



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y  
MUNICIPIOS.**

**HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL.**

**“TIPOS DE VIOLENCIA FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR  
DERECHOHABIENTE A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DE  
CHIMALHUACAN”**

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

**PRESENTA:**

**DRA. MARÍA DEL CARMEN SÁENZ TORRES**

**NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO. 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

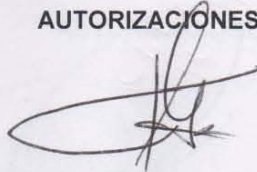
**“TIPOS DE VIOLENCIA FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR  
DERECHOHABIENTE A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DE  
CHIMALHUACAN”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

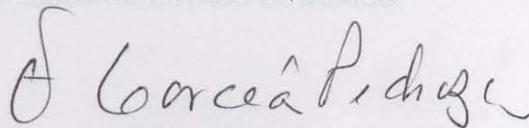
**PRESENTA:**

**DRA. MARÍA DEL CARMEN SÁENZ TORRES**

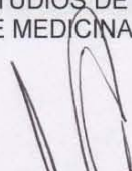
**AUTORIZACIONES**



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



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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

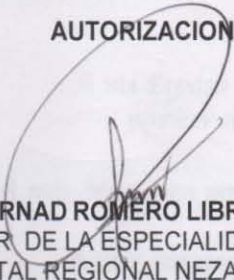
**TIPOS DE VIOLENCIA FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR  
DERECHOHABIENTE A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DE  
CHIMALHUACAN**


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

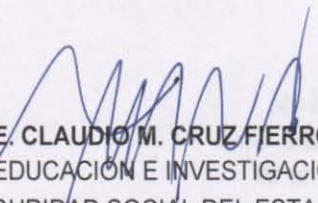
**PRESENTA:**

**DRA. MARÍA DEL CARMEN SÁENZ TORRES**

**AUTORIZACIONES**

  
**DR. BARNAD ROMERO LIBRADO CARLOS**  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL  
ISSEMYM, ESTADO DE MEXICO.

  
**DRA. MARÍA BEATRIZ FLORES ORTEGA**  
ASESORA METODOLÓGICA DE TESIS.

  
**M.E. CLAUDIO M. CRUZ FIERRO**  
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y  
MUNICIPIOS.



*A Dios, que todo me lo ha dado.*

*A mis Padres y Hermanos por su amor y apoyo  
incondicional.*

*A mi Esposo e Hijos por su comprensión y  
por ser mi fuerza en cada momento.*

*A mis Maestros por sus enseñanzas y consejos.*

*A mis amigos que siempre están conmigo  
y que siempre creen en mí.*

**No hay cosa más bella que  
amar a los ancianos; el respeto  
es un dulcísimo placer. Los  
ancianos son los Patriarcas”.**

**José Martí**

## INDICE

<b>1. INTRODUCCION</b>	<b>7</b>
<b>2. MARCO TEORICO</b>	<b>8</b>
2.1 Definición	8
2.2 Violencia Familiar	10
2.3 Violencia en Menores	11
2.4 Violencia de Genero	11
2.5 Violencia en el Adulto Mayor	11
2.5.1 Definición	11
2.5.2 Antecedentes Históricos	12
2.5.3 Maltrato en el anciano	14
2.5.4 Aspectos Biológicos del Envejecimiento	15
2.5.5 Aspectos Sociales del envejecimiento	16
2.5.6 Incidencia	16
2.5.7 Tipos de maltrato	18
2.5.8 Causas	19
2.5.9 Factores de riesgo	19
2.5.10 Consecuencias	21
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>23</b>
<b>4. JUSTIFICACION</b>	<b>24</b>
<b>5. HIPOTESIS</b>	<b>26</b>
<b>6. OBJETIVOS</b>	<b>26</b>
6.1 Objetivo General	26
6.2 Objetivos Específicos	26
<b>7. METODOLOGÍA</b>	<b>27</b>
7.1 Tipo de Estudio	27

7.2	Diseño de la Investigación	27
7.3	Población, Lugar y Tiempo	28
7.4	Tipo de Muestra y Tamaño de la muestra	28
7.5	Criterios de Inclusión y exclusión	28
7.6	Definición de variables	25
7.6.1	Variables	30
7.7	Instrumento de Recolección de Datos	31
7.8	Método para la Obtención de Datos	32
7.9	Procesamiento Estadístico	32
7.10	Análisis Estadístico	32
7.11	Diseño y Construcción de la Base de Datos	33
7.12	Recursos	33
7.12.1	Recursos Humanos	33
7.12.2	Recursos Materiales y Físicos	33
7.12.3	Recursos financieros	33
7.13	Cronograma de actividades	34
7.14	Consideraciones éticas	35
<b>8.</b>	<b>RESULTADOS</b>	44
<b>9.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	55
<b>10.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	58
<b>11.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	61
<b>12.</b>	<b>ANEXOS</b>	
12.1	consentimiento informado	64
12.2	Cuestionario “Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores”	66
12.3	Mini mental	71

## 1. INTRODUCCION

La población de edad avanzada ofrece hoy una diversidad mayor que la que presentó en cualquier otra etapa de la historia de la humanidad. Las diferencias principales residen en la situación económica, el marco social y familiar, la salud, la historia personal y profesional de cada individuo, su relación pasada y presente con la educación y la cultura. Durante el presente siglo se asiste a una situación singular: más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha delimitado como etapa de vejez; el envejecimiento poblacional se ha convertido hoy en un reto para las sociedades modernas.

La creciente esperanza de vida permite suponer que el contacto intergeneracional será cada vez mayor, conviviendo los más jóvenes con los más viejos. Esto obligará a proyectar acciones e iniciativas para atender a un grupo poblacional cada vez más amplio y como consecuencia de ello incrementara el uso de servicios médicos y sociales.

El abuso, maltrato o violencia ocurre en todas las etapas del ciclo de la vida. El reconocimiento de la violencia en el ambiente doméstico por parte de la medicina es ya antiguo, se ha identificado el llamado "anciano maltratado"; sin embargo, 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 la sociedad.

Se suma también que la magnitud del problema está pobremente documentada, diagnosticada y denunciada. Por otra parte es un problema que no respeta fronteras geográficas y políticas, y que traspasa los límites étnicos, religiosos, educativos y socioeconómicos. A pesar de que el tema de la violencia ha sido tratado con bastante frecuencia, ha tratado de ser ignorado por sus familiares. Aunque resulta inconcebible que los adultos mayores, débiles, dependientes, discapacitados sean objeto de conductas de maltrato en el seno de la familia, principalmente por sus propios hijos e hijas, que en nuestros días continúan siendo víctimas de la violencia familiar. El presente trabajo trata de abrir un camino para visualizar este problema.



# **“TIPOS DE VIOLENCIA FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR DERECHOHABIENTE A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DE CHIMALHUACAN”**

## **2. MARCO TEORICO**

Hoy en día es un hecho sólidamente establecido que cualquier individuo, desde que nace, tiene un riesgo mucho más elevado de sufrir diversos tipos de violencia y abuso, incluyendo la muerte, en su hogar que en las calles. (1) (2)

Aunque se han efectuado numerosos estudios con profundidad sobre la violencia en relación a la mujer y los niños, como grupos más victimizados, contamos con un sector poblacional al que no se le ha prestado toda la atención necesaria, nos referimos a los ancianos, a pesar de que existen escasos estudios al respecto, en nuestro criterio este tema aún no recibe toda la prioridad que merece, ni existe en la sociedad total conciencia de su significado.(3)

La preocupación del hombre por el envejecimiento viene desde su propia existencia y data desde la comunidad primitiva, donde eran utilizadas las personas más ancianas para la toma de decisiones y consejos al resto de las familias, con el desarrollo social estas personas han continuado jugando su rol en la sociedad y en especial en la Familia, pero no en pocas ocasiones se encuentran sometidos a evidentes formas de maltratos o abusos siendo estos grupos de personas las más vulnerables a ser afectados por la violencia. (4)

La violencia familiar o intrafamiliar, es un fenómeno creciente en nuestro medio a pesar de constituir un factor negativo de nuestra sociedad lo cierto es que cada día se vuelve más frecuente; debido a los cambios sociales, culturales y de estilo de vida que presentamos, sin embargo para poder entender este problema debemos regresar a los principios básicos.

### **2.1 Definición.**

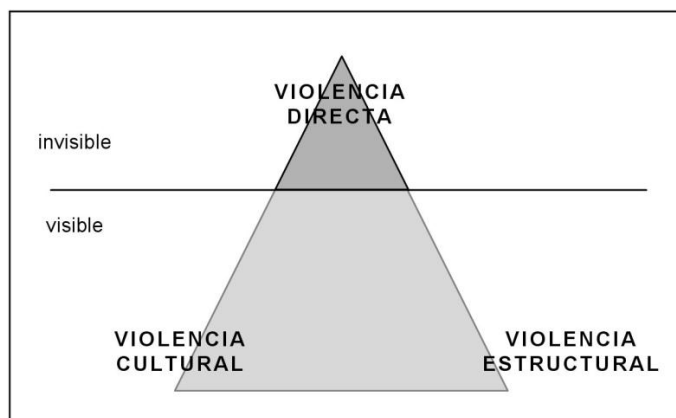
El concepto de violencia ha recibido diferentes definiciones; con notables discrepancias dependiendo de las disciplina de la que trate.

La palabra violencia proviene del latín “Violentia”, mismo que es definido por el diccionario de la Real Academia de la lengua española como: “Acción violenta o contra el natural modo de ser”. A su vez violento vendría a significar “Que está fuera de su natural estado, que obra con ímpetu y fuerza”. (5)

La forma más común de conocer la violencia presupone los actos de violencia entre personas concretas, particularmente hablar de la violencia física, de esta manera se puede definir a la violencia como “uso intencionado de la fuerza física en contra de un semejante con el propósito de herir, abusar, robar, humillar, ultrajar, torturar, destruir o causar la muerte”. (6) Para otros autores la violencia se puede definir como “todo aquello que impide que la gente satisfaga sus necesidades fundamentales: alimentación, vivienda, vestido y dignidad”. (7)

Para Johan Galtung, la violencia consistiría en “amenazas inevitables contra la satisfacción de las necesidades humanas básicas; disminuyendo el nivel real de satisfacción de las necesidades por debajo de lo que sería potencialmente posible. En otras palabras, “la violencia está presente cuando los seres humanos se ven influidos de tal manera que sus realizaciones afectivas, somáticas y mentales, están por debajo de sus realizaciones potenciales” de modo que “cuando que cuando lo potencial es mayor que lo afectivo, y ello es evitable, existe violencia”. (8) Hace referencia a cuatro tipos de necesidades básicas de subsistencia, incorpora las necesidades de bienestar, identidad y libertad (9)

Además Galtung, define tres formas de violencia: violencia directa, violencia estructural y violencia cultural.



1. La *violencia directa*, la cual es visible, se concreta con comportamientos y responde a actos de violencia física y verbal en formas de conducta.
2. La *violencia estructural*, (la peor de las tres), que se centra en el conjunto de estructuras que no permiten la satisfacción de las necesidades y se concreta, precisamente, en la negación de las necesidades.
3. La *violencia cultural*, la cual crea un marco legitimador de la violencia y se concreta en actitudes. Educar en el conflicto supone actuar en los tres tipos de violencia. (10)

## **1.2 Violencia familiar**

La violencia familiar o intrafamiliar corresponde, con aquella violencia, cuyos protagonistas, agresores y víctimas, mantienen un tipo de relación de parentesco (lazos de sangre-reales o supuestos- matrimonio).

Es definida como: “Acción u omisión, directa o indirecta, ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta tercer grado inclusive, por vínculo jurídico o de hecho o por una relación de guarda, tutela o curatela y que produzca como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, sexual psicológica o patrimonial. El vínculo por afinidad subsistirá aun cuando haya finalizado la relación que lo originó” (11)

La OMS define la violencia intrafamiliar: como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos. La desigualdad de poder dentro del grupo, está determinado por la edad y el género; de ésta manera se precisan los tres grupos primordialmente sensibles, que son los más afectados por la violencia intrafamiliar. (12)

## **2.3 Violencia de Menores**

Los niños que viven con violencia intrafamiliar tiene mayores riesgos frente a los adultos: el riesgo de exposición a eventos traumáticos, el riesgo de abandono, el riesgo de ser abusados directamente, y el riesgo de perder uno o ambos de sus padres. Todos estos pueden conducir a resultados negativos para los niños y puede afectar a su seguridad y bienestar y la estabilidad. (13)

## **2.4 Violencia de Género**

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada (14)

Susana Velázquez (2003) amplía la definición de violencia de género: Abarca todos los actos mediante los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física. (15)

## **2.5 Violencia en el Adulto Mayor**

### **2.5.1 Definición**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa la edad de 60 años para delimitar la vejez; sin embargo, se torna en extremo difícil definir a qué se le llama viejo, ya que no hay una relación entre la edad biológica y la cronológica. (27) Esta definición, es equivalente a anciano, senecto, senil, geronte y más recientemente en el de adulto mayor o de la tercera edad.

