



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TITULO:

**Factores asociados a maltrato en el adulto mayor de la UMF No. 21,
Camargo, Chih.**

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

PRESENTA

DR.MANUEL ROBERTO ORTEGA LÓPEZ

ASESORES:

**LIC. NEPTHALI SÁNCHEZ MONTES
DR. JORGE ALBERTO GRANADOS CHÁVEZ**

FEBRERO DEL 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33
CHIHUAHUA, CHIHUAHUA**

**FACTORES ASOCIADOS A MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF
No. 21, CAMARGO, CHIH.**

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

PRESENTA

DR.MANUEL ROBERTO ORTEGA LOPEZ

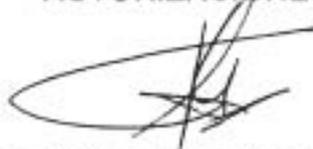
**FACTORES ASOCIADOS A MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR
DE LA UMF No. 21, CAMARGO CHIH.**

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

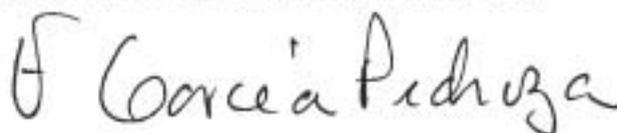
PRESENTA

DR. MANUEL ROBERTO ORTEGA LÓPEZ

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 JESUS 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.

**FACTORES ASOCIADOS A MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF
NO. 21, CAMARGO, CHIH.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA



DR. MANUEL ROBERTO ORTEGA LÓPEZ

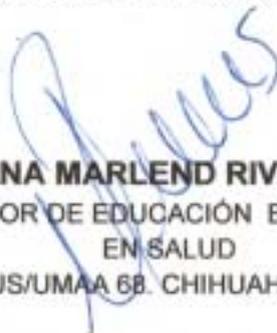
AUTORIDADES



DRA. MARTHA EDITH TUFIÑO OLIVARES
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN ESTATAL IMSS CHIHUAHUA



DR. RÉNE ALBERTO GAMEROS GARDEA
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD.
DELEGACIÓN ESTATAL IMSS CHIHUAHUA



DRA. ANA MARLENE RIVAS GÓMEZ
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD
UMF 33 PLUS/UMAA 68. CHIHUAHUA, CHIHUAHUA

**FACTORES ASOCIADOS A MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF
No. 21, CAMARGO, CHIH.**

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

PRESENTA



DR. MANUEL ROBERTO ORTEGA LÓPEZ

AUTORIDADES



DRA. PAOLA ISABEL ROSADO YEPEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICO GENERALES
DEL IMSS
SEDE UMF 33 PLUS/UMAA 68. CHIHUAHUA, CHIHUAHUA



DRA. SILVIA BERENICE MÁÑEZ OCÓN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICO GENERALES
DEL IMSS
SEDE UMF 33 PLUS/UMAA 68. CHIHUAHUA, CHIHUAHUA

**FACTORES ASOCIADOS A MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF
NO. 21, CAMARGO, CHIH.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA



DR. MANUEL ROBERTO ORTEGA LÓPEZ

AUTORIDADES



ASESOR DEL TEMA, LIC. NEPTHALI SÁNCHEZ MONTES
LIC. PSICOLOGIA DE LA
UMF 33 PLUS/UMAA 68 CHIHUAHUA, CHIHUAHUA



ASESOR METODOLOGICO. DR. JORGE ALBERTO GRANADOS CHÁVEZ
MEDICO FAMILIAR DE LA
UMF 33 PLUS/UMAA 68 CHIHUAHUA, CHIHUAHUA

ÍNDICE

Resumen.....	1
1.- Marco teórico.....	3
1.1.- Introducción.....	3
1.2.- Definición de maltrato en el adulto mayor.....	6
1.3.- Estadísticas.....	7
1.4.- Cédula para la detección de factores de riesgo para maltrato del adulto mayor.....	12
1.5.- Factor de riesgo para maltrato en el adulto mayor.....	12
2.- Planteamiento del problema.....	15
3.- Justificación.....	17
4.- Metodología.....	17
4.1.- Tipo de estudio.....	17
4.2.- Población, lugar y tiempo de estudio.....	18
4.3.- Tipo y tamaño de muestra.....	18
4.4.- Criterios de selección.....	18
4.4.1.- Criterios de inclusión.....	18
4.4.2.- Criterios de exclusión.....	18

4.5.- Variables.....	19
4.5.1.- Dependiente.....	19
4.5.2.- Independientes: Factores asociados a maltrato.....	19
4.6.- Plan de análisis estadístico.....	23
4.7.- Técnicas y procedimientos.....	24
4.8.- Consideraciones éticas.....	24
5.- Resultados.....	25
5.1.- Descripción de resultados.....	25
6.- Discusión.....	53
7.- Conclusiones.....	55
8.- Referencias bibliográficas.....	57
9.- Anexos.....	60

RESUMEN

Introducción: Como consecuencia de la transición demográfica el número de ancianos aumenta en la cual es imprescindible valorar la presencia de trastornos emocionales, el fenómeno del abandono y la funcionalidad de las familias, en los casos de maltrato a los ancianos con prevalencia que varía del 1 al 20%.

Objetivo: Identificar los factores asociados a maltrato en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar 21 de Camargo Chihuahua.

Métodos: se realizó un estudio observacional comparativo, transversal en la: UMF 21 del IMSS a adultos mayores de 65 años, de ambos géneros que aceptaron participar previa firma de consentimiento informado, se aplicó una encuesta validada para medir maltrato en el adulto mayor. Los datos fueron analizados usando el programa estadístico STATA 9.0 para Windows. Utilizándose la prueba t de Student y la prueba de chi² o exacta de FISHER. Se aceptó como significativo un valor de p menor a 0.05.

Resultados: se estudiaron 158 pacientes, con una media de edad de 73.39 años correspondiendo 73 al género femenino (46.20%) y 85 al masculino (53.8%). Los factores de riesgo para maltrato del adulto mayor fueron: edad de 70 a 74 años con (RMP 1.72; IC 0.62-4.79), el no tener pareja (RMP 4; IC 2.81-5.69), en relación a la ocupación con (RMP 2.15; IC 1.27 a 3.4), y los pacientes que tienen dependencia de actividades cotidianas con (RMP 4.25; IC 1.58-11.42).

Conclusiones: la prevalencia de maltrato para el adulto mayor en nuestra población de estudio fue de 28% lo que es alto a comparación de estudios previos que reportan cerca del 1 al 20%. Los pacientes mayores solos, de edad avanzada, de familia numerosa y dependientes en actividades cotidianas, tienen mayor probabilidad de maltrato.

Palabras clave: Adulto mayor, maltrato, factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: As a result of the demographic transition increases the number of elderly in which it is essential to assess the presence of emotional disorders, the phenomenon of abandonment and functionality of families in cases of elder abuse with prevalence ranging from 1 to 20%.

Objective: To identify factors associated with elder abuse in the Family Medicine Unit 21 Camargo Chihuahua.

Methods: A comparative cross-sectional study was conducted in the UMF 21 IMSS adults age 65 years, of both genders who agreed to participate after signing informed consent, a validated survey to measure abuse in the elderly was applied. Data were analyzed using STATA 9.0 for Windows statistical program. Used the

Student t test and chi2 test or Fisher exact test. It was accepted as significant if less than 0.05.

Results: 158 patients were studied, with a mean age of 73.39 years corresponding to 73 females (46.20%) and 85 male (53.8%). Risk factors for maltreatment of the elderly were age 70 to 74 years (RMP 1.72, CI 0.62-4.79), having no partner (RMP 4 CI 2.81-5.69) in relation to the occupation (RMP 2.15 CI 1.27 to 3.4), and patients who are dependent on daily activities (RMP 4.25, CI 1.58-11.42).

Conclusions: The prevalence of abuse for the elderly in our study population was 28%, which is high compared to previous studies that reported about 1 to 20%. Older patients alone, elderly, and dependent on numerous daily activities in family, are more likely to abuse.

Keywords: Older adult, abuse, risk factors.

1. Marco teórico

1.1 Introducción

La violencia doméstica es tan antigua como la humanidad misma y se reconocen la violencia infantil, contra la mujer y al anciano, fundamentalmente; siendo este último grupo una población en ascenso por las mayores expectativas de vida de los últimos años. Como resultado de ello, el número de casos de abuso en el anciano se incrementará y el impacto de este abuso sobre la salud debe ser considerado de forma adecuada. La gama de maltratos es variadísima e incluye el abuso físico, emocional, financiero, sexual, por negligencia, negación a brindarle ayuda y otras formas más. Los ancianos con deterioro cognitivo son los más vulnerables. El médico en la atención primaria de salud es un pilar importante en la prevención y educación de este problema (1).

El envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas, y psicológicas de carácter irreversible, que se presenta aún antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano(2).

En México existe un escaso número de estudios sobre la violencia intrafamiliar, principalmente en la violencia ejercida contra el adulto mayor, por esta razón, es necesario contar con instrumentos validados, confiables y fáciles de aplicar en la práctica del médico familiar. Es imprescindible valorar la presencia de trastornos emocionales, el fenómeno del abandono y la funcionalidad de las familias, en los casos de maltrato a los ancianos. Las víctimas de violencia tienen en común su vulnerabilidad las cuales obedecen a muy diversos factores como: su condición de dependencia económica y/o afectiva, su desvinculación del medio

socioeconómico, edad o nivel educativo. La dificultad para generar estadísticas confiables sobre violencia contra los ancianos, radica fundamentalmente en el denominado *arraigo cultural* que como consecuencia funesta: hace ver a la violencia como un fenómeno cotidiano. Así mismo, existe la percepción de que este tema es de índole privado y no puede ni debe ser abordado como un fenómeno fuertemente vinculado con la salud. Por otra parte, las reacciones de vergüenza, temor y desprestigio favorecen el fortalecimiento del círculo vicioso que fomenta el maltrato y abuso de los adultos mayores.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS ha reportado que la exclusión social hacia los ancianos es una práctica que se observa en casi todos los países del mundo, destacando la invisibilidad social de este grupo, la distribución inequitativa de bienes y servicios, y el maltrato sobre todo en aquellos ancianos que viven en pobreza (3).

En la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores se definió al maltrato como "la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana"(3).

En cualquiera de los escenarios, es necesario destacar que el anciano maltratado es víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro generalizado de su calidad de vida. El maltrato es una manifestación de la violencia social y familiar que afecta a miles de individuos en el mundo(3).

La violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo por las graves consecuencias que tiene para la salud y para el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades, los países, asimismo por las consecuencias en los servicios de salud al afectar los costos por los servicios. Por ejemplo, en 1997 el costo de los gastos de asistencia sanitaria derivados de la violencia fue de 1.3% del Producto Interno Bruto en México(3).

El aislamiento y la soledad en el anciano sigue siendo cada vez más patente en una sociedad inmersa en una creciente competitividad y deshumanización. Se ha observado que aproximadamente el 20% de la población experimenta la soledad y el abandono social, en un entorno de estrés y violencia, lo que ha ocasionado importantes cambios sociales y culturales que han venido a neutralizar los valores tradicionales que protegían a la familia y en especial a los adultos mayores. La prevalencia de casos de abusos del anciano no es fácil de obtener debido a varios factores: miedo a la familia o al cuidador, vergüenza, sentimiento de culpa, la demencia como patología coadyuvante.

Los profesionales de la salud especialmente en el primer nivel de atención deberíamos analizar los factores condicionantes que puedan provocar abandono en el adulto mayor tales como las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales pueden provocar desgaste del “cuidador” o de toda la familia con el consecuente abandono del anciano.

En la vejez frecuentemente existe algún grado de discapacidad principalmente del área motora, situación de puede generar dificultades para que se realice el apoyo familiar y se genere consecuentemente el abandono del anciano. Otros factores

suelen ser el pertenecer al género femenino o la presencia de depresión en los ancianos; siendo este el motivo de mayor importancia -para efectuar un diagnóstico oportuno- debido a que la depresión grave unida al abandono del anciano pueden provocar el suicidio del paciente; en los EEUU se informa que aproximadamente el 20% de los suicidios ocurren en mayores de 60 años (4).

1.2 Definición de maltrato en el adulto mayor

Adulto mayor; Se consideran adultos mayores a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979, OMS). En 1994 la OPS ajustó la edad de 65 y más para considerarlo adulto mayor (5).

Maltrato o Violencia Familiar; La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 define la VF como “acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en relación de poder, en función de género, edad o condición física en contra de uno o varios miembros de la familia, sin importar el espacio físico donde ocurra el abuso físico, psicológico, sexual o abandono” (6).

Violencia (de la OPS): es la utilización de la fuerza física o de la coacción psíquica o moral por parte de un individuo o grupos en contra de sí mismo, de objetos o de otras personas, que produce como resultado la destrucción o daño del objeto y la limitación de cualquiera de los derechos establecidos de las personas o grupos de personas víctimas.(7).

La Organización Mundial de la Salud(OMS) define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno

mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Esta definición vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen, entendiéndose el “poder”, como el “uso intencional de la fuerza física”, incluidas las amenazas y la intimidación(8).

Cuando la familia se preocupa por la salud y el bienestar de los ancianos, y simplemente no les sobrecarga o les echa a un lado (o ambos), estos desempeñan un “papel” importante en la educación y custodia de los escolares y adolescentes, además de poseer la experiencia para dar valiosos consejos a la familia en general. Por eso, todos los que representan el pensamiento social más avanzado en el mundo se esfuerzan por garantizar, cada día, mejores condiciones a las personas de la tercera edad, lo que hace que en diferentes regiones haya personas con más de 70 u 80 años de edad que muestran elevadas capacidades física e intelectual(9).

1.3 Estadísticas

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el incremento de la población de adultos mayores aumentó del 6.4% en 1999 al 12.5% en el 2000, esta situación, obliga al médico familiar a vigilar más estrechamente la calidad de vida y bienestar de la población a su cargo, en especial, la de los pacientes ancianos. En el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.1 del IMSS en La Paz, Baja California Sur; la población total de ancianos representa el 9.48% del total de derechohabientes; los cuales demandan más del 50% de la consulta del

médico familiar. Llama la atención que no se haya reportado algún caso de violencia en ancianos, lo cual puede ser porque el paciente no lo denuncie, o bien que el médico familiar no sospeche la presencia de este frecuente problema de salud (4).

