



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94 ARAGÓN**

MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR Y DISFUNCION FAMILIAR EN LA UMF 94

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:

DRA. MEJÍA VALDIVIA CLAUDIA IVETT

Médico residente de 3er. grado del curso
de Especialización en Medicina Familiar

Matricula: 98364386

Email: mejia65@hotmail.com

Telefono: 57-51-59-82

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dra. Esther Azcarate García

Profesor titular del curso de especialización
en Medicina Familiar

Matrícula: 99362280

Domicilio: Camino Viejo San Juan de
Aragón s/n col. Ampliación

Casas Alemán GAM.

e-mail: estherazcarate@gmail.com

Tel: 55 77 1600 Ext. 21436

INVESTIGADOR ASOCIADO:

Dr. Uziel Valle Matildes

Jefe de departamento clínico UMF. 34.

Matrícula 99362249

Domicilio: Calle 2 s/n y Av. Zaragoza.

e-mail: uziel.vallem@telmexmail.com

MÉXICO D.F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PROYECTO AUTORIZADO POR COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION
NUMERO DE REGISTRO _____

AUTORIDADES

DR. VICTOR MANUEL AGUILAR
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVSTIGACION EN SALUD

DR. HUMBERTO PEDRAZA MENDEZ
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION

DR. ALEJANDRO HERNANDEZ FLORES
DIECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94

DR. GUILLERMO ARROYO FREGOSO
JEFE DE EDUCACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94

INDICE:

Resumen	4
Introducción	5
Marco Teórico	6
Antecedentes científicos	18
Planteamiento del Problema	20
Pregunta de investigación	22
Objetivos del estudio	22
Hipótesis	22
Identificación de variables	22
Universo de trabajo	23
Población y muestra de estudio	23
Determinación estadística del tamaño de la muestra	23
Diseño de estudio	23
Criterios de selección de la muestra	23
Procedimiento para la integración de la muestra	24
Descripción y validación de instrumentos	24
Descripción del programa de trabajo	25
Descripción de la recolección de datos	26
Análisis estadístico	26
Consideraciones éticas	27
Resultados	28
Discusión	44
Conclusión	45
Referencias bibliográficas	46
Anexos	49

TIPO DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR Y DISFUNCION FAMILIAR EN LA UMF

94

Azcarate García E.¹ Valle M² Mejía Valdivia I.³

Antecedente: El maltrato en el adulto mayor se encuentra subdiagnosticado ya que las últimas estadísticas del INEGI revelan que aproximadamente un 10% lo padece, siendo resultado de una disfunción familiar.

Objetivos: Identificar el tipo de maltrato más común en el adulto mayor.
Identificar disfunción familiar en los adultos mayores maltratados.
Identificar el grupo más afectado en adultos mayores maltratados.

Material y métodos: Estudio, en 150 derechohabientes de la UMF.94, de 65 A 80 años más años de edad, cualquier sexo, ocupación y estado civil, bajo consentimiento informado y muestreo por conveniencia. A través de entrevista directa, exploración física y aplicación del GSM con categorización de SI o NO. Análisis de datos con estadística descriptiva y ji cuadrada con una p de 0.05, Presentación en cuadros y figuras.

RECURSOS: Físicos de la unidad, materiales y financieros del investigador.

DURANCION: Marzo 2013- febrero 2014

PALABRAS CLAVES: adulto mayor, maltrato, físico, psicológico, económico, sexual y disfunción familiar

¹ Médico familiar. Profesor posgrado UMF 94- IMSS

² Médico familiar jefe de servicio UMF. 34 IMSS

³ Residente de medicina familiar. UMF. 94

INTRODUCCION

Los cambios en el adulto mayor como fenómeno social a nivel mundial es el resultado de una transición demográfica y epidemiológica, debido a los avances médicos y el desarrollo tecnológico y científico lo que han propiciado una disminución de la tasa de fecundidad y mortalidad aumentando la esperanza de vida por lo que la población de 60 y más seguirá en crecimiento progresivo. (1).

Lo que impacta en la población mexicana, simultáneamente surgen noticias sobre un problema creciente, el Síndrome de Abuso o Maltrato al Adulto Mayor (SMAM). (2)

Los cambios en la mortalidad de la población mundial se reflejan en una mayor sobrevivencia, la cual aumentará considerablemente en la primera mitad de este siglo, al pasar de alrededor de 65 años en 2000-2005 a 74 años en 2045-2050. Actualmente, la esperanza de vida de las mujeres (67.6) es superior en alrededor de cinco años a las que registran los varones (63.3). Cabe resaltar que en los países más desarrollados, la esperanza de vida al nacimiento promedio es de casi 76 años en el quinquenio 2000-2005 la cual podría aumentar a 81 años a mediados de este siglo, a la vez que en los países en desarrollo se estima que aumentará de 63.4 a 73.1, durante el mismo periodo.(3,4)

Poco más de siete millones de adultos mayores en México viven en situación de pobreza, y entre ellos, más de 800 mil en la marginación extrema. Asimismo, las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) señalan que de cada 100 adultos mayores, 26 tienen alguna discapacidad, además de que la diabetes es la principal causa de ingreso hospitalario y de muerte.

La edad a partir de la cual una persona puede considerarse “anciana” no está definida con precisión. En los países occidentales, generalmente se considera que la senescencia coincide con la edad de jubilación (60 o 65 años). (3) La población mundial de personas mayores de 65 años está aumentando a un ritmo sin precedentes y, mientras que actualmente totaliza 506 millones, en poco más de 30 años se habrá duplicado hasta mil 300 millones, según un estudio dado a conocer en julio 2009.

En 2008, el 62% (313 millones de personas) de la población mundial mayor de 65 años vivía en países en vías de desarrollo, mientras que en 2040, se prevé que esas naciones cuenten ya con más de mil millones de ancianos, el 76% de lo proyectado para todo el planeta.

Las personas mayores de 80 años conforman el segmento demográfico que más crece en muchos países. A nivel mundial, la población más vieja aumentará un 233% entre 2008 y 2040. (4)

El abandono, maltrato físico o psicológico de familiares, despojo de propiedades, de dinero y hasta de la pensión alimentaria que ofrece el Gobierno del Distrito Federal son los abusos más comunes que se dan en contra de los adultos mayores, los cuales suman actualmente 10.6 millones en el país.(5)

Para 2050 se triplicará el número de personas de más de 60 años, uno de cada cuatro mexicanos será adulto mayor, indican datos oficiales.

Actualmente, hay tan sólo 350 geriatras para la atención de este sector de la población en todo el territorio nacional y existe poca profesionalización en el personal que los atiende. (5)

Muchas veces se maltrata sin saberlo y esto sucede desde el momento en que al anciano se le dice camina rápido que se hace tarde o eso ya me lo contaste, me lo has dicho tres o cuatro veces, indica Sergio Valdez, director de atención geriátrica del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam)._(5)

El trato inadecuado es más común hacia la mujer que para el hombre, el cual generalmente, cuenta con más recursos económicos, puede tener pensión o propiedades, y mantiene una relación más lejana con los hijos.

La importancia radica ya que el maltrato al adulto mayor sea del tipo que sea condiciona una alteración en sus enfermedades y quizás hasta el apego a los tratamientos, los que nos explicaría porque la mayor demanda de consulta sea por adultos mayores. Quienes mucha veces acuden con su médico familiar para ser escuchados y liberar el estrés que pueda estar viviendo en casa.

Espero que con ello reflexionemos sobre dicha situación ya que algún día llegaremos a esa edad y lo que querríamos es ser tratados con dignidad y respeto y ojala podamos tener como diagnostico dentro de nuestra unidad así brindar apoyo a nuestros adultos mayores que tanto nos necesitan.

MARCO TEORICO

El maltrato a ancianos es el trato indebido o negligente a un anciano por otra persona que le cause daño o lo exponga al riesgo de sufrir daño a su salud, su bienestar o sus bienes. A pesar de que el tema de la violencia ha sido tratado con bastante frecuencia, la violencia hacia los adultos mayores por parte de los familiares ha sido virtualmente ignorada hasta años recientes. Aunque resulta inconcebible que los adultos mayores, débiles, dependientes, discapacitados sean objeto de conductas mal tratantes en el seno de la familia, principalmente por sus propios hijos e hijas, estos en nuestros días continúan siendo víctimas de la violenciafamiliar.(5,6)

Su exacta frecuencia es desconocida, en parte por la carencia de una definición del término aceptada por todos. Se estima en un 2 a 5%, pero probablemente esta cifra está subestimada y en la medida que aumenten los estudios y registros al respecto, ella será por lo menos doblada en su frecuencia.

Si bien el abuso para con los ancianos ocurre probablemente desde hace siglos, recién en los últimos veinte años han aparecido publicaciones al respecto. Por lo mismo, ya no se puede aceptar que este tema sea aún desconocido por los miembros del equipo de salud y público en general.

Adquiere, además, cada día mayor relevancia por el número creciente de personas afectadas y por las consecuencias inherentes que estos malos tratos conllevan. Las primeras publicaciones al respecto en el ámbito médico aparecieron en el año 1975, cuando se describió en el Reino Unido el síndrome del “zamarreo del anciano” o Granny Battering, demostrándose además que era un problema substancial. La inicial incredulidad respecto a los reportes sobre abuso en el adulto mayor fue posteriormente reemplazada por un creciente interés por el tema. Es así como en USA se ha legislado al respecto y la comunicación de los casos es obligatoria en casi todos los estados, cuando el abuso ocurre dentro del hogar, y en todos los estados cuando tiene lugar dentro de instituciones. (6).

Fue así como en el año 1994 se promulgó la Ley N° 19.325 sobre Violencia Intrafamiliar, la que sin embargo, no incluyó el abuso y maltrato hacia el anciano, en forma específica.(6,7)

A este proceso ha contribuido, en el ámbito internacional, la " Carta de los Derechos de las personas mayores", elaborada por las Naciones Unidas, difundida en Chile, mayoritariamente, por el Comité Nacional para el Adulto Mayor.

La Carta estipula varios derechos, de los cuales queremos destacar algunos, sin desmerecer la importancia de otros:

- **" las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad, y verse libres de explotaciones y malos tratos físicos o mentales".**
- **" las personas de edad, deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional, que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo mental y social en un entorno humano y seguro".**
- **" las personas de edad, deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado".**

El tema del adulto mayor ha adquirido gran preocupación en nuestro país en los últimos años, lo que tiene directa relación con el progresivo envejecimiento de la población. Esto ha llevado a la necesidad de preocuparse de problemas de toda índole que afectan a este grupo etéreo, y que si bien han existido siempre, sólo ahora se manifiestan en toda su magnitud. (6,7)

Más del 10 por ciento de la población actual del mundo supera los 60 años y pertenece al grupo poblacional del adulto mayor. Aunque a muchos de ellos les cuesta trabajo reconocerlo, son sometidos a diversas formas de maltrato de manera aislada o reiterada en el hogar, la calle, los centros de salud y otros lugares.(8)

Por lo sensible de la cuestión y para contribuir al consenso político y social de que la violencia contra los ancianos puede ser un acto evitado y prevenible, se celebra el 15 de junio como Día Mundial de la Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez con la realización de numerosas iniciativas que contribuyan con ese esfuerzo.

En una edad en la que se es dependiente del otro, las maneras de agredirlos pueden ser desde las más sutiles como una frase cortante por sus limitaciones hasta la agresión física, sexual, financiera, el chantaje filial, la poca atención o los descuidos en ella, causándoles consecuencias físicas (alteraciones orgánicas, del sistema nervioso, trastornos del sueño), psicológicas (baja autoestima, aislamiento, temor, depresión) y sociales (pérdida de roles, prejuicios sociales, inactividad,dependencia).

El abusador es por lo general la persona que "lo cuida" o vive a su lado, y puede ser un miembro de la familia, un vecino, amigo o el responsable de una institución. Para el adulto mayor lo más doloroso es que las agresiones provengan de sus hijos o nietos, a quienes ha contribuido a formar y en quienes ha depositado toda su esperanza de tener una vejez grata y equilibrada.

La importancia radica ya que el maltrato al adulto mayor sea del tipo que sea condiciona una alteración en sus enfermedades y quizás hasta el apego a los tratamientos, los que nos explicaría porque la mayor demanda de consulta sea por adultos mayores. Quienes mucha veces acuden con su médico familiar para ser escuchados y liberar el estrés que pueda estar viviendo en casa.

Espero que con ello reflexionemos sobre dicha situación ya que algún día llegaremos a esa edad y lo que querríamos es ser tratados con dignidad y respeto y ojala podamos tener como diagnostico dentro de nuestra unidad así brindar apoyo a nuestros adultos mayores que tanto nos necesitan.

DEFINICION DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR:

La Asociación Americana de Medicina define el maltrato del adulto mayor como todo acto u omisión que resulte en daño o amenaza de daño a la salud o bienestar de la persona.

El maltrato incluye abuso físico o sexual, abuso psicológico, Explotación (mal uso de recursos financieros de la persona), Abuso médico (retener o administrar inadecuadamente los tratamientos médicos) y Negligencia.

Las víctimas son habitualmente personas muy ancianas y frágiles, que conviven con sus maltratadores (los que muchas veces dependen financieramente de sus víctimas). Tanto los abusadores como los abusados tienden a minimizar o negar el abuso. (8,9)

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

Otra definición de Maltrato en el adulto mayor (MAM): es el abuso al anciano o maltrato es una conducta destructiva que se dirige a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad y/o frecuencia como para producir efectos de carácter físico, psicológico, social y/o financiero de innecesario sufrimiento lesión, dolor, pérdida de los derechos humanos así mismo como la disminución de la calidad de vida para la persona mayor incluyendo los actos comisión y omisión intencionales o involuntarios". (9,10).

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DEL MALTRATO DEL ADULTO MAYOR.

Es de conocimiento que la violencia doméstica es tan antigua como la humanidad misma y se reconocen la violencia infantil, contra la mujer y el anciano, fundamentalmente; siendo este último grupo una población en ascenso por las mayores expectativas de vida de los últimos años. Como resultado de ello, irá en aumento de casos de abuso en el anciano se incrementará y el impacto de este se verá como efecto en la salud de los mismos. El médico en la atención primaria de salud es un pilar importante en la prevención y educación de este problema. (10)

La preocupación por parte de médicos por este tema ha sido también reciente. La primera discusión apareció en 1975, en el British Medical Journal en la carta al editor.

El estudio sobre el maltrato al adulto mayor se origina con la “Carta de los Derechos de las Personas Mayores” elaborado por las Naciones Unidas del 16 diciembre de 1991. Informes dados por la Organización Mundial de la Salud indican que más de 1millon de ancianos en el ámbito mundial son víctimas de maltrato al año.

En Estados unidos 1 de cada 25 adultos mayores son maltratados. (10). Una revisión terminada en 1995 y limitada a publicaciones centrales y al Index Medicus sobre “malos tratos a ancianos” detecto 26 artículos y solo 4 de ellos contenían datos primarios. Solo en pocos lugares se ha estudiado y establecido las tasas de incidencia de la violencia y maltrato. Siendo variables los resultados en algunos se establecía mayor maltrato hacia la mujer otros refieren que es igual.

