2 = Empleado 3 = Comerciante 4 = Jubilado ó pensionado 5 = Sin ocupación	Nominal
<b>Residencia actual</b>	Control	Estructura física habitada como lugar de residencia.	Condición en la que habita la vivienda el adulto mayor	1=Vivienda propia 2=arrendatario 3= cedida u otra	Nominal
<b>Convivencia actual</b>	Control	Proceso de interacción de los miembros de un grupo familiar en el que se reconocen, se fortalecen, se elaboran se construyen o se transforman sus vínculos, creando un espacio común que posibilita la existencia.	Es el resultado de la relación entre los individuos y su entorno	1=Vive solo 2=Vive con su cónyuge 3= Vive con sus familiares (hijos, nietos, etc.)	Nominal
<b>Tipo de ingresos económicos</b>	Control	Cantidad de dinero que se percibe regularmente por cualquier concepto.	Forma de ingresos en dinero	1= Sin ingresos 2=Ingreso inestable 3= Pensionado o jubilado 4= Otro tipo de ingresos.	Nominal
<b>Factores de riesgo familiar</b>	Control	Atributo que está asociado a una mayor probabilidad, pero no necesariamente con la causa de un resultado específico	Situación que hace más vulnerable a la familia	1=Antecedentes de violencia intrafamiliar 2=Patología psiquiátrica 3= Alcoholismo 4= Drogadicción 5= Ninguna	Nominal

## PLAN DE TRABAJO Y PROCEDIMIENTOS

Una vez aprobado el proyecto de investigación por el Comité Local de Investigación y Ética con el número de registro R-2011-2402-28, se solicitó autorización a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No 20 de Villa de Reyes San Luís Potosí con el fin de poder realizar el protocolo. Posteriormente se solicitó apoyo al personal del servicio de consulta externa (Médico Familiar, Enfermería, etc.). Se estableció contacto con los pacientes elegidos a fin de explicarles los objetivos la importancia que éste tiene para mejorar su atención y para pedirles el consentimiento informado para la realización de la entrevista, que tuvo lugar en el domicilio o en la Unidad Medicina Familiar No 20, según la disponibilidad y el estado funcional de los pacientes. Como cuestionario de “sospecha de maltrato” se utilizó el recomendado por la AMA (American Medical Association) que consta de 9 preguntas y en el que se evalúan el maltrato físico, psicológico, sexual, negligencia, y abandono. Para la valoración de la funcionalidad familiar se recurrió a la escala Evaluativa de Cohesión y Adaptabilidad Familiar “FACES-20esp” que evalúa la existencia de tres variables para describir el funcionamiento familiar: la Cohesión, la Flexibilidad y la Comunicación. Una vez reunido el número de pacientes requeridos se procedió a vaciar la base de datos en el programa Access, exportando a una hoja Excel, el programa estadístico utilizado fue “R” versión 2.15.0 Se realizó análisis descriptivo de cada una de las variables en el grupo total y dividido por sujetos con y sin maltrato , con descripción de las características sociodemográficos de la población estudiada así como el análisis de frecuencia y de asociación de las variables sospecha de maltrato y funcionalidad familiar mediante regresión logística que explique la sospecha o no de maltrato. Al finalizar se interpretarán los resultados obtenidos para finalmente reportar los resultados con gráficos, cuadros y se presentará en congresos locales y nacionales, para su posterior publicación.

## **ASPECTOS FINANCIEROS**

### RECURSOS HUMANOS

Adultos mayores de la UMF No 20

El investigador

Asesor metodológico y estadístico

Asesor clínico

### RECURSOS MATERIALES

Computadora (propiedad del investigador) \$11,800.00

Impresora (propiedad del investigador) \$ 1,200.00

Internet \$ 6,000.00

Cartucho tinta negra para impresora \$ 1,280.00

Papel Bond para las encuestas \$ 400.00

Lápices \$ 50.00

Calculadora \$ 150.00

Copias \$ 700.00

TOTAL \$ 21,580.00

### RECURSOS ECONÓMICOS

Propios del investigador.

## **Aspectos Bioéticos**

Los datos proporcionados por los pacientes serán tratados con confidencialidad, respetando la libertad y la autonomía de los pacientes. Se seguirán los lineamientos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial según el apartado III (Investigación biomédica no terapéutica que implique a personas) se menciona:

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en personas, es deber del médico seguir siendo el protector de la vida y la salud de la persona participante en la investigación médica.
2. Las personas participantes deben ser voluntarios, o bien personas sanas o pacientes cuya enfermedad no esté relacionada con el protocolo experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe suspender la investigación si estimasen que su continuación podría ser dañina para las personas.
4. En investigaciones en el hombre, el interés de la ciencia y la sociedad jamás debe prevalecer sobre consideraciones relacionadas con el bienestar de las personas.

En cuanto a la Ley General de Salud no tiene implicaciones éticas y se apega a lo descrito en su Título Quinto artículos 100 y 101, así como en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, capítulo I y Título Sexto capítulo único y en los artículos 7° y 12° del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, complementados por medio de la publicación de un acuerdo en el Diario Oficial, del martes 26 de enero de 1982, apoyado en la Declaración de Helsinki y donde se establece, con carácter de obligatoriedad la formación de Comisiones de Investigación y de Ética en todos los establecimientos donde se efectúa investigación biomédica.