En México el crecimiento poblacional del grupo de 60 años y más ha tenido un crecimiento vertiginoso, para el 2010 ya aportaba 10.5 % de la población total, mientras en el estado de Querétaro ya representaba 6.8%. Emma Rosa Vargas y cols en el 2011 en Querétaro en el estudio tipo de violencia familiar que percibe el adulto mayor el promedio de edad es de 66.56 años, donde predomina género femenino (55.7%), escolaridad primaria (46.3%), amas de casa, viviendo con el esposo (a) (39.2%), (59%) padece alguna enfermedad crónica. (42.3%) de la población se percibió con violencia psicológica, (68.4%) de los divorciados se percibe con violencia psicológica, así como (45%) tenían escolaridad primaria.(10).

El número de adultos mayores que viven en América Latina y el Caribe pasará de 42 millones en el 2000 a 100 millones en el 2025. En México se calcula que el grupo que ahora representa 13 % de la población ascenderá a 1.6 % en el 2025. La valoración geriátrica integral se define como "un proceso de diagnóstico multidisciplinario y multidimensional destinado a identificar las necesidades de cuidado y plan de cuidado para generar mejorías en los ancianos frágiles, mejorar la exactitud diagnóstica, el tratamiento médico y sus resultados, la funcionalidad, la calidad de vida y minimizar la hospitalización innecesaria". Con el empleo de la valoración geriátrica integral han surgido dos términos: fragilidad y discapacidad, frecuentemente considerados sinónimos, pero con grandes diferencias entre ellos.

La fragilidad es un síndrome clínico biológico caracterizado por disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, como consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas. La discapacidad es la incapacidad para realizar al menos una de las actividades de la vida diaria. Así, adquiere énfasis el estudio de la funcionalidad.

La funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo. El compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en 5 % de ellos, y en mayores de 80 años hasta en 50%.

La alteración de la funcionalidad puede ser marcador del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente, y su identificación permite el reconocimiento de ésta para así establecer un diagnóstico, una intervención y un plan de cuidado.

Se divide en tres categorías:

1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
3. Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

Las ABVD hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio, las AIVD permiten una vida independiente en la comunidad, mientras que las AAVD permiten desarrollar un papel social. El deterioro de la capacidad funcional desde estas tres perspectivas es motivo frecuente de estudio. Sin embargo, la transpolación de los resultados de una

población a otra suele ser imposible dado que el punto de corte para definir a una persona como adulto mayor difiere según el nivel de desarrollo del país en cuestión. Bayo, en España, indicó que 39.4 % de los adultos mayores de 75 años son dependientes en una o más actividades básicas de la vida diaria. Cáceres, en Costa Rica, informa que 15.8 % de los adultos mayores de 60 años tiene una baja capacidad funcional. En México, Gutiérrez Robledo obtuvo 10 % de dependencia para las ABVD en adultos de 60 a 64 años, y 77 % en el grupo de más de 90 años; Martínez Mendoza, en adultos mayores de 70 años, obtuvo 62 % de dependencia para las ABVD y 75 % de dependencia para las AIVD. Estas diferencias en la prevalencia han llevado a la identificación de diversos factores asociados con la dependencia funcional. Se ha encontrado asociación significativa con obesidad, hipertensión arterial esencial, depresión endógena, artropatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, edad mayor de 80 años, caídas recurrentes, fracturas e insomnio, por mencionar algunas variables. (11).

Cuba, constituye un claro ejemplo de la tendencia mundial al aumento de la población de 60 años y más; es tanto así, que las estadísticas revelaron un incremento de la misma de 13,4 % en el año 2000 y para el 2025 se pronostica el 21 %. Su población senescente en el año 1990 era del 11,9 % del total de la población y 5 años más tarde ya era del 12,4 % del total de la población (7).

Se estima que en Estados Unidos de Norte América 1 de cada 25 sujetos mayores de 60 años es maltratado, con cerca de 1,100,000 víctimas, cifra subestimada por la dificultad que existe para establecer un diagnóstico preciso, motivo por el cual

se desconoce la prevalencia, incluyendo a México, y quizás en el Canadá donde se han realizado el mayor número de estudios se estima que la prevalencia sea del 1 al 20%. En Inglaterra se encuentra prevalencia de 3.2% y se refiere que al hacer el diagnóstico, en el 58% de los casos se encuentran antecedentes de abuso, y en forma repetida se llega hasta el 70%, siendo los abusadores los miembros de la propia familia en especial el conyugue (40%) y los nietos (50%) (12).

Informes dados por la OMS indican que cada año más de un millón de ancianos en el ámbito mundial son víctimas de abuso. En los países desarrollados con Estados Unidos, Canadá, etc., cada año más de un millón de ancianos han sido objetos de abuso físico, debilitados psicológicamente o explotados económicamente. Alrededor de 340,000 ancianos entre los 60 y los 75 años han sido víctimas de actos violentos en la familia o por sus cuidadores en las casas de retiro. En Connecticut, el "Ombudsman aging" investigó más de 3300 casos en 1990, en comparación con 200 en 1978, fecha en la que se inició la notificación obligatoria de los casos de abuso del adulto mayor. La prevalencia del maltrato al adulto mayor se presenta en un 3.2%; abuso físico en un 2%, abuso verbal 1.1%, negligencia 0.4% en los servicios de urgencias de los hospitales británicos se reporta una prevalencia de abuso físico de 2.0%, abuso verbal 5% y abuso financiero en un 2%. (13).

1.4 Cédula para la detección de factores de riesgo para maltrato del adulto mayor

Figuroa y cols., realizaron un estudio en el 2003 en el HGZ 27 IMSS en la que después de una exhaustiva revisión bibliográfica se elaboró y validó constructo y consenso con nueve expertos en Geriatría escala para detectar factores de riesgo, estableciendo tres puntos de corte: alto, bajo y sin riesgo. Cuestionario con 17 ítem que incluye la edad estratificada en tres grupos de 60 a 69, 70 a 79 y mayor o igual a 80 años, sexo, tipo de familia, aporte económico a la economía familiar, dependencia económica y en actividades básicas de la vida diaria, pluripatología, polifarmacia, necesidad de ayuda para recibir atención médica, múltiples visitas a los servicios de urgencias hospitalarias, alcoholismo del adulto mayor o de algún miembro de la familia, violencia doméstica o antecedente de violencia transgeneracional y recibir ayuda con oportunidad y amabilidad. (13).

1.5 Factor de riesgo para maltrato en el adulto mayor

Un factor de riesgo puede definirse como la característica biológica o hábito que permite identificar a un grupo de personas con mayor probabilidad que el resto de la población general para presentar una determinada enfermedad a lo largo de su vida. La importancia de los factores de riesgo radica en que su identificación permitirá establecer estrategias y medidas de control en los sujetos que todavía no han padecido la enfermedad (prevención primaria), o si ya la han presentado prevenir o reducir las recidivas (prevención secundaria). (14).

Los factores principales que contribuyen a la vulnerabilidad de los adultos mayores (AM) son: Menor movilidad frente a los individuos más jóvenes, su dependencia con respecto al individuo causante del abuso, su explotación económica por parte de quienes lo cuidan, maltrato físico y a la vez que psíquicamente agredidos, ser objeto de abusos por parte de personas que a su vez tienen graves problemas, padecer enfermedades relacionadas con la edad que hacen más penoso su cuidado, incapacidad de marcharse y abandonar sus actuales condiciones de vida, miedo de ser enviados a un asilo para ancianos, temor a quedarse solos e inadaptación a los planteamientos actuales, de los asilos. (13).

Ma. Guadalupe Ruelas y V. Nelly Salgado en el 2009, indican que entre los factores que agravan el riesgo de maltrato, descuido y explotación, se encuentran el deficiente estado de salud de los ancianos, la depresión y la edad avanzada; así como vivir en condiciones de pobreza, carecer de apoyo familiar, el aislamiento social y la complicada relación de interdependencia y vinculación emocional de la persona maltratada y su agresor. Otros factores agravantes son el arraigo cultural de las premisas sociales que "normalizan" la violencia familiar, la percepción de que este problema es de índole privada y las reacciones de vergüenza, temor o desprestigio que conlleva hablar de este problema en público, los cuales tienen un papel subyacente importante. Cabe hacer mención que la mayor parte de los casos de maltrato en el anciano tiene lugar en el seno familiar. (3).

Eleida y cols, en el 2010 en Cuba en un estudio de comportamiento de los malos tratos al adulto mayor encontraron en relación con el sexo, el (74.29%) mayor en

el sexo femenino; en frecuencia de los tipos de maltratos: representa un (54.2%) en maltrato psicológico, seguido del económico (20.0%), el (2.9%) estuvo constituido por maltrato físico; el comportamiento del tipo de maltrato y la conducta psicosocial en relación con la sobrecarga del cuidador se observó una asociación positiva y estadísticamente significativa (sobrecarga leve: $p= 0.014 < 0.05$; sobrecarga intensa: $p= 0.011 < 0.05$). (15).

En un estudio realizado en Holguín, Cuba en el año 2009 por Ávila O. y cols., predominaron las edades entre los 60 y 74 años (16). Martínez Q. y cols., en un estudio realizado en Cuba con 200 adultos mayores, reporta que el 59,9% de su serie recibió algún tipo de maltrato, con un predominio en el grupo de 60 a 64 años, los grupos de edades en los que incidieron mayor cifra de maltratos fueron: el de 70-74 años con 16 casos (39 %), el de 60-64 con 10 (24 %) y el de 65-69 con 8 (20 %). (17). Rodríguez M. y cols., en un estudio de la Habana Vieja en el 2002 se determinó que pacientes de 60 a 79 años, han sido los más maltratados socialmente con el 69,8 %, psicológicamente con el 65,4 %, la familia lo maltrata en el 53 % y con negligencia el 26,59 %; sin embargo, el grupo de ancianos de 80 años y más (viejo viejo) fueron los más maltratados socialmente con un 30,2 %, le sigue el 26,9 % con maltrato familiar, mientras que el 23,5 % fueron maltratados psicológicamente, siempre en relación con el total. (7).

En el 2012 Griñan P. y cols., se aprecia que las femeninas resultaron ser las más maltratadas, con 112, para 55.2%. (18). En Barcelona en el 2001 sobre prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos la variable asociada

significativamente fue el sexo femenino, 18% ($p < 0.01$) al aplicar el análisis multivariante, mantuvieron la significación ser mujer (OR 4.99). (19).

Gómez y cols., en el 2005 lo correspondiente a los factores que se asociaron significativamente en Ocozocoautla, Chiapas con la violencia familiar en adultos mayores, entre las que destacan: el sexo femenino (OR = 1,69; IC del 95%), no saber leer ni escribir (OR = 2,57; IC del 95%), actividades remuneradas (OR = 1,91; IC del 95%), dependencia de vivienda (OR = 1,79; IC del 95%), disfunción familiar y de la red social (OR = 3,14; IC del 95%, y OR = 8,12; IC del 95%, respectivamente), presencia de alguna enfermedad (OR = 4,50; IC del 95%), deterioro cognitivo (OR = 3,37; IC del 95%), y dependencia física (OR = 1,76; IC del 95%) (20).

2. Planteamiento del problema

Es importante destacar que entre los programas priorizados por el Ministerio de Salud Pública, se encuentra la atención al adulto mayor como uno de los grupos más vulnerables en la sociedad, sobre todo en lo que a violencia intrafamiliar se refiere, puesto que, en la contemporaneidad, el maltrato doméstico va más allá de edad, sexo, región geográfica, raza o nivel cultural, traspasando toda la maya social, teniendo sus raíces en el patriarcado como sistema de dominación social. El maltrato contra ancianos constituye un reto a la atención primaria y secundaria de salud geriátrica. El maltrato en la tercera edad se puede realizar tanto por acción como por omisión, y puede ser intencional o no. Puede ser de carácter psíquico, físico, además de abuso económico u otros perjuicios, y como

consecuencia de esto, el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor de pérdida, violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida.

La falta de protocolos y metodologías bien definidos para tratar a la víctima de abuso, contribuye a la escasa capacidad de detección, errores diagnósticos y la intervención limitada.

Los problemas médicos habituales de los ancianos más frecuentes son: la incontinencia de los esfínteres, la polifarmacia, las caídas, la inmovilidad, el delirio, la depresión y la demencia. Además, pudiera adicionarse el maltrato recibido por familiares o personas encargadas de su cuidado, que afecta de manera desmedida su salud psíquica, teniendo en cuenta que es un problema ascendente, cada vez más frecuente en este grupo poblacional.

En la contemporaneidad se expresa la violencia intrafamiliar como un grave problema social y de salud, puesto que sus secuelas afectan la salud física y psicológica de las personas, siendo los niños, las mujeres y los ancianos las personas más vulnerables. El propósito de este trabajo es investigar la relación entre los factores asociados que contribuyen en la incidencia del maltrato en una muestra de adultos mayores mexicanos que viven en la comunidad.

De lo cual se desprende la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores asociados a maltrato en el adulto mayor, de la Unidad de Medicina Familiar 21 de Camargo, Chihuahua?

3. Justificación

El incremento de los adultos mayores y la incidencia de múltiples enfermedades crónicas y aún más si existe un factor de maltrato familiar va a repercutir en forma importante en la calidad de vida. Es importante saber que existen factores asociados al maltrato, en el adulto mayor, para que el médico de primer nivel pueda incidir de manera anticipada y preventiva en ella, así como en su adecuado manejo, ya que no hacerlo existirá un impacto negativo en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios.

En lo que se ha observado informalmente en nuestra consulta es que nos llegan pacientes y tienen un factor importante directo en su padecimiento y no sabemos cómo diagnosticar y abordar el problema, siendo que el paciente es víctima de maltrato, así pues al identificar la problemática podríamos incidir si se requiere más apoyo por parte de trabajo social o implementar algún tipo programa para así mejorar la calidad de vida en el adulto mayor y saber qué factores están asociados para establecer medidas de orientación y capacitación y así dar una atención médica más integral.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio Observacional comparativo, transversal

4.2 Población, lugar y tiempo de estudio

Se estudiaron n=158 pacientes adultos mayores, hombres y mujeres de 65 años en adelante, que acudieron a consulta externa de la unidad de medicina familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Camargo Chihuahua, durante el periodo de Enero del 2013 a Diciembre 2013.

4.3 Tipo y tamaño de muestra

Tamaño de la muestra

Muestra no probabilística por conveniencia. (ya que entraran todos los pacientes mayores de 65 años desde el 1 enero del 2013 al 31 de diciembre del 2013).