Los estudios llevados en otros entornos más desarrollados, incluidas las encuestas nacionales e internacionales de base comunitaria (realizadas en Australia, Canadá, Reino Unido e Irlanda del Norte) llegaron a la conclusión que la proporción de personas de edad que, según informes, sufre maltrato o abandono oscila el 3% y el 10%.

En Canadá se descubrió que el abandono era la forma más común de maltrato en contextos comunitarios y domésticos: el 55% de los casos denunciados era de abandono, mientras que el 15% correspondía a maltrato físico y el 12% a la explotación económica. Se sabe menos aún sobre los cambios en los comportamientos abusivos contra las personas de edad a lo largo de los años.

En los Estados Unidos, el National Center on Elder Abuse registró entre 1986 y 1996 un aumento del 150% en los incidentes de maltrato declarados por los servicios estatales de protección del adultos. Según informes, el abandono resultó ser la forma de maltrato más común y se hallaron diferencias significativas entre las tasas correspondientes a hombres y mujeres.

Los autores del maltrato solían ser los hijos adultos (37%), seguidos de los cónyuges (13%) y de otros miembros de la familia. (11%). (11)

Como consecuencia de la rápida ampliación de las actividades relacionadas con el maltrato de los ancianos en todo el mundo, en 1997 se creó la Red Internacional para la Prevención a los Ancianos (INPEA). Los objetivos de la red son sensibilizar a opinión pública; para así fomentar la educación y capacitación; organizar campañas a favor de las personas de edad maltratadas y la prevención del maltrato del adulto mayor. (11,)

Por su parte al referirnos a México, nos debemos apoyar por lo dictado en la NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención medica de la violencia familiar. Con fecha de publicación: 8 de marzo de 2000 para poder así establecer un marco teórico de referencia en el porqué del estudio de Maltrato en el Adulto mayor, en donde a continuación menciono: “...Aun cuando en nuestro país no se conoce de modo preciso y directo la magnitud y repercusiones de esta problema de salud público, la violencia familiar- también identificada como violencia doméstica por caracterizar formas de relación en las unidades domésticas- no debe minimizarse.

El espectro de daños a la salud se da tanto en lo biológico- desde retraso en el crecimiento de origen no orgánico, lesiones que causan discapacidad parcial o total, pérdida de años saludable, hasta la muerte, como en lo psicológico y en lo social, pues existe un alto riesgo de perpetuación de conductas lesivas, desintegración familiar, violencia social e improductividad....” (11) esto refuerza lo pobremente estudiado he investigado del tema del Maltrato al Adulto Mayor en la sociedad.

En México se han venido realizando diversos estudios, sin embargo hasta ahora no existen cifras exactas a nivel nacional que nos permitan conocer la prevalencia en las distintas zonas del país. La única información hasta el momento son los resultados de la Encuesta Nacional de Violencia contra las mujeres (ENVIM 2003), en población usuaria de los servicios de salud.

En la ENVIM se logro entrevistar a 26 042 usuarias de los servicios de salud en el país; de ellas, 41.4% correspondió a mujeres derecho habientes del IMSS (10,11).

Las mujeres usuarias del IMSS cuentan con mejores niveles de escolaridad hasta el nivel intermedio y porcentajes similares en los niveles de licenciatura y posgrado. 62% de las usuarias del IMSS está casada, y solo 12% en unión libre.

Se identifico la magnitud de dicho fenómeno en las mujeres derechohabientes del IMSS en donde la violencia alguna vez en la vida se reporto en 58% de las usuarias, 20% refirió recibir violencia por parte de su pareja actual y 32% la sufre de su pareja de toda la vida. Esta misma encuesta arrojó la cifra del 12.44% (3240) del total de mujeres encuestadas a nivel nacional correspondía a mujeres ancianas de 60 años en adelante. (12)

En 1985, el Congreso de los Estados Unidos, definió técnicamente el maltrato al adulto mayor, como: "El deseo de infligir daño, confinamiento injustificado, intimidatorio o castigo cruel, que origina daño físico, dolor o angustia, también privación de los cuidados generales, de la nutrición o servicios necesarios al adulto mayor" (13).

En 1987, la Asociación Médica Americana definió el abuso al adulto mayor como: "Todo aquel acto u omisión, con resultados de daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de un adulto mayor" (14). La OMS (1), la define como: "El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o hecho efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga mucha probabilidad de causar lesiones, muerte, daño psicológico o privaciones".

Es cada vez más extendida la convicción de la existencia del maltrato al adulto mayor por sus parientes o sus cuidadores. Ello se ha convertido en un problema social grave (13,14) En una encuesta realizada en Estados Unidos, se admitió que el 36% del personal de enfermería de un Estado, admitió haber sido testigo de al menos un incidente de maltrato físico a un paciente adulto mayor en el año anterior. El 10% aceptó, que ellos mismos cometieron un acto de maltrato físico. Y, el 40%, reconoció haber maltratado psíquicamente a pacientes adultos mayores (14).

En las residencias de adultos mayores existe violencia contra el adulto mayor, que consiste en emplear medios físicos de coerción, de maltrato psicológico a su dignidad, de impedir que ellos mismos decidan sobre sus asuntos cotidianos o dándoles una atención deficiente, como la de permitir la aparición de úlceras de decúbito (14).

Los rápidos cambios socioeconómicos en algunos países han debilitado las redes familiares y comunitarias, como en los países de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, que ha determinado que un número considerable de la población adulta mayor se atienda por sí misma (14).

Las mujeres en general y, las adultas mayores, en particular, tienen mayor riesgo de maltrato en las organizaciones sociales que le dan una posición social inferior, donde corren el riesgo de abandono y el arrebato de sus pertenencias. Hay culturas en las que las mujeres sufren una violencia mayor, incluso con pérdida de sus vidas, como en la República de Tanzania, en África, en la que cada año se asesinan a más de 500 adultas mayores acusadas de brujería (15).

El riesgo de violencia en el adulto mayor es alto en centros hospitalarios y residencias. Uno de los factores sería la falta de capacitación en la identificación de conductas de violencia, aparte de que, en general, el personal no estaría convenientemente formado para dar una atención especializada, usualmente tiene exceso de labor y, por otro lado, las comodidades que ofrecen dichas instituciones son deficientes.

Es el plano familiar, donde de acuerdo a la generalidad de autores que estudian el tema, se produce una alta tasa de violencia contra el adulto mayor. Las relaciones familiares empeoran a medida que el adulto mayor avanza en edad y se va tornando dependiente para su cuidado, o la economía familiar se afecta por contratar a un cuidador personal, peor aún si éste es alojado en la casa, disminuyendo el espacio familiar. Corrientemente, a los adultos mayores se les excluye de la vida social y familiar porque su auto cuidado y salud están en declive, lo mismo que su ingenio y capacidad para mantener un diálogo interesante y actualizado, su interés por el sexo ha disminuido.

Peor aún, a veces se les despoja de sus ingresos que van a servir a los intereses de algún familiar.

En los últimos años, la investigación en el tema se ha incrementado, sobre todo en países del primer mundo. Esos estudios señalan que el maltrato al adulto mayor se da mayormente en el plano familiar y en instituciones para su cuidado. La mayor prevalencia de maltrato es en las mujeres (16-17).

En el tercer mundo no hay muchos trabajos sobre el tema, incluyendo a Latinoamérica. En el año 1999 se realizó un estudio en la República de Cuba, en la población del Consejo Popular de Belén en la Habana Vieja (5), que contaba con una población de 14,035 personas. Los resultados señalaron que los adultos mayores, entre 60 a 79 años, fueron los más maltratados.

Los aspectos tomados, en orden de intensidad de maltrato, fueron: Maltrato Social, en el 36.4%, vinculado a la falta de reconocimiento del adulto mayor como figura de valor y a la falta de opciones de recreación. Le sigue, el Maltrato Psicológico con el 33.2%, referida a toda conducta que produzca angustia. Luego, el Maltrato Familiar, con un 28%, en relación a la falta de respeto, amor y comunicación de parte de sus hijos y nietos.

Sigue, negligencia en el 12%, referida a toda acción de descuido intencional o de desconocimiento que puede producir daño físico o mental. Daño Físico, sólo alcanzó el 1.5 por ciento, se refiere a cualquier forma de agresión intencionada, que produzca daño físico, lesiones y/o muerte.

En los adultos mayores de 80 años, el Maltrato Social se dio en el 30%. El Maltrato Familiar en el 30%. El Maltrato Psicológico en el 23.5%. La Negligencia en el 6.2% y el Maltrato Físico, en el 4.9%.

En el Perú, Chambergo y Valdivia (9), en el 2004 encontraron que la comunicación enmascarada, los papeles no efectivos en la familia y los antecedentes de haber sufrido maltrato en los familiares tienen relación con el maltrato al adulto mayor.

Arce, Salazar y Lizárraga (10), encontraron en el 2006, que los adultos mayores de 60 a 75 años percibieron maltrato en un 50%, los de 76 a 85 años, lo percibieron en 26%.

Las mujeres percibieron maltrato en un 41%. El maltrato por abandono, fue el mayor, en el 54%, sigue, el maltrato psicológico en 39% y, finalmente, el maltrato físico en 7%.

Sin embargo una investigación realizada por la periodista Mónica Archundia para "El Universal", arroja las siguientes cifras en el DF: 193 casos de maltrato de ancianos se presentaron en el 2003, 384 quejas se registraron en el 2004.

En Iztacalco, Gustavo A. Madero e Iztapalapa se presentaron la mayoría de los casos, de estos fueron frecuentes las denuncias de abuso en el adulto mayor entre 60 y 70 años. Las denuncias se presentaron en la Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (Uapvif) (18).

La investigación sobre este problema en nuestro México es aún muy escasa, hecho que parece relacionarse con la escasa inquietud que genera este tema entre los profesionales de la salud, debido a que es difícil su identificación. Dos son las razones principales que fundamentan el escaso interés real sobre el maltrato en el anciano: 1. El Etno-discriminación por la edad- ha sido la norma a lo largo de la historia, y hoy sigue siendo una realidad palpable. 2. Dificultad para detectarlo y denunciarlo.

Solo se diagnostica lo que sea posible, y no se suele tener en mente el maltrato como diagnóstico diferencial. Se necesita un elevado índice de sospecha para detectar el maltrato. (18)

La detección del maltrato de las personas de edad depende de la concientización, el conocimiento y la comprensión de este problema, así como del reconocimiento de los indicadores y los efectos manifiestos de los malos tratos.

Entre otros, los profesionales en salud pueden no detectar los abusos, si presuponen que cierto comportamiento o estado físico de un adulto mayor se debe solamente a su edad avanzada o su mala salud. Sin ser conscientes de este problema solo nos llamará la atención los casos graves de maltrato. Los adultos mayores que son víctimas de malos tratos y no utilizan los servicios médicos o sociales difícilmente pueden hacerse notar (18).

La persona mayor maltratada puede sentirse culpable por denunciar la actuación de aquel de quien depende para los cuidados, y mucho más si se trata de un familiar. Por otra parte puede tener miedo a denunciar, al entender que no existen alternativas reales, efectivas, seguras y rápidas. (19) la motivación para ocultar este problema puede derivar del miedo a poder ser ingresado a esta institución o a sufrir represalias, el deseo de proteger al autor de los malos tratos de las probables consecuencias de sus actos, las sensaciones de deshonorar, de vergüenza, de miedo y la percepción por parte de la víctima de que los malos tratos son consecuencias de un mal comportamiento o simplemente verse de forma rutinaria.

Por último, las personas con impedimentos cognitivos o con poca capacidad de comunicación muchas veces no pueden expresar verbalmente o dar informe con claridad sobre los maltratos que padece.

Los adultos mayores son susceptibles al maltrato de todas las clases sociales, razas, religiones, y poseen algunas características socioeconómicas, algunas variaciones funcionales, de área cognitiva, y de sus niveles de dependencia que los hacen susceptible para el abuso. (19)

La segunda asamblea Mundial sobre el envejecimiento establece una tipología que ha ganado terreno en el análisis del maltrato de las personas de edad avanzada. (3.9, 19)

1) maltrato físico; 2) maltrato emocional; 3) explotación económica) abandono, a saber:

MALTRATO FISICO: actos únicos o repetidos o situaciones prolongadas, estas últimas incluyen cualquier restricción o confinamiento inapropiado que provoquen dolor o lesiones corporales. Las consecuencias del maltrato físico incluyen marcadores psicológicos visibles, como una disminución de la movilidad, confusión y otro tipo de alteraciones en el comportamiento (19)

MALTRATO EMOCIONAL O PSICOLOGICO: a la agresión verbal crónica, incluyen palabras que denigran a las personas de edad, que hieren y disminuyen su identidad autoestima y seguridad. Este tipo de maltrato se caracteriza por; 1) falta de respeto por la intimidad y las pertenencias de la persona de edad. 2) la falta de consideración de sus deseos; 3) la negación de acceso a sus negados; 4) la desatención de las necesidades sociales y de salud de la persona.

Los indicadores de que se están cometiendo malos tratos emocionales pueden incluir diversas manifestaciones psicológicas como el miedo y la dificultad para tomar o adoptar decisiones, apatía, el aislamiento y la depresión. (19)

VIOLENCIA ECONOMICA: incluye: 1) uso ilegal e indebido, o la apropiación indebida de la propiedad o las finanzas de una persona de edad, 2) la modificación forzada de su testamento u otros documentos jurídicos. 3) la negación de derecho de acceso y control sobre sus fondos personales. 4) los timos financieros y otros tipos de fraude. Con el fin de obtener el control de los bienes del adulto mayor puede verse agravada por la existencia de estructuras económicas, sociales, políticas. Particularmente expuesta la persona de edad avanzada debido a su edad y condiciones que le impiden defenderse de la violencia ejercida (20).

ABANDONO: es la falta de acciones para atender las necesidades de una persona de edad, y puede manifestarse de la siguiente forma: a) al no proveer alimentos adecuados, ropa limpia, un lugar seguro y cómodo para vivir y una buenas condiciones por parte medicas así como higiene personal) al privar la persona de contactos sociales,) no proporcionarle recursos adicionales cuando estos se necesitan. Y d) al no impedir los daños físicos o al no presentar la supervisión necesaria dentro de este rubro se hace mención de la Deserción por parte de los individuos que tenían o habían asumido la responsabilidad de cuidadores estas personas de edad.

La persona encargada del cuidado de una persona mayor puede no atender las necesidades de esta, por capacidad, falta de información, interés o recursos.

Los indicadores del abandono incluyen una variedad de síntomas de malestar físico como por ejemplo; la palidez, la sequedad de labios, la pérdida de peso, la suciedad de ropa, los temblores, la falta de recursos auxiliares, la mala higiene corporal la incontinencia, la presencia de llagas en la piel y la boca, así como la piel seca y el deterioro físico y mental. El abandono también puede asociarse con el aislamiento y la sobre medicación (21).