**Maltrato en el anciano:** “Todo acto u omisión sufrido por personas de 60 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía, o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por este o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad o del medio donde ocurra (familiar, comunidad o instituciones)”. (17)

### 2.5.2 Antecedentes históricos

Los pueblos de la antigüedad, tuvieron actitudes de abandono de ancianos en épocas de sequías o guerras; pero en la mayoría de los casos eran venerados como sujetos mágicos. Es posible que ello ocurriera por ser pocos los individuos que llegaban a una edad avanzada. En esos casos la matanza de los ancianos, correspondía más a un rito religioso que a un propósito destructivo. (18)

En la antigua Grecia, dicen los historiadores, que cuando se tenía la suerte de llegar a una edad avanzada, se celebraba al anciano una fiesta, y se lo desempeñaba, ya que el resto de la vida sería una “enfermedad crónica e incurable”, según Hipócrates.

En Roma se le dio características institucionales al respecto por la vejez. El “*pater*” era respetado en sus facultades de potestad cualquiera fuese su edad. Como culminación política surgió el Senado, que era el Consenso de Ancianos, cuya influencia en el desarrollo del imperio fue trascendente. Lo mismo podemos decir de lo que los textos bíblicos relatan sobre la vejez en el pueblo Judío. La palabra “*Zaken*”, en hebreo significa vejez, pero también sabio o decano. (18) (19)

Ya en la Edad Media existían instituciones destinadas a cuidar ancianos y desvalidos. Pero en todas las épocas, no relatando aquí en aras de la brevedad los ejemplos puntuales, *la sociedad patriarcal tenía una dicotomía:*

Por un lado el trato a los ancianos con dominio económico y social, traducido en respeto, veneración y aún subordinación. A tal punto, que los jóvenes ansiaban llegar a esa edad para asumir dignidad; más aun trataban físicamente de parecer mayores, porque el hombre adulto era una garantía de respetabilidad. (20)

Por otra parte, no nos olvidemos que existía una gran masa de ancianos maltratados en épocas difíciles, por su poca posibilidad de producción y su gran necesidad de cuidados, imposibles de satisfacer en épocas de crisis. (21)

En los últimos 50 años cambió la óptica sobre lo valioso o desvalioso de la edad. Se endiosó lo joven, lo bello, lo eficaz en términos productivos modernos. Por lo tanto, surgió una forma de *maltrato psicológico* (desvalorización) por el sólo transcurso de los años. A ello se sumó que se mantenía en el mundo esa masa de ancianos desvalidos, no patriarcas sino “*peso familiar*”. (22)

En nuestro país con la Constitución de 1949, se aprobaron una serie de normas que contemplaban “Los Derechos de la Ancianidad”. Modificada la Constitución en 1957, lo único que se consagró fue el derecho a la Seguridad Social, con jubilaciones y pensiones móviles. (23)

Si tenemos en cuenta que una de las características sociodemográficas básicas del siglo XXI, consistirá en el envejecimiento de la población mundial, según los datos que han sido ofrecidos por la Organización de Naciones Unidas, son alarmantes las valoraciones sobre el crecimiento anual de la población en el Mundo ascienden a un 1,14%, y para el 2007 se rebaso los 6.600 millones de habitantes. Preocupa entonces el análisis de las estadísticas en las personas mayores de 60 años que representan sólo un 10% de la población Mundial, sin embargo, se prevé que el número de personas mayores de 60 años se triplique, a casi 2.000 millones en el 2050.

Para el caso de México, puede afirmarse que la proporción de ancianos es la que crece más rápidamente desde hace 15 años. En números absolutos, las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) señalan que en 2007 residían en México 8.5 millones de personas de 60 años o más, para 2030 se espera que sean 20.7 millones, en tanto que para la mitad del siglo alcanzarán, según lo previsto, 33.8 millones (CONAPO, 2007). Esto se reflejará en el aumento de las proporciones de adultos mayores en las próximas décadas; en 2007 la proporción fue de 8.0%; se incrementará a 17.1% en 2030 y a 27.7% en 2050.

Este proceso de envejecimiento demográfico ocurrirá en nuestro país en un lapso bastante menor al observado en países más desarrollados y en un contexto socioeconómico menos favorable. De acuerdo con la revisión de 2002 de las estimaciones y proyecciones de la División de Población de las Naciones

Unidas, la proporción de población envejecida para las regiones más desarrolladas del mundo aumentará de 11.7% en 1950 a 32.4% en 2050.

Así, el proceso que a los países más desarrollados les ha tomado un siglo (incrementar la proporción de personas de la tercera edad en 20.6 puntos porcentuales), a México le tomará la mitad del tiempo (la adición de 21.1 puntos). De esa manera, México se transformará paulatinamente en un país con más viejos que niños. Actualmente, por cada 25 personas de la tercera edad hay 100 menores de 15 años, en menos de 30 años (2034) habrá la misma cantidad de niños y de viejos, mientras que en 2050 el país tendrá 166.5 adultos mayores por cada 100 niños. (24).

### **2.5.3 El maltrato en el Anciano**

El maltrato al anciano emerge como problema social hace pocos años y no porque antes no existiera, sino porque siempre ha sido un problema “oculto”. A veces los ancianos no quieren reconocerse como víctimas de malos tratos por temor a represalias, o al confinamiento en instituciones, o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta insoportable; por otra parte, los familiares o los cuidadores, no van a dar facilidades en la detección por razones obvias. (25)

Tampoco ha habido mucha sensibilidad por parte de los profesionales de la salud, en este sentido y los recursos sociales para dar una solución al problema, una vez detectado, son escasos a pesar de afectar a un grupo de población que crece exponencialmente.

La sensibilización multidisciplinar hacia este fenómeno inicia, sobretudo, en los Estados Unidos de Norteamérica ha sido decisiva para su conocimiento. El interés sobre el abuso al anciano como problema público en USA comienza en 1978 cuando se convoca una comisión gubernamental para la investigación de la violencia familiar y en 1986, se crea el Comité Nacional para la Prevención del Abuso al Anciano. (26) (27)

En 1988 la Sociedad Británica de Geriátrica organiza la primera conferencia multidisciplinar sobre abuso al anciano, describiéndolo como un innecesario y previsible problema. Un año más tarde edita un documento-guía con una serie

de propuestas y recomendaciones. (28) También ese año la Asociación Médica Mundial, reunida en Hong Kong, emite una importante declaración sobre el maltrato a los ancianos. En 1989 aparece, incluso, la primera publicación periódica especializada sobre el particular, *Journal of Elder Abuse and Neglect* y en Francia se edita y difunde la Carta de derechos y libertades de la persona de edad dependiente, elaborada por la Fundación Nacional de Gerontología al objeto de sensibilizar a la opinión pública y prevenir los casos de abuso y maltrato, tanto en el hogar familiar como en las instituciones. (29)

A este respecto cabe mencionar la pobreza de estudios existente, también en el ámbito internacional. Cifras reales sobre maltrato son difíciles de obtener, de una parte debido a la negativa de la víctima por temor a represalias y de otra porque los actos ocurren, mayoritariamente, dentro del seno familiar y éste se torna obviamente opaco. Otro punto a considerar es la escasa concienciación existente aun entre los profesionales y trabajadores de los diferentes medios socio-sanitarios implicados.

#### **2.5.4 Aspectos Biológicos del envejecimiento.**

A pesar de los enormes esfuerzos que en los últimos años han realizado los científicos por descifrar los complicados mecanismos biológicos, que rigen el proceso de envejecimiento y de haber hecho descubrimientos que sin dudas representan importantísimos pasos de avance, éste continúa siendo una interrogante que los mantiene motivados a continuar investigando.

El ciclo vital natural está programado genéticamente por cierta clase de reloj biológico de la muerte y la duración de la vida es característica para cada especie, pero a través de las diversas épocas del desarrollo histórico se ha intentado establecer la duración de la vida humana de acuerdo a observaciones personales y según el grado de desarrollo del conocimiento imperante en ellas. La opinión actual está basada en la confluencia de varios factores que a la larga determinan la vejez y la muerte. (30)

Existen varios factores que determinan un mayor o menor grado de envejecimiento: herencia no longeva, nutrición, estilo de vida y acción de los radicales libres; y, si bien es verdad que la ciencia no ha podido explicar cuál



es el grado de interrelación entre esos factores, sí se sabe que existe un denominador común: el medio ambiente, que influye en la involución celular precoz; por otra parte, existe un factor hereditario, responsable del 25% del problema, que es altamente modificable por factores internos y externos capaces de dañar o lesionar el DNA introduciendo cambios en el código genético.(16) (30)

### **2.5.5 Aspectos sociales del envejecimiento**

Tan complicado como en lo biológico se torna el envejecimiento en su aspecto social, no existe un estereotipo que le da sello distintivo a esta etapa de la vida. Existen algunas características que se repiten con cierta frecuencia entre los ancianos como: la desconfianza y la excesiva precaución, cada uno enfrenta y vive la vejez de forma distinta; generalmente en correspondencia con su personalidad y a cómo ha manejado su vida hasta entonces, arrastrando con ellos su grado de realización personal, representado por los éxitos y fracasos del pasado, hay quienes acentúan su agresividad, se vuelven intolerantes, poco comprensivos y/o adoptan posiciones rígidas y conservadoras, incluso tiránicas; en contraposición con estos, están los flexibles en extremo, que no muestran interés por nada y que no pocas veces descuidan detalles importantes. Tanto los unos como los otros, se convierten en fuente de conflictos, trastornando su vida y la de quienes los rodean. Sin llegar a los extremos, en los niveles intermedios, encontramos ancianos dóciles, amables, cariñosos y felices, que conservan sus energías, mantienen sus intereses y un alto grado de integración a la sociedad, lo que representa un orgullo para su familia, en el seno de la cual encuentran bienestar y apoyo, disfrutando con ellos los éxitos, por pequeños que sean o sufriendo junto con ellos si desdichadamente ocurre una desgracia. La depresión con desesperanza no es una rareza en los viejos y pudiera ser la razón por la que es tres veces más frecuente el suicidio en esta edad. (16)

### **2.5.6 Incidencia**

El Consejo Americano de Asuntos Científicos señala un caso de maltrato por cada 25 ancianos en USA, siendo algo menos frecuente que el abuso infantil.

Pillemer, K. indica una incidencia de abuso de 32 casos por cada 1000 ancianos, siendo del 4/1000 en cuanto a actos de negligencia. (32)

Block, MR.y Sinnott, J.D, lo comunican en el 4% de los ancianos. En el estudio epidemiológico de Dinamarca y Suecia, realizado sobre entrevistas telefónicas, el 17% de los ciudadanos suecos informó conocer algún tipo de abuso y en ambos países un 8% de la muestra reconoció tener cercano algún caso en el último año. El estudio del Consejo de la Vejez de Manitoba, obtenido a través de la información de profesionales, sugería que el 2,2% de los ancianos en familia había experimentado alguna forma de abuso. Otro estudio canadiense, desarrollado en Ontario, a través del envío de 14.500 formularios a diferentes agentes sociales del que se obtuvo tan solo un 8% de respuestas, entre las mismas el 60% reconocía la existencia del problema y el 24% trataban en ese momento con algún caso. El amplio informe final del Estudio Nacional sobre incidencia del Abuso al Anciano en USA, recoge 672.380 casos de maltrato correspondientes al año 1996, es decir el 2,36% de la población anciana. Del total, 236.479 son datos registrados en las Agencias de Servicios de Protección al Adulto (A.P.S.), que fueron comprobados en el 49% de los casos, encontrándose todavía un 8% bajo investigación. (33, 34)

Los diferentes tipos de maltrato se exponen anteriormente, las conductas de negligencia seguidas del abuso psicológico y del económico suponen el porcentaje más elevado de los casos.

Consideraciones sobre el maltrato al anciano, es muy variado, y abarca a todos los agentes sociales implicados, procediendo el 20% de entre los propios miembros de la familia. Dato sorprendente, pues es en este medio donde con más frecuencia se da el maltrato. Le siguen los hospitales con un 17,3% y después la policía (11,3%). Las propias víctimas, con un 8,8% de casos reportados, comienzan a despertar de sus lógicos temores a las represalias. (34)

Según el tipo de maltrato, el informador ha sido la propia familia para los casos de negligencia y abuso económico. Los hospitales (preferentemente unidades de urgencias) han denunciado los casos de negligencia, abuso psicológico, económico, físico y los de abandono. Los amigos y/o vecinos han reportado los

casos de negligencia, abuso económico y los de abandono. Los trabajadores de hogar han señalado los casos de abuso físico y psicológico. La policía, como es obvio, ha contabilizado un 24,3% de denuncias por maltrato físico. Las víctimas se han atrevido, solamente, a denunciar el abuso psicológico.

Se asocia los diferentes tipos de maltrato según grupos de edad. Hay que señalar el aumento de casos, a todos los niveles, a partir de los 70 años pero, sobre todo, entre los mayores de 80 años, donde los porcentajes subrayan cifras del 51,8% para los actos de negligencia, 41.3% para el abuso psicológico, 43,7% para el físico y 48% para el económico. Llama, también, la atención el 58,8% de casos de abandono en el grupo etario comprendido entre los 75-79 años de edad. (34).