4.4 Criterios de selección

4.4.1 Criterios de inclusión

Adulto mayor: hombres y mujeres mayores de 65 años derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la UMF 21 de Camargo Chihuahua.

Que acepten participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado.

4.4.2 Criterios de exclusión

Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Pacientes no derechohabientes y no pertenecientes a la clínica de adscripción UMF No 21 IMSS Camargo, Chihuahua.

Pacientes con discapacidad física o mental que les impida contestar la encuesta.

4.5 Variables

4.5.1 Dependiente

Maltrato

Definición conceptual: Acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en relación de poder, en función de género, edad o condición física en contra de uno o varios miembros de la familia, sin importar el espacio físico donde ocurra el abuso físico, psicológico, sexual o abandono.

Definición operacional: Para fines de estudio se considerara maltrato en el adulto mayor cuando apliquemos la cedula para detección de factores de riesgo para maltrato del adulto mayor. \geq a 89 puntos (Alto riesgo), 46 y 88 puntos (Bajo riesgo) y \leq a 45 puntos (Sin riesgo).

Categoría: Ordinal

Indicador: Alto riesgo, Bajo riesgo, Sin riesgo.

4.5.2 Independientes: Factores asociados a maltrato

Estado civil

Definición conceptual: Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara en cuenta el estado civil referido por el paciente en la encuesta.

Categoría: Cualitativa, Nominal

Indicadores: Soltero, casado, Unión libre, separado, divorciado y viudo.

Edad

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona, cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.

Definición operacional: Se considerara la edad de 65 años en adelante, se realizarán intervalos de 4 años cada uno.

Categoría: Numérica de intervalo

Indicador: : 65 a 69 años; 70 a 74 años; 75 a 79 años; 80 a 84 años; 85 o mas

Género

Definición conceptual: Conjunto de caracteres genéticos, morfológicos y funcionales que distinguen a los individuos hombres de las mujeres. Condición orgánica.

Definición operacional: Para fines de este estudio se captara el género referido por el paciente en la encuesta.

Categoría: Nominal dicotómica.

Indicador: Hombre, Mujer.

Dependencia física

Definición conceptual: Es la incapacidad funcional para el desarrollo de actividades de la vida diaria y por requerir ayuda para su realización.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara en cuenta la presencia de una persona que intervenga directamente en el cuidado del individuo, incluso para la satisfacción de sus necesidades más básicas.

Categoría: Nominal

Indicador: Si, No.

Escolaridad

Definición conceptual: Es el grado de estudios que cursa un individuo según el sistema educativo nacional.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara en cuenta la referida por el paciente en la encuesta.

Categoría: Nominal.

Indicador: Analfabeta, sabe leer y escribir, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, medio superior incompleta, medio superior completo, técnico, profesionista.

Vivir solo

Definición conceptual: Estatus social del individuo que no cuenta dentro de su vivienda con ningún otro tipo de persona de forma permanente y de la cual surja la convivencia cotidiana continúa.

Definición operacional: Para fines de este estudio lo referido por el paciente, tanto la pérdida del conyugue, la separación de la pareja, la decisión de los hijos de dejar el seno familiar (nido vacío).

Categoría: Nominal

Indicador: Si, No.

Pluripatología (comorbilidad)

Definición conceptual: Es la presencia de tres o más enfermedades crónicas con diagnostico medico en el adulto mayor.

Definición operacional: Para fines de este estudio se considerara pluripatología cuando el paciente al momento de la encuesta refiera tres o más enfermedades crónicas como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, artropatías, nefropatías, cardiopatías, enfermedad articular crónica degenerativa, enfermedad acido péptica.

Categoría: Nominal

Indicador: Si, No.

Ocupación

Definición conceptual: Actividad, trabajo que desempeña cualquier individuo para recibir alguna remuneración, comprendida en la legislación mexicana, y la cual comprenderá diversos horarios así como percepciones, en base a cada una de ellas, contempladas en la ley federal de trabajo.

Definición operacional: Para fines de este estudio lo referido por el paciente en la encuesta.

Categoría: Nominal

Indicador: Ninguna, hogar, obrero, agricultor, minero, jubilados, pensionado.

4.6 Plan de análisis estadístico

Los datos fueron analizados usando el programa estadístico STATA 9.0 para Windows. (Stata Corp. Stata Statistical Software. Release 9.0 College Station, Tx: stata).

Se realizó un análisis uni y bi variado.

Para las variables medidas de forma cuantitativa se utilizará la prueba t de Student. Para evaluar las diferencias en las variables cualitativas se utilizó la prueba de chi² o exacta de FISHER.

Se aceptó una diferencia significativa cuando el valor de p fue menor a 0.05.

4.7 Técnicas y procedimientos

Se identificó a la población en estudio hombres y mujeres mayores de 65 años en la unidad de medicina familiar 21 del IMSS de Camargo Chihuahua, que reunieron los criterios de inclusión, se les invitó a participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado, se les realizó un cuestionario para la recolección de datos y se aplicó cedula para detección de factores de riesgo para maltrato del adulto mayor de 17 ítems (para detectar maltrato), posteriormente se realizó una base de datos en Excel, y finalmente se realizó el análisis estadístico de los resultados usando el programa estadístico STATA 9.0 para Windows. (Stata Corp. Stata Statistical Software. Release 9.0 College Station, Tx: stata).

4.8 Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a las normas éticas de toda investigación biomédica según la declaración de Helsinki, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos de la SSA para su decisión y en todo momento se mantuvo confidencialidad de los datos, entregando formato de consentimiento informado. Y se respetaron los principios básicos de la carta de derechos humanos.

Este proyecto de investigación se realizó con el fin de conocer y demostrar cuales son los factores asociados al maltrato del adulto mayor de 65 años de edad en la UMF 21 del IMSS de Camargo, Chihuahua.

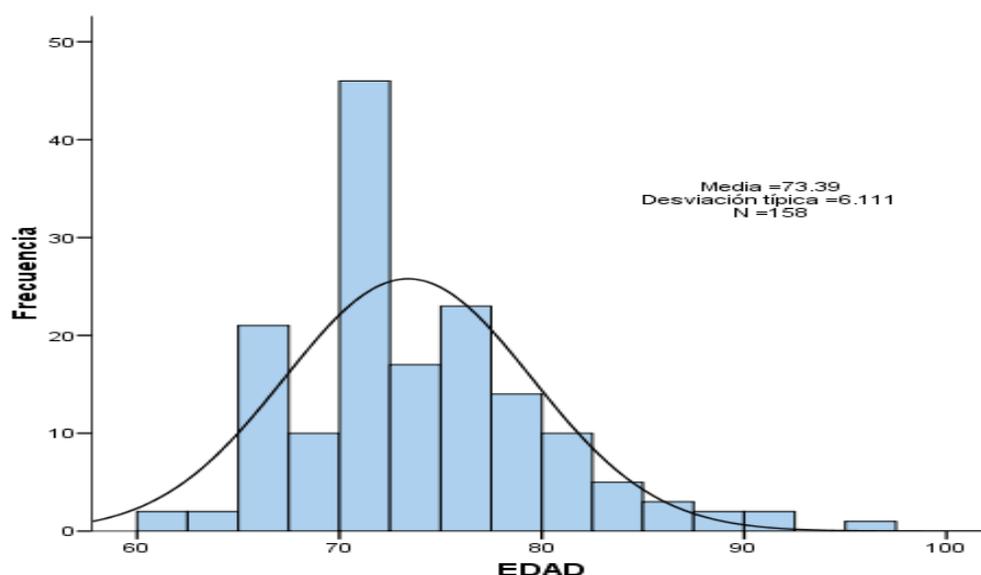
Se mencionaron los datos al final del proyecto sin alterar las estadísticas por ser un estudio transversal, en el cual no se manipulan las variables y no se hace daño

alguno al adulto mayor de 65 años, por el abordaje que se realizó en la encuesta directa y por qué no se efectuó experimento alguno.

5. Resultados

5.1 Descripción de resultados

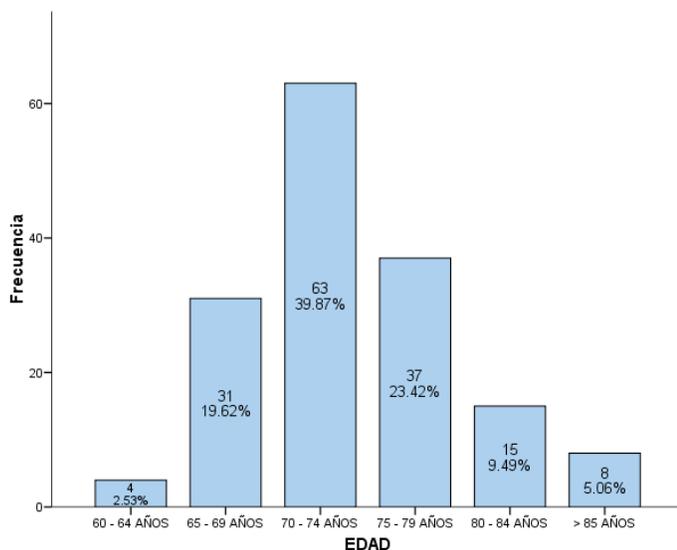
Se incluyeron 158 pacientes en el estudio de los cuales 44 tuvieron bajo riesgo maltrato y 114 estuvieron sin riesgo, con una distribución de la edad entre los 60 y 97 años, con una media, mediana y moda de 73.39, 72 y 70 años respectivamente. El 39.9% de los pacientes se encontraron en el rango de edad de 70 a 74 años (Tabla 1 y Gráfica 1 y 2).



Gráfica 1. Histograma edad para pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

EDAD	Frecuencia n, (%)
60 a 64 años	4, (2.5)
65 a 69 años	31, (19.6)
70 a 74 años	63, (39.9)
75 a 79 años	37, (23.4)
80 a 84 años	15, (9.5)
> 85 años	8, (5.1)
Total	158, (100)

Tabla 1. Distribución de la edad para pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

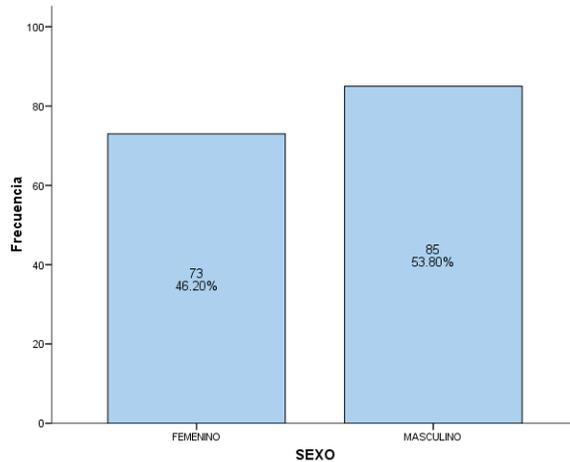


Gráfica 2. Distribución por grupos de edad en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

En cuanto al sexo, la distribución de los pacientes entrevistados fue de 85 pacientes (53.8%) del sexo masculino y 73 (46.2%) para el femenino, con una relación hombre: mujer de 1:1.2 (Tabla 2 y Gráfica 3).

SEXO	Frecuencia n, (%)
Femenino	73, (46.2)
Masculino	85, (53.8)
Total	158, (100)

Tabla 2. Distribución por sexo de pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

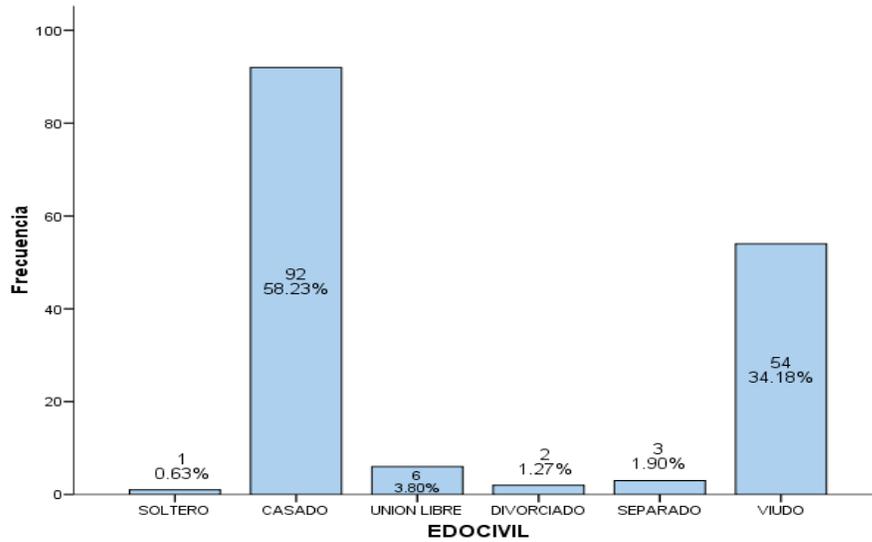


Gráfica 3. Sexo de pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Al hacer el análisis de frecuencias, encontramos que de los pacientes encuestados, 92 (58.2%) estaban casados, seguidos de los divorciados que eran 16 (35.6%) (Tabla 3 y Gráfica 4).

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA n, (%)
Soltero	1, (0.6)
Casado	92, (58.2)
Unión Libre	6, (3.8)
Divorciado	16, (35.6)
Separado	3, (1.9)
Viudo	54, (34.2)
Total	158, (100)

Tabla 3. Distribución por estado civil de pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

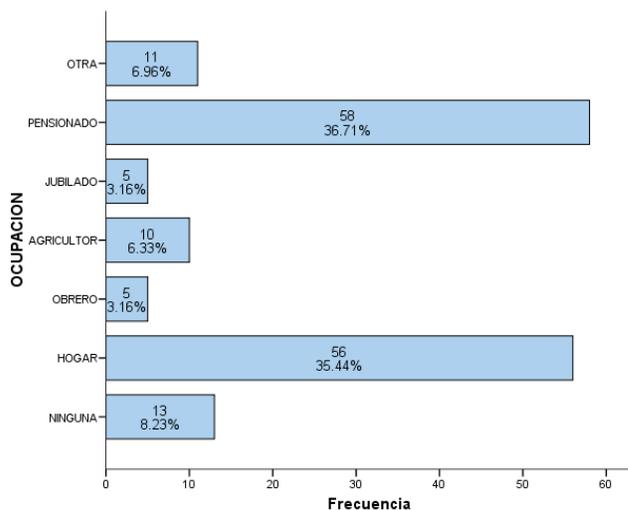


Gráfica 4. Estado civil de pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

En cuanto a la ocupación, 58 (36.7%) eran pensionados y 56 (35.4%) se dedicaban al hogar (Tabla 4 y Gráfica 5).