En algunas tipologías más amplia se menciona el auto abandono que consiste en una serie de comportamientos que representan una amenaza para la salud o seguridad de una persona de edad como un impedimento físico o cognitivo, y que lleva a una capacidad limitada para cuidar de sí mismo o mantenerse en buena salud.

La depresión y unas condiciones de vida precarias pueden ser indicadores de auto abandono (21).

En informes y artículos científicos sobre la materia se pueden encontrar otras formas específicas de maltrato que se evidencian dentro de la categoría precedente o considerada como variantes de estas:

Abuso sexual: definido como todo contacto sexual sin consentimiento físico, emocional y sexual, explotación económica y abandono en una relación de toda la vida o reciente (21)

Abuso de medicamentos: se conoce como el uso indebido ya sea deliberado accidental de medicamento recetados por el médico otro tipo de medicamentos vistos en publicidad, puede deberse a la negación de un medicamento necesario o a la administración del medicamento en dosis que pueden provocar efectos adversos, a la persona de edad. (21,22)

La pérdida de respeto que percibida por las personas de edad, en comportamientos irrespetuosos, deshonrosos o denigrantes. (21,22)

Violencia social o doméstica: es aquello a que se ejerce contra el adulto mayor en contexto de descomposición de las relaciones sociales entre la persona de edad y su familia o de una falta de armonía familiar.

El grado en que esta se presenta va depender de las normas socioculturales que constituyen una conducta aceptable la importancia de los valores familiares y las ideas sobre el envejecimiento imperante en la sociedad en las que el adulto mayor se desarrolla.

Maltrato doméstico. Es perpetrado por un miembro de la familia, que suele ser el cuidador primario a dicha persona.

En esta época de rápido cambio social, incluidos cambios domésticos, en las normas tradicionales de respeto, y prácticas establecidas de cuidado de los familiares de edad, la violencia doméstica contra estas personas puede hacerse patente, esta violencia se considera resultado de las tensiones sociales y económicas que sufren los hogares con escasos recursos, en los que los miembros de edad son considerados una carga para red inmediata de apoyo social.

Violencia delictiva: incluidos los atracos, los robos, las violaciones, el vandalismo, la delincuencia, la violencia relacionada con las drogas y las peleas entre pandillas callejeras, influyen en los hogares y las comunidades impidiendo el acceso de los miembros a los servicios básicos para su supervivencia, la atención médica y actividades sociales, así como mediante la victimización directa de los adultos mayores, esta afecta a dichas personas a través del miedo generalizado que aumenta su propia sensación de inseguridad, así como acto de violencia directa ejercida(18,19,20)

Maltrato sistémico: comprende la marginación de las personas de edad mediante su ingreso en instituciones o mediante la aprobación y aplicación de determinadas políticas sociales y económicas conduciendo así a una mala distribución de recursos y como efecto una discriminación en la provisión y prestación de servicios. (21,22)

Maltrato institucional: este principalmente asociados desde hace mucho tiempo con el cuidado del adulto mayor en diversas instituciones. Además de estos centros, los familiares de los ancianos que se encuentran en condiciones graves de salud, y que motivo de ello requieren largas estancias hospitalarias, así mismo se observa este tipo de maltrato con personas que presentan discapacidades y para personas de edad mayor indigentes.

FACTORES RELACIONADOS CON EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR

Existen diferentes teorías que intentan explicar la razón origen y dinámica del maltrato en personas mayores, las cuales abarcan desde la gerontología social y de los cuales se desprenden estudios sobre la violencia familiar destacando lo siguiente (21):

Estado psicológico del responsable del maltrato: este hace énfasis en los problemas de personalidad de este, lo que al parecer es más frecuente en el maltrato de personas mayores que en el maltrato de niños o cónyuges (21).

Estrés externo: este corresponde principalmente a eventos como accidentes, enfermedades, situaciones intrafamiliares conflictivas o de estrés, problemas económicos..., que actuarían como factor precipitante para el adulto mayor.

Relaciones de dependencia o intercambio: la dependencia del cuidador hace al anciano más vulnerable. La teoría de intercambio sugiere que al incrementar la dependencia se desequilibra el intercambio de refuerzos positivos, en la relación con los cuidadores, que pueden percibir que el esfuerzo que se realiza es excesivo para el beneficio hasta el punto de llegar a la ira y a la violencia (21.)

Aislamiento social: aunque es difícil saber si es posterior al maltrato (para mantenerlo oculto). Se ha demostrado que el apoyo social disminuye el maltrato social. Se ha observado que si una persona mayor o sus cuidadores interactúan con vecinos y amigos, previenen el maltrato (21).

Las persona edad que son vulnerables los malos tratos suelen ser personas con cierto grado de dependencia y pérdida de autonomía, que se encuentra en una situación de alto riesgo. Los individuos en situación de riesgo suelen padecer impedimentos psíquicos o físicos, debido a condiciones como la demencia o la discapacidad (21).

Otros factores de riesgo incluyen: la pobreza, el no tener hijos, vivir solos, el aislamiento social y el desplazamiento por la misma.

Las personas de edad con patologías físicas y mentales asociadas o que padecen mala salud mental debido a la polifarmacia, alcohol o drogas, se encuentran en una situación de alto riesgo.

Las persona adultas mayores pueden estar expuestas a malos tratos durante periodos de crisis o cambio en los valores familiares, que pueden debilitar los lazos intergeneracionales y durante estos presentarse cambio en el tamaño de la familia que afectan la capacidad de esta de cuidar a sus miembros, estos factores pueden agravarse cuando existen políticas de segregación basada en la edad que limitan el acceso de las personas de edad mayor a tener algún tipo de empleo y cuando no hay sistemas de pensiones. La migración de los hijos adultos a otros estados o ciudades incrementa la vulnerabilidad al maltrato y el abandono de los mismos que permanecen en zonas rurales donde el apoyo de la familia es primordial para su vientes (21,22).

Los autores de actos violentos y malos tratos contra las personas de edad son típicamente miembros de la familia, amigos o conocidos. No obstante también pueden tratarse de desconocidos que se aprovechan de las personas de edad, de organizaciones comerciales que defraudan a sus clientes y de individuos que en el ejercicio de su función de encargados de cuidar a estas personas las someten a malos tratos a olas abandonan, alguno autores describen que tiene una relación de dependencia emocional o económica con la víctima (20,21,22).

Los factores principales que contribuyen a la vulnerabilidad del adulto mayor son: (21,22)

1. Menor movilidad frente a los jóvenes
2. Temor a quedarse solo
3. Dependencia del individuo causante del maltrato
4. Inadaptación del asilo
5. Maltrato físico y psicológico por su cuidador primario
6. Ser portador de enfermedades que hacen más difícil su cuidado
7. Temor a ser enviado a un asilo
8. Incapacidad de marcharse
9. Abandonar sus condiciones de vida
10. Presentar explotación económica por parte de sus cuidadores

Para muchos adultos mayores en nuestro país el maltrato forma parte de su vida cotidiana lo sorprendente de esta situación es de que ellos no se percatan que es así, ya que la violencia adquiere diferentes formas.

Lo asombroso es que dentro del seno familiar se fomentan muchas de estas formas de maltrato, lo cual contribuye en gran medida desvalorización del adulto mayor como individuo perteneciente a una sociedad, los cuales tienen mucho que aportar (22).

Es importante resaltar que el maltrato es un poderoso obstáculo para crear un ambiente favorecedor de salud ya que interfiere en la calidad de vida de los adultos mayores, por lo que es una necesidad detectar y cuantificar maltrato y su tipo en las personas de la tercera edad, con el objeto de prevenir sus consecuencias. (22).

Siendo de igual importancia señalar que muchos médicos y personal de salud no son capaces de diagnosticar el maltrato por que este tipo de situaciones no son parte de su adiestramiento formal o profesional, y en consecuencia, no figuran en su lista de diagnósticos diferenciales. (22)

Cualquiera que sea el tipo de maltrato, es indudable que el adulto mayor será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida. (22).

La calificación de una conducta como maltrato, descuido o explotación dependerá probablemente, de la frecuencia con que se produzcan, su duración, gravedad y consecuencias, y sobre todo, del contexto cultural. (22)

Se desconoce la dimensión del problema de maltrato de personas de edad y que las percepciones de estas personas respecto del acto o comportamiento abusivos son una guía importante para la detección de estos. (22).

La violencia es una enfermedad tan antigua como el hombre mismo, sus manifestaciones a nivel social se recogen a diario bajo múltiples explicaciones y justificaciones. Mueren miles de personas diariamente y otras muchas más son víctimas de sus secuelas, que marcan sus vidas para siempre.

Referirse a la violencia en el ámbito familiar cuesta trabajo, ya que la familia es el lugar donde nace, crece y se desarrolla el ser humano, y constituye el núcleo de toda sociedad. Identificarla y nombrarla resulta complicado, a tal punto que muchos hechos conocidos no se identifican ni se relacionan con ella. Por ejemplo, 1) el asesinato de Abel por su hermano Caín sustentado por la envidia; 2) la conquista de la mujer mediante el garrote por el hombre primitivo, acto que indica agresividad y sometimiento; 3) la conocida "ley del pulgar", vigente en E.U. hasta mediados del siglo XIX, que permitía que los hombres golpearan a sus esposas siempre y cuando el palo que utilizasen no fuese más ancho que su dedo pulgar. Luego, en 1860 se describe el síndrome del niño golpeado para referirse a niños que habían muerto por dicha causa. Todo lo expresado hasta aquí es violencia doméstica o intrafamiliar, ya que se ejerce a cualquier miembro de la familia por otros. La VIF tiene formas solapadas de manifestarse, bajo la justificación de que lo que sucede en el marco familiar es privado, y que cada familia impone sus reglas de respeto y de relación entre sus miembros, por lo que bajo ese tapiz existe un número importante de víctimas.

La violencia fue reconocida como problema de salud a finales de los años 70 del siglo pasado, tomándose mayor interés para su estudio en la última década,⁶ debido al número creciente de víctimas que provoca, a su asociación con accidentes, suicidios, homicidios, lesiones, a la gran incapacidad que muchas veces genera, y a los años potencialmente perdidos por sus víctimas.⁷ Los niños, las mujeres y los ancianos son los mayores grupos de riesgo, según se evidencia en un número importante de investigaciones.

La familia constituye el concepto fundamental de la vida social, por ser un hecho universal del que toda persona ha sido testigo de una u otra manera, cualquiera que sea su edad, sexo, raza o procedencia social.¹⁶ La familia es un sistema constituido a su vez por otros subsistemas (sus miembros), cada uno con una forma particular de funcionar y relacionarse, pero que entre todos deben tener un engranaje de funcionamiento que permita mantener la salud de sus integrantes y de la suya propia como sistema, para poder interactuar con la comunidad (sistema mayor al que pertenece). Por estas razones una familia en la que se evidencia violencia entre cualquiera de sus miembros se puede catalogar como una familia enferma.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

En un estudio realizado en los EEUU (Citado por Caballero, 2000) sobre una amplia población (más de 70 mil) de personas mayores, y que se refleja en la Tabla 1, se establece que la negligencia es, porcentualmente, la forma más frecuente de maltrato en las personas mayores, seguida del maltrato emocional y el abuso económico. Como puede verse, la suma de porcentajes supera el 100% por la coexistencia de diferentes formas de violencia sobre los mismos sujetos.

Estudio por (Duffy y Momirov 1997: 112) en muchos casos la persona maltratadora suele ser un hijo/a adulto.

La investigadora estadounidense Suzanne Steinmetz (1993: 222-236) se encuentra entre quienes sostienen que el estrés que experimentan las personas cuidadoras de personas ancianas dependientes puede conducir a situaciones de abuso y maltrato. Considera no obstante que igualmente puede suceder el maltrato por causa de la dependencia del maltratador de la persona maltratada.

Claudine McCreadie (2002) alerta de la necesidad de comprender la naturaleza del riesgo en las propias casas de las personas ancianas. Así, existe evidencia de que se exponen a más riesgo de sufrir violencia física cuando viven con otras personas que solas.

Amsterdam Study of the Elderly, AMSTEL (1992). Se trata de un estudio sobre funcionamiento cognitivo y declive realizado entre las personas de 65 y más años no institucionalizadas.

Kivella SL (1992) "Abuse in old epidemiological data from Finland.

Ogg , J. (1993) "Re the elderly in searching elder abuse in Britain,

Podniecks E. (1992) "National survey on abuse of the elderly in Canada"

Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF) e “más que una caracterización socio demográfica, creo que los resultados de la investigación más bien permiten identificar algunos puntos de vulnerabilidad de la población adulta mayor que de una u otra manera facilita la conculcación de derechos. Específicamente me refiero a factores tales como la edad muy avanzada, las limitaciones funcionales, la existencia de prácticas violentas al interior de la familia o la pareja, entre otros..”

FAMILIA Y MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR:

La familia no es una institución espontánea, ha estado ligada históricamente al desarrollo de las sociedades y a los modos culturales de organización social. Es un lugar privilegiado de la intimidad subjetiva, de construcción de identidades, de procesos de individuación. (24, 25)

Teniendo en cuenta lo señalado por Minuchin, se puede asegurar que la familia es un grupo natural que en el transcurso del tiempo ha concebido modelos de interacción. Estos son la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia precisa de una estructura viable para realizar sus tareas esenciales, es decir, apoyar el desarrollo afectivo y madurativo de los miembros que la conforman, a la vez que les proporciona un sentimiento de pertenencia. (26)

A partir del enfoque sistémico, los miembros de una familia interactúan y son influenciados unos a otros en el comportamiento, pensamientos y sentimientos. En este contexto se inscriben la conflictiva que son susceptibles de aparición en las relaciones familia-adulto mayor. La situación eventual de fragilidad física y mental que pueden aparecer en las personas mayores ocasiona sentimientos de pena, culpa, impotencia y agotamiento en los miembros de la familia. (27)

Dentro del medio familiar, la violencia hacia el anciano se ha constituido en una manifestación que sucede con cierta frecuencia. En repetidas ocasiones, la falta de datos y cifras sobre las conductas violentas se deben que los vecinos, amistades u otros familiares dejan en silencio estas situaciones, y las dejan como hechos cotidianos. La violencia dentro del hogar hacia los ancianos es considerada como privada, algo que se supone las personas ajenas no deben tener conocimientos o capacidad para entender.(27,28)

El anciano que sufre de violencia puede padecer alteraciones en su vida; aparecen comportamientos suicidas, temores prolongados, desórdenes alimentarios y del sueño. (29)

El anciano que no puede vivir por sí solo, es más vulnerable al maltrato; hay descritas varias formas: agresiones físicas, abuso emocional o psicológico, abuso sexual, manipulación económica o negligencia en la mayoría de los casos.