## VI. RESULTADOS

Nuestro estudio incluyó 110 adultos mayores que acudieron al servicio de consulta externa de la UMF No 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí. Las entrevistas se obtuvieron durante el período comprendido de julio del 2011 a mayo del 2012, inicialmente se les realizó una ficha de identificación en la que se requirió, nombre, número de seguridad social, género, estado civil, nivel de estudios, ocupación, residencia actual, convivencia actual, tipo de ingresos económicos, y factores de riesgo familiar. Se aplicaron dos cuestionarios, para valorar sospecha de maltrato se utilizó el recomendado por la AMA (American Medical Association), para la evaluación de funcionalidad familiar se utilizó la escala Evaluativa de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES-20esp.

Se obtuvo una media (desviación estándar) de edad de  $71.3 \pm 7.4$  años, en el grupo completo, sin diferencia observable por grupos de pacientes con percepción de maltrato y sin ella ( $71.3 \pm 7.7$  y  $71.2 \pm 7.0$  años, respectivamente).

Las principales características socio-demográficas de los 110 pacientes entrevistados para detección de maltrato se muestran en la **tabla 5**. Entre ellas se destaca un mayor porcentaje de mujeres (56%) en relación a los hombres (43%).

**Tabla 5.** Población entrevistada de acuerdo al género en comparación con y sin maltrato.

<b>GENERO</b>	<b>Con maltrato</b>	<b>Sin maltrato</b>	<b>Grupo total</b>
<b>Femenino</b>	44(55%)	18(58%)	62(56%)
<b>Masculino</b>	35(46%)	13(41%)	48(43%)
<b>Totales</b>	79	31	110

Fuente: Ficha de identificación del paciente

Por lo anterior la ocupación al hogar representa el porcentaje más elevado (43%) con respecto a otro tipo de ocupaciones (tabla 6)

**Tabla 6.** Ocupación referida por los entrevistados, en comparación al porcentaje de pacientes con y sin maltrato

<b>OCUPACION</b>	<b>Con Maltrato</b>	<b>Sin maltrato</b>	<b>Grupo total</b>
<b>Hogar</b>	34(43%)	14(45%)	48(43%)
<b>Empleado</b>	14(17%)	5(16%)	19(17%)
<b>Comerciante</b>	7(.08%)	4(12%)	11(1%)
<b>Jubilado/pensionado</b>	8 (.10%)	5(16%)	13(11%)
<b>Sin ocupación</b>	16(.20%)	3(.09%)	19(17%)
<b>TOTALES</b>	<b>79</b>	<b>31</b>	<b>110</b>

Fuente : Ficha de identificación del paciente

Del total 72 sujetos (65%) fueron casados, 36 viudos (32%) y solamente se identifico a 2 (1%) divorciados. (Tabla 7)

**Tabla 7.** Estado civil de los adultos mayores entrevistados con y sin maltrato.

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Con Maltrato</b>	<b>Sin maltrato</b>	<b>Grupo total</b>
<b>Casado</b>	45(56%)	27(87.10%)	72(65%)
<b>Viudo</b>	33(41%)	3(.09%)	36(32%)
<b>divorciado</b>	1(0.01%)	1(.03%)	2(.01%)
<b>TOTALES</b>	<b>79</b>	<b>31</b>	<b>110</b>

FUENTE FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Se observó predominio de analfabetos 91 (83%) respecto a 16 (14%) con primaria, 2 (2%) con nivel secundaria y solamente un paciente con formación profesional (1%). (Tabla 8)

**Tabla 8.** Nivel de estudios comparado al porcentaje de pacientes con y sin maltrato

<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>	<b>Con Maltrato</b>	<b>Sin maltrato</b>	<b>Grupo total</b>
<b>Sin estudios</b>	67(84%)	24(77%)	91(82%)
<b>Primaria</b>	9(11%)	7(22%)	16(14%)
<b>Secundaria</b>	2(2%)	0(0%)	2(2%)
<b>Preparatoria</b>	0(0%)	0(0%)	0(0%)
<b>Profesionista</b>	1(1%)	0(0%)	1(1%)
<b>TOTALES</b>	<b>79</b>	<b>31</b>	<b>110</b>

Fuente:Ficha de identificación del paciente

La mayoría de los entrevistados 103 (93%) vive en su propio domicilio, en comparación al 5% que lo hace en el domicilio de sus familiares. Tabla 9

**Tabla 9.** Tipo de residencia de adultos mayores comparativo entre pacientes con y sin maltrato.

<b>TIPO DE RESIDENCIA</b>	<b>Con Maltrato</b>	<b>Sin maltrato</b>	<b>Grupo total</b>
<b>Vivienda propia</b>	74(93%)	29(93%)	103 (93%)
<b>Arrendatario</b>	1(.01%)	0(0%)	1(.009%)
<b>Cedida u otra</b>	4(.05%)	2(.06%)	6(.05%)
<b>TOTALES</b>	79	31	110

Fuente: Ficha de identificación del paciente

Se observó que 57 (51%) convive con el cónyuge frente a 34 (30%) que vive con algún familiar y 19 adultos mayores (17%) viven solos (tabla 10).