### **2.5.7 Tipos de Maltrato**

#### **1. Negligencia**

-Física: No satisfacer las necesidades básicas: negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos

-Emocional: Consiste en la negación de afecto, desprecio, aislamiento, incomunicación

2. **Maltrato físico:** golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.

3. **Maltrato psicológico:** manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones

4. **Abuso económico:** impedir el uso y control de su dinero, chantaje económico.

5. **Abuso sexual:** cualquier tipo de relación sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento. (36)

6. **Maltrato estructural y social:** Es el maltrato ejercido desde los gobiernos e instituciones, entendido como la discriminación en las políticas hacia los ancianos, la falta de recursos para cubrir las necesidades asistenciales, así como la seguridad de ingresos y de alojamiento. Se considera que da origen a otros tipos de maltrato. (12)

**7. Falta de respeto y prejuicios:** Los prejuicios y los estereotipos sobre las personas mayores se traducen contra el mayor en actitudes irrespetuosas y maltrato verbal y emocional, es decir, una actitud social negativa hacia el anciano. (27)

### **2.5.8 Causas**

Las causas del maltrato en el anciano son complejas. El cambio de valores en nuestra sociedad actual en la que la juventud, la productividad y la salud son valores en alza; el anciano, enfermo con frecuencia, dependiente e improductivo, es infravalorado y a veces resulta una “carga” para familias nucleares con dificultades para cuidar al anciano.

Sin duda, los factores sociales y culturales están implicados, pero también otros, familiares e individuales, como el estrés del cuidador, problemas socioeconómicos, antecedentes de violencia familiar, etc., pero se consideran factores de riesgo más que propiamente causales, ya que su presencia no siempre condiciona la aparición del problema, sólo aumenta la probabilidad de que éste aparezca. Los malos tratos se ejercen por lo general sobre las personas más vulnerables del ámbito doméstico, en el caso de la mujer con el propósito de dominio y sometimiento por parte del agresor; en el caso del anciano, aunque también pueden existir estas mismas razones (violencia de pareja en los ancianos), se cree que con mayor frecuencia son la respuesta a una situación de rechazo hacia las personas mayores, consideradas como carga para la familia. Se han identificado factores asociados a maltrato como la situación de dependencia física, el estrés por sobrecarga del cuidador, los problemas sociales, red familiar o social escasa, antecedentes de violencia familiar en la propia familia, problemas económicos, dependencia económica del cuidador respecto al anciano, etc. Hoy se concede una gran importancia al estrés del cuidador, ya que la necesidad de cuidados de una persona dependiente puede condicionar la sobrecarga física y emocional del cuidador/a.

### **2.5.9 Factores de riesgo**

En distintos estudios se ha observado una asociación estadística entre maltrato y algunas situaciones y factores, y éstos se han clasificado en tres categorías:

los que se refieren al anciano como víctima, las que afectan al agresor (cuidador) y los factores situacionales o del entorno que confieren una mayor vulnerabilidad. Algunos autores han considerado como los factores más importantes para sufrir maltrato en el anciano la dependencia psicológica con el agresor y las características de la persona agresora. Pero no hay que olvidar que la prevalencia de maltrato entre las personas mayores dependientes es mayor que en las que no tienen esa condición. (28,29,30,3,32)

### **Para el anciano**

- **Sexo:** en la mayoría de los estudios hay un mayor porcentaje de mujeres entre las víctimas y con abusos más graves tanto físicos como psicológicos.
- **Edad avanzada**
- **Deficiente estado de salud**
- **Incontinencia**
- **Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta**
- **Dependencia física y emocional del cuidador**
- **Aislamiento social**
- **Antecedentes de malos tratos**

### **Para el agresor (cuando es el cuidador)**

- **Sobrecarga física o emocional** (situaciones de estrés, crisis vitales)
- **Padecer trastornos psicopatológicos**
- **Abuso de alcohol u otras toxicomanías**
- **Experiencia familiar de maltrato a ancianos o violencia familiar previa**
- **Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados**

### **Situaciones de especial vulnerabilidad**

- **Vivienda compartida**
- **Malas relaciones entre la víctima y el agresor**
- **Falta de apoyo familiar, social y financiero**

- Dependencia económica o de vivienda del anciano.

### 2.5.10 Consecuencias

1. **Lesiones físicas.** Lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras por decúbito por negligencia, abandono o falta de cuidados, heridas por ataduras, abrasiones, quemaduras e intoxicaciones. En los ancianos con maltrato y negligencia en sus cuidados, la supervivencia es más corta.
2. **Consecuencias psicológicas.** Tristeza, trastornos emocionales, sufrimiento, depresión, ansiedad, ideación suicida, inhibición, somatizaciones y seudo demencias.
3. **Consecuencias sociales.** Aislamiento físico, psicológico o social.
4. **Otras.** Se estima que los malos tratos tienen una importante repercusión en la utilización de servicios sanitarios; el aumento de la frecuentación, y de las hospitalizaciones condicionadas por la morbilidad asociada a la negligencia, el abandono o la violencia física. (33, 34, 35, 36)

En nuestro país ha comenzado a tomar gran relevancia este fenómeno, por ello en 2006, El gobierno del Distrito Federal, con apoyo de algunas otras instituciones como la UNAM, realizó la primera Encuesta sobre el Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM – DF), en el que se tomó en cuenta un total 619 adultos mayores hombres y mujeres, obteniendo excelentes resultados al respecto.

Este estudio reporta que el 18.4% de los maltratados son mujeres y 12.6 % hombres, el estado civil que tiene mayor incidencia de maltrato son las viudas y los hombres casados, en cuanto a la escolaridad los más frecuentes son los adultos mayores que solo cuentan con educación primaria o menor. Sin respecto a quienes son los responsables del maltrato resulta ser más comúnmente los hijos e hijas para las mujeres y esposa para los hombres. Para el tipo de maltrato este estudio reporta que el maltrato más frecuente que padecen es el maltrato psicológico, encontrándose en el 12.7 % de los casos positivos; casi al parejo el maltrato, económico, físico y por negligencia que se encuentran en general en el 3.5% de los casos. (37)

Este es un gran avance para México, por que como ya se ha mencionado recientemente se han realizado un sin número de investigaciones, basándose en estudios realizados en otros países, lo esto saca a relucir que nuestro país no está exento de dicha problemática la que cada día es más frecuente por el aumento de la esperanza de vida de nuestra población y por transición demográfica.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde tiempos remotos ha sido una preocupación importante para el hombre el envejecimiento y sus consecuencias y para entenderlo se ha buscado respuesta desde los tiempos bíblicos, la manera de ver a la vejez ha variado al paso del tiempo, para algunas culturas sobre todo en la época primitiva, el anciano representaba el centro de la vida social, pues ellos determinaban el rumbo y destino de su pueblo, para los egipcios y asirios los veían con cierta antipatía, los israelitas los veneraban, los griegos exaltaban la vejez, en el Imperio Romano tuvieron una importante autoridad, tanto en la vida privada como en la pública, en el Renacimiento inicia el deterioro de la veneración que gozaban, pues el poder se ve desplazado hacia los hombres maduros, y con la aparición del industrialismo lo pierden definitivamente, ya que con el comercio a gran escala hace que el hombre valga por lo que produce y lo que tiene y no por lo que sabe o es en sí. (6)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa la edad de 60 años para delimitar la vejez, sin embargo resulta difícil definir a que se llama viejo, ya que no hay relación entre la edad biológica y la cronológica; también podemos encontrarlo en la literatura como anciano, senecto, senil, gerente y adulto mayor o persona de la tercera edad.

Los ancianos frecuentemente son víctimas de discriminación y maltrato por parte de su familia, tanto psicológico como físico, se les asignan roles ínfimos o simplemente se les ignora, en ocasiones no se les brinda la atención que se debe, lo cual es fácilmente percibido por ellos y resulta perjudicial para su salud y para una buena vejez.

A este hecho es importante determinar los tipos de violencia y/o el maltrato al que sufre el anciano dentro del seno familia o fuera de ella; y de aquí surge la interrogante de este estudio ¿Cuál son los tipos de violencia familiar que sufre el adulto mayor derechohabiente a la Clínica de Chimalhuacán del ISSEMYM?



#### 4. JUSTIFICACION

La violencia intrafamiliar es un fenómeno cada vez más reconocido, el cual representa un problema de salud cada vez más frecuente, no porque sea de reciente inicio, sino que en últimas fechas ha sido más ampliamente difundido y puesto en evidencia, ya está representando un importante factor de riesgo para muchas entre ellas las enfermedades psicosomáticas; además de muchos factores conductuales y emocionales en el que se desarrolla la familia que es el núcleo más importante de la sociedad en todos los tiempos.

La violencia en el anciano también a salido a la luz de recientemente, aunque siempre ha existido, no es un problema reconocido por la propias personas afectadas, sin embargo, dando un vistazo en la epidemiología de la violencia intrafamiliar, encontramos que los primeros indicios de este problema en el anciano se remontan en el ámbito internacional al año 1975 por encontrar las primeras referencias bibliográficas sobre este fenómeno.

Como resultado de la transición demográfica se ha incrementado la esperanza de vida al nacer de los individuos, es un hecho que actualmente los humanos sobrepasan los 60 años, sin embargo vivir más no siempre es sinónimo de vivir mejor.

Se ha estudiado que dos tercios de los ancianos que viven en países pobres o en vías de desarrollo, donde las condiciones generales distan de ser las ideales para presentar una vejez feliz, se presentan de manera importante el maltrato, las necesidades, discriminaciones y marginación que no siempre son bien estudiadas y documentadas con el interés que se debe, siendo de interés solo para un pequeño grupo de personas interesadas en estudiar dicho fenómeno, en México se ha iniciado un arduo trabajo al respecto diversas organizaciones y personas han presentado trabajos muy interesantes a este respecto sin embargo ningún trabajo es suficiente si habla de un problema que cada día es más frecuente, por lo que de ahí nace la necesidad de estudiarlo en el medio de salud al que más comúnmente acuden los adultos mayores.

Es por esto que este trabajo surge, para difundir en principio los criterios vigentes, y los tipos de violencia que vive el anciano dentro de seno familiar y

de esta manera dar a conocer la frecuencia de la misma en la sociedad y las consecuencias de dicha violencia en el ancianos, sobre todo en los derechohabientes del ISSEMYM en la Clínica de Consulta Externa de Chimalhuacán, con la finalidad de dar a conocer y sensibilizar a todos los miembros de la sociedad y en particular a la familia sobre este problema, para que su principal impacto sea en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.

## **5. HIPOTESIS**

Los estudios epidemiológicos descriptivos no requieren el planteamiento de hipótesis previas, puesto que el objetivo de los mismos es la descripción de la frecuencia de un trastorno, sea éste psíquico o físico, en una población en un momento dado y la distribución del mismo en torno a variables personales, de tiempo y lugar.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo General**

**Determinar el tipo de violencia intrafamiliar que presenta el adulto mayor derechohabiente a la Clínica de Consulta Externa de ISSEMYM Chimalhuacán.**

### **6.2 Objetivos Específicos**

- 1- Determinar las variables sociodemográficas que presentan los ancianos.
- 2.- Identificar los principales tipos de la violencia intrafamiliar en el anciano.
3. Identificar principales causantes dentro de la familia de la violencia hacía el anciano.
4. Determinar los principales tipos de violencia a sufren los adultos mayores en base a la edad, al sexo, al estado civil y escolaridad.

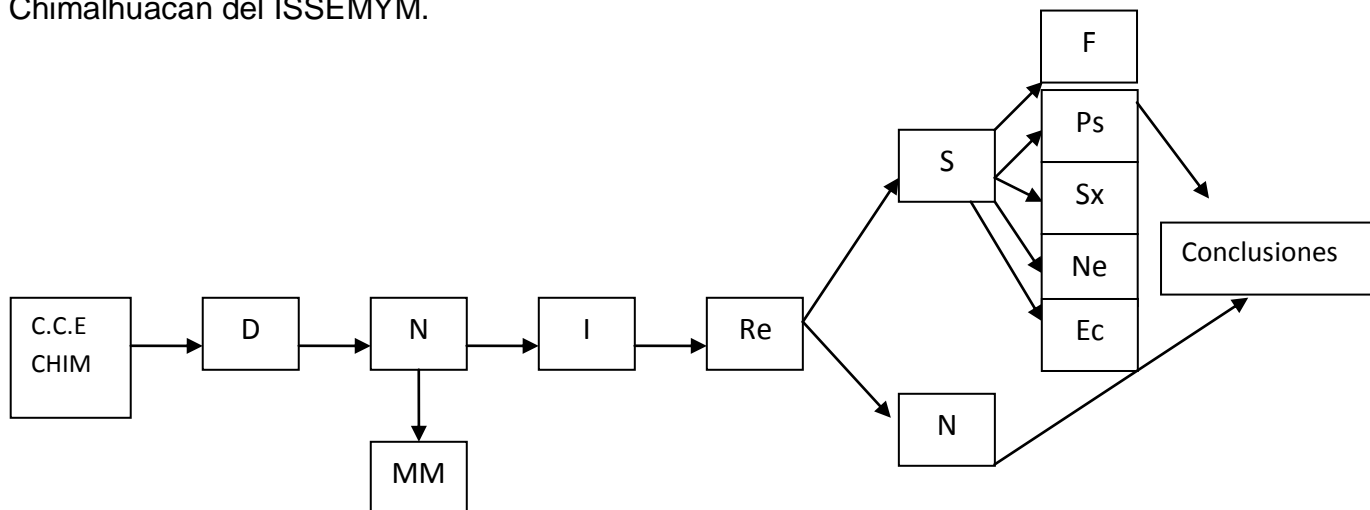
## 7. METODOLOGIA

### 7.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio Observacional prospectivo descriptivo de corte transversal ya que la obtención de los datos se realizará una sola vez en la unidad de análisis, se utilizará un instrumento de recolección de información, con aplicación única a cada sujeto de investigación con el interés de determinar el tipo de violencia familiar que vive el adulto mayor que se presentan a la consulta externa de la Clínica de Consulta Externa Chimalhuacán.