Los perpetradores de los abusos suelen ser personas conocidas o personas que están en contacto continuo con el individuo dependiente también pueden ser no miembros de la familia que se han convertidos en cuidadores o los llamados cuidadores profesionales. El abuso por parte de un cuidador puede estar alimentado por una psicopatología previa (una necesidad patológica del perpetrador de controlar a otro ser humano). (29,30)

Lograr una comunicación favorable le posibilitará al adulto mayor exponer con total autonomía sus sentimientos y para ello la familia deberá estar dispuesta a compartir valores, experiencia y proyectos con ellos, de no ser así se asiste, entonces a un deficiente proceso de comunicación. (31)

Las familias deben permitir que exista para con el anciano una comunicación de confianza, tolerancia, y respeto; hay que saber apreciar sus conocimientos y experiencias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato en el adulto mayor juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento, a través de la modulación de cambios en diferentes órganos y funciones del organismo. El presente estudio tiene como finalidad descubrir en esta unidad el tipo y frecuencia de maltrato que sufren usuarios de la tercera edad o adulto mayores, ya que como se verá más adelante es un problema social que por pena o falta de confianza hacia el personal de salud no es posible informar de dicho abuso dentro de su dinámica familiar.

Para 2050 se triplicará el número de personas de más de 60 años, uno de cada cuatro mexicanos será adulto mayor, indican datos oficiales. Actualmente, hay tan sólo 350 geriatras para la atención de este sector de la población en todo el territorio nacional y existe poca profesionalización en el personal que los atiende.

Muchas veces se maltrata sin saberlo y esto sucede desde el momento en que al anciano se le dice camina rápido que se hace tarde o eso ya me lo contaste, me lo has dicho tres o cuatro veces, indica Sergio Valdez, director de atención geriátrica del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam).

El trato inadecuado es más común hacia la mujer que para el hombre, el cual generalmente, cuenta con más recursos económicos, puede tener pensión o propiedades, y mantiene una relación más lejana con los hijos.

En una encuesta del Colegio de México realizada en 2009 en el Distrito Federal, se detectó que los adultos mayores reciben maltrato sobre todo de los hijos, con 36 por ciento, seguidos de la pareja, con 11; los nietos, 10, mientras que personas ajenas representan 17.4 por ciento. Reveló que en el seno familiar es donde eso se da más. Se desvalorizan las capacidades y autoestima de los viejos al ser ignorados, desatendidos y discriminados.

El maltrato hacia el adulto mayor es importante ya que epidemiológicamente este grupo etario será la mayor parte del total de la población, así también representa unos de los grupos que acuden con mayor frecuencia a nuestras clínicas para demandar un servicio, y dentro de nuestro sistema no se cuenta con el diagnóstico de maltrato. Por ello al conocerlo podremos ofrecer una atención más integral para nuestros adultos mayores y a vivir su etapa de retiro y muerte más plenas.

JUSTIFICACION.

En las últimas décadas y en los tiempos actuales, se ha hecho más evidente el maltrato al adulto mayor, y su fenómeno actual como impacto en la familia, convirtiéndose en un problema social de importancia.

De todos los grupos sociales que sufren algún tipo de violencia es el adulto mayor el que ha sido menos estudiado, tanto como del personal de salud y como la sociedad restante llámese medios sociales, redes sociales e instituciones, dado el crecimiento poblacional y el aumento de este grupo y de las agresiones ha hecho que haya esfuerzos de organizaciones para informar, prevenir y realizar estudios que permitan evadir la problemática desde su raíz.

La prevalencia estimada de maltrato a anciano oscila en un 10- 15% según último estudio de INAPAM e INEGI, y su incidencia aumentado en 150% en los últimos 10 años, debido a su magnitud no ha recibido todo el enfoque. Esto podría explicarse por el fenómeno iceberg en el que 5 de cada 6 casos quedan sin notificar.

El adulto mayor ha sido un tema preocupante en nuestro país ya que hasta el día de hoy la población incrementó a un total de 10.6 millones de la población total.

Lo que ha llevado a investigar la frecuencia y maltrato que sufre este grupo etario, y si bien ha existido siempre es hasta hoy que se manifiesta en su magnitud.

En nuestro país así como en Centroamérica y Sudamérica la investigación apenas esta iniciando. Sin embargo el adulto mayor se ve afectado por este problema social, sin embargo no hay seguimiento pues no existe registro del mismo. La existencia de instituciones que no cuentan con instrumentos apropiados así como el poco conocimiento de la dinámica maltratador- maltratado y experiencias de las personas mayores afectadas.

Los médicos familiares asumen dentro de la atención primaria todas las acciones para la atención de los adultos mayores, así mismo trabajar con la comunidad para prevenir el maltrato y favorecer un envejecimiento satisfactorio y pleno.

Por ello considero que el síndrome de maltrato al adulto mayor (SMAM) es una cuestión socio sanitaria de nuestra competencia, como lo reflejo la última encuesta realizada en el 2006 por el Gobierno del Distrito Federal. Por ello es necesario realizar programas que nos ayuden a disminuir el maltrato.

La falta de información en cuanto a prevalencia e incidencias obstaculizan el estudio de disco síndrome. No existen datos sobre cuantas personas mayores son víctimas de maltrato y es realmente casi imposible llegar a cuantificarlo. Debido a la poca investigación sino también por el silencio que muchos adultos mayores prefieren guardar sobre el tema ya que como se sabe el principal maltratador esta dentro de su familia.

El problema del maltrato en ancianos puede empeorar cuando aumente el número de personas mayores, por ello la importancia de investigar más sobre el maltrato, sus expresiones particulares entre las personas mayores ,la incidencia en los distintos estratos sociales, ello nos dará una visualización del problema y nos permitirá generar acciones para un abordaje integral y multidisciplinario y prevención del mismo.

En la UMF no. 94 se tienen una población de edad geriátrica de 28752No tendiendo alguna evidencia de estudios similares en ésta unidad médica ni registro en la literatura, se propone la realización de ésta investigación, considerando la ética y políticas de salud institucionales, surgiendo la siguiente interrogante:

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existe maltrato en el adulto mayor y esta asociado con disfunción familiar?

OBJETIVO GENERAL

Identificar maltrato en el adulto mayor y asociación con disfunción familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el tipo de maltrato más común en el adulto mayor.
2. Identificar disfunción familiar en los adultos mayores maltratados.
3. Identificar el grupo más afectado en adultos mayores maltratados.

HIPOTESIS.

El maltrato en el adulto mayor está fuertemente asociado con la disfunción familiar.

IDENTIFICACION DE VARIABLES

Variable Independiente

Maltrato

Variable dependiente

Disfunción familiar

UNIVERSALES

Estado civil

Sexo

Edad

METODOLOGIA

UNIVERSO

Derechohabientes del IMSS adultos mayores de 65 años adscritos a la UMF 94 que sepan leer y escribir.

POBLACION:

Derechohabientes del IMSS adultos mayores, adscritos a la UMF. 94

MUESTRA:

Derechohabientes del IMSS adultos mayores de 65 años adscritos a la UMF. 94.

DETERMINACION DE LA MUESTRA:

Considerando una población total de 1560, pacientes adultos mayores integrados a los programas preventivos de edad unidad, con una prevalencia esperada del 15% un peor esperado del 5% y un nivel de confianza del 90%, mediante el Tamaño muestral= $Nz^2pq/(i^2 (n-1)+z^2pq)$, se empleo de la formula para poblaciones finitas y:

Se obtuvo una muestra de 150 pacientes.

DISEÑO DE ESTUDIO:

Estudio descriptivo transversal observacional

TIPO DE MUESTREO:**CRITERIOS DE SELECCIÓN:****INCLUSION:**

- Paciente de 65 a 80 años derechohabiente de la UMF 94 del IMSS
- Cualquier turno, escolaridad mínima de lecto-escritura.
- Participación bajo consentimiento informado
- Que conteste el Cuestionario sobre maltrato y función familiar

NO INCLUSION

- Enfermedad terminal o mental referida por el paciente o familiar.

ELIMINACION

No aplica.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA.

En la sala de espera de la unidad, en días hábiles, de las 7 a las 8 hrs y de las 17 a 19 hrs, el investigador identificara visualmente a los posibles candidatos, invitándolos a colaborar en el estudio, para ello les explicará de manera personalizada el objetivo y forma de participación, en aquellos aceptantes que cubran los criterios de selección les indicará pasar en el área de atención continua, para la aplicación de un primer cuestionario sobre maltratado ene le adulto mayor llamado GSM y posteriormente se aplicara el APGAR FAMILIAR.

PROCEDIMIENTO DE INTEGRACION Y RECOLECCION DE LA INFORMACION

Una vez aprobado el trabajo por el Comité Local de Investigación, se notificará al encargado del área de atención continua el inicio del estudio, y se procederá a la integración de la muestra cómo se describió en el apartado anterior.

Aquellos aceptantes a participar previa explicación del objetivo y forma de participación pasarán a un cubículo del servicio de atención continua en donde se les entregará el formato de consentimiento informado (anexo 2) para rubricarse, posteriormente se aplicará por el investigador el formato de recolección de datos foliado (anexo 3) personales. Posterior a ello se aplicará de manera guiada por el investigador el cuestionario, al finalizar la valoración se le dará de manera verbal el resultado de la valoración y se orientará para la continuidad de su manejo con su médico tratante y trabajo social. Dicho procedimiento se efectuará con cada uno de los participantes hasta complementar la muestra de cada grupo establecida.

Hoja de recolección de datos. (Ver anexo 3)

Para la recolección de la información se construyó una encuesta estructurada que integra 3 apartados.

- El primero corresponde a la ficha de identificación que especifica fecha de aplicación, folio con número progresivo, nombre, afiliación, consultorio, turno, edad, estado civil, escolaridad, ocupación y teléfono.
- El segundo apartado es el cuestionario sobre maltrato adulto mayor .

DESCRIPCION Y VALIDACION DEL INSTRUMENTO.

El instrumento a aplicar fue validado por la autora Rosaura Rodríguez Quintero con el trabajo de investigación para optar por el título de máster en Longevidad Satisfactoria "Maltrato familiar en el adulto mayor".

La misma constó de un total de 20 preguntas donde todas fueron cerradas.

Se aplicó en un tiempo promedio de 30 minutos, después de recogidas se echaron en un buzón, lo que asegura la certeza del carácter anónimo del instrumento aplicado.

Para identificar las manifestaciones de maltrato familiar en los ancianos, establecimos por secciones los ítems del instrumento, que nos midieron manifestaciones de tipo psicológico, físico, sexual, negligencia, financiero y de negación, quedando:

Sección B: Maltrato psicológico, se midió a través de las preguntas (6-7-8). Con dos o más respuestas positivas se consideró manifestación de maltrato psicológico.

Sección C: Maltrato físico, se midió mediante las preguntas (9-10), con que el encuestado respondiera una sola pregunta de manera positiva, se consideró manifestación del maltrato físico.

Sección D: Maltrato sexual, se midió mediante las preguntas (11-12-13), con dos o más respuestas positivas, se consideró manifestación de maltrato o abuso sexual.

Sección E: Maltrato por negligencia, se midió mediante las preguntas (14-15-16), con dos o más preguntas respondidas de manera positiva, se consideró manifestación de maltrato por conductas negligentes.

Sección F: Maltrato financiero se midió mediante las preguntas (17-18), con una de estas respondidas de manera positiva, se consideró manifestación de maltrato financiero.

Sección G: Maltrato por negación, se midió mediante las preguntas (19-20), con una respuesta positiva, se consideró manifestación de maltrato por negación.

Para el análisis de las variables socio-demográficas utilizamos los datos que arrojan los ítems del 1 al 5, agrupados en la **Sección A**.

Así mismo se utilizó el apgar familiar:

Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington, quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

Con este instrumento los integrantes del equipo APS pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario.

Se evalúa de la siguiente manera:

Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos).

Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente.

Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

DESCRIPCION DE PROGRAMA DE TRABAJO

Primer año de la residencia

- Adquisición de los conocimientos en Investigación biomédica, por medio de un seminario de Investigación I y Estadística I.

- Selección del tema de investigación.
- Búsqueda de referencias bibliográficas sobre el maltrato del adulto mayor.
- Elaboración del proyecto de investigación, conforme la metodología de investigación revisada.

Segundo año de la residencia

- Entrega del Proyecto de investigación al Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) de la UMF 94.
- Modificaciones de acuerdo a las observaciones del CLIS.
- Valoración de aprobación y registro.
- Recolección de datos en trabajo de campo.

Tercer año de la residencia. Se realizará:

- Vaciado de los datos y manejo estadístico con apoyo en el programa estadístico SPSS V15 y elaboración de cuadros y gráficos para mostrar los resultados.
- Redacción de análisis y conclusiones.
- Elaboración del informe final de tesis.
- Adquisición de conocimientos para la elaboración del escrito médico.
- Elaboración del escrito médico.
- Difusión del trabajo a través de sesión con personal residente, jornadas y/o envío a publicación en revista indexada.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (Anexo 4)

RECURSOS DEL ESTUDIO

Físicos: instalaciones internas de la UMF como las aulas.

Humanos: Medico residente en la especialidad de Medicina familiar

Financieros: serán otorgados por el propio investigador

Materiales: fotocopia para la realización de instrumentos de evaluación, hojas blancas carta, lápiz, goma

Tecnológicos: equipo de computación e impresión

CONSIDERACIONES ETICAS

Es considerada una investigación sin riesgo mínimo, por ser observacional empleando el registro de datos a través de interrogatorio dirigido, así como exploración no armada de los participantes.

El estudio se fundamenta legalmente en las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de salud en Materia de investigación para la salud, código de Nuremberg, la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas hasta Estocolmo en el año 2002, así como los códigos y normas internacionales vigentes en materia de investigación clínica. La aplicación de dichas normas y principios se realizara con cumplimiento del respeto por las personas, al conservar su anonimato, y la integridad de los participantes, y se podrán retirar en el momento que lo deseen sin ninguna represalia médica, así mismo se abre la participación a que sea voluntaria. Beneficio ya que se busca tenga información actualizada y la cual se informará directamente principal al participante es la obtención de la por el investigador al participante de manera inmediata y recibirá orientación requerida conforme a la valoración de su estado nutricional.