**Tabla 10.** Adultos mayores entrevistados, en grupo total, con y sin maltrato según el tipo de convivencia

<b>TIPO DE CONVIVENCIA</b>	<b>Con Maltrato</b>	<b>Sin maltrato</b>	<b>Grupo total</b>
<b>Vive solo</b>	19(25%)	0(0%)	19 (17%)
<b>Cónyuge</b>	33(41%)	24(77%)	57(51%)
<b>Familiares</b>	27(34%)	7(22%)	34(30%)
<b>TOTALES</b>	79	31	110

Fuente: Ficha de identificación del paciente

En la tabla 11 podemos observar que 42 pacientes( 38 %) recibe ayuda de servicios sociales (gobierno) y 33 adultos mayores (30%) tienen algún tipo de ingreso inestable (hijos, pariente cercano, etc.), 22 (20%) reciben ayuda por pensión y tan solo 13(11%) no reciben ningún ingreso económico.

**Tabla 11.** Tipo de ingresos económicos comparativo de pacientes con y sin maltrato.

<b>TIPO DE INGRESOS ECONOMICOS</b>	<b>Con Maltrato</b>	<b>Sin maltrato</b>	<b>Grupo total</b>
<b>Sin ingresos</b>	9(11%)	4(12%)	13(11%)
<b>Ingresos inestables</b>	23(29%)	10(32%)	33(30%)
<b>Pensión</b>	14(17%)	8(25%)	22(20%)
<b>Otros ingresos</b>	33(41%)	9(29%)	42(38%)
<b>TOTALES</b>	<b>79</b>	<b>31</b>	<b>110</b>

Fuente: Ficha de identificación del paciente

De los entrevistados 90 adultos mayores (82%) negaron algún antecedente de riesgo familiar, en contraste a 13(11%) que afirmaron la presencia de algún antecedente de violencia en la familia y 7 (6%) contestaron de forma positivamente la presencia de alcoholismo en el entorno familiar. Tabla 12.

**Tabla 12.** Presencia de factores de riesgo familiar comparativo entre pacientes con y sin maltrato

<b>FACTORES DE RIESGO FAMILIAR</b>	<b>Con Maltrato</b>	<b>Sin maltrato</b>	<b>Grupo total</b>
<b>antecedente de violencia</b>	13(16%)	0(0%)	13(11%)
<b>alcoholismo</b>	7(.08%)	0(0%)	7(6%)
<b>ninguna</b>	59(74%)	31(100%)	90(82%)
<b>TOTALES</b>	<b>79</b>	<b>31</b>	<b>110</b>

Fuente: Ficha de identificación del paciente

La prevalencia de sospecha de maltrato fue 71%, es decir 79 personas respondieron que “si” a alguna de las preguntas del cuestionario. El tipo de maltrato que mas predominó para este grupo de pacientes es en el que se presentaban dos tipos de maltrato simultaneo (27%), ubicando al abandono en el segundo lugar con un 25%, negligencia 16%, maltrato psicológico y más de dos tipos el 15% respectivamente (tabla 13).

**TABLA 13.** Prevalencia de maltrato de acuerdo a su tipología

<b>Tipo de maltrato</b>	<b>Grupo total</b>
<b>PSICOLOGICO</b>	12(15%)
<b>NEGLIGENCIA</b>	13(16%)
<b>ABANDONO</b>	20(25%)
<b>DOS TIPOS</b>	22(27%)
<b>MAS DE DOS TIPOS</b>	12(15%)
<b>TOTALES</b>	79

FUENTE FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

El test de funcionalidad familiar se evaluó por medio del cuestionario FACES-20esp, que de acuerdo a la puntuación obtenida permite clasificar al sistema familiar en funcional (sistema balanceado), disfuncional (extremo) y en limítrofe (rango medio). Para esto, se correlacionó la puntuación obtenida en las dimensiones de cohesión con la de adaptabilidad y se obtuvo el tipo de sistema familiar.