OCUPACION	FRECUENCIA n, (%)
Ninguna	13, (8.2)
Hogar	56, (35.4)
Agricultor	5, (3.2)
Jubilado	5, (3.2)
Pensionado	58, (36.7)
Otra	11, (7)
Total	158, (100)

Tabla 4. Distribución de la ocupación en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

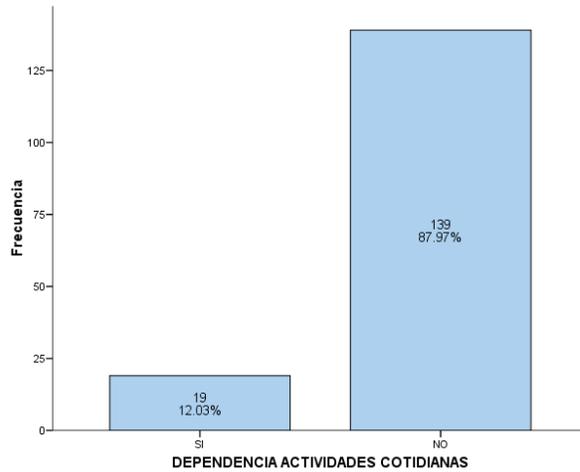


Gráfica 5. Ocupación de pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Se interrogaron si los pacientes tenían dependencia para poder realizar sus actividades cotidianas, a lo que 139 pacientes (88%) respondió que no y 19 (12%) que sí (Tabla 5 y Gráfica 6).

Dependencia actividades cotidianas	Frecuencia n, (%)
Si	19, (12)
No	139, (88)
Total	158, (100)

Tabla 5. Dependencia de actividades cotidianas en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

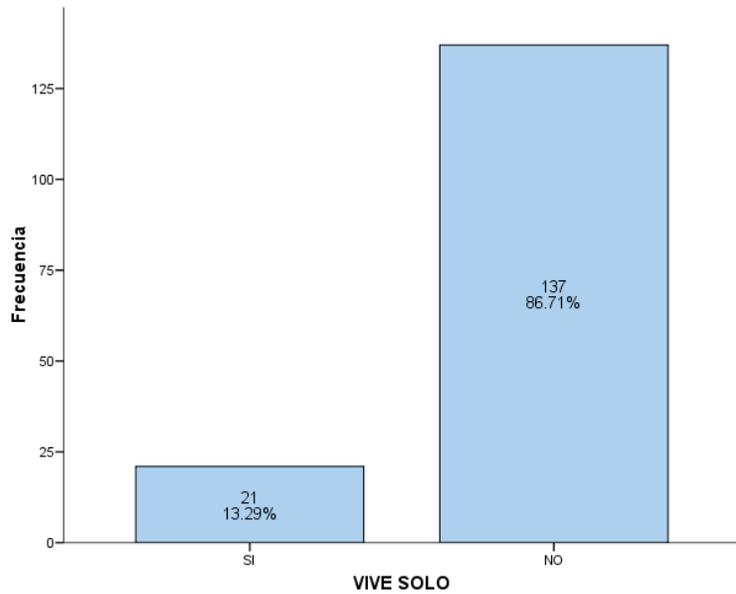


Gráfica 6. Dependencia a actividades cotidianas para pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Se investigó si el paciente vivía solo, encontrándose que 137 (86.7%) no vivían solos y 21 (13%) q si vivían solos (Tabla 6 y Gráfica 7).

Vive solo	Frecuencia n, (%)
Si	21, (13.3)
No	137, (86.7)
Total	158, (100)

Tabla 6. Características de vivienda en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

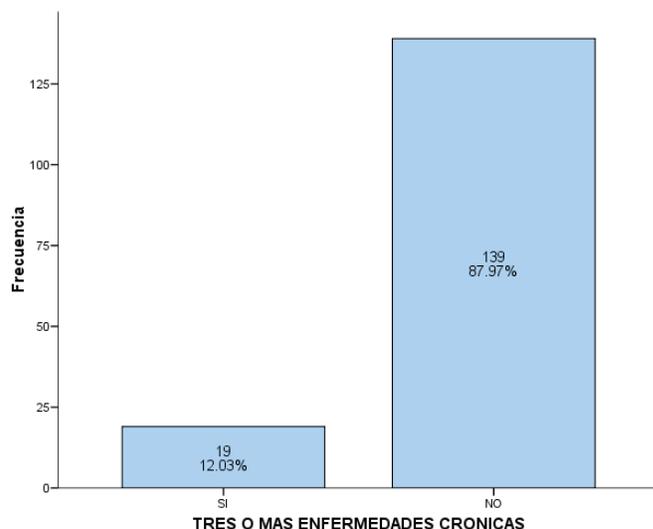


Gráfica 7. Características de vivienda en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas, 19 (12%) pacientes tenían tres o más (Tabla 7 y Gráfica 8).

3 o más enfermedades crónicas	Frecuencia n, (%)
Si	19, (12)
No	139, (88)
Total	158, (100)

Tabla 7. Presencia de enfermedades crónicas en adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

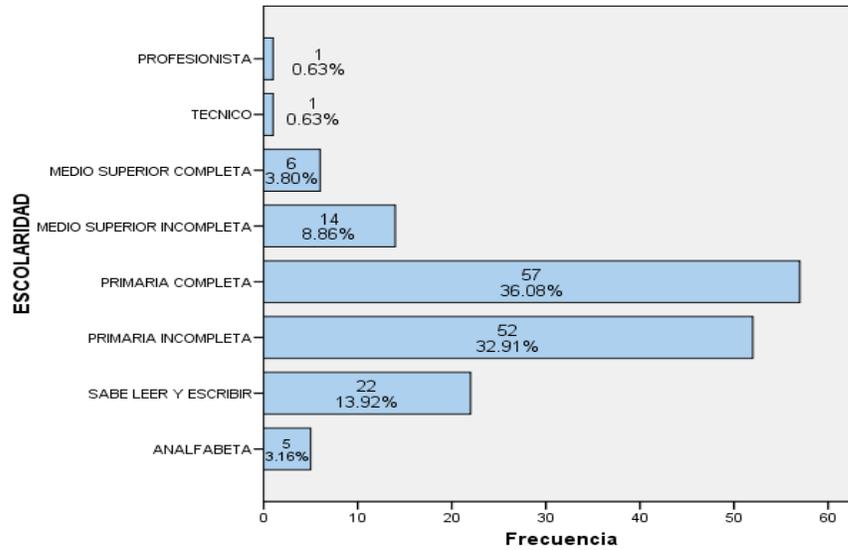


Gráfica 8. Presencia de enfermedades crónicas en adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

En cuanto a la escolaridad, 57 pacientes (36.1%) tenían primaria completa y 52 (32.9%) incompleta. Esto nos habla de que todos los entrevistados tenían bajo nivel educativo (Tabla 8 y Gráfica 9).

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA n, (%)
Analfabeta	5, (3.2)
Sabe leer y escribir	22, (13.9)
Primaria incompleta	52, (32.9)
Primaria completa	57, (36.1)
Medio superior incompleta	14, (8.9)
Medio superior completa	6, (3.8)
Técnico	1, (0.6)
Profesional	1, (0.6)
Total	158, (100)

Tabla 8. Escolaridad de pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

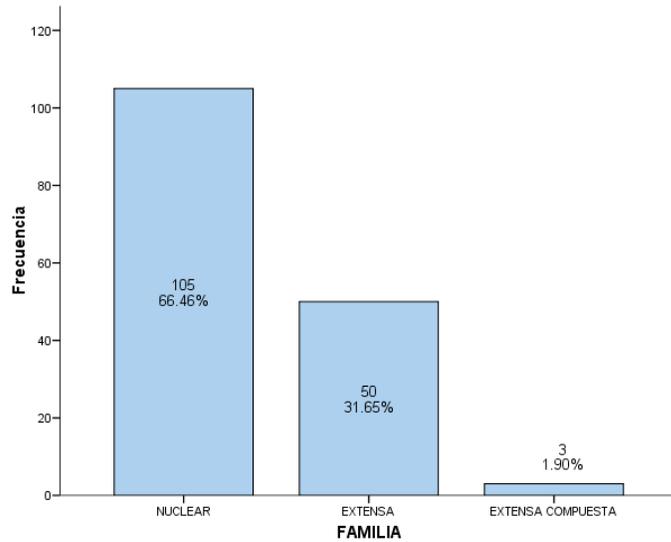


Gráfica 9. Escolaridad de pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

105 pacientes (66.5%) vivían en una familia nuclear y 50 (31.6%) en una extensa (Tabla 9 y Gráfica 10).

TIPO FAMILIA	FRECUENCIA n, (%)
Nuclear	105, (66.5)
Extensa	50, (31.6)
Extensa compuesta	3, (1.9)
Total	158, (100)

Tabla 9. Tipo de familia en la que viven los pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

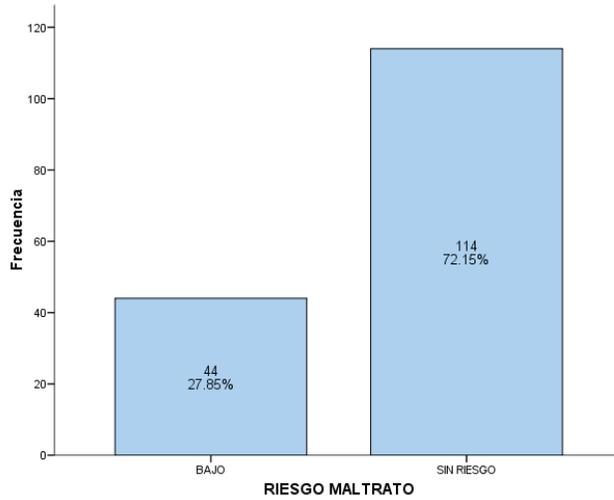


Gráfica 10. Tipo de familia en la que viven pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Al ponderar el cuestionario, 114 (72.2%) pacientes se encontraron sin riesgo a maltrato y 44 (27.8%) con bajo riesgo (Tabla 10 y Gráfica 11).

Riesgo maltrato	Frecuencia n, (%)
Bajo	44, (27.8)
Sin riesgo	114, (72.2)
Total	158, (100)

Tabla 10. Ponderación de cuestionario riesgo de maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua

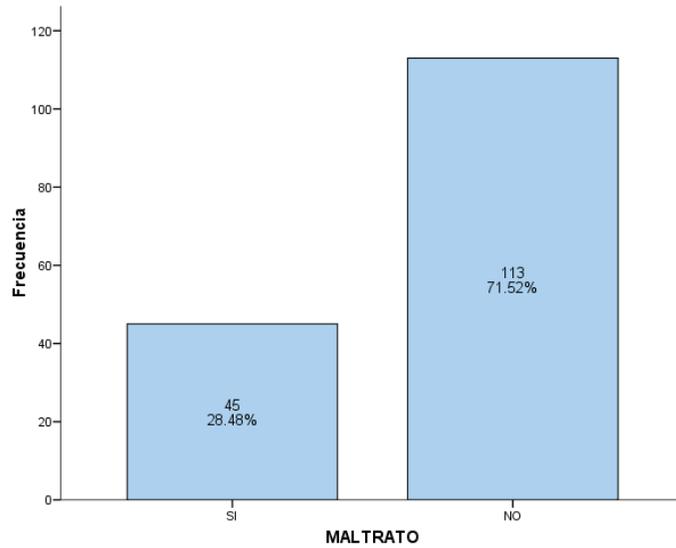


Gráfica 11. Ponderación del cuestionario de riesgo de maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Al preguntar si sufrían de maltrato 113 (71.5%) no sufrieron de este, y solo 45 (28.5%) sí (Tabla 11 y Gráfica 12).

Maltrato	Frecuencia n, (%)
Si	45, (28.5)
No	113, (71.5)
Total	158, (100)

Tabla 11. Maltrato de pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.



Gráfica 12. Maltrato de pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Se realizaron análisis bivariados con las variables maltrato y con la ponderación de riesgo al maltrato en pacientes (Tablas 12 y 13).