OBJETIVO GENERAL:

MALTRATO ADULTO MAYOR Y ASOCIACION CON DISFUNCION FAMILIAR

Género

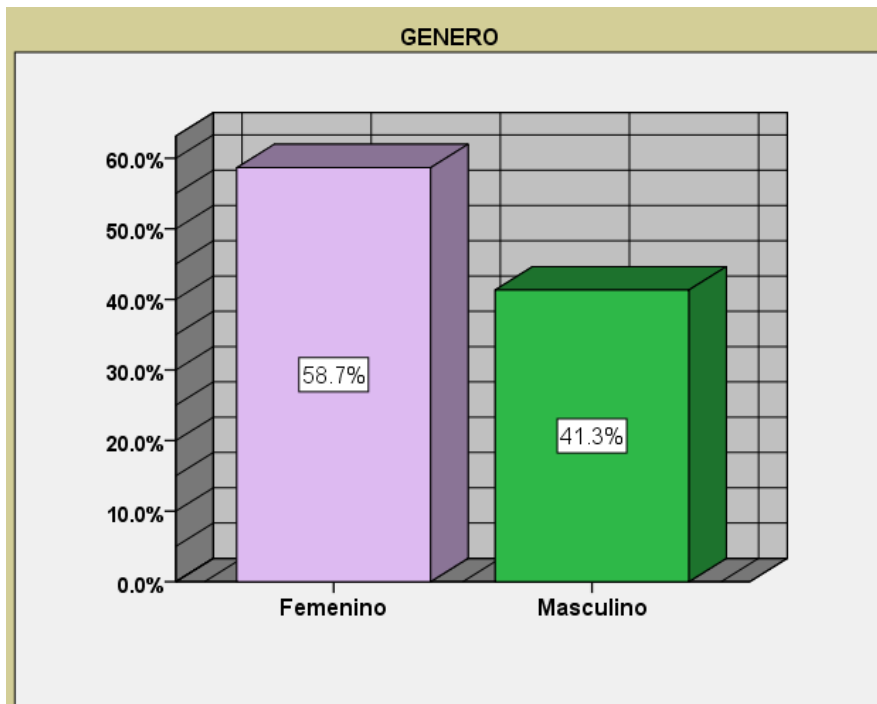
Estadísticos

Género

N	Válidos	150
	Perdidos	0

Género del paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	88	58.7	58.7
	Masculino	62	41.3	100.0
	Total	150	100.0	



En base a los resultados de la prueba estadística, se encuentra en primer lugar que del total de la muestra, que es de 150 pacientes, el 58.7% fue respondido por el género femenino y el 41.3% por el género masculino.

Edad

Resumen del procesamiento de los casos

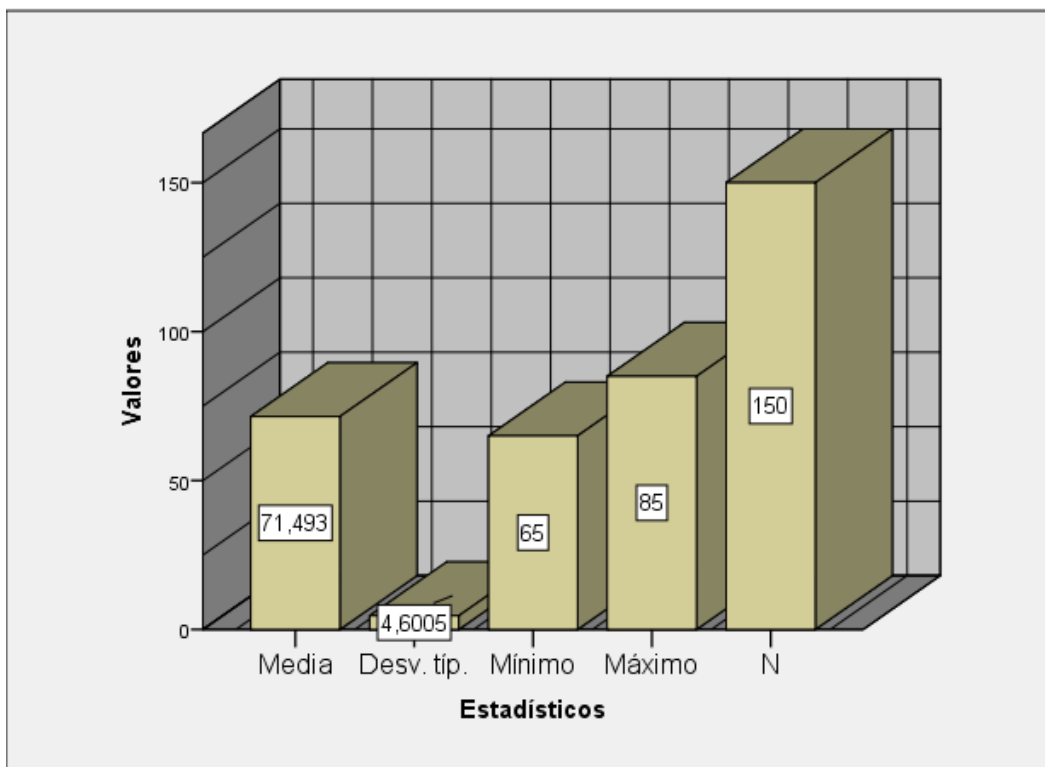
	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
edad	150	100.0%	0	.0%	150	100.0%

Informe

Edad

Media	N	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
71.49	150	4.600	65	85

EDAD



Respecto a la edad, el o los pacientes encuestados con menor edad fue (ron) de 65 años y el, o los de mayor edad fue (ron) de 85 años, con una media (promedio) de 71.493 y una desviación típica o estadar de 4.6005.

Grupos de edad.

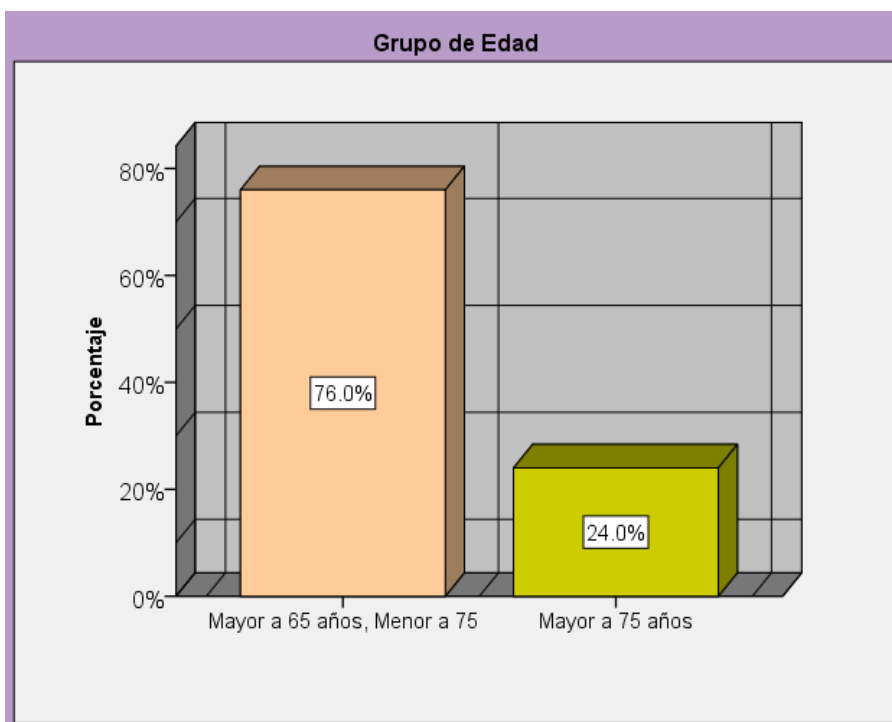
Estadísticos

Grupo de Edad

N	Válidos	150
	Perdidos	0

Grupo de Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Mayor a 65 años, Menor a 75	114	76.0	76.0	76.0
Mayor a 75 años	36	24.0	24.0	100.0
Total	150	100.0	100.0	

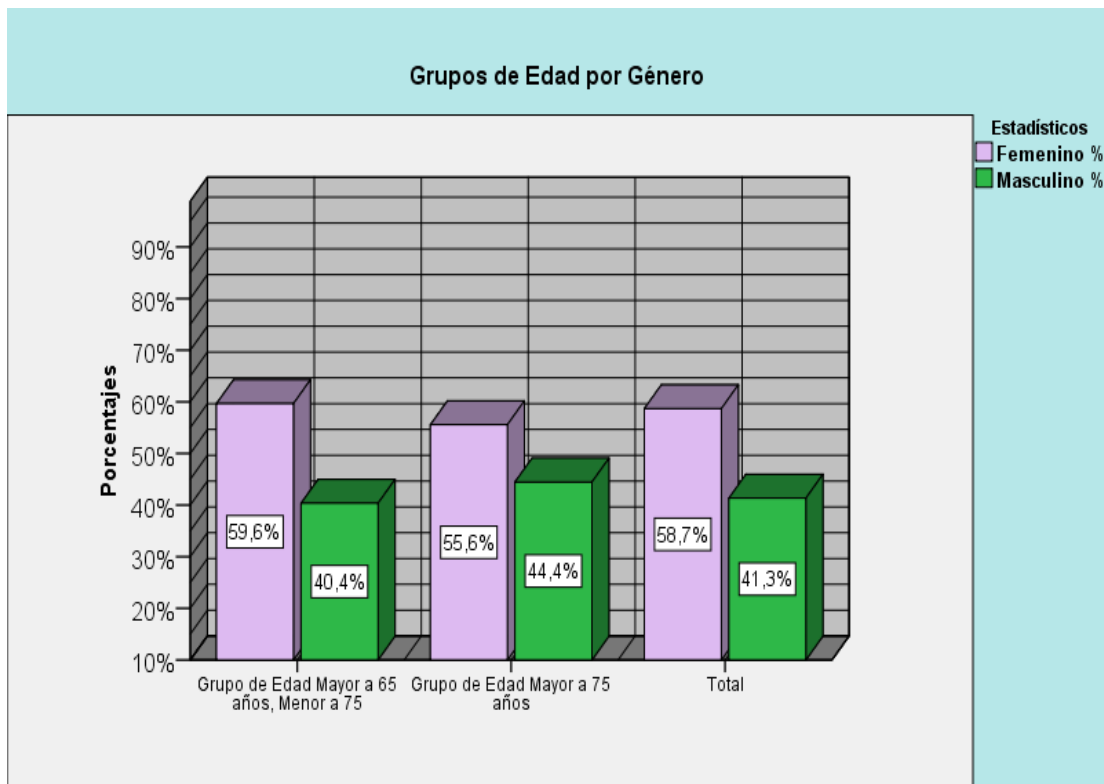


Para fines de estudio, se procedió a dividir las edades en dos grupos, el primero corresponde a los pacientes con edades entre los 65 y 75 años y el segundo mayores a 75 años. De los cuales se visualiza que para el caso del primero, se tuvo un 76% y para el segundo fue de un 24% del total de la muestra.

Grupos de edad por género.

Tabla de Grupo de Edad por Género

			Grupo de Edad		Total
			Mayor a 65 años, Menor a 75	Mayor a 75 años	
sexo	Femenin	Recuento	68	20	88
	o	% dentro de Grupo de Edad	59.6%	55.6%	58.7%
o	Masculin	Recuento	46	16	62
		% dentro de Grupo de Edad	40.4%	44.4%	41.3%
Total		Recuento	114	36	150
		% dentro de Grupo de Edad	100.0%	100.0%	100.0%



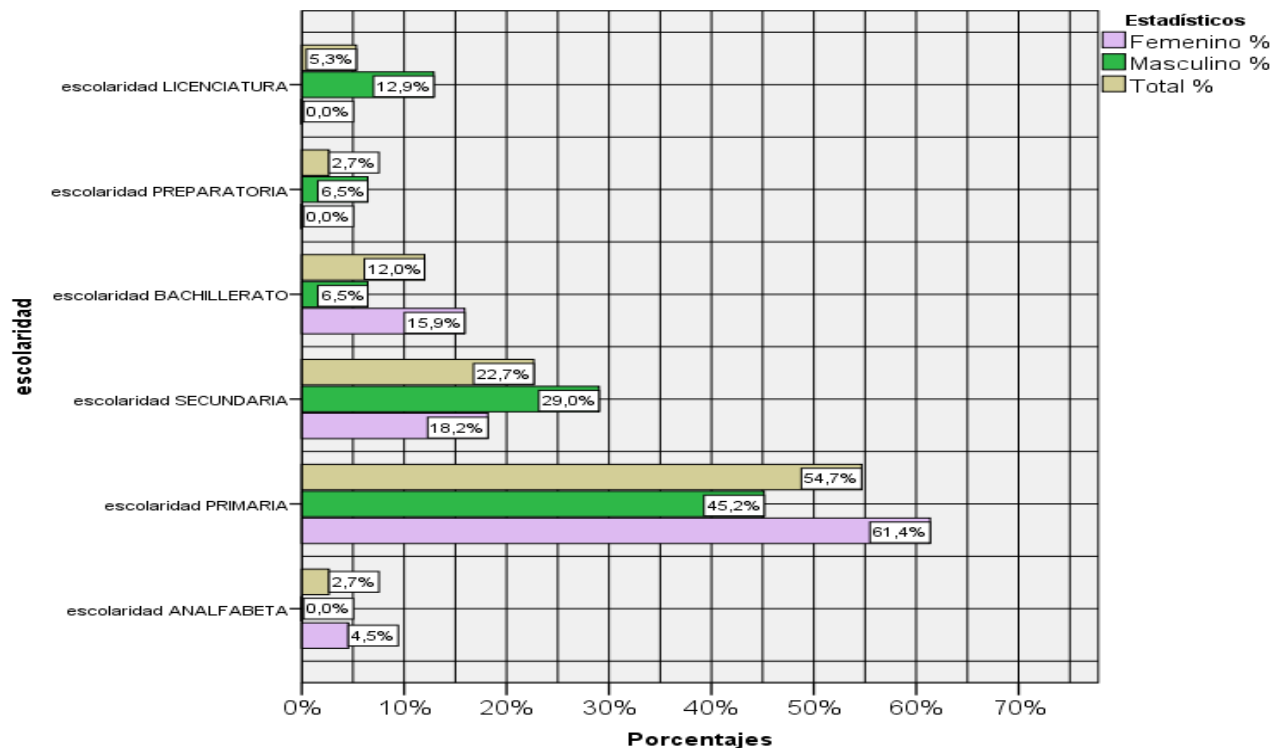
De los resultados de los grupos de edad, se desprenden que para el primer grupo (Edad entre 65 y 75 años), el 59.6% fue respondido por pacientes del género femenino y 40.4% por el masculino; para el caso del segundo grupo (Edad mayor a 75 años) 55.6% por el femenino y el 44.4% por el masculino; mostrándose en total, que la mayoría fue por femenino, con un 58.7% y el resto 41.3% para el masculino.