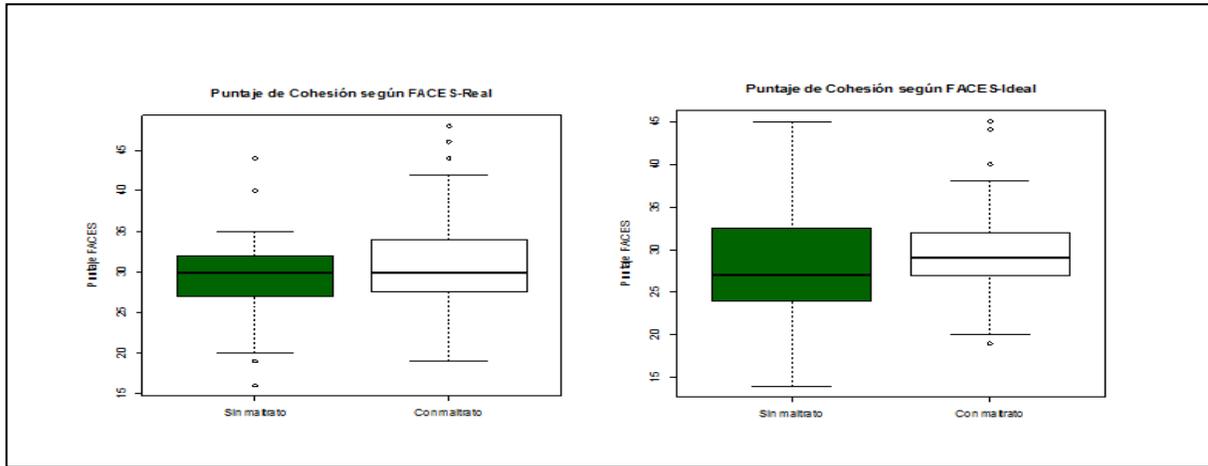
La aplicación del cuestionario FACES-20esp al adulto mayor se denominó “familia real” y el aplicado a su familiar o acompañante como “familia ideal”.

Al comparar el nivel de COHESION para las familias real e ideal, no se observó diferencia significativa entre ellas por el hecho de que en los dos grupos de familias predominó el subtipo no relacionada. Ubicándolas en el extremo bajo en base a la funcionalidad (Gráfica 4).

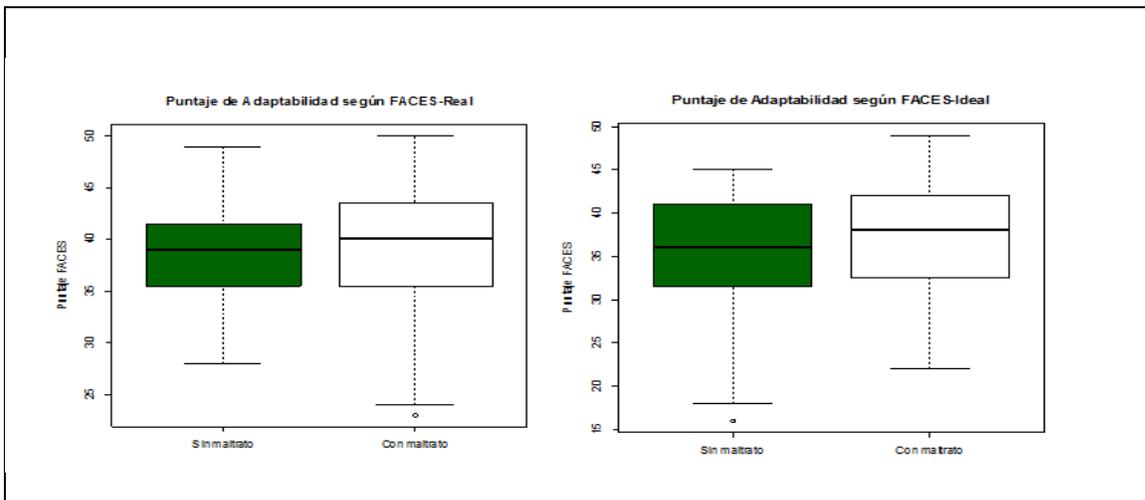
De igual manera en el nivel de ADAPTABILIDAD obtenido para los grupos familiares real e ideal el subtipo más predominante fue el caótico, ubicando a las familias en el extremo alto de la clasificación (Gráfica 5).

La funcionalidad limítrofe se identificó con mayor frecuencia en la familia real con 74 pacientes (67%) a diferencia de la familia ideal 61 pacientes (55%).

**Grafica 4.** Comparativo de la puntuación obtenida por la escala evaluativa de COHESION según percepción del adulto mayor dividida por maltrato y sin maltrato.



**Grafica 5.** Comparativo de la puntuación obtenida por la escala evaluativa FACES-20esp en el apartado ADAPTABILIDAD familiar de acuerdo a la percepción real e ideal y dividida por maltrato y no maltrato.



En el análisis explicativo de la percepción de maltrato por regresión logística, partiendo del modelo completo que incluyó las variables: edad, género, estado civil, nivel de estudios, ocupación, residencia, tipo de ingreso económico. Posterior a su selección mediante técnica escalonada, se mantuvieron únicamente las variables “convivencia actual” y “Factores de riesgo Familiar” las cuales fueron identificadas como de gran importancia para explicar la percepción de maltrato referida por el adulto mayor (tabla 14).

Al ajustar por la otra variable seleccionada, se encontró una asociación entre la positividad de sospecha de maltrato, y la convivencia del núcleo familiar, con un mayor riesgo en quienes viven solos frente a quienes viven con su cónyuge o familiares.