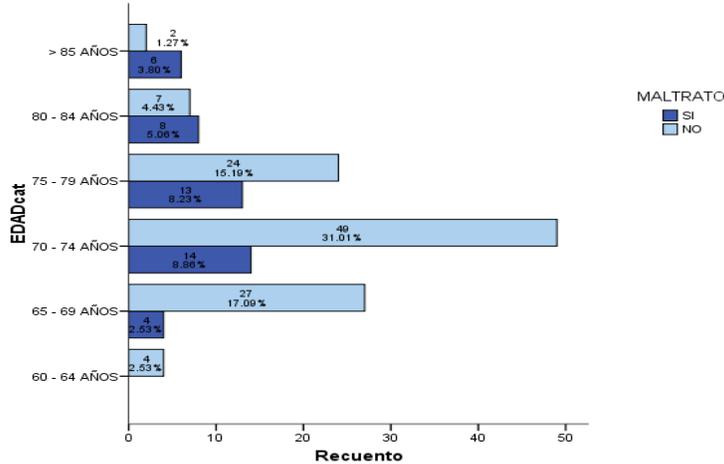
VARIABLES	MALTRATO SI n, (%)	MALTRATO NO n, (%)	OR	IC95%	CHI CUADRADA (P)
EDAD					
60 – 64 AÑOS	0, (0)	4, (3.5)	1.00		20.22 (0.001)
65 – 69 AÑOS	4, (8.9)	27, (23.9)	1.00		
70 – 74 AÑOS	14, (31.1)	49, (43.4)	1.72	0.62 – 4.79	
75 – 79 AÑOS	13, (28.9)	24, (21.2)	2.72	0.99 – 7.51	
80 – 84 AÑOS	8, (17.8)	7, (6.2)	4.13	1.48 – 11.58	
> 85 AÑOS	6, (13.3)	2, (1.8)	5.81	2.14 – 15.77	
ESTADO CIVIL					
SOLTERO	1, (2.2)	0, (0)	4.0,	2.81 – 5.69	7.81 (0.167)
CASADO	23, (51.1)	69, (61.1)	1.00		
UNION LIBRE	4, (8.9)	2, (1.8)	2.67	1.37-5.19	
DIVORCIADO	1, (2.2)	1, (0.9)	2.0	0.48-8.36	
SEPARADO	1, (2.2)	2, (1.8)	1.33	0.25-6.87	
VIUDO	15, (33.3)	39, (34.5)	1.11	0.64-1.94	
SEXO					
FEMENINO	22, (48.9)	51, (45.1)	1.16	0.58-2.32	0.183 (0.669)
MASCULINO	23, (51.1)	62, (54.9)	1.00		
OCUPACIÓN					
NINGUNA	9, (20)	4, (3.5)	2.15	1.27-3.6	14.64 (0.023)
HOGAR	18, (40)	38, (33.6)	1.00		
OBRAERO	1, (2.2)	4, (3.5)	0.62	0.10-3.74	
AGRICULTOR	1, (2.2)	9, (8)	0.31	0.04-2.07	
JUBILADO	1, (2.2)	4, (3.5)	0.62	0.10-3.74	
PENSIONADO	12, (26.7)	46, (40.7)	0.64	0.34-1.21	
OTRA	3, (6.7)	8, (7.1)	0.85	0.30-2.39	
DEPENDENCIA					
SI	11, (24.4)	8, (7.1)	4.25	1.58 – 11.42	9.173 (0.002)
NO	34, (75.6)	105, (92.9)	1.00		
VIVE SOLO					
SI	7, (15.6)	14, (12.4)	1.30	0.49– 3.48	0.280 (0.597)
NO	38, (84.4)	99, (87.6)			
ENF CRÓNICAS					
3 O MAS	6, (13.3)	13, (11.5)	1.18	0.42 – 3.33	0.102 (0.750)
< 3	39, (86.7)	100, (88.5)			
ESCOLARIDAD					
ANALFABETA	1, (2.2)	4, (3.5)	0.20	0.03 – 1.15	8.32 (0.31)
LEE Y ESCRIBE	3, (6.7)	19, (16.8)	0.14	0.05 – 0.39	
PRIMARIA INC	14, (31.1)	38, (33.6)	0.27	0.17 – 0.42	
PRIMARIA COMP	19, (42.2)	38, (33.6)	0.33	0.23 – 0.48	
MEDIO SUP INC	4, (8.9)	10, (8.8)	0.29	0.13 – 0.65	
MEDIO SUP COMP	2, (4.4)	4, (3.5)	0.33	0.11 – 1.03	
TECNICO	1, (2.2)	0, (0)	1.00		
PROFESIONISTA	1, (2.2)	0, (0)	1.00		
FAMILIA					
NUCLEAR	28, (62.2)	77, (68.1)	1.00		0.51 (0.777)
EXTENSA	16, (35.6)	34, (30.1)	1.20	0.72 – 2.01	
EXTENSA COMP	1, (2.2)	2, (1.8)	1.25	0.24 – 6.39	

Tabla 12. Análisis bivariado entre factores de riesgo y maltrato adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

VARIABLES	RIESGO BAJO n, (%)	SIN RIESGO n, (%)	OR	IC95%	CHI CUADRADA (P)
EDAD					
60 – 64 AÑOS	0, (0)	4, (3.5)	1.00		19.94 (0.001)
65 – 69 AÑOS	4, (9.1)	27, (23.7)	1.00		
70 – 74 AÑOS	14, (31.8)	49, (43)	1.72	0.62 – 4.8	
75 – 79 AÑOS	12, (27.3)	25, (21.9)	2.51	0.9 – 7.01	
80 – 84 AÑOS	8, (18.2)	7, (6.1)	4.13	1.48 – 11.58	
> 85 AÑOS	6, (13.6)	2, (1.8)	5.81	2.14 – 15.77	
ESTADO CIVIL					
SOLTERO	1, (2.3)	0, (0)	4.0	2.81 – 5.69	7.81 (0.167)
CASADO	22, (50)	70, (61.4)	1.00		
UNION LIBRE	4, (9.1)	2, (1.8)	2.67	1.37-5.19	
DIVORCIADO	1, (2.3)	1, (0.9)	2.0	0.48-8.36	
SEPARADO	1, (2.3)	2, (1.8)	1.33	0.25-6.87	
VIUDO	15, (34.1)	39, (34.2)	1.11	0.64-1.94	
SEXO					
FEMENINO	22, (50)	51, (44.7)	1.23	0.62-2.48	0.354 (0.552)
MASCULINO	22, (50)	63, (55.3)	1.00		
OCUPACIÓN					
NINGUNA	9, (20.5)	4, (3.5)	2.15	1.27-3.6	15.67 (0.016)
HOGAR	18, (40.9)	38, (33.3)	1.00		
OBRAERO	1, (2.3)	4, (3.5)	0.62	0.10-3.74	
AGRICULTOR	1, (2.3)	9, (7.9)	0.31	0.05-2.08	
JUBILADO	1, (2.3)	4, (3.5)	0.62	0.10-3.74	
PENSIONADO	11, (25)	47, (41.2)	0.59	0.31-1.13	
OTRA	3, (6.8)	8, (7)	0.85	0.30-2.39	
DEPENDENCIA					
SI	11, (25)	8, (7)	4.42	1.64 – 11.9	9.704 (0.002)
NO	33, (75)	106, (93)	1.00		
VIVE SOLO					
SI	7, (15.9)	14, (12.3)	1.35	51 – 3.61	0.363 (0.547)
NO	37, (84.1)	100, (87.7)			
ENF CRÓNICAS					
3 O MAS	6, (13.6)	13, (11.4)	1.23	0.43 – 3.46	0.150 (0.699)
< 3	38, (86.4)	101, (88.6)			
ESCOLARIDAD					
ANALFABETA	1, (2.3)	4, (3.5)	0.20	0.03 – 1.15	8.74 (0.27)
LEE Y ESCRIBE	3, (6.8)	19, (16.7)	0.14	0.05 – 0.39	
PRIMARIA INC	14, (31.8)	38, (33.3)	0.27	0.17 – 0.42	
PRIMARIA COMP	19, (43.2)	38, (33.3)	0.33	0.23 – 0.48	
MEDIO SUP INC	4, (9.1)	10, (8.8)	0.29	0.13 – 0.65	
MEDIO SUP COMP	1, (2.3)	5, (4.4)	0.17	0.03 – 0.99	
TECNICO	1, (2.3)	0, (0)	1.00		
PROFESIONISTA	1, (2.2)	0, (0)	1.00		
FAMILIA					
NUCLEAR	27, (61.4)	78, (68.4)	1.00		0.71 (0.702)
EXTENSA	16, (36.4)	34, (29.8)	1.24	0.74 – 2.1	
EXTENSA COMP	1, (2.3)	2, (1.8)	1.3	0.25 – 6.64	

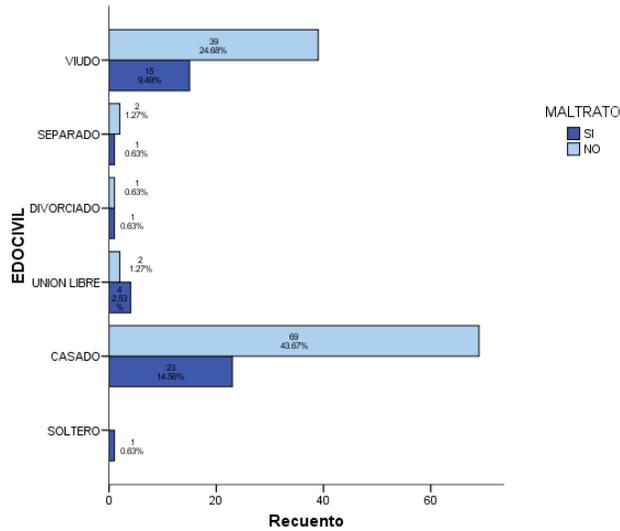
Tabla 13. Análisis bivariado entre factores de riesgo y riesgo maltrato en adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Encontramos que los pacientes con 70 a 74 años tienen 72% de riesgo de sufrir maltrato, y va aumentando con la edad hasta tener casi 6 veces más riesgo cuando son mayores de 85 años, siendo esta asociación estadísticamente significativa (Gráfica 13).



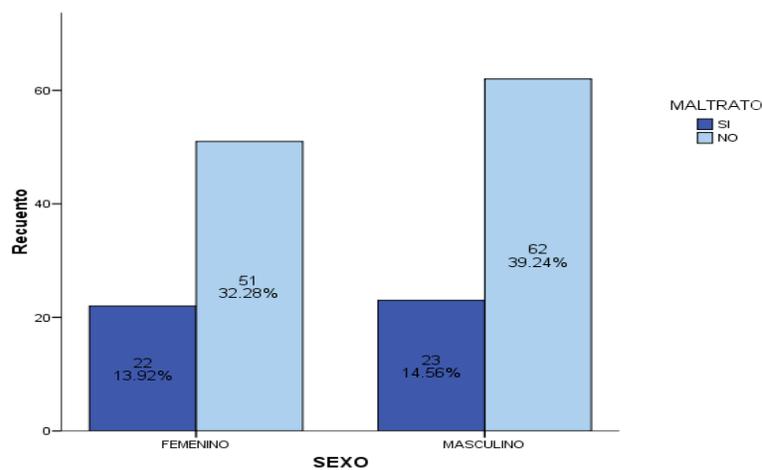
Gráfica 13. Asociación entre edad y maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Cuando asociamos estado civil con maltrato, encontramos que los solteros tienen 4 veces más riesgo de maltrato que los casados con intervalos de confianza precisos, no siendo esta asociación estadísticamente significativa, además los pacientes en unión libre tienen 2.67 veces más riesgo de maltrato que los casados, mientras con los demás estados civiles tienen intervalos de confianza imprecisos (Gráfica 14).



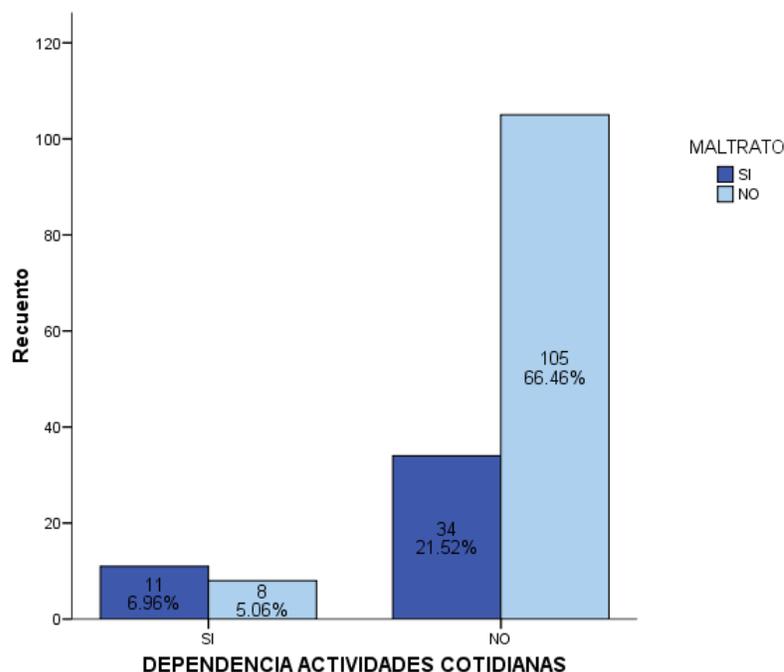
Gráfica 14. Asociación entre estado civil y maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa para la asociación entre maltrato y sexo. Encontrándose que las mujeres tienen 16% más riesgo en comparación con los hombres, con intervalos de confianza que van de 0.58 a 2.32 por lo que no son precisos ya que el 0.58 no pasó la unidad (Gráfica 15).



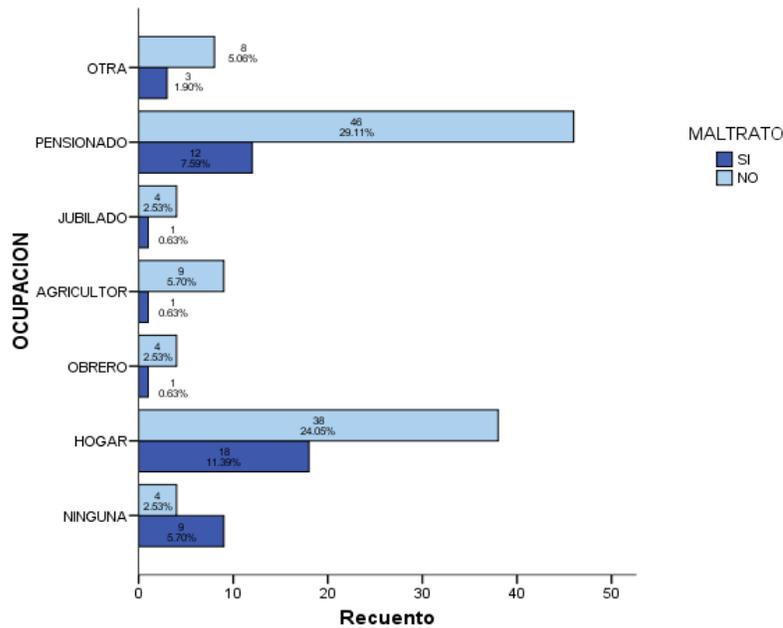
Gráfica 15. Asociación entre sexo y maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la ocupación y el maltrato, encontrándose que las personas que no tienen ocupación tienen 2 veces más riesgo de sufrir maltrato con intervalos precisos que van de 1.27 a 3.4 mientras que todos los demás oficios son factores protectores (Gráfica 16).



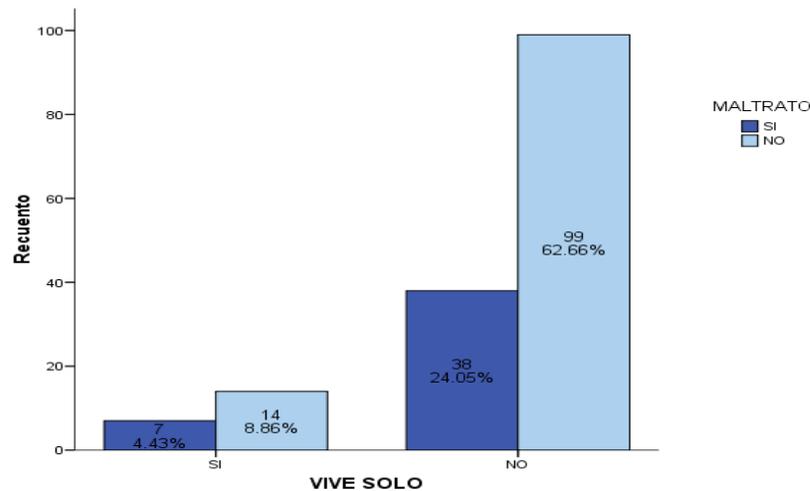
Gráfica 16. Asociación entre dependencia a actividades cotidianas y maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Los pacientes que tienen dependencia tienen 4.25 veces más riesgo de sufrir maltrato que los que no tienen dependencia, aunque los intervalos están un poco amplios, la asociación es estadísticamente significativa (Gráfica 17).