Grado Escolar

Tabla de contingencia sexo * escolaridad

		escolaridad					Total	
		ANALFAB ETA	PRIMAR IA	SECUNDA RIA	BACHILLER ATO	PREPARATO RIA		LICENCIAT URA
sexo F	Recuento	4	54	16	14	0	0	88
	% dentro de sexo	4.5%	61.4%	18.2%	15.9%	.0%	.0%	100.0%
M	Recuento	0	28	18	4	4	8	62
	% dentro de sexo	.0%	45.2%	29.0%	6.5%	6.5%	12.9%	100.0%
Total	Recuento	4	82	34	18	4	8	150
	% dentro de sexo	2.7%	54.7%	22.7%	12.0%	2.7%	5.3%	100.0%

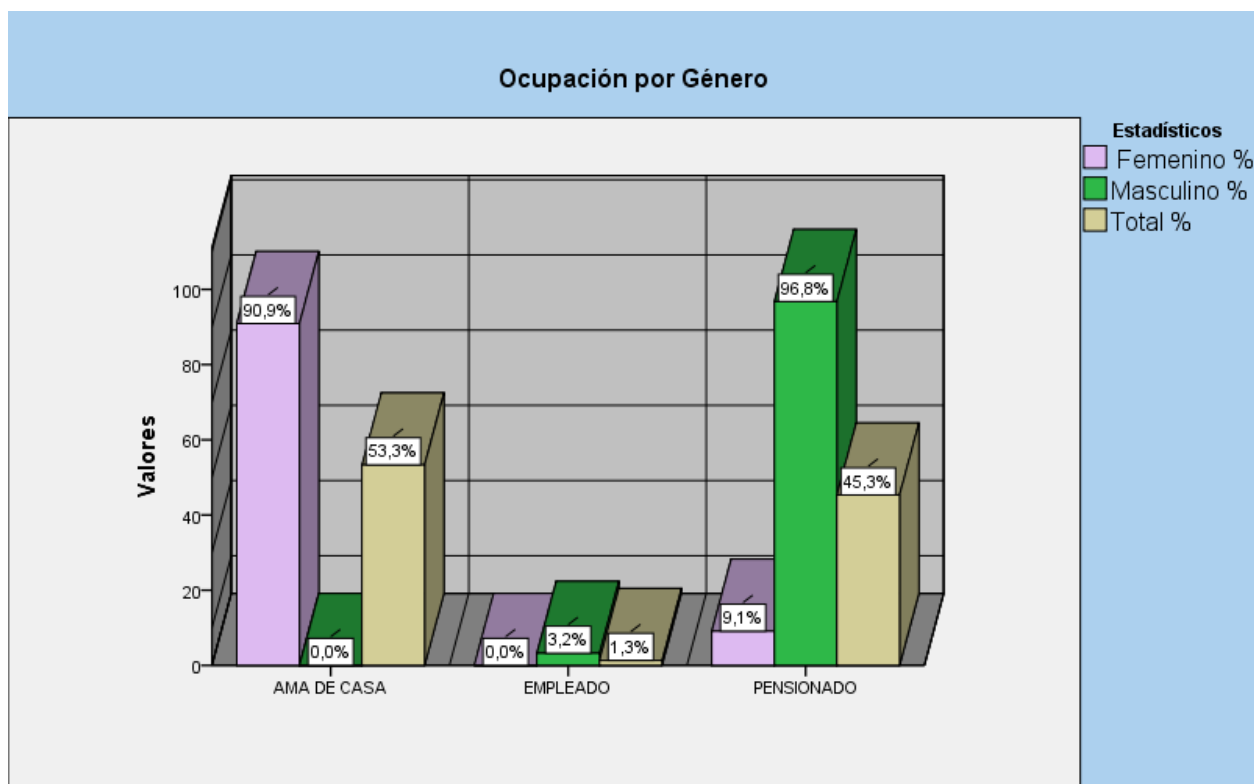
Tabla de Escolaridad por Género



En el caso de la “Escolaridad”, se puede observar que grado de estudios mayor que tiene la población es el de “Primaria”, con un total de 54.7% (61.4% contestado por el género femenino y 45.2% por el masculino); y los menores se encuentran empatados entre “Analfabeta” y “Preparatoria” con un 2.7% en total (0.0% masculino y 4.5% femenino; y 6.5% y 0.0%, de la misma forma y para cada uno de los grupos)

Ocupación.

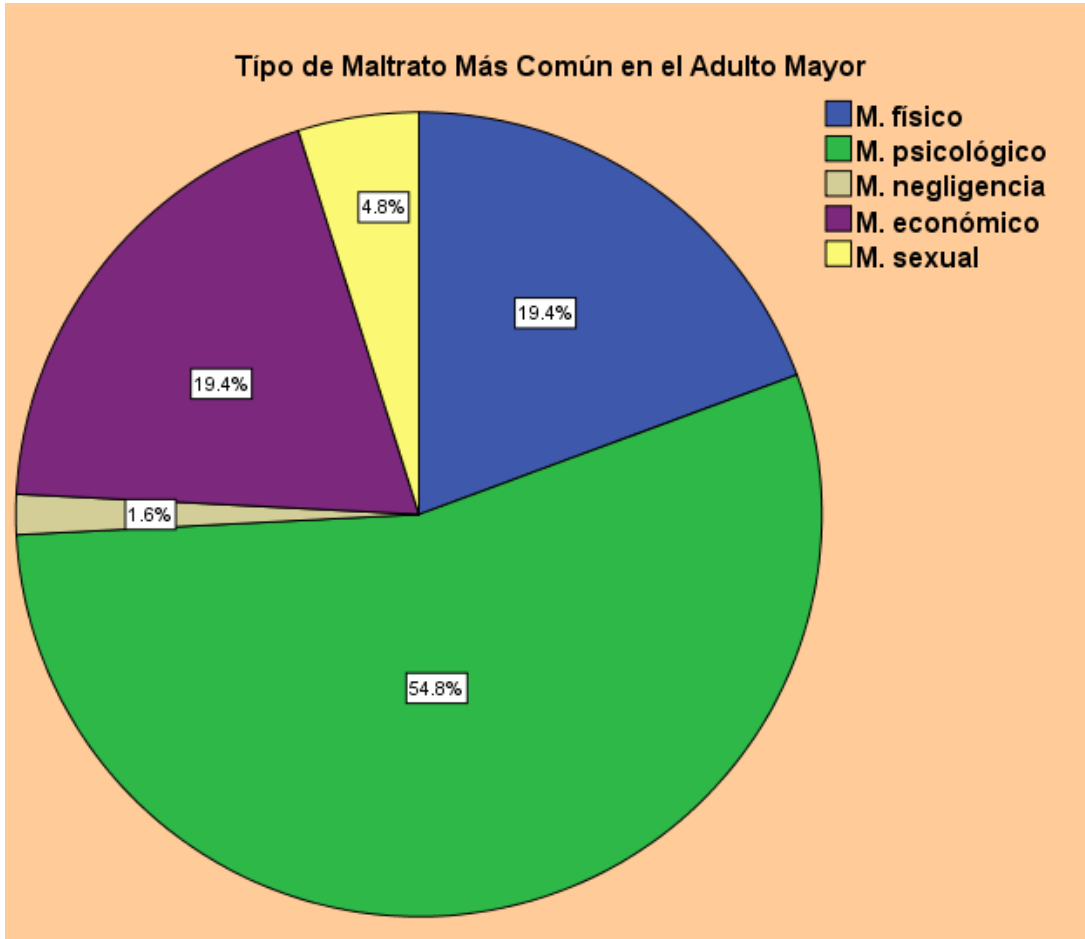
		ocupación			Total
		AMA DE CASA	EMPLEADO	PENSIONADO	
sexo F	Recuento	80	0	8	88
	% dentro de sexo	90.9%	.0%	9.1%	100.0%
M	Recuento	0	2	60	62
	% dentro de sexo	.0%	3.2%	96.8%	100.0%
Total	Recuento	80	2	68	150
	% dentro de sexo	53.3%	1.3%	45.3%	100.0%



En el caso de la ocupación de los pacientes, se observa que la respuesta mayor (53.3%) fue la de “Ama de casa”; y la menor fue la de “Empleado” (1.3%)

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

IDENTIFICAR TIPO DE MALTRATO MÁS COMÚN EN EL ADULTO MAYOR

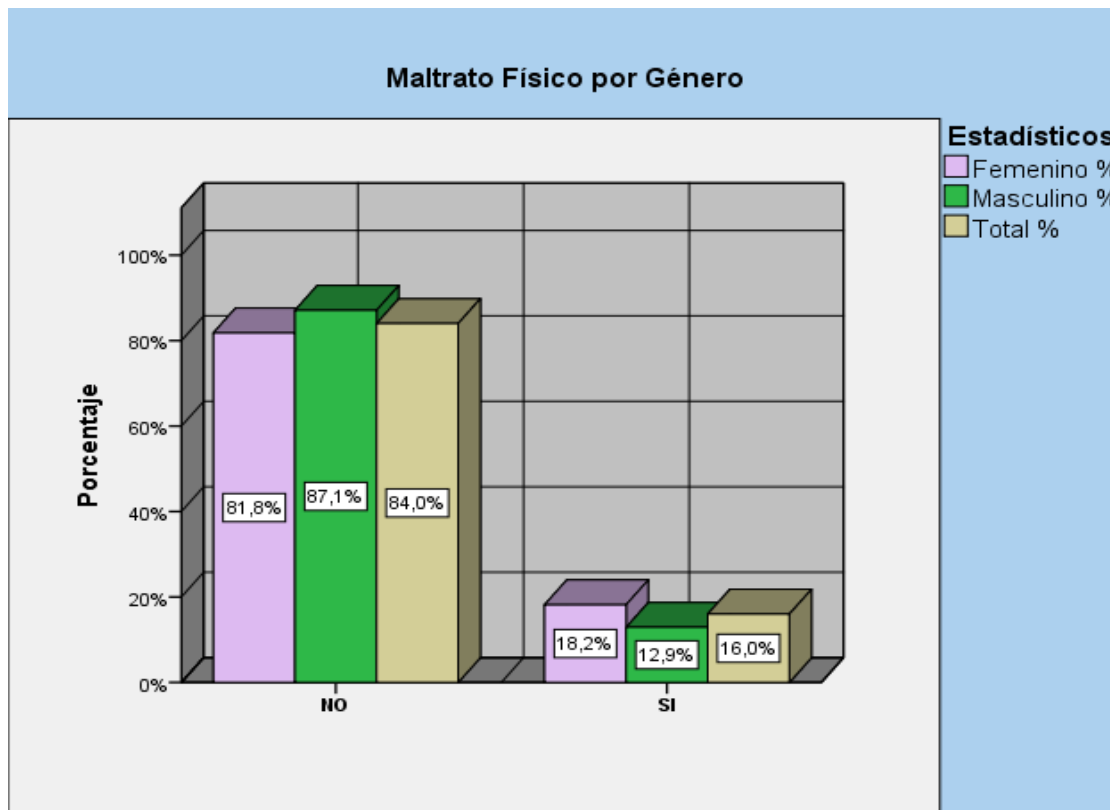


Se identificó que el maltrato más común fue el "Psicológico" con un 54.8%, seguido de "físico" y "económico", empatados con un 19.4%, continuo del "sexual", con un 4.8% y por último el de "Negligencia", con un 1.6%

Maltrato Físico por Género

Tabla de contingencia Maltrato físico por Género

		M. Físico		Total
		No	Si	
sexo F	Recuento	72	16	88
	% dentro de sexo	81.8%	18.2%	100.0%
M	Recuento	54	8	62
	% dentro de sexo	87.1%	12.9%	100.0%
Total	Recuento	126	24	150
	% dentro de sexo	84.0%	16.0%	100.0%

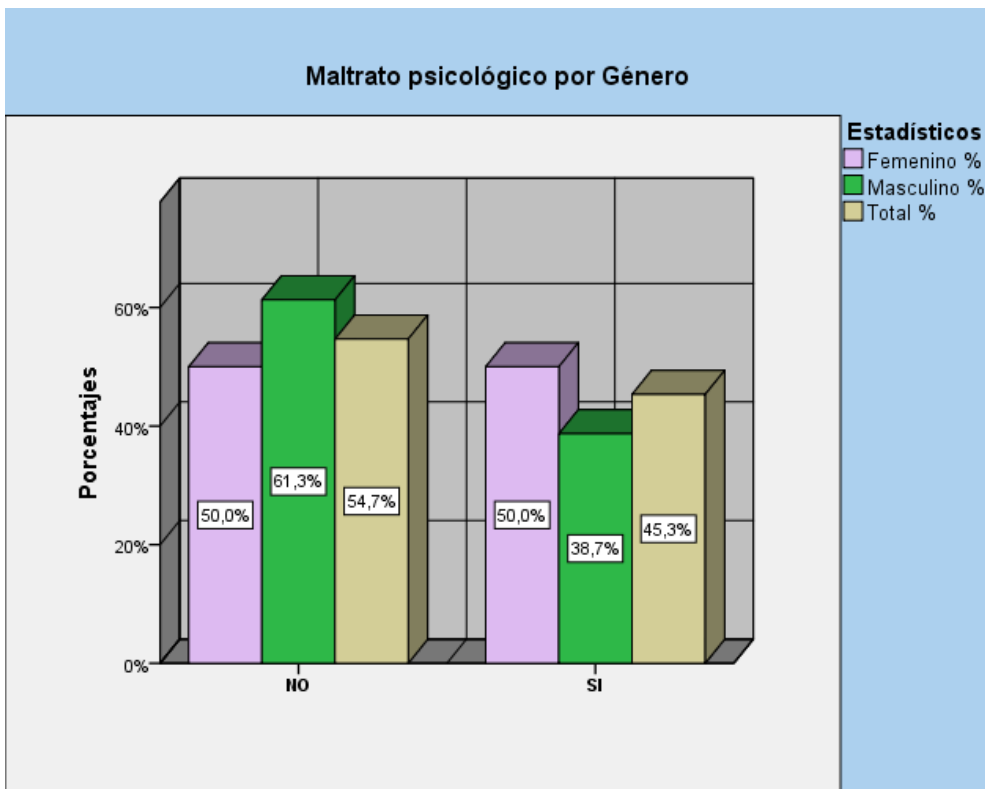


En éste caso, la población respondió con un porcentaje mayor, con la respuesta “No” con un 84.0% y con un “Si” el 16.0%. De éste tipo de maltrato, el total de mujeres de la población respondió de forma negativa con un 81.8% y de forma positiva con un 18.2%; y con respecto a los hombres, fueron con un 87.1% por un “No” y un 12.9% por un “Si”

Maltrato psicológico por género

Tabla de contingencia Maltrato psicológico por Género

		M. psicológico		Total
		No	Si	
sexo F	Recuento	44	44	88
	% dentro de sexo	50.0%	50.0%	100.0%
M	Recuento	38	24	62
	% dentro de sexo	61.3%	38.7%	100.0%
Total	Recuento	82	68	150
	% dentro de sexo	54.7%	45.3%	100.0%

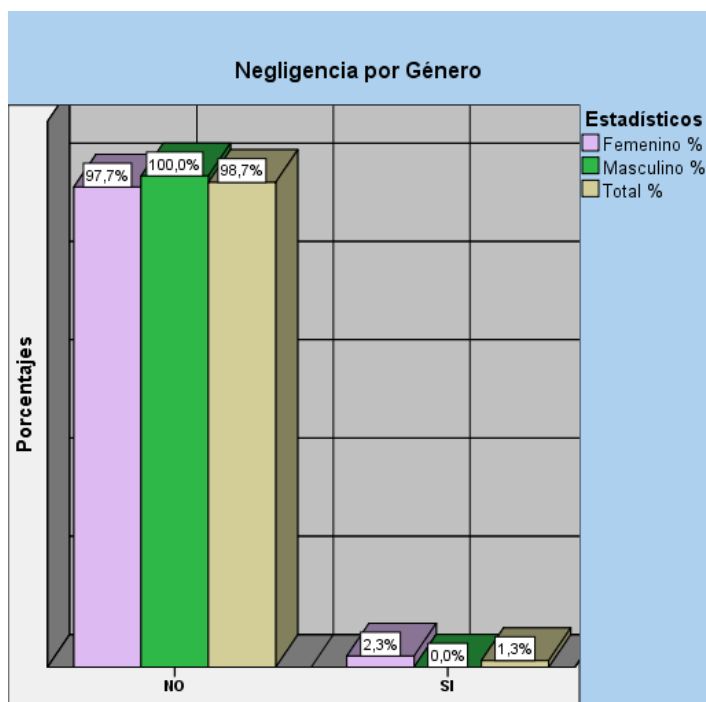


En éste caso, la población respondió con una porcentaje mayor, con la respuesta “No”, con un 54.7% y con un “Si” el 45.3%. De éste tipo de maltrato, el total de mujeres de la población respondió de forma negativa con un 50.0% y de forma positiva con un 50.0%; y con respecto a los hombres, fueron con un 61.3% por un “No” y un 38.7% por un “Si”

Maltrato por negligencia por género.

