



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

TITULO:

**“ASOCIACION DE VIOLENCIA Y EL DESCONTROL
GLUCEMICO EN EL ADULTO MAYOR DIABETICO
ADSCRITO A LA UMF 94”**

CON FINES DE TITULACIÓN DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

Investigador Asociado:

Armando Ruiz Medina

Médico Residente del 3^o año

Curso de Especialización en Medicina Familiar

Matrícula: 98366135

E-mail: demeter_0@hotmail.com

Teléfono: 57532258

Investigador Responsable: Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo

Médico Familiar

Unidad de Medicina Familiar No.94 IMSS.

Matricula: 99366361

E-mail: rodriguin60@hotmail.com.

Teléfono: 57672799 extensión 21465

Investigador Asociado: Dra. Esther Azcarate García

Médico Familiar

Profesor Titular del Curso de Especialización em Medicina Familiar

Matricula: 99176628

E-mail: estherazcarate@gmail.com

Teléfono: 4431572629

México, D. F.

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIONES

**Autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud N° 3511
No de Registro Institucional
R-2014-3511-33**

Dr. Víctor Manuel Aguilar

Coordinador Delegacional de Investigación en Educación Salud

Dr. Humberto Pedraza Méndez

Coordinadora Delegacional de Educación en Salud

Dr. Celso Marcelo Juarez paredes

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 94

Dr. Guillermo Arroyo Fregoso

Coordinador de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No.94

Dra. Esther Azcarate García

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar No.94

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, a quien aún tengo la dicha de tener a mi lado, y por qué juntos son la fórmula perfecta para enseñarnos a luchar, a trabajar por lo que se quiere y a nunca desistir y por hacer de sus once hijos lo que somos ahora, les amo.

A mi hermanos por soportar mis desvelos, tenerme paciencia, por creer en mí y en especial a Leo como fuente de inspiración para estudiar medicina y con quien comparto hoy en día mis conocimientos y experiencias y por el resto ya que por ellos habría cosas que jamás habría logrado, por aquellas mesas redondas en casa, llenas de filosofía religión y política, que algún día fueron y en espera de que vuelvan.

A mis amigos de vida y de la infancia, con quienes tengo el gusto de compartir este y más logros alcanzados, experiencias inolvidables, y quienes me acompañan por buenos y malos momentos aun en la distancia Icken Hernandez Ruben Rangel, Fabiola Reyes, Angeles Guzmán.

Por todas y cada una de las personas que no puedo mencionar por falta de espacio, pero que conscientes estarán de saber que gracias a su apoyo durante mi formación académica desde la preparatoria hasta la actualidad fueron y seguirán siendo piezas fundamentales y trascendentes en mi andar por la vida, por sus enseñanzas y por compartir gran parte de su valioso tiempo a mi lado, les estoy agradecido.

A mis compañeros de Residencia, con quienes comparto un logro más pese a todas las adversidades encontradas en el camino y que gracias a ello, valoramos y compartimos sentimientos de lealtad, respeto y justicia.

Algún día me preguntaron ¿si iba a lograrlo? La respuesta me la dio Dios, dándome fortaleza en mis momentos de debilidad, ayudándome a ser un buen médico para ayudar a mi familia y a los que en verdad lo necesitan.

Porque todos los días me levanto pensando en él y con el espero terminar Gracias por todo Dios.

"Por mi Raza Hablara el espíritu"

INDICE

Introducción.....	5
Marco Teórico.....	6
Antecedentes Científicos.....	12
Planteamiento del Problema.....	14
Pregunta de Investigación.....	14
Objetivo del Estudio.....	15
Expectativa Empírica.....	15
Metodología.....	15
Identificación de Variables.....	15
Cuadro de variables.....	16
Diseño de Estudio.....	17
Universo de Trabajo.....	17
Población de Estudio.....	17
Muestra.....	17
Determinación Estadística del Tamaño de la Muestra.....	17
Tipo de muestreo.....	17
Procedimiento para la Integración de la Muestra.....	17
Criterios de Selección:	
Criterios de Inclusión y no Inclusión.....	18
Descripción del Instrumento de trabajo.....	18
Hoja de recolección de información.....	19
Análisis Estadístico.....	20
Difusión del Estudio.....	20
Consideraciones Éticas del Estudio.....	20
Resultados.....	21
Análisis de Resultados.....	35
Conclusiones.....	36
Sugerencias.....	37
Bibliografía.....	38
Anexos:.....	40
Anexo 1: Cronograma.....	41
Anexo 2: Encuesta EMPAM.....	42
Anexo 3: Hoja de recolección de datos.....	43
Anexo 4: Carta de Consentimiento.....	44

MEXICO, D.F. NOVIEMBRE DEL 2014

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la población adulta mayor, definida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), como aquella persona mayor de 60 años generada por la transición epidemiológica, lo cual según cifras del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI), en nuestro país alcanzará para el 2050 un número de 1,342 millones de adultos mayores, destacando las enfermedades crónicas de este grupo, las cuales pueden perjudicar abrumadoramente el estado de salud del individuo con repercusiones y gastos importantes a las instituciones de salud.