### 7.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El estudio se llevara a cabo en la Clínica de Consulta Externa de Chimalhuacán durante el periodo comprendido de Enero de 2013 A Diciembre de 2013 es un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, con una muestra tomada al azar de 105 pacientes mayores de 60 años de la clínica de consulta Externa de Chimalhuacán del ISSEMYM.



**C.C.E CHIM.=** Consulta Externa de la clínica de Chimalhuacán

D= Derechohabiente

N= Sin deterioro neurológico

MM= Test Mini mental

I= Instrumento aplicado

Re= Resultados: F= física, Ps= Psicológica, Sx= Sexual, Ne= Negligencia o abandono, Ec= Económica  
S= Si existe violencia, N= No existe violencia.

### **7.3 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.**

Se entrevistarán 105 pacientes de hombres y mujeres, mayores de 60 años, elegidos al azar que se encuentren sin deterioro neurológico que acudan a consulta externa, durante el periodo de Enero a Diciembre de 2013.

### **7.4 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Muestra no probabilística de 105 pacientes mayores de 60 años.

### **7.5 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION**

#### **INCLUSION**

1. Pacientes derechohabientes al ISSEMYM, mayores de 60 años.
2. Hombres y mujeres de entre 60 años
3. Pacientes sin deterioro neurológico; con test de Mini mental mayor de 20 puntos.
4. Pacientes mayores de 60 años con antecedentes de violencia.
5. Pacientes mayores de 60 años con evidencia o sospecha de maltrato.
6. Que acepten realizar el estudio.

#### **EXCLUSION**

1. Pacientes no derechohabientes al ISSEMYM.
2. Pacientes hombres y mujeres con edades menores a los 60 años.
3. Pacientes con deterioro neurológico con calificación en el test de Mini mental menor a 20 puntos.
4. Pacientes que no acepten realizar el estudio.

## 7.6 DEFINICION DE VARIABLES

**Edad:** Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia, la edad que se considerara es la que el paciente tuviera registrada en el censo y debe ser de 60 años y más.

**Sexo:** Características fenotípicas y genotípicas, que se considero, Masculino o Femenino.

**Ocupación:** Empleo u oficio, o trabajo al que se dedica el paciente, se tomara en cuenta el que refiera el paciente.

**Violencia familiar o intrafamiliar:** Corresponde, con aquella violencia, cuyos protagonistas, agresores y victimas, mantienen un tipo de relación de parentesco (lazos de sangre-reales o supuestos- matrimonio). Se tomara en cuenta quien refiera el paciente como agresor.

**Abuso o Maltrato físico:** golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.

**Abuso o Maltrato psicológico:** manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones.

**Abuso o Maltrato sexual:** cualquier tipo de relación sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento.

**Abuso o Maltrato económico:** impedir el uso y control de su dinero, chantaje económico.

**Abuso por Negligencia Física:** No satisfacer las necesidades básicas: negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos  
**Emocional:** Consiste en la negación de afecto, desprecio, aislamiento, incomunicación

### 7.6.1 VARIABLES

<b>VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>FUENTE</b>
<b>Edad</b>	Cuantitativa Continua	60 años y más	<b>Cuestionario</b>
<b>Sexo</b>	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	<b>Cuestionario</b>
<b>Ocupación</b>	Cualitativa Ordinal	La que refiera el paciente	<b>Cuestionario</b>
<b>Violencia intrafamiliar</b>	Cualitativa Ordinal	Referencia del paciente	<b>cuestionario</b>
<b>Tipos de abuso</b>	Cualitativa Nominal	<b>Abuso físico</b> <b>Abuso Psicológico</b> <b>Abuso Económico.</b> <b>Abuso por Negligencia o abandono</b>	<b>Cuestionario</b>

## 7.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de los datos se realizarán un total de 105 cuestionarios de valoración de tipos de violencia en el anciano, el cual se encuentra asentado y validado para su uso, con previa valoración del test de Mini mental con una puntuación mayor a 20 puntos, también se obtendrán datos socio demográficos, como edad, sexo y ocupación, así como quien es el agresor primario.

Se utiliza el cuestionario realizado por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, el cual aporta un instrumento llamado Índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores (EASI), el cual se diseñó para valorar la existencia de maltrato y no específicamente para detectar casos. (38)

El instrumento consta de 5 preguntas directas de respuestas sencillas positivas y negativas a adultos mayores sin deterioro cognoscitivo y con una puntuación de Mini mental mayor a 20 puntos. El cuestionario queda constituido para fines del presente estudio de la siguiente manera.

El cuestionario recaba los principales datos sociodemográficos como son: la edad, el sexo, el estado civil, convivencia, escolaridad y enfermedades existentes.

Además expone en principio la sospecha de maltrato y el tipo del mismo, para de ahí derivar preguntas sencillas en busca de maltrato por negligencia, psicológico, físico y económico ocurrido durante los últimos 12 meses y por supuesto, el o los responsables de dicho maltrato.

Este instrumento plantea un cuestionario completo, fácil de realizar y de responder lo que facilita la aplicación y el análisis del mismo. (Anexo 2, Anexo 3)



## **7.8 METODO PARA LA OBTENCION DE DATOS**

- Informar y pedir autorización a los directivos del ISSEMYM de la clínica de consulta Externa de Chimalhuacán, para llevar a cabo la investigación.
- Solicitar los registros de consulta diaria para identificar los casos probables.
- Solicitar a trabajo social agendar cita con los casos identificados.
- Realizar test de Mini mental para determinar si existe o no deterioro neurológico
- Realizar el cuestionario con el paciente a solas sobre los tipos de violencia.
- Registrarlo en la tabla de recolección de datos
- Realizar el análisis estadístico.
- Presentar los resultados mediante cuadros
- Describir los resultados obtenidos
- Realizar discusión y conclusiones

## **7.9 PROCESAMIENTO ESTADISTICO**

Una vez recolectados los datos se procederá a realizar la captura de datos y el análisis se realizara en IBM SPSS versión 19. Para realizar el análisis se utilizara la estadística descriptiva

## **7.10 ANÁLISIS ESTADISTICO**

Para el análisis estadístico de los datos sociodemográficos se utilizará la estadística descriptiva con medidas de resumen: frecuencia, porcentaje, así como de tenencia central como el promedio.

## **7.11 DISEÑO Y CONSTRUCCION DE LA BASE DE DATOS**

Se realizará la obtención al azar de 105 pacientes, hombres y mujeres mayores de 60 años neurológicamente estables con una calificación en el test de Mini mental mayor a 20. (Anexo 3)

Se realizará el cuestionario sobre tipos de violencia en el anciano, publicado por la sociedad Española de Geriatria, el cual consta de 5 reactivos los cuales será recopilado por el investigador haciendo preguntas directas al entrevistado el cual se encuentra completo en el Anexo 2.

Previa recopilación de la información de los cuestionarios, se elaborara una base de datos en el sistema computarizado IBM SPSS versión 19 .

## **7.12 RECURSOS**

### **7.12.1 Recursos Humanos**

El presente estudio se realizará con pacientes derechohabientes al ISSEMYM de la clínica de consulta externa de Chimalhuacán, de 60 años y más, se cuenta con recursos 1 Medico Familiar, 1 Médico General, donde se obtuvieron los casos a estudiar, además se cuenta en el apoyo del personal de archivo y trabajo social, para acceder a las hojas diarias y para agendar pacientes.

### **7.12.2 Recursos Materiales y Físicos**

Se cuenta con un archivo clínico donde se encuentra las hojas diarias, además se cuenta con el área de trabajo social y relaciones publicas quien se encargaran de citar a los pacientes para la entrevista para la obtención de información relevante y consentimiento para realizar el estudio así como la aplicación de cuestionario. Se cuenta con 1 computadora personal para la captura de la información y 1 impresora.

### **7.12.3 Recursos financieros**

Los gastos generados por este estudio serán subsanados por el investigador

## 7.13 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	JUNIO 2013	SEPTIE MBRE 2013	DICIEMBRE 2013	MARZO 2013	JUNIO 2013	JULIO 2014
Realización del protocolo	INV	INV.	INV.			
Revisión y visto bueno por parte de autoridades educativas y del ISSEMYM			Directivos y autoridades educativas del ISSEMYM	Direc. Y autoridades		
Informar y pedir autorización a directivos de la clínica de consulta externa de Chimalhuacán para llevar a cabo la investigación				Investigador		
Solicitar los registros de consulta diaria para identificar casos probables				Investigador		
Solicitar agendar citas a trabajo social para realizar la entrevista				Trabajo social		
Realizar los cuestionarios				Investigador	INV.	
Identificar el tipo de violencia al que esta expuesto.				INV.	INV.	
Registrarlo en la tabla de recolección de datos.				INV.	INV	
Realizar el análisis estadístico de los datos.					INV	
Presentar los resultados mediante graficas					INV	
Describir los resultados obtenidos					INV	
Realizar discusión y las conclusiones					INV	
Entrega de protocolo						INV.

## **7.14 CONSIDERACIONES ETICAS**

### **DECLARACIÓN DE HELSINKI (VI)**

#### **RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.**

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escocia (2000).

#### **A. Introducción**

- a) La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.
- b) El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
- c) La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente" y el Código Internacional de Ética Médica afirma que. "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".
- d) El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
- e) En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

- f) El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.
- g) En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.
- h) La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.
- i) Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

## **B.- Principios básicos para toda investigación medica**

- a) En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- b) La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de

información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

- c)** Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
- d)** El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.
- e)** El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.
- f)** La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
- g)** Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con

los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

- h)** Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.
- i)** La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.
- j)** La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
- k)** Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
- l)** Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.
- m)** En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar

su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

- n)** Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.
- o)** Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.
- p)** Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.
- q)** La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el



consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

- r) Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

### **C. Principios aplicables cuando la investigación médica se combina con la atención médica**

- s) El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.
- t) Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles. Ello no excluye que pueda usarse un placebo o ningún tratamiento, en estudios para los que no se dispone de procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados.
- u) Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles, identificados por el estudio.
- v) El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del

paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

- w) Cuando los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos disponibles han resultado ineficaces en la atención de un enfermo, el médico, con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos o no probados, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia.

### **9.7.2. LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y FARMACOLÓGICA**

La **Investigación Farmacológica** terapéutica tiene como objetivo fundamental: determinar los efectos que tiene una droga determinada sobre seres humanos, tanto a nivel individual como colectivo. En el caso de Protocolos de Investigación clínica y farmacológica deben considerarse las siguientes Normas:

1. Los resultados de la investigación deben beneficiar a los sujetos que participan en ella y evitar el riesgo.
2. Si existen beneficios deben ser aplicables a otros sujetos, a la comunidad o al conocimiento de la ciencia.
3. En los protocolos deberán especificarse claramente los riesgos y los beneficios, estableciendo un valor aceptable para la relación riesgo/beneficio.
4. El investigador debe conocer las implicaciones éticas del estudio, tanto en los medios utilizados, como en los objetivos finales y que estos sean descritos claramente en el protocolo de investigación.
5. Proteger al máximo a los sujetos de estudio para evitar daño físico, psicológico o social, invasión a su privacidad o garantía de la confidencialidad de su participación.