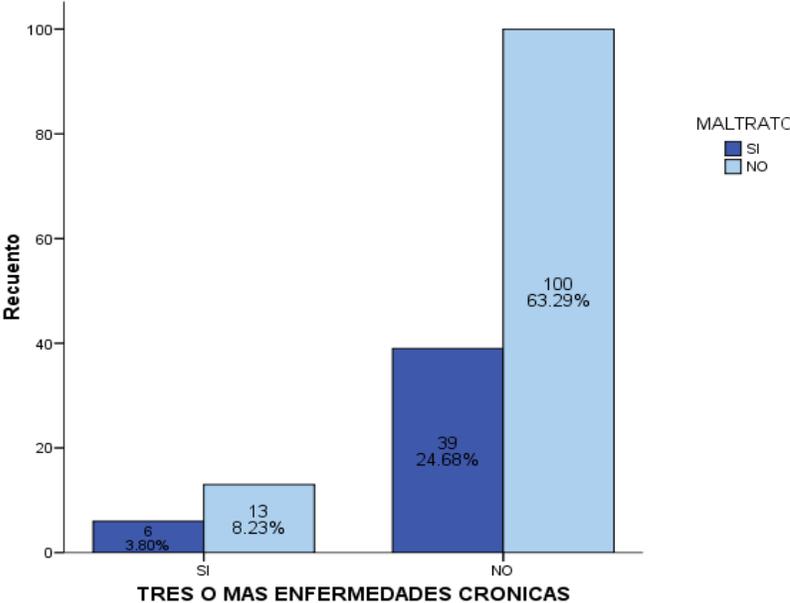
Gráfica 17. Asociación entre ocupación y maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Las personas que viven solas tienen un 30% más de riesgo de sufrir maltrato que las que no viven solas con intervalos imprecisos, no siendo esta asociación estadísticamente significativa (Gráfica 18).



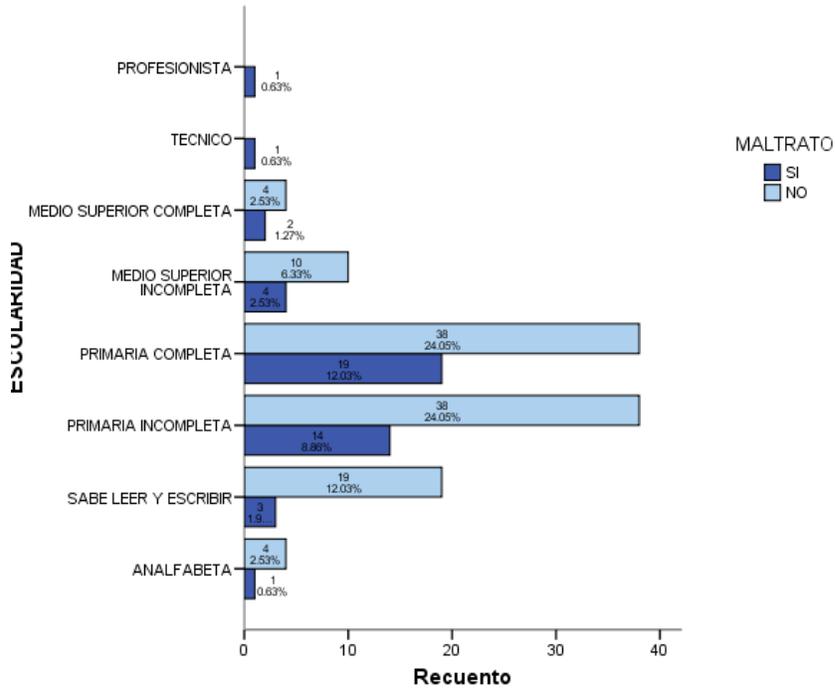
Gráfica 18. Asociación entre vivir solo y maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Al buscar asociación con enfermedades crónicas, los pacientes que tienen 3 o más enfermedades tienen 18% más riesgo de sufrir maltrato que los que no tienen enfermedades crónicas, con intervalos imprecisos, no siendo esta asociación estadísticamente significativa (Gráfica 19).



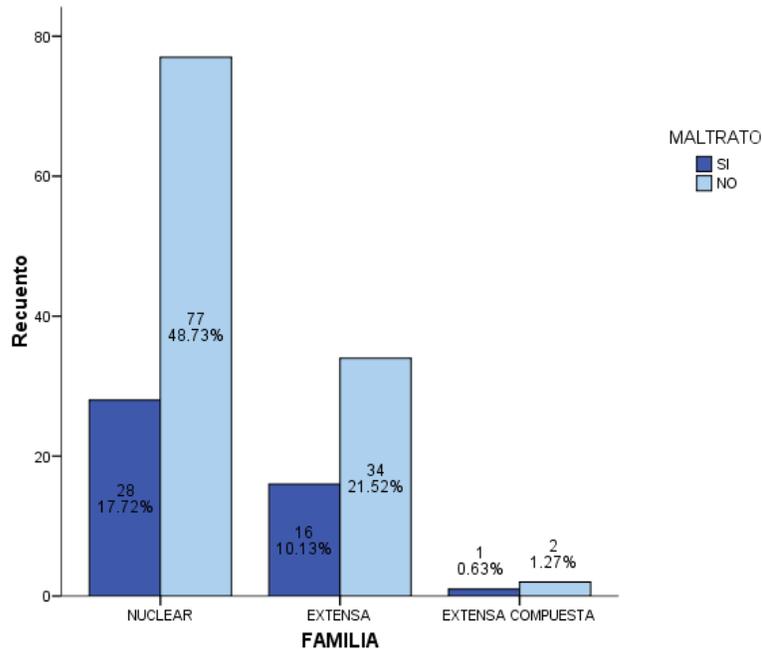
Gráfica 19. Asociación entre enfermedades crónicas y maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

En cuanto a la escolaridad, se encontró que la escolaridad no tiene asociación estadísticamente significativa para el maltrato y que todas las escolaridades son protectora (Gráfica 20).



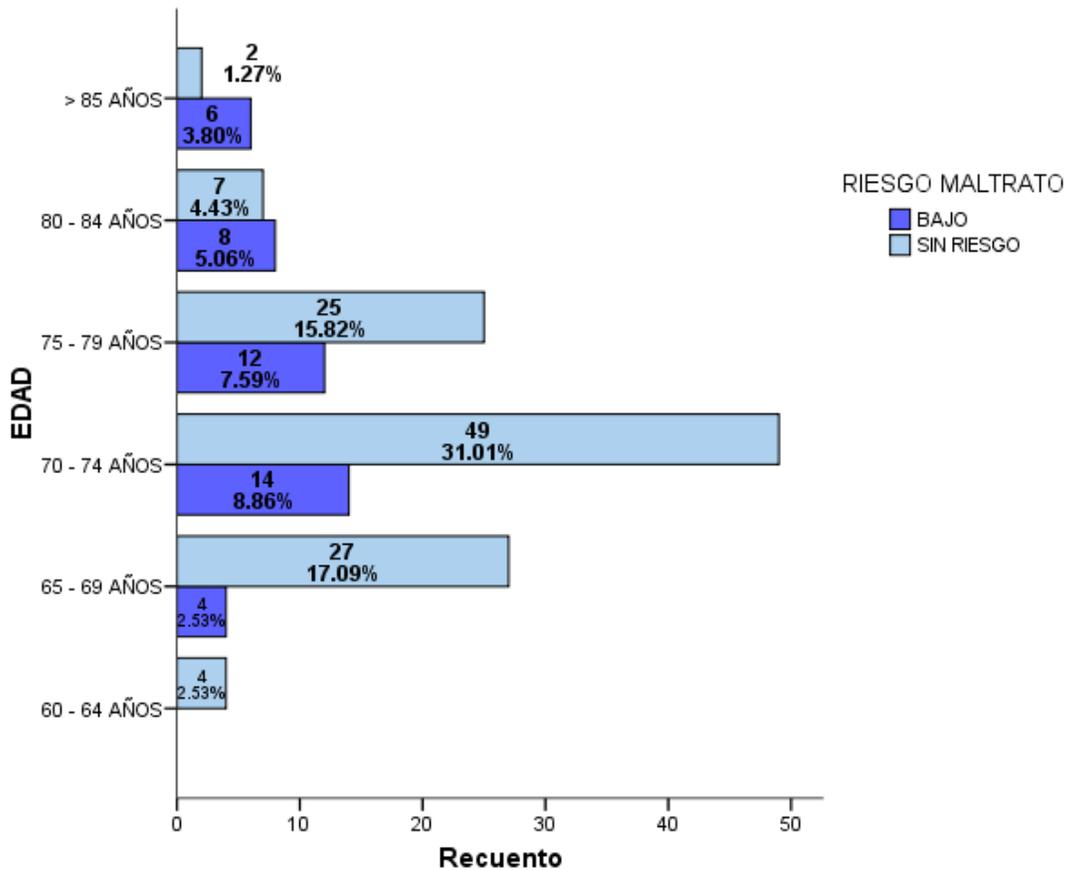
Gráfica 20. Asociación entre escolaridad y maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Al asociar el tipo de familia con el maltrato se encontró que no hay una asociación estadísticamente significativa pero se encontró que provenir de una familia extensa te da 20% más riesgo de maltrato que venir de una nuclear y de la extensa compuesta 25% más riesgo de maltrato que venir de una nuclear, siendo los intervalos de confianza imprecisos (Gráfica 21).



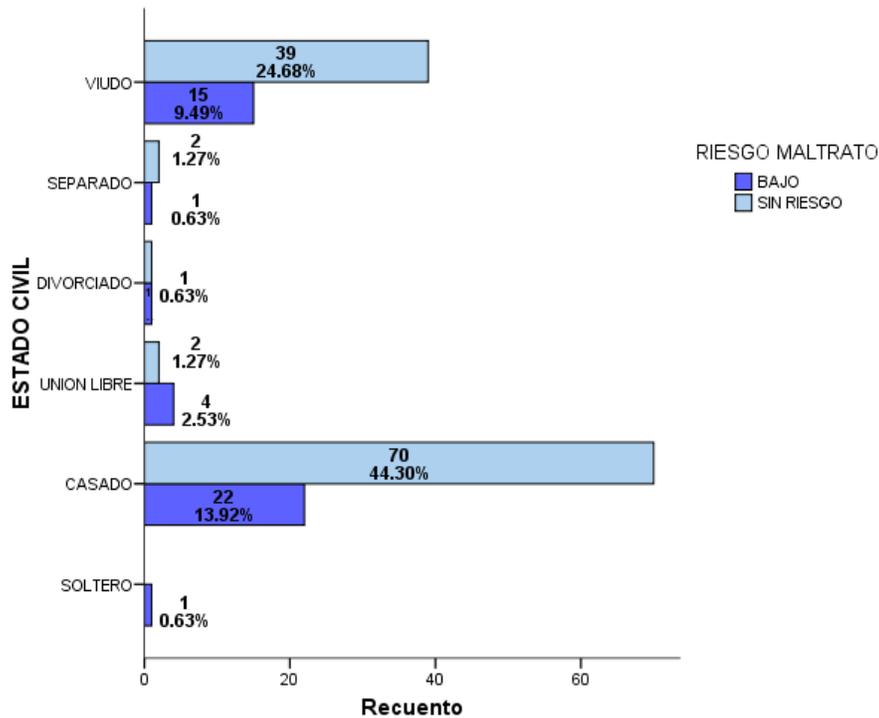
Gráfica 21. Asociación entre tipo de familia y maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Al realizar el análisis bivariado entre los factores de riesgo y el riesgo de maltrato en adultos mayores, encontramos que los pacientes con 70 a 74 años 31.8 de riesgo bajo mientras que el 43% no tienen riesgo, con un 70% de riesgo de maltrato en comparación con edades menores, mientras que mientras más aumenta la edad, más aumenta el riesgo, ya que los pacientes mayores de 85 años tienen 5.8 veces más riesgo de maltrato en comparación con los de 60 a 64 años, siendo esta asociación estadísticamente significativa (Gráfica 22).



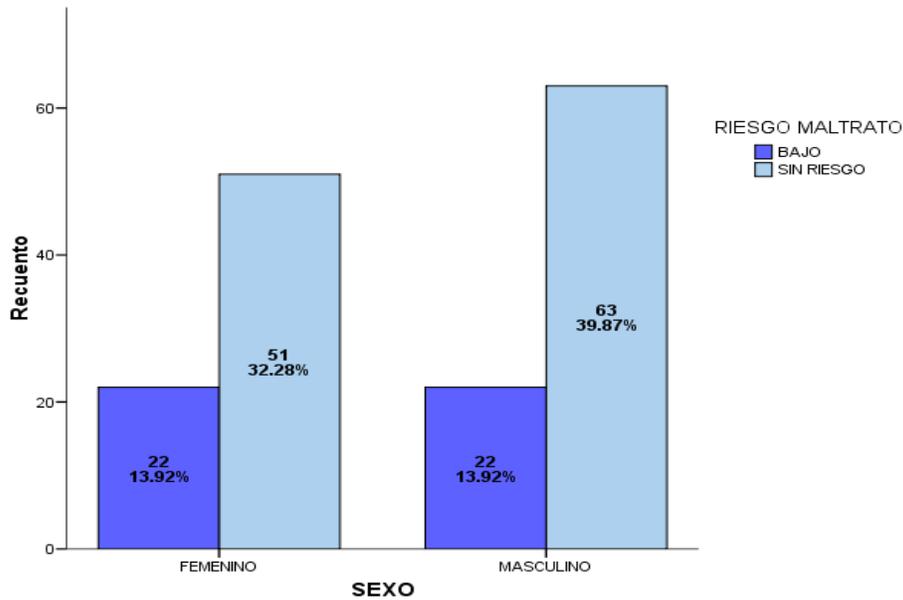
Gráfica 22. Asociación entre edad y ponderación de riesgo de maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Quando asociamos estado civil con la ponderación del riesgo de maltrato, encontramos que los solteros tienen 4 veces más riesgo de maltrato que los casados con intervalos de confianza precisos, no siendo esta asociación estadísticamente significativa, teniendo los pacientes en unión libre 2.67 veces más riesgo de maltrato que los casados, mientras con los demás estados civiles tienen riesgo de maltrato, pero con intervalos de confianza imprecisos (Gráfica 23).