Tabla de Negligencia por Género

		Negligencia		Total
		No	Si	
sexo F	Recuento	86	2	88
	% dentro de sexo	97.7%	2.3%	100.0%
M	Recuento	62	0	62
	% dentro de sexo	100.0%	.0%	100.0%
Total	Recuento	148	2	150
	% dentro de sexo	98.7%	1.3%	100.0%

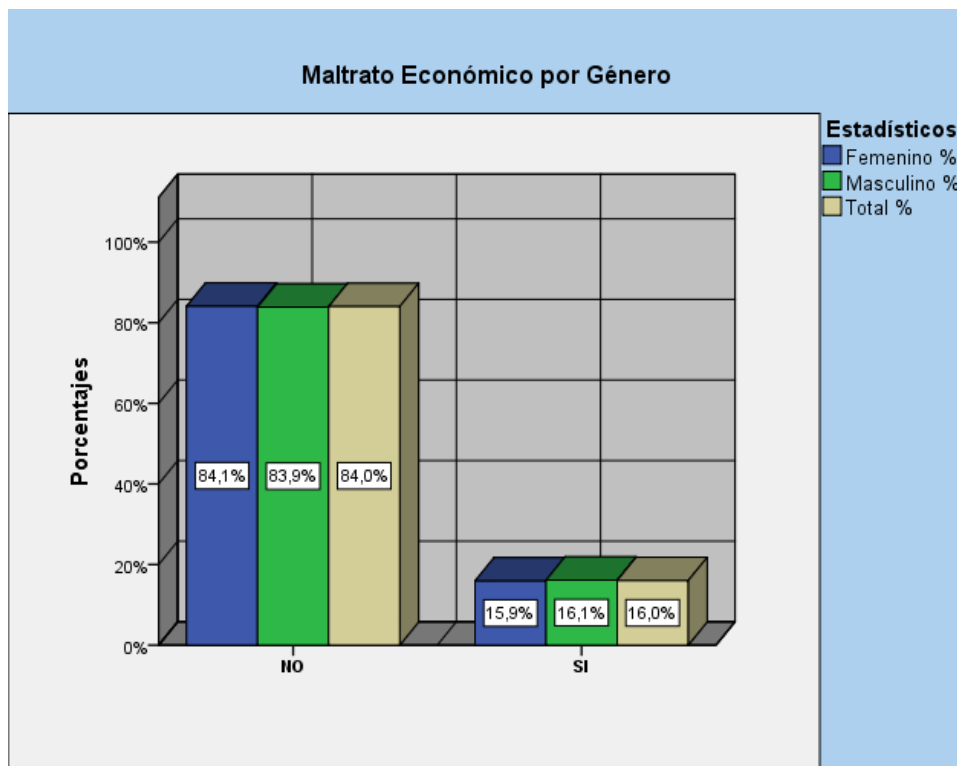


En éste caso, la población respondió con un porcentaje mayor, con la respuesta “No” con un 98.7% y con un “Si” el 1.3%. De éste tipo de maltrato, el total de mujeres de la población respondió de forma negativa con un 97.7% y de forma positiva con un 2.3%; y con respecto a los hombres, fueron con un 100% por un “Si”.

Maltrato económico por género

Tabla de Maltrato económico por Género

		M. Económico		Total
		No	Si	
sexo F	Recuento	74	14	88
	% dentro de sexo	84.1%	15.9%	100.0%
M	Recuento	52	10	62
	% dentro de sexo	83.9%	16.1%	100.0%
Total	Recuento	126	24	150
	% dentro de sexo	84.0%	16.0%	100.0%

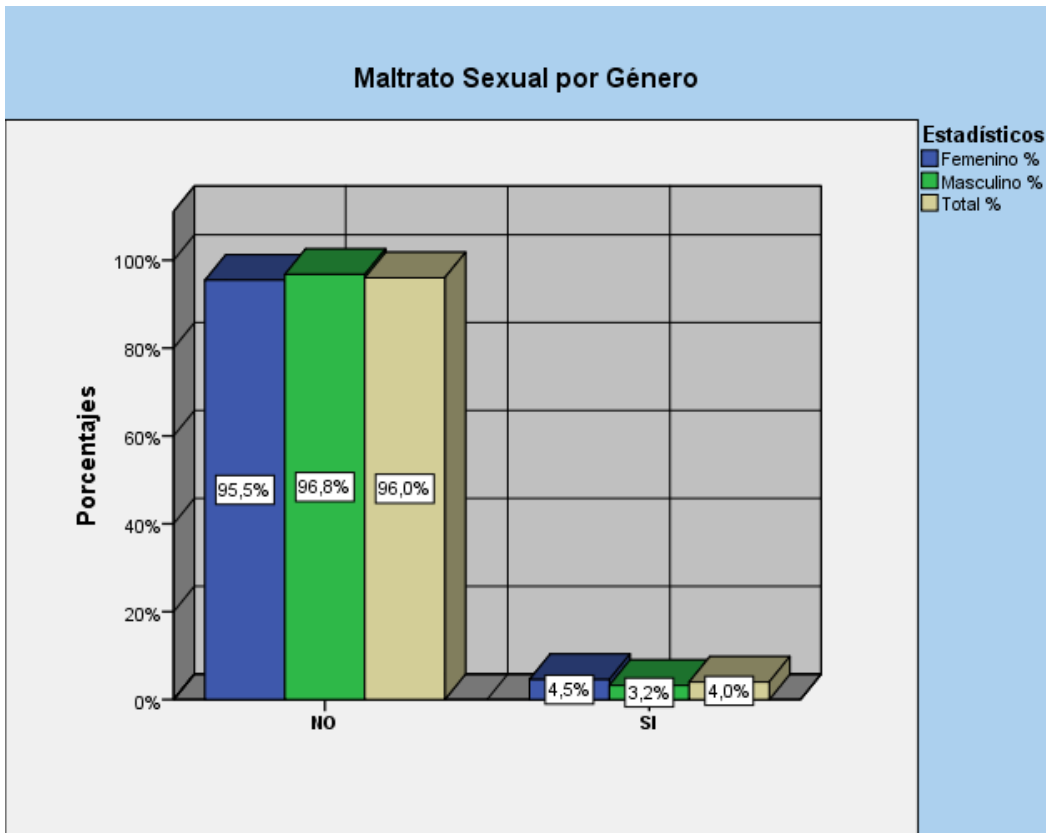


En éste caso, la población respondió con un porcentaje mayor, con la respuesta “No” con un 84.0% y con un “Si” el 16.0%. De éste tipo de maltrato, el total de mujeres de la población, respondió de forma negativa con un 84.1% y de forma positiva con un 15.9%; y con respecto a los hombres, fueron con un 83.9% por un “No” y un 16.1% por un “Si”

Maltrato sexual por género

Tabla de Maltrato Sexual por Género

		M. Sexual		Total
		No	Si	
sexo F	Recuento	84	4	88
	% dentro de sexo	95.5%	4.5%	100.0%
M	Recuento	60	2	62
	% dentro de sexo	96.8%	3.2%	100.0%
Total	Recuento	144	6	150
	% dentro de sexo	96.0%	4.0%	100.0%



En éste caso, la población respondió con un porcentaje mayor, con la respuesta “No” con un 96.0% y con un “Si” el 4.0%. De éste tipo de maltrato, el total de mujeres de la población, respondió de forma negativa con un 95.5% y de forma positiva con un 4.5%; con respecto a los hombres, fueron con un 96.8% por un “No” y un 3.2% por un “Si”

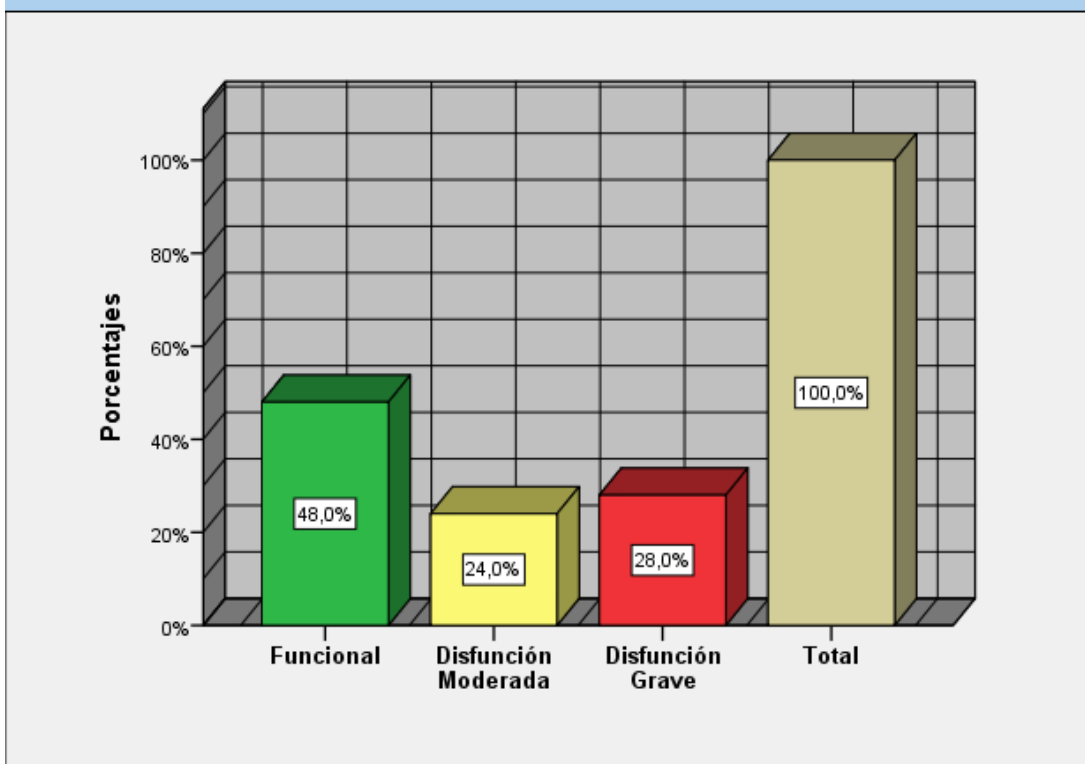
IDENTIFICAR DISFUNCION FAMILIAR EN LOS ADULTOS MAYORES MALTRATADOS

Disfuncionalidades

Tipo de Funcionalidad/Disfuncionalidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Funcional	72	48.0	48.0	48.0
Disfunción Moderada	36	24.0	24.0	72.0
Disfunción Grave	42	28.0	28.0	100.0
Total	150	100.0	100.0	

Tipo de Funcionalidad/Disfuncionalidad

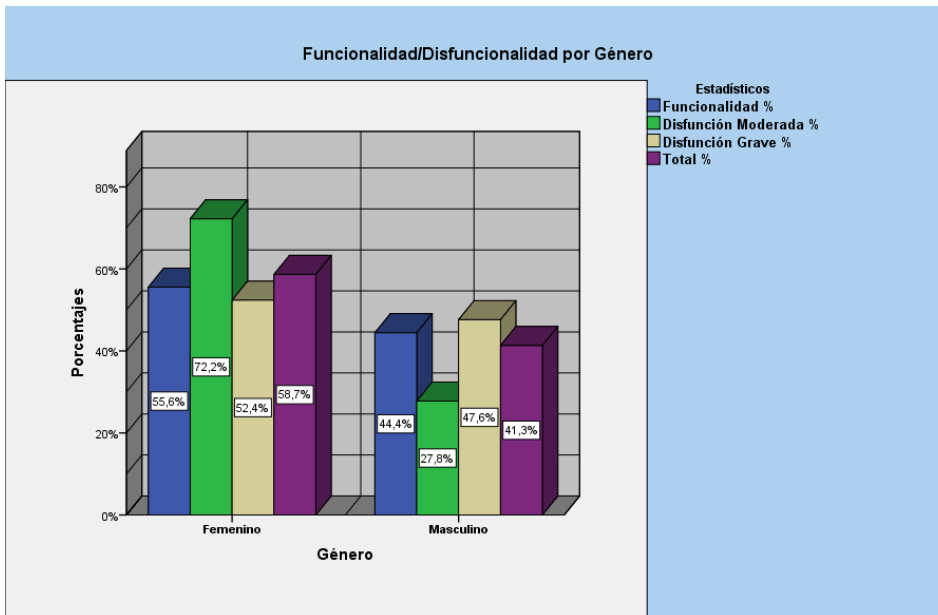


De los tres tipos de “*Disfunciones*” que respondieron los pacientes, se observa que la respuesta mayor fue la “Funcional”, con un 48.0%; enseguida la “Disfunción Grave”, con un 28.0%, y por último la “Disfunción Moderada” con un 24.0%

Tipos de disfunciones por género.