Del mismo modo, al ajustar por convivencia actual, la referencia de antecedente de maltrato familiar aumento 9.6 veces el riesgo de que el adulto mayor percibiera maltrato en comparación a la no existencia de este antecedente, la presencia de alcoholismo familiar aumento casi 2 veces esta percepción

**TABLA 14.** Variable explicativa de percepción de maltrato en adultos mayores,  $\beta$  estimada, valor de P, OR y limites de confianza al 95%

VARIABLE	$\beta$ ESTIMADA	P	OR	IC 95%
<b>CONVIVENCIA</b>		0.0001	---	----
<b>Vive solo</b>	control	----	1	---
<b>Con conyuge</b>	-19.1	----	0.000005	NA - 3.2
<b>Con familiares</b>	-18.0		0.000001	NA - 1.8
<b>RIESGO FAMILIAR</b>		0.0012	-----	-----
<b>Sin antecedente</b>	control	--	1	-----
<b>Antecedente de violencia</b>	18.4	--	9.7	<.00001 - NA
<b>Alcoholismo</b>	19.1	--	1.99	<0.000002 - NA

Las calificaciones de funcionalidad familiar por FACES-20esp, reportadas tanto por el adulto mayor como por su familiar o acompañante no presentaron concordancia en el grado de funcionalidad, a pesar de que identificó el mismo número de familias disfuncionales, como se puede observar en la siguiente tabla (tabla 15).

**Tabla 15.** Cuestionario FACES-20esp aplicado al adulto mayor (real) y al familiar (ideal).

<b>FAMILIA IDEAL</b>				
	EQUILIBRADA	RANGO MEDIO	EXTREMO	
<b>R</b>	4	9	1	14(12%)
<b>E</b>	15	42	17	74(67%)
<b>A</b>	8	10	4	22(2%)
<b>L</b>				
	27(24%)	61(55%)	22(2%)	

## VII. DISCUSION

El aumento de la esperanza de vida, el progresivo envejecimiento de la población, los cambios de estructura familiar y la valoración social de la juventud frente a los estereotipos negativos de la ancianidad son algunos factores que explican el creciente interés, por el maltrato a los ancianos.<sup>43</sup>

En nuestro trabajo hemos aplicado un cuestionario de detección de sospecha de maltrato que consta de 9 preguntas, 5 de ellas recomendadas por la AMA, que constituyen el núcleo de la entrevista en el adulto mayor; éste fue el cuestionario empleado también en el trabajo de Ruiz et al<sup>44</sup>

En la mayoría de los casos los maltratadores pertenecen al núcleo familiar del anciano<sup>45</sup>

La prevalencia de este tipo de violencia familiar encontrada en este estudio es mayor (27%) a la encontrada en el informe mundial sobre violencia y la salud 2003, emitido por la Organización Mundial de la Salud OMS (4-6%)<sup>46,47</sup> Aun así, es probable que la magnitud de la violencia familiar reportada en el estudio, este subestimada, ya que no se puede descartar la existencia de un sesgo de la información; puesto que algunos adultos mayores pudieron negar que están presentando violencia familiar por ser entrevistados en presencia de su familiar o cuidador.

El tipo de violencia más predominante en este estudio fue el que se categorizó como de por lo menos dos tipos de maltrato (27%), estos aspectos no se han analizado en la bibliografía consultada, sin embargo; cabe destacar que algunos estudios señalan al abuso económico como el más frecuente<sup>47</sup>. Estas diferencias en cuanto al tipo de violencia predominante se deben probablemente al tipo de poblaciones estudiadas.

Las variables que se encontraron asociadas a sospecha de maltrato en el análisis multivariable son el tipo de convivencia y el antecedente de riesgo familiar. Lo que nos obliga a pensar sobre la calidad de relaciones humanas dentro del hogar y la familia donde los ancianos pueden llegar a sufrir maltrato<sup>48</sup>, ya que estos conceptos “hogar y

familia”, representan un espacio de tranquilidad y seguridad en donde viven personas generosas y preocupadas por el bienestar de los demás, por esto resulta consistente el dato de que vivir solo o convivir con un familiar alcohólico aumente la frecuencia del fenómeno de maltrato en este grupo etéreo.

Por otra parte, no se encontró relación entre funcionalidad familiar y la sospecha de maltrato en nuestra población estudiada, aspectos que en la literatura médica tampoco ha sido documentado. Quizá esto pueda obedecer a que el tipo de instrumento utilizado para la evaluación de la funcionalidad familiar tenga imprecisiones que se observaron en la falta de concordancia cuando era contestado por el anciano mayor o su familiar o acompañante.

Otro factor a considerar sería el tamaño de la muestra, la cual creemos que pudiera ser insuficiente para la precisión buscada en nuestro estudio. Sin embargo, a partir de los hallazgos encontrados podemos concluir que el médico de familia se encuentra en una posición privilegiada para ayudar a la prevención, detección y abordaje apropiado del maltrato al adulto mayor<sup>49</sup> y como primer paso para mejorarlo se sugiere promover actividades educativas al personal de trabajo social, así mismo contar con este servicio en todas las unidades de medicina familiar y comunitaria<sup>50</sup>

## **VIII. CONCLUSION**

A partir de los hallazgos del presente estudio, podría implementarse una prueba de tamizaje aplicada por el médico familiar o personal de trabajo social con aplicación del cuestionario para la detección y sospecha de maltrato al anciano de la AMA y en caso de que alguna de las nueve preguntas fuera contestada afirmativamente, completarlo con cuestionamiento sobre antecedente de violencia intrafamiliar y alcoholismo en su núcleo domiciliario, si estas preguntas también fuera positivas, estructurar medidas de manejo para suspender o prevenir el fenómeno de maltrato.