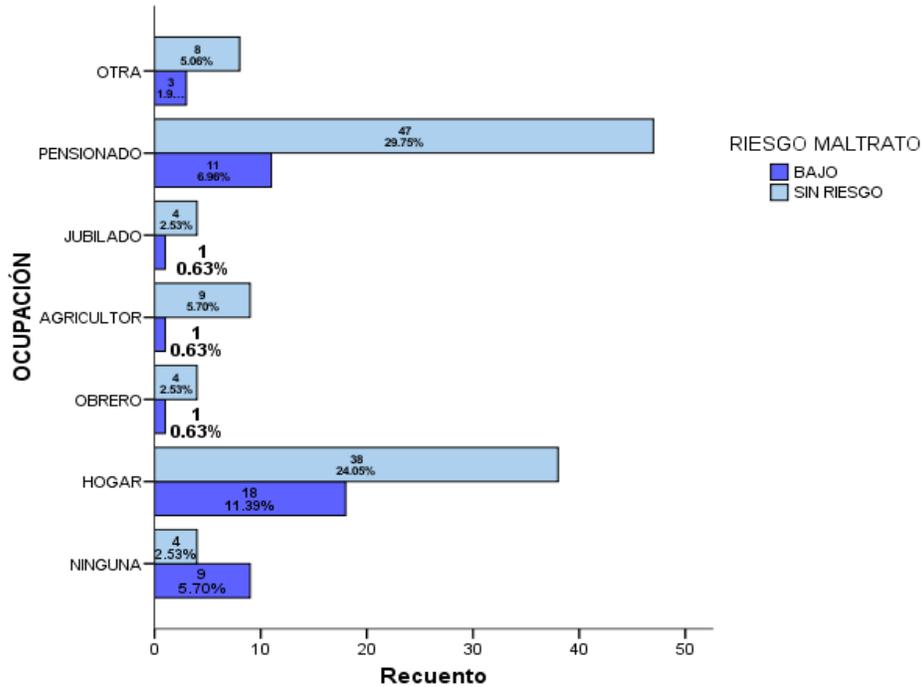
Gráfica 23. Asociación entre estado civil y ponderación de riesgo de maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa para la asociación entre maltrato y sexo, encontrándose que las mujeres tienen 23% más riesgo en comparación con los hombres, con intervalos de confianza imprecisos (Gráfica 24).



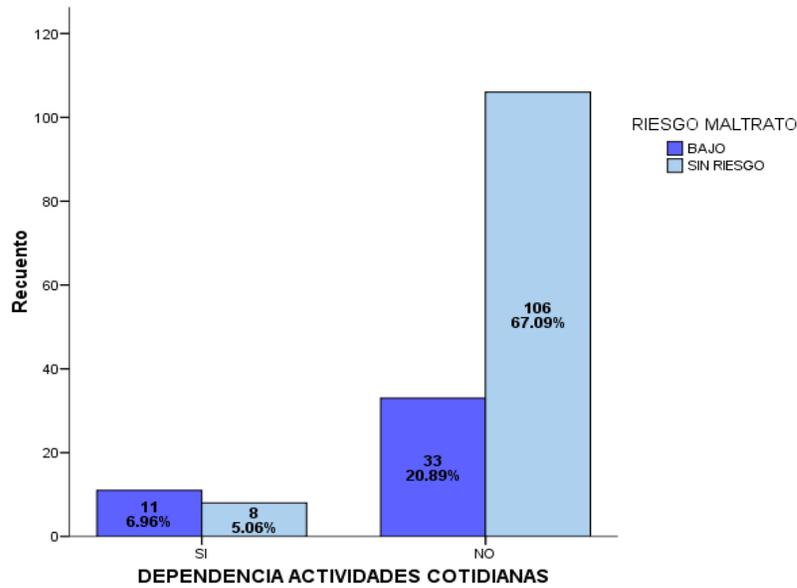
Gráfica 24. Asociación entre sexo y ponderación de riesgo de maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la ocupación y el maltrato, encontrándose que las personas sin trabajo tienen 2.15 veces más riesgo de sufrir maltrato con intervalos precisos, mientras que todos los demás oficios son factores protectores para el riesgo de maltrato (Gráfica 25).



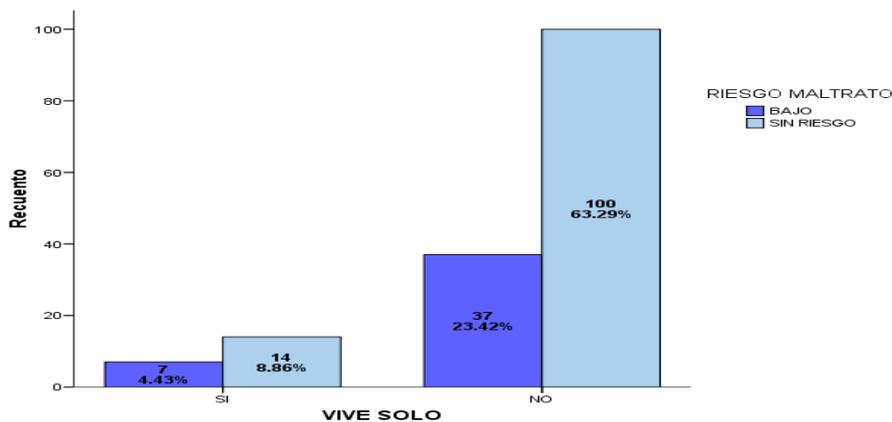
Gráfica 25. Asociación entre sexo y ponderación de riesgo de maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Los pacientes que tienen dependencia para realizar actividades cotidianas tienen 4.4 veces más riesgo de maltrato que los que no tienen dependencia, siendo esta asociación estadísticamente significativa (Gráfica 26).



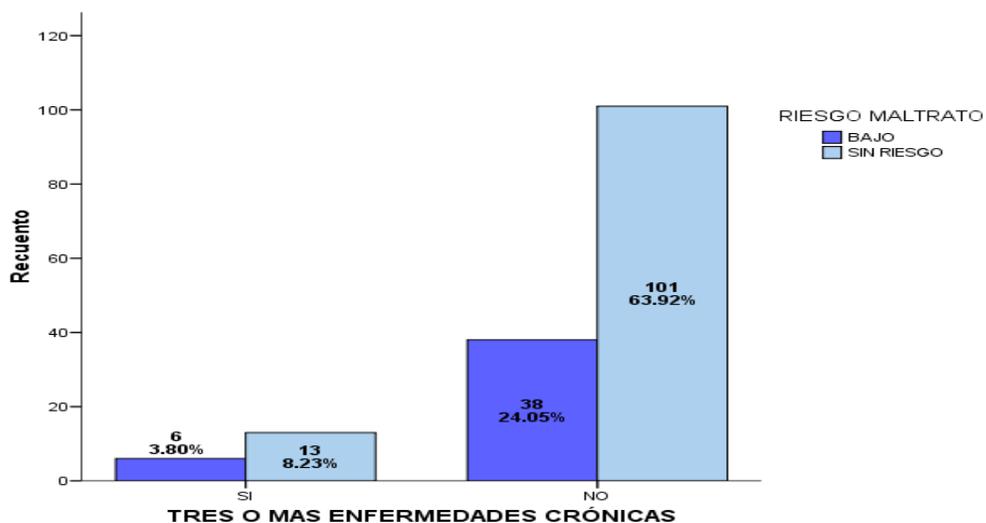
Gráfica 26. Asociación entre dependencia y ponderación de riesgo de maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Las personas que viven solas tienen un 35% más riesgo de sufrir maltrato que las que no viven solas con intervalos imprecisos, no siendo esta asociación estadísticamente significativa (Gráfica 27).



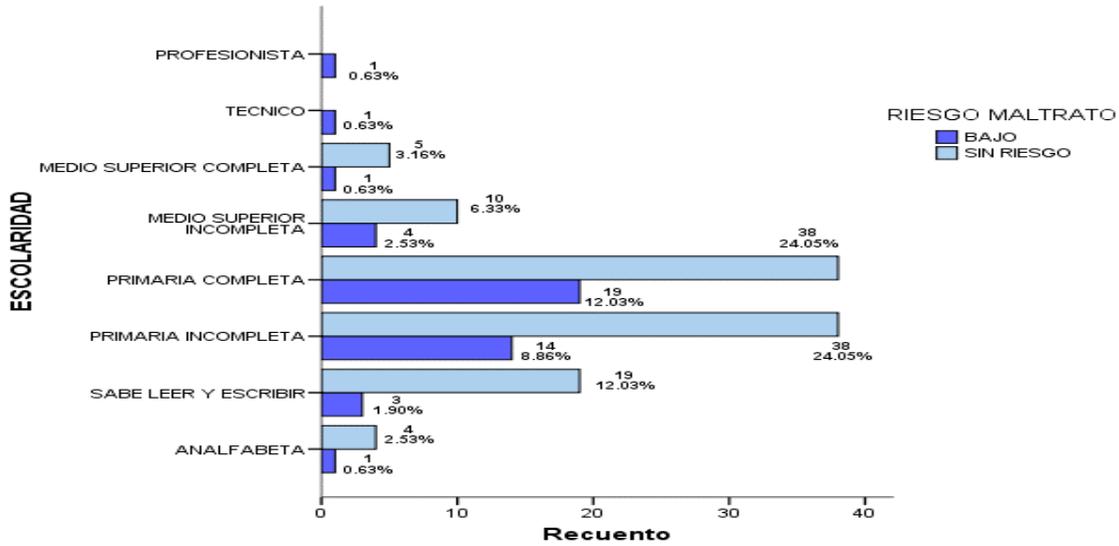
Gráfica 27. Asociación entre vivir solo y ponderación de riesgo de maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Al buscar asociación con enfermedades crónicas, los pacientes que tienen 3 o más enfermedades crónicas tienen un 23% más riesgo de sufrir maltrato que los que no tienen enfermedades crónicas, con intervalos imprecisos, no siendo esta asociación estadísticamente significativa (Gráfica 28).



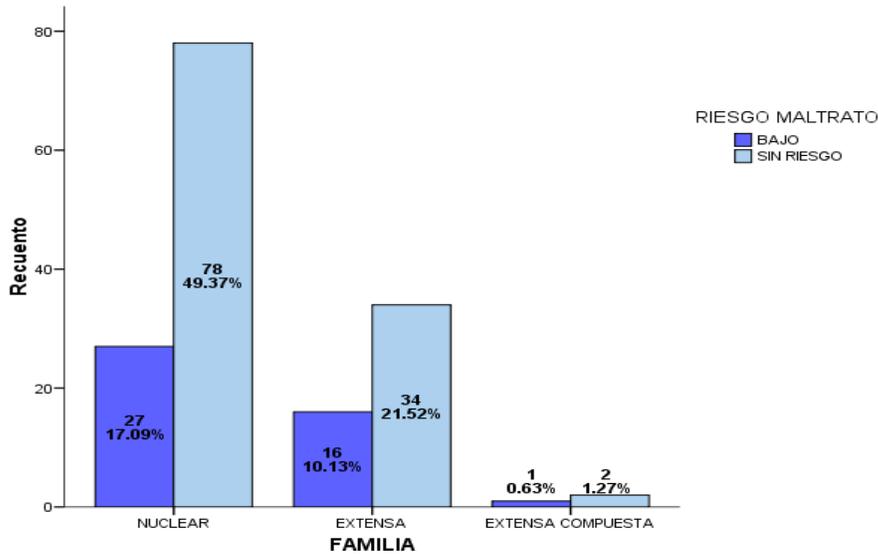
Gráfica 28. Asociación entre enfermedades crónicas y ponderación de riesgo de maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

En cuanto a la escolaridad, se encontró que la escolaridad no tiene asociación estadísticamente significativa para la ponderación de riesgo de maltrato y que todas las escolaridades son protectoras (Gráfica 29).



Gráfica 29. Asociación entre escolaridad y ponderación de riesgo de maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

Al asociar el tipo de familia con el riesgo de maltrato se encontró que no hay una asociación estadísticamente significativa pero provenir de una familia extensa te da 24% más riesgo de maltrato que venir de una nuclear, así como provenir de una extensa compuesta te da un 30% más riesgo de maltrato que venir de una nuclear, siendo los intervalos de confianza imprecisos (Gráfica 30).



Gráfica 30. Asociación entre familia y ponderación de riesgo de maltrato en pacientes adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 21 Camargo, Chihuahua.

6. Discusión

El maltrato hacia el adulto mayor, en cualquiera de sus expresiones, constituye un problema de salud pública en nuestro país. En este estudio se encontró evidencia de maltrato a adultos mayores con forme avanza la edad de estos, ya que al estratificar las edades, encontramos que mientras más aumente la edad, habrá más riesgo de maltrato, y esta aseveración concuerda con los resultados del estudio de Álvarez et al, donde se encontró que pacientes mayores de 65 años con forme aumenta su edad aumenta el riesgo de maltrato.

Medisan et al, en su estudio encontró que el 55.2% de los pacientes que sufrían maltrato eran del sexo femenino y que si presentaban enfermedades crónicas aumentaba el riesgo de maltrato, dichos resultados son similares en nuestro estudio ya que la distribución del maltrato por sexo se encuentra al 50%, pero el riesgo de maltrato aumenta conforme los pacientes presenten más enfermedades crónicas.

Ruelas González, et al, en su estudio reportaron que los pacientes que no tienen pareja tienen 2.28 veces más riesgo de sufrir maltrato que los que tienen pareja, lo que concuerda con nuestro estudio, ya que se encontró que los pacientes que eran solteros tienen 4 veces, los que están en unión libre tienen 2.67 veces y los divorciados tienen 2 veces, los separados tienen un 33% más riesgo, y los viudos tienen 11% más posibilidades de sufrir maltrato que los casados, observándose la fortaleza de este estudio al estratificar el estado civil en grupos y no solo categorizándolo en presencia de pareja y sin pareja.

Ávila et al, encontró que los que sufren mayor maltrato son los que viven en una familia extensa, siendo diferente a lo que nosotros encontramos en nuestro estudio, ya que provenir de una familia extensa compuesta sufren mayor maltrato.