6. Garantizar al sujeto participante su derecho a decidir entrar al estudio; seguir en éste o retirarse cuando lo considere, libre y voluntariamente, para lo cual deberá llenar la carta de consentimiento informado previa explicación y comprensión de los posibles riesgos del estudio.
7. Se deberá guardar un cuidado especial y evitar el abuso en estudios con fetos, niños, pacientes con trastornos mentales o que por su condición estén inducidos a aceptar, prisioneros, estudiantes y empleados que puedan inducirse, personas ignorantes, extranjeros y mujeres.
8. Es indispensable confirmar que los proyectos de investigación sean trascendentes y estén correctamente estructurados, de acuerdo con los modelos de protocolo de investigación.
9. Es necesario que los protocolos sigan los procedimientos de revisión, dictamen y aprobación, de acuerdo con el Manual de Procedimiento de la Unidad Departamental de Investigación.
10. Los protocolos de investigación que vayan a recibir financiamiento de alguna institución diferente al ISSEMYM, ya sea nacional o extranjera, deberán indicar el nombre de la(s) institución(es) que aportara (n) el financiamiento.
11. Cuando el origen de la investigación es externo al ISSEMYM, el investigador responsable en la Institución, deberá presentar el trabajo Estandarizado de Protocolo de Investigación, con especial cuidado de justificar el estudio en nuestro medio y población de atención. Además del protocolo de investigación original elaborado por el financiador y el formato para revisión, aprobación y registro con los datos requisitados hasta las firmas de valoración de la unidad en que se propone desarrollar.
12. En todas las investigaciones que refieran participación externa es definir las aportaciones, créditos y obligaciones de las partes involucradas, por cual ninguna investigación de este tipo puede realizarse sin aprobación del Cuerpo Colegiado central correspondiente y el acuerdo del titular de la DEI.

13. En propuesta interna el protocolo de investigación es generado por personal del ISSEMYM, quien lo presenta a su Comité Local a través del Jefe de Enseñanza e Investigación o equivalente para revisión y valoración. En caso de aceptarse se presenta con las firmas correspondientes a la Comisión de Ética, Bioseguridad e Investigación, que dictamina sobre su aprobación para registro y supervisión por parte de la Unidad Departamental de Investigación hasta su término.

## 8. RESULTADOS

Se realizaron un total de 105 adultos mayores de 60 años; derechohabientes a la clínica de consulta externa ISSEMYM Chimalhuacán, encontrando la mayor frecuencia en el grupo de edad de 60 a 69 años el cual representa el 63.8 % de la población estudiada, con 67 adultos mayores; seguidos por el grupo de 70 a 79 años con el 21.9 % de los casos, con 23 personas; el grupo de 80 a 89 años se observó un 13.3 %y solo un 0.95%para los mayores de 90 años, lo que significó que la población prevalente para este estudio son los adultos que recién ingresan a la ancianidad. (Tabla 1)

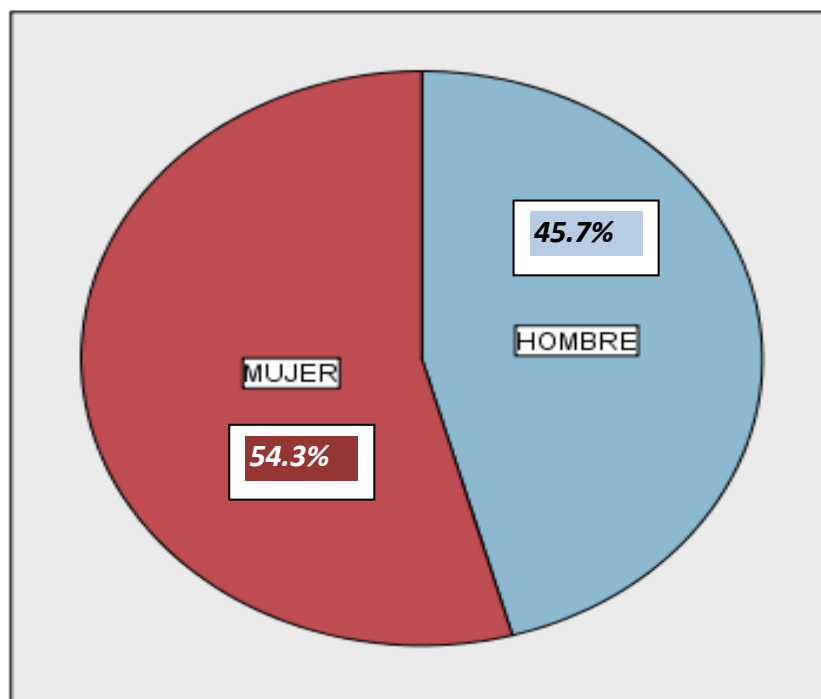
**Tabla 1. Pacientes derechohabientes a la clínica de consulta Externa de Chimalhuacán por grupo de edad a los que se les realizo el cuestionario de Índice de maltrato en adultos mayores**

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
60 A 69	67	63.8
70 A 79	23	21.9
80 A 89	14	13.3
90 A 92	1	0.95
Total	105	100.0

Fuente: Cuestionario de índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores.

En cuanto al sexo de los pacientes en quienes fue aplicado el cuestionario se encontró un predominio de las mujeres con un 54.3% del total y el 45.7 % y al sexo masculino de los casos estudiados. (Grafico 1)

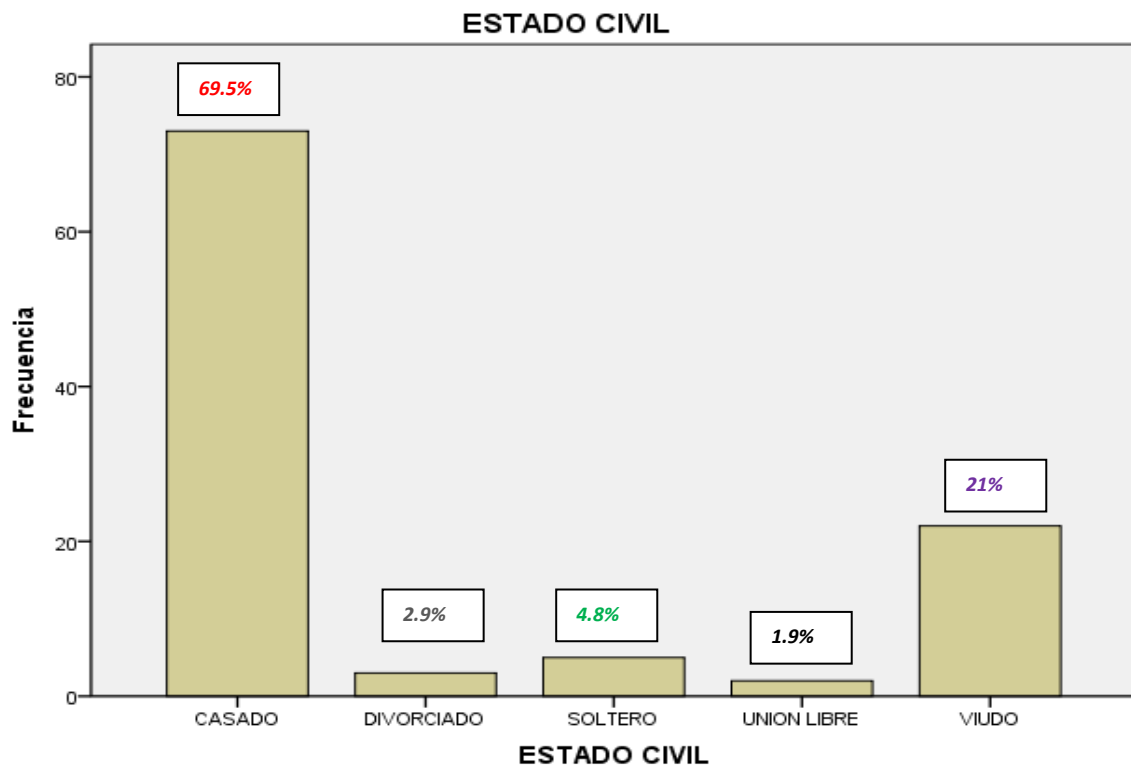
**Grafico 1. Sexo de pacientes derechohabientes a la clínica de consulta Externa de Chimalhuacán a los que se les realizo el cuestionario de Índice de maltrato en adultos mayores.**



Fuente: Cuestionario de índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores.

En cuanto al estado civil de los pacientes entrevistados se encontro que el 69.5% son casados, lo que equivale a 73 pacientes del total, el 21% o 22 encuestados son viudos (as), el 4.8 % o 5 adultos mayores se encuentran solteros, 2.9 % o 3 divorciados y 1.9 % o 2 en union libre. (Gráfico 2)

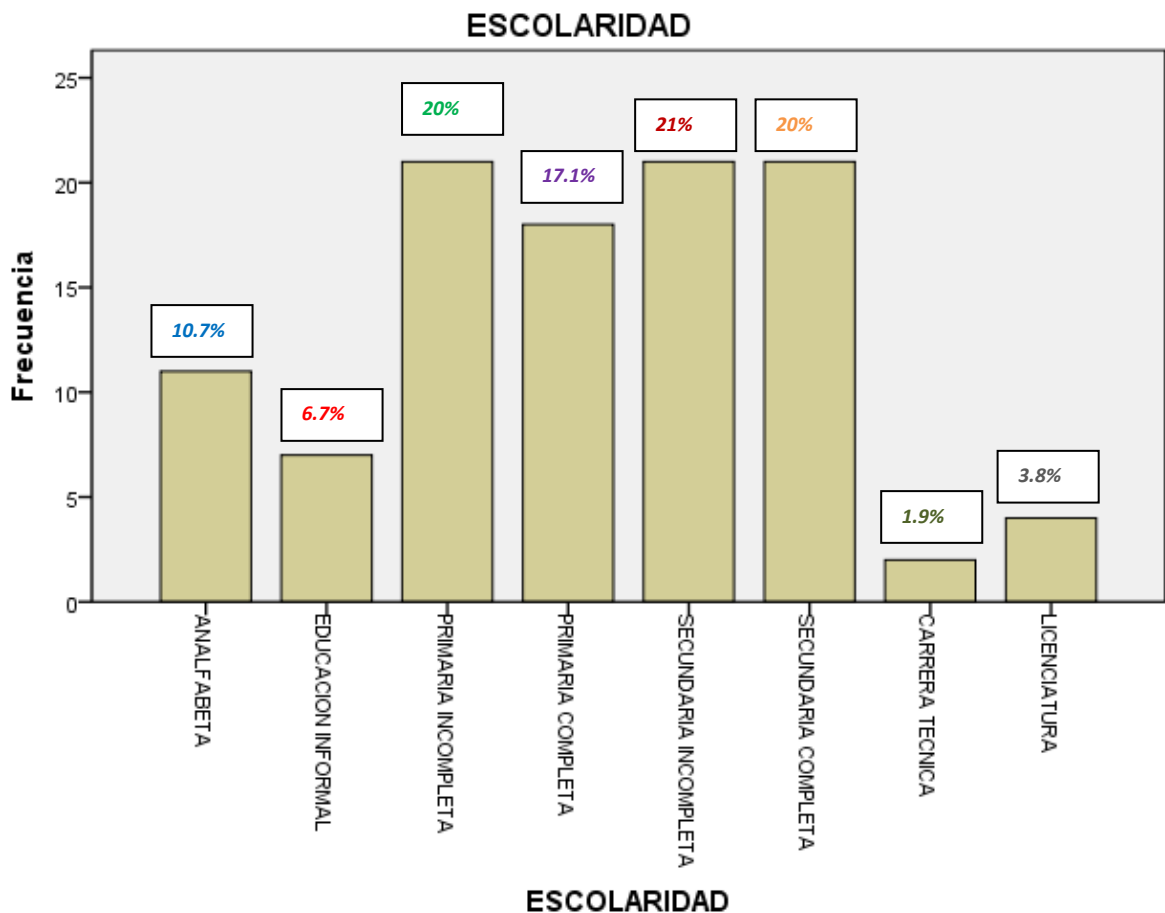
**Gráfica 2. Estado civil de pacientes derechohabientes a la clínica de consulta Externa de Chimalhuacán a los que se les realizo el cuestionario de Índice de maltrato en adultos mayores**



Fuente: Cuestionario de índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores.