## IX. BIBLIOGRAFIA

1. López Jiménez L. Ancianos. *Rev. Clín Esp* .2010 ;10: 531.
2. Senama. (2007). *Los Mayores de Santiago una Aproximación a su Realidad . Informe Final*. Santiago de Chile: Políticas Públicas. p.10 y 11.
3. Benitez, S. V. (2009). Sociodemografía de la población anciana:revisión de las perspectivas metodológicas individual y de hogares. *Altepepaktli Salud de la comunidad* , 5 (10), 52 y 53.
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe(CEPAL), F. d., & 2009. (30 de abril de 2009). [www.gerontologia.org/noticia.php?id=1788](http://www.gerontologia.org/noticia.php?id=1788). (Sandra Huenchuan,Daniela González)Consultado el 22 de junio de 2010, de [www.gerontologia.org/noticia.php?id=1788](http://www.gerontologia.org/noticia.php?id=1788): disponible en URL: <http://www.gerontologia.org/noticia.php?id=1788>
5. conapo. (2009). [www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje01.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje01.pdf). Consultado el 08 de septiembre de 2010, de [www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje01.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje01.pdf): disponible en URL:<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje01.pdf>
6. Vargas, J. M. (2006). Envejecimiento Poblacional en el Estado de México: Situación Actual y Perspectivas Futuras. *Papeles de Población* (050), p.118.
7. Alemany, M. A. (2003). *Tratado de Geriatria para Residentes .Negligencia Abuso y Maltrato*. España: marban.P.133,134,136
8. PAPPS, M. d. (2002). [mayores.pre.cti.csic.es/documentos/.../fernandez-malostratos-01.pdf](http://mayores.pre.cti.csic.es/documentos/.../fernandez-malostratos-01.pdf). Consultado el 05 de MAYO de 2010, de [mayores.pre.cti.csic.es/documentos/.../fernandez-malostratos-01](http://mayores.pre.cti.csic.es/documentos/.../fernandez-malostratos-01). disponible en URL: <http://www.mayores.pre.cti.csic.es/documentos/.../fernandez-malostratos-01.pdf>
9. A. Bover Bover, M. M. (2003). El Maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Atención Primaria* , 32 (09), 543.
10. (Protocolo de Actuación contra el Maltrato a las Personas Mayores, 2007) Girona España.
11. Martínez Muñoz Jeannette, B. Y. (2007). *Maltrato Negligencia y Abandono de la Persona Adulta Mayor Costarricense*.
12. (Fliman, K M ; AMILLO GARAYOA,S, 1996) Algunos aspectos de la historia del maltrato al adulto mayor. *Geriatrka* , 12, 13-20.

13. Robledo, L. M., & 2006. (noviembre de 2006). [www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx/.../viol/invi-capitulo\\_IV.pdf](http://www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx/.../viol/invi-capitulo_IV.pdf). Consultado el 02 de junio de 2010, de [www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx/.../viol/invi-capitulo\\_IV.pdf](http://www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx/.../viol/invi-capitulo_IV.pdf): disponible en URL [http://www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx/.../viol/invi-capitulo\\_IV.pdf](http://www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx/.../viol/invi-capitulo_IV.pdf)
14. Informe Mundial Sobre Violencia y Salud. Washington, D. O. (2003). [www.paho.org/spanish/AM/PUB/capitulo\\_5.pdf](http://www.paho.org/spanish/AM/PUB/capitulo_5.pdf). Consultado el 25 de mayo de 2010, de [www.paho.org/spanish/AM/PUB/capitulo\\_5.pdf](http://www.paho.org/spanish/AM/PUB/capitulo_5.pdf): disponible en URL: [http://www.paho.org/spanish/AM/PUB/capitulo\\_5.pdf](http://www.paho.org/spanish/AM/PUB/capitulo_5.pdf)
15. Toschi, R. (2009). La Sociedad Frente al Abuso, el Maltrato y la Violencia con los Mayores. Foro Abierto de Opinión. *Revista de Salud Pública* , XIII (2), 54.
16. Corral, F. S. (2004). Maltrato a las personas mayores: algunas respuestas a muchos interrogantes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* , 39 (3), 151.
17. Gutierrez(coord), A. M. (2005). [www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../imserso-malostratos-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../imserso-malostratos-01.pdf). Consultado el 27 de junio de 2010, de [www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../imserso-malostratos-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../imserso-malostratos-01.pdf): disponible en URL: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../imserso-malostratos-01.pdf>
18. Marcela Sanhueza Parra, M. C. (2005). Adultos mayores Funcionales: Un nuevo concepto de salud. *Ciencia y Enfermería* , XI (2), 18. Disponible en URL: <http://www.scielo.cl/scielo.php?S0717...script=sci>
19. Pérez Rojo Gema, e. a. (2008). Aportación Española de los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* , 180.
20. Antología de prevención, v. y. (s.f.). [www.portaldoenvelhecimento.org.br/violencia/vcjulho10.pdf](http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/violencia/vcjulho10.pdf) . Consultado el 06 de enero de 2011, de [www.portaldoenvelhecimento.org.br/violencia/vcjulho10.pdf](http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/violencia/vcjulho10.pdf): <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/violencia/vcjulho10.pdf>
21. José, A. B. (2006). Penurias de los ancianos en abandono en el sur de Nuevo León (México). *Rev. Esp Geriatr* , 196.
22. Giraldo, L. (2006). *Encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores en distrito federal (EMPAM- 2006)*. Recuperado el 06 de enero de 2011, Disponible en: [http://www.equidad.df.gob.mx/libros/adultomayor/empam\\_df.pdf](http://www.equidad.df.gob.mx/libros/adultomayor/empam_df.pdf)
23. (Guía de Práctica Clínica Detección y Manejo del Maltrato en los Adultos Mayores en Primer Nivel de Atención. Disponible: <http://www.imss.gob.mx>, 2009). p 8