Gómez Ricardez, et al, encontraron en su estudio, que los adultos mayores analfabetas tienen una mayor probabilidad de sufrir violencia familiar, lo que se contrapone con este estudio donde se encontró que la escolaridad no tiene asociación estadísticamente significativa para el maltrato y que ser analfabeta es un factor de protección para el riesgo de maltrato.

Este estudio presenta varias limitaciones, entre las cuales encontramos que como existen pocos estudios para detectar el maltrato en ancianos. El hecho de hacer una sola entrevista al paciente para determinar maltrato, solo nos puede hablar de riesgo o alta sospecha de que el paciente sufrió maltrato, no podemos realizar inferencias con estos resultados. Así mismo para futuros trabajos de investigación recomendamos incluir variables que pudieron medirse en este estudio, tales como con quien vive, si el paciente tiene hijos, si recibe apoyo económico, presencia de depresión y consumo de alcohol, que podrían ayudar a incrementar el campo del

conocimiento sobre el maltrato en estas personas, ya que la familia no está adecuadamente preparada para la convivencia con los adultos mayores.

7. Conclusiones

La prevalencia de maltrato para el adulto mayor en nuestra población de estudio fue de 28% lo que es alto a comparación de estudios previos que reportan cerca del 1 al 20%. Los pacientes mayores que tienen más riesgo de vivir situaciones de violencia son, las dependientes para actividades cotidianas, las que tienen enfermedades crónicas, solteras, de edades más avanzadas, sin trabajo, pero aunque los hombres y mujeres experimentan maltrato en iguales proporciones de edad avanzada, de familia numerosa y dependientes en actividades cotidianas, tienen mayor probabilidad de maltrato.

Los sistemas de salud enfrentan un reto importante en el maltrato del adulto mayor debido, por un lado, al rápido aumento de este grupo poblacional y, por otro, a las carencias de recursos materiales y de recursos humanos especializados. El maltrato hacia los ancianos puede verse exacerbado por el aumento de la violencia social y los cambios en la estructura familiar y roles de género tradicionales. Enfrentar adecuadamente este problema requiere de una atención integral a las necesidades de los adultos mayores, con la participación de todos los sectores de la sociedad, profundizando en su conocimiento, sensibilizando a la sociedad y desarrollando estructuras que permitan la prestación oportuna y eficiente de servicios de salud.

El médico familiar debe de ser capaz de identificar a familias donde el abandono de los ancianos represente un alto riesgo, además de valorar factores de riesgo asociados a maltrato del adulto mayor.

Nuestro estudio sugiere, aumentar las medidas de detección, control y prevención del maltrato al adulto mayor, denunciándolo a las autoridades, inculcar respeto hacia ellos desde la escuela y sobre todo la familia, así como medios de comunicación masivos para evitar que esto continúe sucediendo en nuestro entorno. Tenemos que crear conciencia a las futuras generaciones de que estos actos están en contra de cualquier acto humanitario, ya que aparte de que este contribuye al deterioro de calidad de vida, estas personas en algunas ocasiones ya no pueden valerse por sí mismas, y requieren la ayuda de las personas, y no por esta razón son un estorbo, al contrario merecen el respeto y el apoyo de las nuevas generaciones.

8. Referencias bibliográficas

1.- Campillo Motilva R. Violencia con el anciano. Rev Cubana Med Gen Integr v.18 n.4 Ciudad de La Habana jul.-ago. 2002.

2.- *Rodríguez Miranda E, Olivera Álvarez A, Garrido García RJ, García Roque R.* Maltrato a los ancianos. Estudio en el Consejo Popular de Belén, Habana Vieja. Rev Cubana Enfermer 2002;18(3):144-53

3.- Ruelas González M, Salgado de Zinder V. Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. Revista Chilena de Salud Pública; (2009, November); 13(2): 90-99.

4.- Ruiz Félix, Hernández O. EL ABANDONO DEL ADULTO MAYOR COMO MANIFESTACIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. Archivos en Medicina Familiar; Octubre-Diciembre 2009; 11(4): 147-149.

5.- Novelo L.H. Situación Epidemiológica y Demográfica del Adulto Mayor. Rev. de Sal Pub y Nut [Publicación Periódica Online] 2003 Ene-Mar.

Disponible: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-52003/index.html>.

6.- de Jesús Bolaños-Rodríguez M, Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Huerta-López J. Violencia familiar como factor asociado a la frecuencia de crisis asmáticas en niños. Estudio preliminar. Acta Pediátrica De México. (2010, Sep); 31(5): 222-226.

Disponible:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=60657156&lang=es&site=ehost-live>

7.- Miranda E, Álvarez A, García R, Roque R. MALTRATO A LOS ANCIANOS. ESTUDIO EN EL CONSEJO POPULAR DE BELÉN, HABANA VIEJA. Revista Cubana De Enfermería. (2002, Sep); 18(3): 144.

Disponible:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=9454582&lang=es&site=eds-live>

8.- Martina M, Nolberto V, Miljanovich M, Bardales O, Gálvez D. Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima-Perú, 2009. Rev. Perú. epidemiol. Vol. 14 No 3 Diciembre 2010.

9.- Mendo Alcolea N, Infante Tavío NI, Lamote Moya SE, Núñez Beris SJ, Freyre Soler J. Evaluación del maltrato en ancianos pertenecientes a un policlínico universitario. MEDISAN 2012; 16(3):364

10.- Vargas-Daza E, Velázquez-Piña C, Galicia-Rodríguez L, Villarreal-Ríos E, Martínez-González L. Tipo de violencia familiar que percibe el adulto mayor. Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social De Enfermería 2011; 19(2): 63-69.

11.- Zavala-González M, Domínguez-Sosa G. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. Revista Médica Del IMSS. (2011, Nov); 49(6): 585-590.

Disponible:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=73999181&lang=es&site=ehost-live>

12.- Vidales-Olivo J, Pichardo-Fuster A. ESCALA PARA DIAGNOSTICAR EL SINDROME DE ABUSO (MALTRATO) AL ADULTO MAYOR. Archivo Geriátrico. (2003, Jan); 6(1): 13-17.

Disponible:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=12894311&lang=es&site=ehost-live>

13.- Figueroa-Velázquez S, Alvarado-Moctezuma L, Amozorrutia-Alegría V, Gómez-Ortega G. FACTORES DE RIESGO PARA MALTRATO DEL ADULTO MAYOR. Archivo Geriátrico. (2003, Jan); 6(1): 4-8.

Disponible:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=12894193&lang=es&site=ehost-live>

14.- Antón M, Gálvez N, Esteban R. Depresión y ansiedad en la sociedad española de geriatría y gerontología. Tratado de Geriatría para residentes. Madrid, International Marketing and Communication, S.A.2006; 2: 243-249.

15.- Valdés Rodríguez E, Guevara de León T, Nepomuceno Padilla N. COMPORTAMIENTO DE LOS MALOS TRATOS AL ADULTO MAYOR. Medicentro Electrónica. (2011, June); 15(2): 100-105.

Disponible:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=70589236&lang=es&site=ehost-live>

16.- Ávila-Oliva, Marcia, Ávila-Oliva, Líbia, Rodríguez-Oliva, Sara Iris. Prevalencia del maltrato doméstico en adultos mayores. Policlínica "Alcides Pino". Ciencias Holguín; Enero-Marzo 2012; XVIII(1): 1-10.

17.- Querol C, Pérez Martínez V, Sanson Y, Ravelo L. Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. Revista Cubana De Medicina General Integral . (2005, Jan); 21(1/2): 1-7.

Disponible:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=18788561&lang=es&site=ehost-live>

18.- Griñan Peralta I, Creme Lobaina E, Matos Lobaina C. Maltrato intrafamiliar en adultos mayores de un área de salud. Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología; Mayo 2012: 1-8.

19.- Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé M, Requesens Torrellas N. Violencia domestica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. Atencion primaria. Marzo 2001; 27(5): 85-88.

20.- Gómez Ricárdez L, Rodríguez Abrego G, Krug Llamas E. Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos. Revista Española Geriátrica Gerontológica 2007; 42(1):27-34.



9. ANEXOS

CRONOGRAMA 2012-2015

AVANCE (PRIMER AÑO) 2012-2013	MES											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Pregunta de investigación	xx											
Marco teórico		xx										
Planteamiento del problema			xx									
Objetivos, Justificación, hipótesis y diseño				xx								
Material y métodos					xx							
Planteamiento del análisis estadístico						xx						
Bibliografía y anexos							xx					
Registro en SIRELCIS y envío al CLIS								xx				
Realización de modificaciones									xx			
Terminar modificaciones y re-envío al CLIS									xx			
Autorización del protocolo por el CLIS									xx			
Protocolo autorizado por el CLIS									xx			
AVANCE (SEGUNDO AÑO) 2013-2014	MES											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Recopilación de datos (12.5 %)	xx											
Recopilación de datos (25.0 %)		xx										
Recopilación de datos (37.5 %)		xx										
Recopilación de datos (50.0 %)			xx									
Recopilación de datos (62.5 %)				xx	xx							
Recopilación de datos (75.0 %)						xx	xx					
Recopilación de datos (87.5 %)								xx				
Recopilación de datos (100.0%)									xx			
Elaboración de base de datos										xx		
Análisis estadístico											xx	
Interpretación de resultados y conclusiones												xx
AVANCE (TERCER AÑO) 2014-2015	MES											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Redacción de la tesis (12.5 %)	xx											
Redacción de la tesis (25.0 %)		xx										
Redacción de la tesis (37.5 %)			xx									
Redacción de la tesis (50.0 %)			xx									
Redacción de la tesis (62.5 %)				xx								
Redacción de la tesis (75.0 %)					xx							
Redacción de la tesis (100 %)						xx						
Envío de la tesis a la UNAM							xx					
Realización de modificaciones									xx			
Envío de tesis modificada a la UNAM										xx		
Aceptación por la Universidad											xx	



ANEXO 1

FOLIO _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Lugar y fecha: Ciudad Camargo Chihuahua a de _____ del 2013.

Por medio de la presente yo Sr. _____ autorizo y accedo a participar en el protocolo de investigación titulado: **Factores asociados a maltrato en el adulto mayor en la UMF # 21, Camargo, Chih.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC: Unidad Médica Familiar No.21.

El objetivo del estudio es: **Conocer los factores asociados a maltrato en el adulto mayor.** Se me ha explicado que mi participación consistirá en: **Contestar una encuesta.**

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

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre firma del testigo

Dr. Manuel Roberto Ortega López Mat.99086670

Nombre, firma y matrícula del Investigador responsable.
Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio: cel. 01-614-1-78-68-23



ANEXO 2

FOLIO _____

CEDULA PARA DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PARA MALTRATO DEL ADULTO MAYOR

1.- EDAD:

2.- SEXO: Masculino: (6) Femenino: (4)

3.- FAMILIA: Nuclear (5), Extensa: (6), Extensa compuesta (7)

4.- ¿APORTA USTED DINERO A LA ECONOMIA FAMILIAR?

Siempre (1) Algunas veces (5) Nunca (8)

5.- ¿DEPENDE USTED ECONOMICAMENTE DE OTRA PERSONA?

Si (8) No (1)

6.- ¿NECESITA AYUDA PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA TALES COMO: TOMAR SUS MEDICINAS, ALIMENTARSE, BAÑARSE, ETC.?

Siempre (10) Algunas veces (5) Nunca (0)

7.- ¿CUÁNTAS ENFERMEDADES PADECE USTED?

Ninguna (0) Una (2) Dos (3) Tres o Más (6)

8.-¿CUANTOS MEDICAMENTOS TOMA USTED?

Ninguno (0) Uno (1) Dos a tres (2) Cuatro o más (5)

9.-¿NECESITA AYUDA PARA ACUDIR AL MEDICO?

Siempre (10) Algunas veces (5) Nunca (0)

10.-¿RECIBE ESA AYUDA CON OPORTUNIDAD Y AMABILIDAD?

Siempre (0) Algunas veces (3) Nunca (8)

11.-¿CON FRECUENCIA SE DESCOMPESA DE SUS ENFERMEDADES Y TIENE QUE SER LLEVADO A URGENCIAS?

Siempre (10) Algunas veces (3) Nunca (0)

12.- ¿TOMA USTED BEBIDAS ALCOHOLICAS?

Siempre (10) Algunas veces (4) Nunca (0)

13.-¿ALGUIEN DE SU FAMILIA TIENE PROBLEMAS CON EL ALCOHOL?

Si (10) No (0)

14.-¿EXISTEN SITUACIONES VIOLENTAS EN SU FAMILIA?

Siempre (10) Algunas veces (5) Nunca (0)

15.-¿CUANDO SUS HIJOS ERAN NIÑOS, USTED LOS GOLPEABA?

Siempre (10) Algunas veces (5) Nunca (0)

16.-¿QUIEN LE PROPORCIONA LA AYUDA QUE USTED NECESITA?

_____Pregunta sin valor, identifica al cuidador principal

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

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

Interpretación: \geq a 89 puntos alto riesgo

46 y 88 puntos bajo riesgo

\leq a 45 puntos sin riesgo

Interpretación: Paciente con factores de riesgo: _____

Interpretación: Paciente sin factores de riesgo: _____



ANEXO3

FOLIO _____

Hoja de recolección de datos

Datos generales del paciente:

Nombre _____

Numero de
afiliación _____ Consultorio _____ Turno _____

Telefono _____ Domicilio _____

Edad _____ años cumplidos.

Estado civil

1 () Soltero 4 () Divorciado

2 () Casado 5 () Separado

3 () Unión libre 6 () Viudo

Genero

() Femenino 1 () Masculino 2

Ocupación

1 () Ninguna 4 () Agricultor 7 () Pensionado

2 () Hogar 5 () Minero 8 () Otra _____

3 () Obrero 6 () Jubilado

¿Depende de alguien para realizar sus actividades cotidianas? (levantarse, comer, caminar, bañarse, etc.)

1) () Si

2) () No

¿De quién (es)? _____

¿Vive solo?

- 1) Si ()
- 2) No ()

¿Presenta 3 o más enfermedades crónicas?

- 1 () Si
- 2 () No

¿Qué escolaridad tiene?

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 1) Analfabeta () | 5) Medio superior incompleta () |
| 2) Sabe leer y escribir () | 6) Medio superior completa () |
| 3) Primaria incompleta | 7) Técnico () |
| 4) Primaria completa () | 8) Profesionista () |

Condición actual del paciente:

Diagnósticos-conocidos:

Firma del investigador: Dr. Manuel Roberto Ortega López.