Para a la escolaridad de los adultos mayores entrevistados se encontró que la frecuencia se encuentra en mayor proporción en la escolaridad de secundaria incompleta con el 21% de los casos; para primaria incompleta, y secundaria completa con el 20 % de los casos para cada uno lo que corresponde a 21 pacientes estudiados 18 adultos mayores con primaria completa o el 17.1%; 11 personas analfabetas con el 10.7 %, 7 con educación informal con el 6,7%, 4 pacientes con licenciatura con el 3.8% y 2 con carrera técnica representando el 1.9% del total de la población. (Gráfico 3)

**Gráfico 3. Estado civil de pacientes derechohabientes a la clínica de consulta Externa de Chimalhuacán a los que se les realizo el cuestionario de Índice de maltrato en adultos mayores**

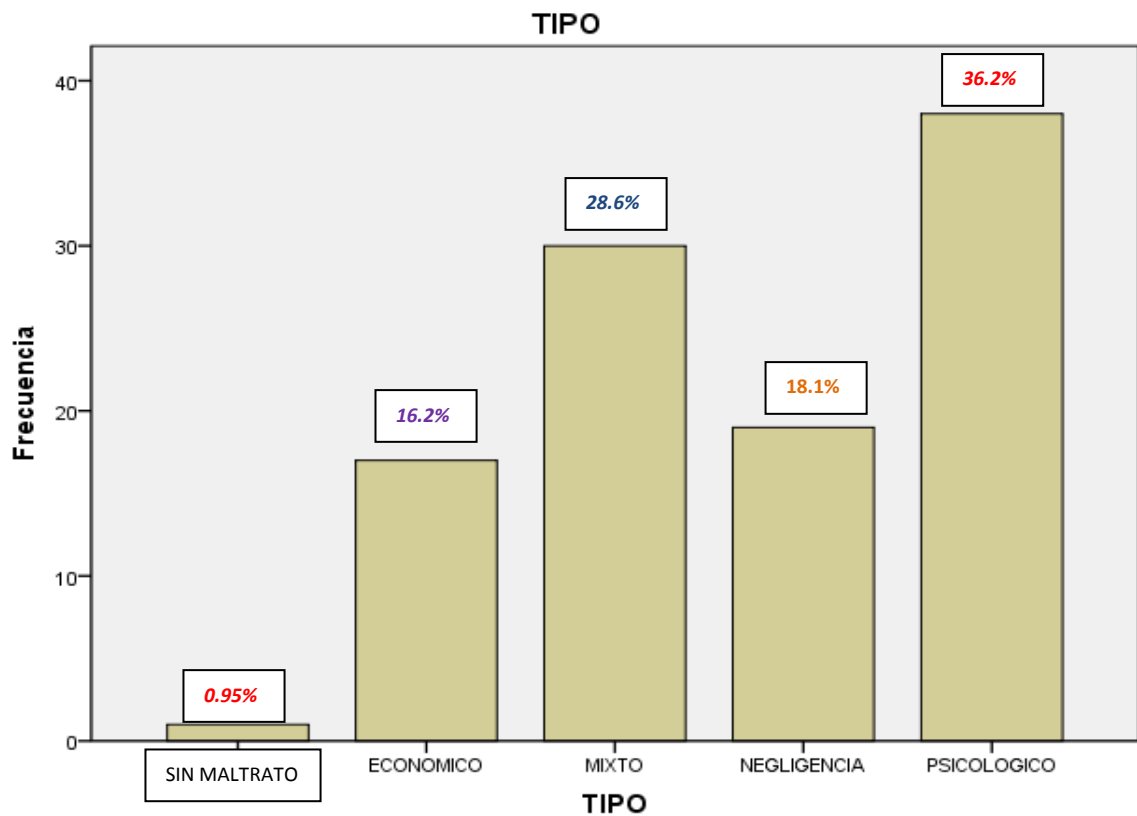


Fuente: Cuestionario de índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores.



En cuanto al tipo de maltrato que sufren los pacientes se encontró: que el 36.2% de los adultos mayores aceptaron padecer maltrato psicológico, el 28.6% presentaron maltrato mixto, es decir varios tipos de maltrato simultaneo principalmente, por negligencia, psicológico y el algunas ocasiones también el maltrato físico; en el 18.1 % de los casos dijeron sufrir negligencia; 16.2% de los adultos mayores presentaron algún tipo de maltrato de tipo económico y solo el 0.95% de los entrevistados refirió no padecer ningún tipo de maltrato. (Grafica 4)

**Gráfico 4. Tipos de maltrato de pacientes derechohabientes a la clínica de consulta Externa de Chimalhuacán a los que se les realizo el cuestionario de Índice de maltrato en adultos mayores**



Fuente: Cuestionario de índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores

Para el tipo de maltrato por grupo de edad se encontró que el grupo más afectado el de 60 a 69 años presentando maltrato en el 63.8 % del todos los adultos mayores, siendo más frecuente el maltrato psicológico que se presentó en el 26.6 % de los entrevistados; seguido del grupo de edad de 70 a 79 años con el 21.9 % del total siendo nuevamente el maltrato psicológico en protagonista para este grupo. El maltrato mixto predomino en el grupo de edad de 80 a 89 años con un 9.5% del total para el grupo que fue de 13.3 %; y solo el 0.95 % se refirió sin presentar maltrato. (Tabla 2)

**Tabla 2. Tipos de maltrato de pacientes por grupo de edad en derechohabientes a la clínica de consulta Externa de Chimalhuacán a los que se les realizo el cuestionario de Índice de maltrato en adultos mayores**

Edad	Maltrato Económico	Maltrato Psicológico	Maltrato Negligencia	Maltrato Mixto	Sin maltrato	Total
60-69	15 (14.3%)	28 (26.6%)	8 (7.6%)	15 (14.3%)	1 (0.95%)	67 (63.8%)
70-79	2 (1.9%)	9 (8.6%)	8 (7.6%)	4 (3.8%)	0 (0.0%)	23 (21.9%)
80-89	0 (0.0%)	1 (0.95%)	3 (2.8%)	10 (9.5%)	0 (0.0%)	14 (13.3%)
90-92	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.95%)	0 (0.0%)	1 (0.95%)
<b>Total</b>	<b>17 (16.2%)</b>	<b>38 (36.2%)</b>	<b>19 (18.1%)</b>	<b>30 (28.6%)</b>	<b>1 (0.95%)</b>	<b>105 (100%)</b>

Fuente: Cuestionario de índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores

Para el maltrato por sexo se encontró una mayor frecuencia por el sexo femenino presentándose en el 54.3 % del total de los casos encuestados, y el maltrato más frecuente que presentan las mujeres es el maltrato psicológico en el 26.6 % del total, seguidos del maltrato mixto con el 19.05 % de los casos.

Los hombre representan la proporción del 45.7%, el maltrato que mayormente sufren es el tipo económico que fue referido en el 14.3% de los hombres, seguido del maltrato por negligencia en el 11.42 % y el maltrato psicológico y el maltrato mixto tuvo una frecuencia del 9.5% de los hombres para ambos casos, y sin presencia de maltrato fue referido en el 0.95% por un hombre. (Tabla 3)

**Tabla 3. Tipos de maltrato de pacientes por sexo en derechohabientes a la clínica de consulta Externa de Chimalhuacán a los que se les realizó el cuestionario de Índice de maltrato en adultos mayores**

<b>Sexo</b>	<b>Maltrato Económico</b>	<b>Maltrato Psicológico</b>	<b>Maltrato Negligencia</b>	<b>Maltrato Mixto</b>	<b>Sin maltrato</b>	<b>Total</b>
<b>Hombre</b>	<b>15</b> (14.3%)	<b>10</b> (9.5%)	<b>12</b> (11.42%)	<b>10</b> (9.5%)	<b>1</b> (0.95%)	<b>48</b> (45.7%)
<b>Mujer</b>	<b>2</b> (1.9%)	<b>28</b> (26.6%)	<b>7</b> (6.7%)	<b>20</b> (19.05%)	<b>0</b> (0.0%)	<b>57</b> (54.3%)
<b>Total</b>	<b>17</b> <b>(16.2%)</b>	<b>38</b> <b>(36.2%)</b>	<b>19</b> <b>(18.1%)</b>	<b>30</b> <b>(28.6%)</b>	<b>1</b> <b>(0.95%)</b>	<b>105</b> <b>(100%)</b>

Fuente: Cuestionario de índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores

En cuanto al estado civil y el tipo de maltrato sufrido se observó que quienes padecen mayor tipo de maltrato son los casados, en el 69.5 % de los casos; siendo el maltrato psicológico el más frecuente para este grupo con el 29.5% de los casos. Los viudos le siguen en frecuencia presentando maltrato el 20% del total de encuestados siendo el maltrato mixto el más frecuente con el 9.5% del total. Los solteros solo representaron el 4.8% del total con afectación en el ámbito psicológico los divorciados y en unión libre representaron solo el 2.9 % correspondientemente prevaleciendo en ambos el maltrato mixto. El adulto mayor que no presenta maltrato se encuentra en el grupo de los casados. (Tabla 4)

**Tabla 4. Tipos de maltrato de pacientes por estado civil en derechohabientes a la clínica de consulta Externa de Chimalhuacán a los que se les realizó el cuestionario de Índice de maltrato en adultos mayores**

<b>Estado Civil</b>	<b>Maltrato Económico</b>	<b>Maltrato Psicológico</b>	<b>Maltrato Negligencia</b>	<b>Maltrato Mixto</b>	<b>Sin maltrato</b>	<b>Total</b>
<b>Soltero</b>	1 (0.95%)	3 (2.9%)	1 (0.95%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	<b>5 (4.8%)</b>
<b>Casado</b>	12 (11.42%)	31 (29.5%)	14 (13.3%)	15 (14.2%)	1 (0.95%)	<b>73 (69.5%)</b>
<b>Viudo</b>	4 (3.8%)	3 (2.9%)	4 (3.8%)	10 (9.5%)	0 (0.0%)	<b>21 (20%)</b>
<b>Divorciado</b>	0 (0.0%)	1 (0.95%)	0 (0.0%)	2 (1.9%)	0 (0.0%)	<b>3 (2.9%)</b>
<b>Unión libre</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (2.9%)	0 (0.0%)	<b>3 (2.9%)</b>
<b>Total</b>	<b>17 (16.2%)</b>	<b>38 (36.2%)</b>	<b>19 (18.1%)</b>	<b>30 (28.6%)</b>	<b>1 (0.95%)</b>	<b>105 (100%)</b>

Fuente: Cuestionario de índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores

Por escolaridad y tipo de maltrato se observó que hubo una mayor frecuencia en las personas que tienen secundaria incompleta presentándose en el 21% de los casos y predominando el maltrato mixto con el 12.4% para dicho nivel educativo. Se siguen los adultos mayores quienes solo tienen la primaria incompleta con el 20 % de los casos en los que predominó el maltrato psicológico con el 9.5% de los casos para esta escolaridad. En esta misma proporción se encontró a los pacientes con secundaria completa predominando para este grupo de la misma manera el maltrato psicológico con el 9.5% de los encuestados. Los adultos mayores que tienen primaria completa representaron el 18 % del total y el tipo de maltrato que más frecuentemente se reportó es el maltrato psicológico con 7.6% de los pacientes. Para las personas que no sabían leer ni escribir se encontró en un 11 % en cuyo caso predominó el maltrato por negligencia en el 5.7% de los casos. (Tabla 5)

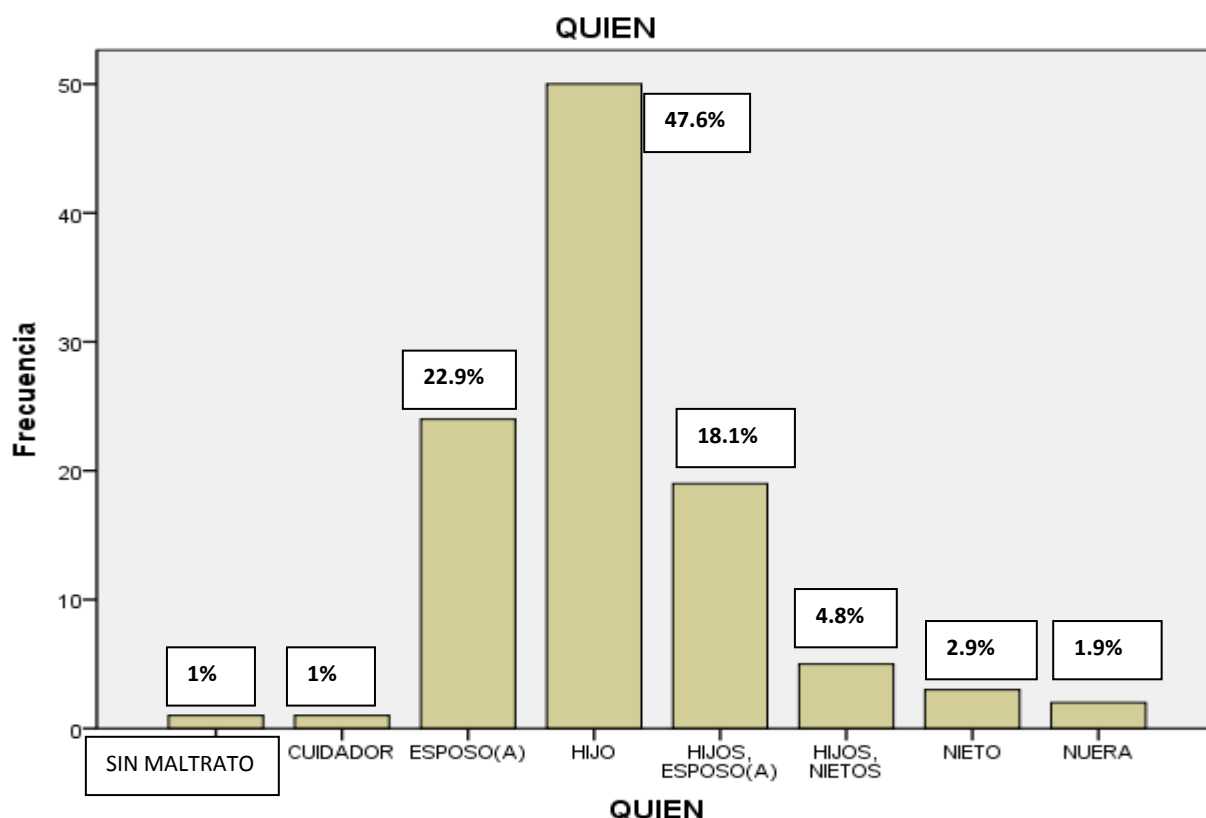
**Tabla 5. Tipos de maltrato de pacientes por escolaridad en derechohabientes a la clínica de consulta Externa de Chimalhuacán a los que se les realizó el cuestionario de Índice de maltrato en adultos mayores**