24. Organización Panamericana de la Salud, O. R. *Abuso(Maltrato) y Negligencia(Abandono) Guía de Diagnóstico y Manejo Parte II*.
- 25 Mesias González MT, y cols. (2006). Maltrato a Personas Mayores. *Guías Clínicas* , 2. [http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/inconUrinaría\\_guiaCuidad ores.asp ...](http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/inconUrinaría_guiaCuidad%20ores.asp)
- 26.Pérez Rojo G, B. P. (2006). Maltrato de las Perosnas Mayores:situación actual en el Reino Unido. *Rev Esp Geriatr Gerontol* , 291,292.
- 27.*Definición y Tipificaciónn del maltrato al adulto mayor en Chile.SENAMA*. (s.f.). Recuperado el 30 de 09 de 2011, de [www.senama.cl/filesapp/1288.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/1288.pdf): [www.senama.cl/filesapp/1288.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/1288.pdf)
- 28 .Barbero, M. B. ( 1a Edición Mayo 2005). *Malos tratos a personas mayores:Guía de Actuación*. Madrid: IMSERSO.
29. Risco Romero Carmen, y cols. (2005). Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana . *Medicina Clínica Barcelona* , 51,52
30. Schmidt Vanina, J. P. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III ¿Modelo de dos o tres factores? *escritos de Psicología, Vol.3, no 2 , 3 (2)*, 31.
31. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. (2005). *Archivos de Medicina Familiar* , 7 (1), 515.
- 32 P.BUIL, J. E. (1999). Anciano y Familia. Una relación en evolución. *ANALES Sis San Navarra* , 22 (1), 20.
- 33 Mendoza-Solís, LA.. y cols (2006). Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Archivos de Medicina Familiar* , 8 (1), 28-29.
34. Martínez Pampliega Ana,y cols. (2006). Family e una versión de 20 ítems en españolAdaptability and Cohesión Evaluation Scale (FACES):desarrollo d. *International Journal of Clinical and Health Psyhcology* , 317-322.
- 35.Ponce Rosas E.R.,y cols. (2002). Validez del Constructo del cuestionario FACES II len español(México). *Atención Primaria* , 76 y77.
- 36 .Modelo Trifactorial de Comunicación Adelscentes - padres. (s.f.).
- 37.Herramientas utilizadas en el estudio de salud familiar. (2007). *Congreso Nacional de médicos residentes de medicina familiar*.
- 38.2010 de mayo de 2010). Recuperado el 23 de junio de 2009, de [ww.portalesmedicos.com/incidenciadelmaltratoeneladultomayo](http://ww.portalesmedicos.com/incidenciadelmaltratoeneladultomayo)