Tabla de contingencia Funcionalidad/Disfuncionalidad por Género

			sexo		Total
			F	M	
Funcionalidad	Funcional	Recuento	40	32	72
		% dentro de Funcionalidad	55.6%	44.4%	100.0%
	Disfunción Moderada	Recuento	26	10	36
		% dentro de Funcionalidad	72.2%	27.8%	100.0%
	Disfunción Grave	Recuento	22	20	42
		% dentro de Funcionalidad	52.4%	47.6%	100.0%
Total		Recuento	88	62	150
		% dentro de Funcionalidad	58.7%	41.3%	100.0%

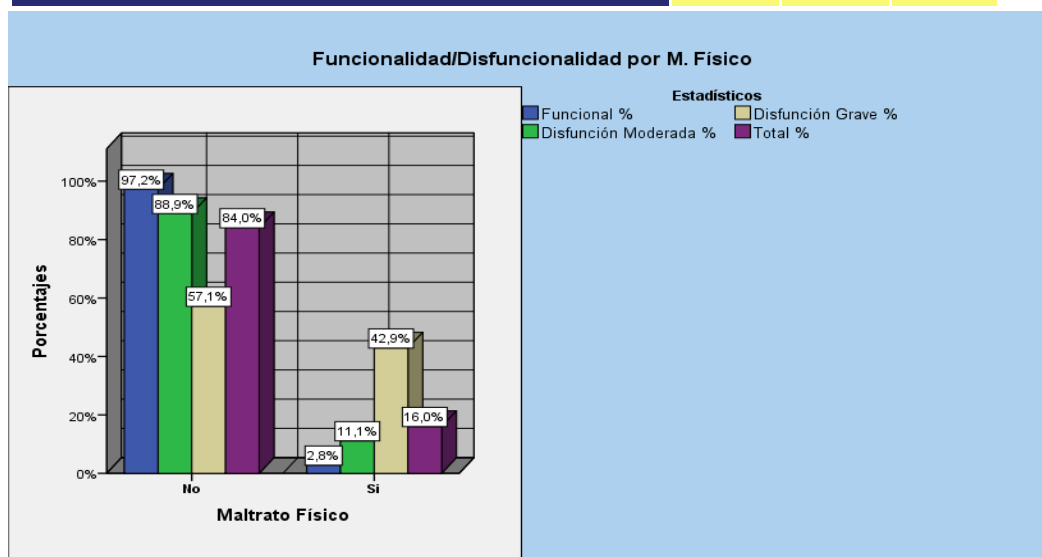


La gráfica muestra la división de las “Disfunciones” por género. Primero, explica que las barras de “Total” demuestran de nuevo que la mayoría de las respuestas fueron dadas por mujeres (58.7%), más que por hombres (41.3%); segundo, para el caso de las mujeres, la respuesta con mayor porcentaje fue la “Disfunción Moderada” con un 72.2% arriba de la “Funcional”, con un 55.6% y seguida por “Disfunción Grave” con un 52.4%; para el caso de los hombres, la respuesta con mayor porcentaje fue la “Disfunción Grave” con un 47.6%, arriba de la “Funcional” con un 44.4% y de la “Disfunción Moderada” con un 27.8%.

IDENTIFICAR EL GRUPO MÁS AFECTADO EN ADULTOS MAYORES MALTRATADOS Disfuncionalidad por Maltrato Físico

Tabla de contingencia Funcionalidad/Disfuncionalidad por M. Físico

			M. Físico		Total
			No	Si	
Funcionalidad	Funcional	Recuento	70	2	72
		% dentro de Funcionalidad	97.2%	2.8%	100.0%
	Disfunción Moderada	Recuento	32	4	36
		% dentro de Funcionalidad	88.9%	11.1%	100.0%
	Disfunción Grave	Recuento	24	18	42
		% dentro de Funcionalidad	57.1%	42.9%	100.0%
Total		Recuento	126	24	150
		% dentro de Funcionalidad	84.0%	16.0%	100.0%



En el caso del tipo de respuesta de *Disfunción* por tipo de *Maltrato Físico* (*Si*, o *No*), se observa que la respuesta con mayor porcentaje fue el “No” con un 84.0% en comparación del “Si”, con un 16.0%, de los cuales se derivan que para el caso del “Funcional”, el 97.2% fue para el “No” y el 2.8% para el “Si”; para el caso de la respuesta por “Disfunción Moderada”, el 88.9% fue por el “No” y el 11.1% por el “Si”; y por último la respuesta por “Disfunción Grave”, el 57.1% fue por el “No” y el 42.9% por el “Si”. Siendo el porcentaje más grande de todos el “No” del “Funcional”.

DISCUSIÓN:

Analizando los resultados se encontró que de los pacientes entrevistados el 58.7% correspondió al género femenino y un 41.3% al masculino.

El promedio de edad fue de 71 .4 años siendo el de menor edad de 65 años y el de mayor edad de 85 años, lo que se relaciona con la literatura revisada. (10,18)

El mayor grupo de edad donde se encontró maltrato fue en las edades de 65-75años, con predominio femenino.

El grado de escolaridad que más se encontró fue primaria con un 54.7% seguido por preparatoria y analfabeta con un 2.7%.

Por ocupación se tiene que la gran mayoría es ama de casa lo cual se relaciona con la literatura revisada. (14,16, 17)

La aplicación de cuestionario para al maltrato en el adulto mayor el GSM reporto que de una población de 150 adultos mayores el 54.8% presento maltrato de tipo psicológico seguido del físico y económico en un 19.4%, lo que refleja que muchas veces se maltrata sin darse cuenta que se esta cometiendo dicha acción. Lo que alarma pues nuestros adultos mayores no comunican dicha situación porque la mayoría es maltratado por familiares y temen las responsabilidades legales que con lleva.

El instrumento utilizado de evaluación validado el Apagar Familiar encontramos una asociación de disfunción familiar con maltrato en el adulto mayor, siendo importante la dinámica familiar en la prevalencia del mismo, relacionándose con la bibliografía consultada.

CONCLUSIONES:

El maltrato en el adulto mayor es más frecuente entre los pacientes que acuden a atención primaria.

Encontramos asociación en nuestra población entre las alteraciones de la dinámica familiar y maltrato en el adulto mayor.

Es probable que la edad avanzada, la dependencia por las limitaciones propias de la edad, el portar enfermedades crónicas degenerativas y el poco apoyo familiar son factores que predisponen a padecer maltrato.

El maltrato en el adulto mayor puede pasar inadvertido en nuestra práctica diaria, cuando son muchos los beneficios que se obtendrán con un diagnóstico y orientación adecuada. Es importante conocer sus manifestaciones para detectarlas precozmente y reducir su impacto sobre su estado de salud y emocional del paciente.

De las variables estadísticas las que mostraron una asociación significativa con maltrato en el adulto mayor, es el apgar familiar, por lo que está estrechamente relacionada con la dinámica familiar, y es un ámbito que muchas veces no se interroga y que nos favorece mal apego al tratamiento e incluso depresión impactando en el estado de salud del paciente.

El médico de primer nivel de atención debe conocer y utilizar los instrumentos necesarios en la consulta diaria permitiendo controlar los síntomas y mejora de la función del adulto mayor maltratado, así como tener registro de GSM y APGAR FAMILIAR mediante la historia clínica y hojas de seguimiento durante años, así como determinar aspectos de la dinámica familiar que muestren mayor asociación con maltrato del adulto mayor: cuidado, afecto, seguridad y comunicación.

Crear módulos de geriatría en unidad de primer nivel que estén capacitados para el manejo de las múltiples escalas aplicables al adulto mayor, con el fin de proporcionar una vejez feliz y satisfactoria, pues cabe recordar que todos vamos ese punto de la vida.

BIBLIOGRAFIA:

1. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen. OPS/OMS. Washington, D.C. 2002; 19-20.
2. Papalia D, Wendkos S. Desarrollo Humano. Mc Graw-Hill. México, 1981;569-602.
3. Vidal G, Alarcón RD, Lolas F. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría, Tomo II. Editorial Médica Panamericana S.A., Buenos Aires, 1995845-63.

4. Gorgen T, Nagele B. Domestic Elder Abuse and Neglect. Conclusion from the Evaluation of a Model Project. 2 Gerontol Geriatr. Hannover, Germany. Feb 2005;38(1):4-9.
5. Gorbien MJ, Eisenstein AR. Elder Abuse and Neglect: An Overview. Clin Geriatr. Department of Internal Medicine, Rush University Medical Center, Chicago, USA. May 2005;21:(2):279-292.
6. Cáceres, Virgen M. " Puerto Rico, El maltrato a las personas de edad avanzada desde una perspectiva biopsicosocial", en Cuadernos Mujer Salud, Red de Salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC).
7. " Estrategias de Intervención en la Red de Violencia Intrafamiliar de la Comuna de Maipú, estudio exploratorio en las instituciones de la comuna", Agosto 2001.
8. Campillo Motilva,Rita.Bazo, M.T.: Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol., 1; 36(1): 8-14, 2001.
9. Bennett Blum, The "Undue InfluenceWorksheet" and "IDEAL" Protocol – AnIntroduction<http://www.bennettblummd.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/undueinfluence1005.pdf>.
10. Burston, G. R. (1975) "Granny Battering". British Medical Journal (3): 592.Caballero, J.C., Remoral, M.L.: Consideraciones sobre el maltrato al anciano. Rev. Mult. Gerontol.; 10(3): 177-188,2000.
11. Couceiro, A. (ed.): Ética en cuidados paliativos. Editorial Triacastela, Madrid, 2004.El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder.Informe del Secretario General. Consejo Económico ySocial. Naciones Unidas, 2002.
12. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome.JAMA.1962;181:17–24.
13. Muñoz Tortosa, J.: Personas Mayores y Malos Tratos. Ediciones Pirámide, Madrid, 2004.
14. Correa Muñoz,E. y cols.Principales factores que influyen en el uso de redes de apoyo social en una población de ancianos mexicanos.
15. Ribera J Aspectos demográficos, socio sanitarios y biológicos del envejecimiento. Servicio de Geriatria. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid. 2001: 25-31
16. Corujo E Tratado de geriatría para residentes Med Clin Barcelona capitulo 3;47(1)

17. Manrique Solano R. Familia y sociedad. Su papel en la atención primaria. En: Vázquez JL, ed. Psiquiatría en la atención primaria. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998. p. 495-508.
18. Boletín OP, 1993;114(6):555-9.
19. Génesis cuatro. Dios habla hoy. 2 ed. México, DF: Sociedades Bíblicas Unidas; 1987. p. 3-4.
20. Kempe C, Silverman F, Steele B, Silver H. The battered child syndrome. JAMA 1962;181:17-24.
21. Corsi J. Violencia intrafamiliar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. México: Paidós; 1995.
22. Richardson J. Identifying domestic violence: a cross sectional study on primary care. BMJ 2001;324(7332):274-8.
23. Fuentes García Ma., García Garro Alberto. Causas Sociales Que Originan Sentimiento de Abandono en El Adulto Mayor. Revista del Hospital General "La Quebrada" 2003;2 25-29.
24. Ruiz Sanmartín A, Alter Torner J, Porta Marti N, Duaro Izquierdo P. Violencia Domestica: Prevalencia de Sospecha de Maltrato a Ancianos. AtenPrimaria 2001; 27 (5): 331-334.
25. Clavijo Portieles, Alberto. Crisis, familia y psicoterapia.
26. Minuchin y H. Ch. Fishman. Técnicas de Terapia Familiar.
27. Ares, Patricia. Psicología de la familia.
28. Flietes, Reyna. La familia en el análisis sociológico.
29. Sánchez Salgado, Carmen., 2000: "Gerontología Social".
30. Valdés Mier M. Maltratos al anciano.
31. Vargas-Daza Emma Rosa y otros. 2011. Tipo de violencia familiar que percibe el adulto mayor.

ANEXOS:

**CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR
SMITKSTEIN 1978**

Nombre: _____

Edad: _____ **escolaridad:** _____ **sexo:** F o M

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	0	1	2
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo (a) quiere?			

Análisis:

Puntaje Total: _____

Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor					
Se sabe que hay situaciones difíciles que normalmente no se platican pero que afectan mucho a las personas adultas mayores, conocer lo que pasa permitirá tomar las medidas necesarias para que en un futuro ya no suceda. Dígame si usted ha vivido alguno de los siguientes problemas en el último año, dentro o fuera del hogar.					
	A	B	C	D	E
	Si su respuesta es sí pase a B	¿Esto ocurrió...	¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	Quién fue el responsable? PARENTESCO	¿Es hombre o mujer?
¿Durante los últimos 12 meses a usted ...	0 No 1 Si → * No respondió	1. una vez? 2. pocas veces? 3. muchas veces? 99. no respondió	01 un año y menos 98 no recuerda	Registre el parentesco que tiene con la persona mayor	1. Hombre 2. Mujer
FISICO					
1 ¿Le han golpeado?					
2 ¿Le han dado puñetazos o patadas?					
3 ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?					
4 ¿Le han aventado algún objeto?					
5 ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?					
PSICOLOGICO					
6 ¿Le han humillado o se han burlado de usted?					
7 ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?					
8 ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?					
9 ¿Le han hecho sentir miedo?					
10 ¿No han respetado sus decisiones?					
11 ¿Le han prohibido salir o que la visiten?					
NEGLIGENCIA					
12 ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc?					
13 ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?					
14 ¿Le han negado protección cuando la necesita?					
15 ¿Le han negado acceso a la casa que habita?					
ECONOMICO					
16 ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?					
17 ¿Le han quitado su dinero?					
18 ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?					
19 ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?					
20 ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?					
SEXUAL					
21 ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?					
22 ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?					
Total	Maltrato: Si (1) No (0)				
	_____/22				

Giraldo-Rodriguez L, Rosas-Carrasco O, Geriatr Gerontol Int. 2013 Apr;13(2):466-74 (martha.giraldo@sahd.gob.mx)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	TIPO DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR Y DISFUNCION FAMILIAR EN LA UMF 94
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	UMF 94 MEXICO D.F. 2014.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>La prevalencia estimada de maltrato a anciano oscila en un 10- 15% según último estudio de INAPAM e INEGI, y su incidencia aumentado en 150% en los últimos 10 años, debido a su magnitud no ha recibido todo el enfoque. Esto podría explicarse por el fenómeno iceberg en el que 5 de cada 6 casos quedan sin notificar.El adulto mayor ha sido un tema preocupante en nuestro país ya que hasta el día de hoy la población incrementó a un total de 10.6 millones de la población total.Lo que ha llevado a investigar la frecuencia y maltrato que sufre este grupo etario, y si bien ha existido siempre es hasta hoy que se manifiesta en su magnitud.</p> <p>Identificar el tipo de maltrato en el adulto mayor y asociación con disfunción familiar</p>
Procedimientos:	Contestar el cuestionario sobre maltrato y apgar familiar.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detectar maltrato y problemas familiares que repercutan en su salud.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).
Participación o retiro:	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.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Conocer su dinamica familiar.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. ESTHER AZCARATE GARCIA. 99362280 5767 27 99 EXT. 21407

Colaboradores:

Dra. Ivett Mejía Valdivia. 57-51-59-82

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION NORTE DEL D.F.
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 94
 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. TIPO DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR Y DISFUNCION
 FAMILIAR EN LA UMF 94

ACTIVIDAD/ PERIODO	2012		2013			2014			2015
	Marzo Junio	Julio Diciembre	Enero Agosto	Septiembre	Oct- Ene 2014.	May- Jun	Julio Septiembre	Octubre Diciembre	Enero Febrero
Adquisición de conocimiento sobre investigación y estadística	P								
	R								
Selección del tema de investigación	P								
	R								
Búsqueda de bibliografía y elaboración del proyecto de investigación		P	P	P	P				
		R	R	R	R				
Presentación para aprobación por el Comité Local de Investigación y registro.						P			
Integración de muestra y recolección de los datos (trabajo de campo)							P		
Vaciado de la información y Análisis de los datos, elaboración de conclusiones y sugerencias.							P		
Elaboración de trabajo final de tesis e impresión.							P		
Elaboración de Escrito médico								P	

Difusión del trabajo en sesión y envío a publicación a revista indexada.									P