<b>Escolaridad</b>	<b>Maltrato Económico</b>	<b>Maltrato Psicológico</b>	<b>Maltrato Negligencia</b>	<b>Maltrato Mixto</b>	<b>Sin maltrato</b>	<b>Total</b>
<b>Analfabeta</b>	<b>1 (0.95%)</b>	<b>1 (0.95%)</b>	<b>6 (5.7%)</b>	<b>3 (2.8%)</b>	<b>0 (0.0%)</b>	<b>11 (10.5%)</b>
<b>Educación informal</b>	<b>0 (0.0%)</b>	<b>3 (2.8%)</b>	<b>2 (1.9%)</b>	<b>2 (1.9%)</b>	<b>0 (0.0%)</b>	<b>7 (6.7%)</b>
<b>Primaria incompleta</b>	<b>3 (2.8%)</b>	<b>10 (9.5%)</b>	<b>2 (1.9%)</b>	<b>6 (5.7%)</b>	<b>0 (0.0%)</b>	<b>21 (20%)</b>
<b>Primaria completa</b>	<b>3 (2.8%)</b>	<b>8 (7.6%)</b>	<b>5 (4.8%)</b>	<b>1 (0.95%)</b>	<b>1 (0.95%)</b>	<b>18 (17.1%)</b>
<b>Secundaria incompleta</b>	<b>3 (2.8%)</b>	<b>5 (4.8%)</b>	<b>1 (0.95%)</b>	<b>13 (12.4%)</b>	<b>0 (0.0%)</b>	<b>22 (21%)</b>
<b>Secundaria completa</b>	<b>5 (4.8%)</b>	<b>10 (9.5%)</b>	<b>1 (0.95%)</b>	<b>5 (4.8%)</b>	<b>0 (0.0%)</b>	<b>21 (20%)</b>
<b>Carrera técnica</b>	<b>0 (0.0%)</b>	<b>1 (0.95%)</b>	<b>1 (0.95%)</b>	<b>0 (0.0%)</b>	<b>0 (0.0%)</b>	<b>2 (1.9%)</b>
<b>Licenciatura</b>	<b>2 (1,9%)</b>	<b>0 (0.0%)</b>	<b>1 (0.95%)</b>	<b>0 (0.0%)</b>	<b>0 (0.0%)</b>	<b>3 (2.8%)</b>
<b>Total</b>	<b>17 (16.2%)</b>	<b>38 (36.2%)</b>	<b>19 (18.1%)</b>	<b>30 (28.6%)</b>	<b>1 (0.95%)</b>	<b>105 (100%)</b>

Fuente: Cuestionario de índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores

En cuanto al tipo de persona o familiar que es responsable de la violencia familiar hacia el adulto mayor se encuentra que: el hijo es el principal responsable del maltrato el cual se presentó en el 47.6 % de los casos, seguido del esposo(a) 22.9%, hijos y esposo(a) en 18.1% de los casos, hijos y nietos en el 4.8%, nietos en el 2.9%, Nuera en el 1.9% y el cuidador en el 1% de los casos analizados. (Grafico 5)

**Grafico 5. Quien realiza el maltrato de pacientes derechohabientes a la clínica de consulta Externa de Chimalhuacán a los que se les realizó el cuestionario de Índice de maltrato en adultos mayores**



Fuente: Cuestionario de índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores

## 9. DISCUSIÓN

El total de la población estudiada fue de 105 pacientes, tomados al azar, que son derechohabientes a la clínica de consulta externa de ISSEMYM Chimalhuacán, en los cuales se sospechaba algún tipo de maltrato familiar, la edad de los pacientes estudiados se encontró que la edad promedio en años fue de 69.63, la moda para este estudio fue de 60 años y la mediana de 67 años, encontrando como edad mínima 60 años y edad máxima de 92 años, según la literatura, la OMS refiere que se considera un adulto mayor, anciano o persona de la tercera edad a todos aquellos individuos a partir de los 60 años. El 60% de los encuestados están dentro del grupo de los 60 a 69 años; 24.8% tienen de 70 a 79 años y solo el 14.3% tienen más de 80 a 89 años, y solo el 1% tiene 90 o más, lo cual difiere con lo publicado por la literatura (36, 37, 38) en donde el grupo mayoritario es el de 70 a 79 años y coincidiendo en que los grupos minoritarios es el de más de 80 a 89 años y 90 años y más.

En cuanto al sexo se encontró una mayor proporción de mujeres con el 54.3% del total de pacientes y el 43.7% de hombres a los que se les aplicó la encuesta. Esto concuerda con lo reportado en la literatura nacional, Giraldo (37), Torres (38), etc... en donde el grupo predominante es el femenino. Esto es claro debido a que dentro de las investigaciones realizadas se ha establecido que las mujeres de cualquier edad son las más expuestas a ser violentadas. (36)

En cuanto al estado civil se pudo observar que de los casos registrados, el estado civil que predominó fue casado con un porcentaje 68.6% y que por ende la mayor frecuencia de violencia y maltrato en el adulto mayor se encuentra en este rubro, teniendo un porcentaje significativamente alto en comparación con los otros estados civiles, el siguiente en orden es viudo con un porcentaje de 20 %, esto es explicable ya que como comenta la literatura la vulnerabilidad en la que se ven envueltos los adultos mayores y la dependencia que desarrollan de sus parejas y de sus familiares directos, esto es comparable al encontrado en un estudio en Bogotá, las personas mayores de 60 años estaban casadas y vivían con su pareja. (39), aunque algunos otros artículos discrepan con lo



anterior al determinar que es más frecuentes en los adultos mayores sin pareja ya sean viudos o divorciados. (38, 40)

De acuerdo a la escolaridad se encontró que las personas que sufren mayor índice de maltrato son los que cuentan con secundaria incompleta con el 21 % del total de casos, el 20% para los que cuentan primaria incompleta y secundaria completa. Lo que concuerda con lo reportado por Docampo (41) en la que la escolaridad que predomina es el grado secundario para la violencia en los adultos mayores. Sin embargo, en algunos estudios realizados en otros países se ha reportado un mayor porcentaje de maltrato en adultos mayores es en analfabetas (42,43).

Para los tipos de violencia por si mismos se encontró que la mayor incidencia de maltrato en el adulto mayor es la violencia psicológica con un porcentaje 36.2%, seguido por el mixto en el cual se envuelven diferentes tipos de violencia y maltrato, principalmente el psicológico, por negligencia y el maltrato físico, al cual lo encontramos con un 28.6%, ya que en muchos casos un tipo de violencia puede venir acompañado de otro, la literatura corrobora al maltrato psicológico como el principal actor en la violencia del anciano, esto debido al deterioro físico y cognitivo de las personas de la tercera edad dentro del aspecto de la salud física. Estudios realizados concluyen que la violencia psicológica (maltrato psíquico) o la degradación son tanto o más intolerables, y con consecuencias en la salud y el bienestar similares a la violencia física donde además de las lesiones traumáticas físicas, el estrés crónico generado por el maltrato psicológico y la continua tensión favorece numerosos síntomas psíquicos que encuentran su expresión en la aparición de enfermedades o bien, empeora las ya existentes. (38, 44, 45)

En lo referente a los responsables del maltrato en los adultos mayores se encontró que los principales responsables de este son los hijos presentando con un porcentaje del 47.6 %, seguido por el esposo (a) en el 22.9 % de los casos, y a partir de aquí, los abusos perpetrados por los hijos en combinación con esposo(a), nietos, hermanos, nueras, en menor porcentaje, esto corrobora lo descrito en la literatura donde se pone de manifiesto que el victimario se encuentra en casa y que es bien determinado como él o los hijos; quizás

porque son ellos los que en su mayoría aún conviven con sus padres. Lo que habla del tipo de relaciones interpersonales que se establecen entre los integrantes de la familia. (38,43)

## 10. CONCLUSIONES

El compromiso que pretende el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, es el de lograr la cobertura universal de salud, avanzar en la equidad y el mejoramiento de la calidad de los servicios, por lo que para el futuro, es necesario, que se facilite el trabajo en equipo multidisciplinario, responsable de ejercer acciones congruentes que marquen las estrategias de cómo organizar programas de atención integral para personas que sufren de algún tipo de violencia.

Estos profesionales de la salud deben ser personas de diferentes disciplinas comprometidas con el desarrollo de los programas en materia de prevención y rehabilitación biopsicosocial, basados en el diagnóstico integral que indique el tratamiento a realizar durante el proceso de rehabilitación buscando con esto una atención oportuna y adecuada, que favorezca su integración basada en el respeto y garantice el ejercicio de sus derechos e igual de oportunidades a los integrantes de la familia.

El maltrato a los adultos mayores, en cualquiera de sus tipos, constituye un evidente problema de salud en México y todo el mundo, lo cual resulta preocupante, pues se debe trabajar más, en la identificación, el tratamiento adecuado y preventivo de este hecho, sobre todo por las importantes repercusiones que tiene sobre este grupo poblacional.

Es un hecho que la población derechohabiente del Instituto al igual que en otras instituciones de salud, se encuentra viviendo una importante transición demográfica, en la que la población de adultos mayores cada vez es más grande y demandante, por el acumulo de enfermedades a las que se enfrenta, aunadas muchas veces a la violencia que suelen sufrir en casa lo que afecta y desfavorece la calidad de vida de los ancianos.

En el presente estudio, solo se evaluaron 5 puntos para conocer y determinar el tipo de violencia que vive el adulto mayor encontrando que lo más frecuente que viven estas personas es la violencia psicológica, principalmente las mujeres; aunque es importante destacar el hecho de que esta proporción es casi similar a la hombres, que se refirió con algún tipo de violencia, aspecto que

valdría la pena investigar en otros grupos de edad ya que, por cuestiones de género es difícil que denuncien o comenten esta situación. Cuando se habla de roles y conductas socialmente aceptadas, se acepta que lo que es válido para uno, no es válido para el otro, y sí, socialmente se acepta a la mujer como víctima y no como victimaria —por las connotaciones que se tienen sobre ella—, entonces para los hombres culturalmente es inaceptable.

Además es importante enfatizar que el rango de edad en la que se presenta más frecuentemente la violencia es en el grupo recién ingresado a la edad considerada como adultos mayores.

Actualmente existe un riesgo alto de padecer algún tipo de violencia dentro del seno familiar, de acuerdo a los resultados en este y otros trabajos de investigación y de acuerdo a como lo ha planteado el Instituto, es prioridad del médico familiar como personal capacitado en el área de prevención y atención oportuna el detectar estos casos de violencia y determinar su tipo para que sean atendidos de manera multidisciplinaria con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida de los adultos mayores. Con el fin de que todos tengan una vejez feliz y plena libre de violencia.

Porque al igual que sucede con el maltrato del niño y la mujer el maltrato de los adultos mayores es un fenómeno que ocurre en todas las clases sociales, y que además de que entre más dependiente sea el adulto mayor, la violencia física, económica y emocional que se ejerce contra ellos va en aumento, por lo que es necesario que el médico familiar se encuentre preparado técnica y emocionalmente para explorar de manera intencionada los factores de riesgo en principio para que dentro de su consulta trate de erradicar o minimizar en el fenómeno de la intimidación, aislamiento, descalificación, culpabilidad que presenta este grupo de edad.

Es importante resaltar la importancia y la necesidad de generar registros más completos que permitan investigar con más profundidad las denuncias de casos de maltrato y además que evidencien la gran magnitud del problema. Sin duda los resultados de este estudio, servirán como punto de partida para la realización de nuevas investigaciones y el establecimiento de políticas dirigidas

al mejoramiento de la calidad de vida en este grupo poblacional en nuestro país.

Visualizar el maltrato al adulto mayor es el primer paso para reconocer, tratar y prevenir su aparición. Reconocer el problema no significa sancionar, por el contrario nos invita a investigar y buscar soluciones en una sociedad que envejece. Las soluciones más allá de las legislativas, debieran hacer reflexionar acerca de la dignidad del adulto mayor, el rol que tienen las instituciones dedicadas a su cuidado y la responsabilidad social de todos quienes estamos relacionados directa o indirectamente con su atención biopsicosocial.