39. *Catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-057-08 Page2.2* . (2008). Recuperado el 23 de junio de 2009, de Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor en Primern Nivel de Atención...:  
[www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/.../imss.../MALTRATO...ADULTO...\\_M...](http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/.../imss.../MALTRATO...ADULTO..._M...)
40. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. (2002) [www.who.int/entity/.../alc\\_toronto\\_declaration\\_es.pdf](http://www.who.int/entity/.../alc_toronto_declaration_es.pdf) *revisado y consultado junio del 2010.*
41. Diana, G. (2008). Cómo redactar un proyecto de investigación? *FACES* , 1 (1), 21
42. Salinas Martínez Ana María, e. a. *La Investigación en Ciencias de la Salud - Una actividad sencilla-*.
43. Buitrago Ramírez, e. (2006). Reconocer y abordar el maltrato al anciano. *Formación Medica Continua Atención Primaria* , 13 (07), 370.
44. A. Ruiz Sanmartín, e. a. (2001). Violencia doméstica:prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria* , 27 (5), 331.
45. MT., B. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev.Esp Geriatr Gerontol* , 8-14.
- 46 .Organización Mundial de la Salud. La violencia, un problema mundial de salud pública. En:OMS. Informe Mundial sobre Violencia y la Salud 2003. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;2003. P.125-45.
- 47.Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla(Chiapas,México). *Rev Esp Geriatr Gerontol.* , 42 (1), 27-33.
48. Avilés Osman M E,y cols. (2003). *Factores sociodemográficos y familiares que influyen en el maltrato del adulto mayor autovalente controlado en los consultorios urbanos de la unión y Río Bueno.* Recuperado el 24 de febrero de 2010, de [www.medicina.uach.cl7.../2/.../Maltrato\\_adulto\\_mayor\\_autovalente.pdf](http://www.medicina.uach.cl7.../2/.../Maltrato_adulto_mayor_autovalente.pdf)
49. Ruiz Sanmartín A, y cols. El médico de familia y el síndrome de malos tratos a ancianos. *Aten Prim* , 2000;26 (9): 641-6.
50. Martín Lesende I. (2004). Atención a las personas mayores en atención primaria. Necesidad de formación. *Aten Primaria* , 33 (08), 415-6.
51. Gordillo-Moscoso A, Medina-Moreno U, Pierdant-Pérez M. Manual de Investigación Clínica. México D.F.: Manual Moderno; 2012 (ISBN 978-607-448-275-1 impresa, ISBN 978-607-448-276-8 versión electrónica).

## X. ANEXOS

### ANEXO I

Cuestionario para la detección de sospecha de maltrato al anciano de la American Medical Association (AMA).

1 ¿Alguien en casa le ha hecho daño alguna vez?

2 ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que no quería?

3 ¿Alguien le ha quitado alguna de sus pertenencias sin pedirle permiso?

4 ¿Alguna vez le han gritado o amenazado?

5 ¿Ha firmado alguna vez documentos que no entendía?

6 ¿Tiene miedo de alguien en casa?

7 ¿Está usted solo mucho tiempo?

8 ¿Alguna vez alguien le ha tocado sin su consentimiento?

9 ¿Alguien no le ha ayudado a cuidarse cuando usted lo necesitaba?

Una sola respuesta positiva al cuestionario se considera como sospecha de maltrato.

Se evalúa: **Maltrato Físico** (pregunta 1), **Psicológico** (pregunta 2, 4, 6), **Sexual** (pregunta 8), **Negligencia** (pregunta 9) y **Abandono** en los cuidados (pregunta 7).

## ANEXO II.

### Escala Evaluativa de Cohesión y Adaptabilidad Faces-20-esp instrumento para evaluar funcionalidad familiar.

**Instrucciones:** Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

No	Describa a su familia	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
1.	Los miembros de su nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2.	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas					
3.	Aceptamos amistades de los demás miembros de la familia					
4.	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5.	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6.	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7.	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia					
8.	En nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas					
9.	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10.	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11.	Nos sentimos muy unidos					
12.	Cuando se toma un decisión muy importante, toda la familia está presente					
13.	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
14.	En nuestra familia las reglas cambian					
15.	Con facilidad podemos planear actividades en la familia					
16.	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17.	Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18.	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19.	La unión familiar es muy importante					
20.	Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

Cohesión (nonas)	Amplitud de clase	Adaptabilidad (pares)	Amplitud de clase
No relacionada	10-34	Rígida	10-19
Semirelacionada	35-40	Estructurada	20-24
Relacionada	41-45	Flexible	25-28
Aglutinada	46-50	Caótica	20-50

### ANEXO 3

#### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Marzo	Abril	Julio	Enero	Marzo	Abril	Septiembre	Noviembre
		Junio	Diciembre		Abril	Agosto	Octubre	Diciembre
	2010			2011		2012		
Planteamiento del problema	X							
Búsqueda de bibliografía		X						
Elaboración y revisión del protocolo			X					
Entrega del protocolo al comité y revisiones				X				
Autorización y registro del protocolo					X			
Recolección de información y captura de datos						X		
Análisis de datos e interpretación de resultados							X	
Elaboración de tesis							X	
Elaboración de resumen para publicación								X
Elaboración de cartel.								X
Presentación en congresos								

#### **ANEXO 4**

#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION CLINICA**

San Luis Potosí, S.L.P. a \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: "Relación entre Sospecha de maltrato al adulto mayor y funcionalidad familiar de la unidad de medicina familiar No 20 del I.M.S.S. en San Luis Potosí". Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número: R-2011-2402-28.

El objetivo del estudio es: "Identificar si existe relación entre sospecha de maltrato al adulto mayor y funcionalidad familiar"

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una ficha de identificación que recoge datos acerca de mi persona como: edad, sexo, escolaridad, estado civil, etc., así como a un par de instrumentos de evaluación que llevan por título: "Sospecha de maltrato al adulto mayor", el cual es auto aplicable para y el "FACES III", éste ultimo va dirigido a los integrantes de mi familia.

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

- El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre la investigación a realizar, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de la misma, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
- Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.
- El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

GREMLIN RAYA HERNANDEZ  
MAT 99254339

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de preguntas relacionadas con el estudio: \_\_\_\_\_

Testigos:

\_\_\_\_\_