## 11. BIBLIOGRAFIA

1. Gelles, Richard, J. "Methodological Issues in the Study of Family Violence". Physical Violence in American Families. New Brunswick, New Jersey. 1990.
2. Newell, Peter. "Niños y violencia". [aut. libro] Peter Newel. Innocenti Digest. Florencia : UNICEF, 1999.
3. Pérez, Nájera C. Violencia en la ancianidad. Criminogenesis. Mexico. Marzo 2010,(6), 229-248.
- 4.. Morillas FD. Malos tratos a personas mayores. Otra forma de violencia. Revista Electrónica de Ciencias Penales y Criminología, Granada 2000, pp. 7.
- 5.Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Real academia de la lengua española. España: Real Academia Española, 2005. 22.
6. Rojas, L. Las semillas de la violencia. Madrid : Espasa-Calpe, 1995. p. 11.
7. Tortosa, J. M "Violencia y pobreza: una relación estrecha". Madrid. Papeles (50) 1994.
8. Galtung, J. Investigaciones teóricas. Sociedad y Cultura contemporáneas. Tecnos / Instituto de Cultura "Juan Gil-Albert". Madrid: 1995. 314-315.
9. Galtung, J. "Cultural Violence". Journal of Peace Research. 1990. 27 (3). 391-305.
10. Galtung, J. Tras la violencia: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia. Bakeaz, gornika gogoratuz. Bilbao. 1998. p. 15.
11. Estados Unidos Mexicanos. Código Penal Federal. Mexico, 2012. libro segundo, Capítulo octavo, art. 343 bis..
12. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. World Health Organization, Geneva. 2002. pp. 6-11.
13. UNICEF. Niños y violencia. Innocenti digest. UNICEF Florencia. 1999. (2), pp. 1-16.
14. Naciones, Asamblea General de la Organización de las. "Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer". New York : ONU, 1993.
15. Velázquez, Susana. Violencias cotidianas. Buenos Aires. Paidós, 2003.
16. Roidel AG, Sánchez RK, et al. Tercera edad: consideraciones éticas. Bioética. Septiembre-diciembre 2007; 20(1):4-9.

- 17.. Kessel H, Marín N, Maturana N. Almería. Violencia en el anciano. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 1996, (31), pp. 367-372.
18. Avila, S. Pindario. Declaración de Almería sobre el anciano maltratado. Un espacio para docentes. Diario 21. 6077, 2010, 49 (1), pp. 23.
19. Muñoz, G. Teofilo. Alianza a favor de la tercera edad en el Distrito Federal. Mexico: Gobierno del Distrito Federal, 1996. pp. 14.
20. Pszemirower S. N, Pochtar Pszemirower, Finkelstein A. Susana. Red latinoamericana de gerontología, Chile 2004, II, (13) pp. 4-6.
21. Estela, Sanchez Q. Tesis Condiciones socioculturales y económicas de los ancianos que sufren maltrato INAPAM. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, 2005. pp. 21.
22. González Aragón G. Manual de autocuidado y salud en el envejecimiento. Tercera. PROCULMEX, Mexico, 1994. pp. 28-9.
23. Langarica R., Gerontología y Geriatría. Interamericana. México. 1985. pp. 63-101.
24. Pérez Nájera C. Violencia en el adulto mayor. Revista Virtual INTERCAMBIOS, Mexico. 2011, pp. 22-58.
25. Cardona-Arango D., Estrada-Restrepo A, et. al. Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Rev. salud pública, Medellín. 2010, 12 (3), pp. 414-424.
26. Fernández A. Personas mayores e infancia. Atención a situaciones de violencia en atención primaria. FMC, España 2010, Parte II. (17).
27. World Health Organizations, International Network for the Prevention of Elder Abuse, voices, Missing. Views of Older Persons on Elder Abuse. Geneva. 2002.
28. Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. Rev Esp Geriatr Gerontol. España 2001(3) pp. 8-14.
29. Iborra I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Colección Estudios sobre Violencia. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia; Valencia. (13) 2008.
30. Kosberg J. Preventing elder abuse. Identification of high risk factors prior to placement decisions. Gerontologist. 1988; 28:43-50.
31. González JA, Flórez FJ, González A, García D, Salgado A. Malos tratos al anciano: Maltrato de género, infantil y de ancianos. Publicaciones Pontificia de Salamanca; Salamanca: 2005. p. 105-19.

32. Iborra I. Violencia contra personas mayores. Ariel-Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia; Barcelona. 2005. p. 69-85.
33. Arellano Pérez, Martha; Garreta B. et al. Negligencia, Abuso y maltrato. Tratado de Geriátría para residentes. Sociedad Española de Geriátría y gerontología. Madrid. 2006. Pp. 133-140.
34. Montserrat C, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. Gaceta Sanitaria. Barcelona. 2007; 21(3):235-41.
35. Naciones Unidas. Problemas de las personas de edad y de los ancianos. Programa preliminar y planes para la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: Informe del Secretario General. Nueva York, Naciones Unidas 1980. pp 5.
36. Marin N, Delgado J.L. et al. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol. 1991 26. 1: 40-46
37. Torres CS. Factores asociados al maltrato: implicaciones a la salud. [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/15\\_junio\\_torres\\_sara.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/15_junio_torres_sara.pdf), 2007.
38. Giraldo Rodríguez, Martha. Análisis estadístico. Encuesta sobre el Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF). México. 2006
39. Veeduría distrital de Bogotá. Persona mayor en Bogotá. Perspectivas y recomendaciones. Diciembre 2006. p. 1-177. Disponible en: <http://www.veedurriadistrital.gov.co>. Consultado en agosto 2007
40. Salgado N., González T., Jáuregui F. “No hacen viejos los ancianos, sino los daños”: envejecimiento y salud en varones rurales. Salud publica México. 2005; 47 (4).
41. Docampo S L., Barreto L. Comportamiento de la Violencia Intrafamiliar en el adulto mayor. Archivos Medico de Camagüey V.13 N.6 Camagüey nov.-dic. 2009.
42. Miguel E. Violencia en el adulto de la Tercera Edad. Instituto de Ciencias Médicas de La Habana. 2004-2005.
43. Gonçalves A. Idosos, abuso e violência. Port Clin Geral. 2006; 221 (7): 39
44. Coll-Vincent PB. Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias. Emergencias 2008;20: 269-275
45. Vargas-Daza E., Velazquez P., et al. Tipos de violencia familiar que percibe el adulto mayor. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011; 19 (2): 63-69



## 12. ANEXOS

### ANEXO I

#### INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

MÉXICO D.F. A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2013

Título del protocolo: "TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR DERECHOHABIENTE A LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DE CHIMALHUACAN ISSEMYM"

Investigador principal: Dra. María del Carmen Saenz Torres

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad. \_\_\_\_\_  
A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

#### Procedimientos del estudio

En caso de aceptar participar en el estudio se le solicitará contestar las viñetas.

#### Aclaraciones

- ✓ Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- ✓ No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- ✓ Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- ✓ No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.  No recibirá pago por su participación.
- ✓ En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

- ✓ Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO: INDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES.

Edad _____ años	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Otros _____(determinar)	Con quien convive <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con el cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> Con un compañero de habitación <input type="checkbox"/> Con hijo (s) ¿Cuántos?: _____ hijos <input type="checkbox"/> Con nieto (s) ¿Cuántos? _____ nietos <input type="checkbox"/> Con otros familiares _____ (determinar) <input type="checkbox"/> Con un cuidador pagado <input type="checkbox"/> Otra forma _____ __ (determinar)
Nivel educativo: <input type="checkbox"/> Analfabetismo <input type="checkbox"/> Aprendizaje elemental no formal: leer y escribir <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Estudios técnicos <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Otro: _____ años de estudios	
Enfermedades de la persona (enumerar):  	
Cuestionario de Minimental puntuación de Minimental _____  (Cuestionario menor a 23 existe deterioro cognitivo. Finaliza entrevista), Igual o mayor a 24 no existe deterioro cognitivo. Continúe la entrevista.	
Consulta: <input type="checkbox"/> Primera vez <input type="checkbox"/> Subsecuente	

¿Ha sospechado en algún momento que la persona mayor a la que va a evaluar puede estar sufriendo algún tipo de maltrato (físico, psicológico, sexual, económico, negligencia)?

- Si
- No

¿Por qué? (por ejemplo indicadores observados, informados por otros)

En caso de respuesta afirmativa indique el tipo de maltrato (Marque todas las opciones que considere necesarias)

- Físico
- Psicológico
- Sexual
- Económico
- Negligencia

**Instrucciones que se le dan a las personas mayores para aplicarles el cuestionario: “ A continuación de hare unas preguntas sobre situaciones de su vida que pueden haber ocurrido en los últimos 12 meses. Es decir, vamos a centrarnos en lo que haya sucedido en el ultimo año”**

**NOTA PARA EL PROFESIONAL: Se pone un ejemplo a la persona mayor para centrarla en el tiempo eejemplo “ si nosotros estamos en enero me gustaría que su respuestas se refieran al periodo comprendido entre enero del año pasado y enero de este año”.**

1. En los últimos 12 meses/ en el ultimo año ¿Ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de la siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?

- Si
- No
- No contesta

En caso de respuesta afirmativa,  
¿Quién se la ha proporcionado? \_\_\_\_\_

¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa (s) persona(s)?

- Si
- No

¿Qué tipo de problemas tiene con esas personas? \_\_\_\_\_

En caso de respuesta negativa,  
¿La ha necesitado?

- Si
- No
- No contesta

¿Por qué no la ha recibido? \_\_\_\_\_

**NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?**

2. En los últimos 12 meses / En el último año ¿ Alguien cercano a usted (familiar, persona que lo cuida) de ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa medicamentos, gafas, audífono o cuidado medico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente que quiere estar?

- Si
- No
- No contesta

En caso de frecuencia afirmativa ¿con que frecuencia se ha producido esta situación?

- Una ocasión
- Algunas veces
- Bastantes veces
- Muchas veces

**Recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?**

3. En los últimos 12 meses/ en el último año ¿Se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted ) familiar, persona que lo cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?

- Si
- No
- No contesta

En caso de respuesta afirmativa ¿con que frecuencia se ha producido esta situación)

- Una ocasión
- Algunas veces
- Bastantes veces
- Muchas veces

**Recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?**

4. En los últimos 12 meses / en el último año ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que lo cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o utilizar su dinero o sus pertenencias en contra de su voluntad?

- Si
- No
- No contesta

En caso de respuesta afirmativa ¿con que frecuencia se ha producido esta situación)

- Una ocasión
- Algunas veces

- Bastantes veces
- Muchas veces

**Recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?**

5. En los últimos 12 meses/ en el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que lo cuida) le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?
- Si
  - No
  - No contesta

En caso de respuesta afirmativa ¿con que frecuencia se ha producido esta situación)

- Una ocasión
- Algunas veces
- Bastantes veces
- Muchas veces

**Preguntar si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas ¿Quién es la persona responsable de cada una de las situaciones?**

LA SIGUIENTE PREGUNTA ES EXCLUSIVAMENTE PARA EL PROFESIONAL (No hacer la siguiente pregunta a la persona mayor).

6. En el maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con los síntomas/indicadores como: escaso contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moretones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos ¿Ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?
- Sí
  - No
  - No está seguro

¿Cree que éste es un caso de sospecha de maltrato?

- Sí
- No
- No está seguro

En caso de respuesta afirmativa indique por qué: indicadores actuales, historia previa, etc.

En caso de respuesta afirmativa ¿Qué tipo de sospecha de maltrato cree que se está produciendo? Marque todas las opciones que sean necesarias

- Físico
- Psicológico

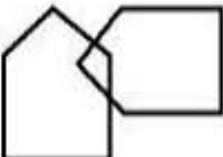
- Sexual
- Económico
- Negligencia

A parte de usted y el paciente ¿hay alguien presente durante la entrevista?

- Sí
- No

En caso de respuesta afirmativa ¿Quién?\_\_\_\_\_

## ANEXO 3 “MINI MENTAL”

“MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO”	
Paciente .....	Edad .....
Ocupación .....	Escolaridad ..... Examinado por ..... Fecha .....
<b>ORIENTACION</b>	
“Dígame el día ..... Fecha ..... Mes ..... Estación ..... Año .....”	PUNTOS ..... (5)
“Dígame el Hospital (o el lugar) ..... Planta .....”	
Ciudad ..... Prov. .... Nación .....”	..... (5)
<b>FIJACION</b>	
“Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana” (Repétirlas hasta que las aprenda) .....	..... (3)
<b>CONCENTRACION Y CALCULO</b>	
“Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? .....”	..... (5)
“Repita estos números: 5-9-2” (hasta que los aprenda)	
“Ahora hacia atrás” .....	..... (3)
<b>MEMORIA</b>	
“¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? .....	..... (3)
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCION</b>	
Mostrar un bolígrafo “¿Qué es esto?” Repetirlo con el reloj .....	..... (2)
“Repita esta frase”: “En un trigal había cinco perros” .....	..... (1)
“Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?”	
“¿Qué son un perro y un gato?” .....	..... (2)
“Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa” .....	..... (3)
“Lea esto y haga lo que dice”, CIERRE LOS OJOS .....	..... (1)
“Escriba una frase” .....	..... (1)
“Copie este dibujo”:	
	
	.....(1)
<b>Puntuación Total</b> ..... (35) Nivel de conciencia Ciego    Sordo    Otros	