Dentro de las enfermedades crónicas más frecuentes en este grupo etario, tenemos a la Diabetes Mellitus, la cual, en la actualidad suma importantes índices de mortalidad y de complicaciones crónicas que se incrementan con el factor irreversible que es la edad; esta patología tiene alta prevalencia a nivel mundial y nacional; el descontrol glucémico incrementa la morbilidad y la mortalidad, además de impactar en áreas de la funcionalidad y la calidad de vida que repercuten en todas las esferas del enfermo.

La violencia está muy poco estudiada en nuestro medio, y más aún en los adultos mayores, en nuestro país no se cuenta con líneas de investigación que revelen como la violencia del adulto mayor diabético este asociada a descontrol glucémico, el presente trabajo pretende indagar sobre ese fenómeno.

Es tarea del médico del primer nivel realizar una detección oportuna de factores que contribuyen a demeritar la calidad de vida del adulto mayor y que intervienen negativamente en el control de sus enfermedades crónicas, para disminuir las complicaciones y contribuir a la reducción de gastos en los diferentes niveles de salud institucional.

ASOCIACION DE VIOLENCIA Y EL DESCONTROL GLUCEMICO EN EL ADULTO MAYOR DIABETICO ADSCRITO A LA UMF 94

MARCO TEORICO

Adulto Mayor

La progresiva transformación que viene experimentando la estructura etaria de la población mexicana y a nivel mundial, es un fenómeno que compromete a todos los grupos poblacionales, y resulta más evidente en los adultos mayores; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se denominan grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) contempla a aquellas personas mayores de 65 años en países desarrollados y de 60 años en países en desarrollo llamadas como ancianos o adultos mayores, por lo que basándonos en esta literatura podemos considerar a una persona anciana en México a aquella que supere los 60 años de edad, y según catedráticos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) estiman que la esperanza de vida en México se irá incrementado.¹

Cifras del fondo de población de las naciones unidas (UNFPA) muestran que 11.5% de la población mundial tiene una edad de 60 años; en el 2050 esperan que uno de cada 5 habitantes del planeta tendrá 60 años y más; en México, por ser una región menos desarrollada se alcanzara el 19.5%, lo cual significa que una de cada 3 personas será adulto mayor para esta fecha.^{1,2}

A nivel nacional, según cifras de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), existe una población en el año 2012 de 10.9 millones de personas de 60 años y más, de los cuales 31.1% están en una etapa de pre vejez de 60-64 años, 41.3% se encuentran en una vejez funcional de 65-74 años, 12.5% en una vejez plena de 75 a 79 años y 15.1% en una vejez avanzada de 80 años y más.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el 2012 (ENSANUT), refleja que en la población de 60 años y más, el 11.7% del total de los derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) pertenecen a este grupo etario, al preguntar el informante del hogar el principal lugar de atención de los adultos mayores se menciona al IMSS con 32.3%.²

El IMSS ofrece atención integral a la población derechohabiente en todos los niveles de salud para educar, orientar, prevenir, identificar el diagnóstico, ofrecer tratamiento y manejar las secuelas, para lograr ofrecer dichos servicios en salud es indispensable potenciar el enfoque de riesgo y conocer de mejor manera la transición demográfica con la finalidad de apegarse a los programas emergentes que contienen estrategias específicas que contribuyen a cubrir las necesidades de salud de la población.

De tal manera que se implementan Programas integrales como lo es PREVENIMSS, puesta en operación en 2002, que consiste en la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la Promoción de la Salud, la Vigilancia de la Nutrición, la Prevención, Detección, Control de Enfermedades y la Salud Reproductiva; y muy específicamente Chiquitimss, Juvenimss, Diabetimss y Geriatrimss, entre otros; para alcanzar dicho propósito se tuvo que avanzar a la Atención Preventiva Integrada, que consiste en realizar las acciones en una sola consulta, reduciendo de esta forma el número de consultas necesarias para cumplir cabalmente con cada programa.

La población estimada del 2012 en el Distrito Federal es de 8,851,080 habitantes, de los cuales a la Delegación Gustavo A. Madero le corresponden 1,185,772 habitantes, de ellos los derechohabientes del IMSS en esa región es de 2,229,863 habitantes.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 94, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social se cuenta con 182,339 derechohabientes adscritos, de los cuales hay 30,994 adultos mayores y se reportan ser portadores de diabetes mellitus tipo 2 un total de 3,045 derechohabientes hasta noviembre del presente año.^{3,4}

Violencia y el adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la violencia como “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o grupo comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”; tal definición incluye amenazas, intimidación, descuido de actos por omisión, maltrato físico, sexual y psíquico, así como el suicidio la autoagresión, y los comportamientos violentos que no necesariamente causan lesiones o la muerte; dentro del análisis de la violencia también se debe considerar su naturaleza, que puede ser: física sexual y psicológica.

Para describir la violencia hacia las personas se toma la clasificación proporcionada por la OMS en el 2003, la cual consta de tres tipos de violencia: auto infligida, colectiva e interpersonal; esta última a su vez se divide en dos subcategorías: violencia familiar y violencia comunitaria, la primera surge entre miembros de la familia o la pareja tales como: el maltrato a menores, la violencia en la pareja y finalmente el maltrato a personas mayores, mismo que será eje central de la presente investigación.⁵

La presencia del maltrato hacia el adulto mayor aun es desconocida, debido a que no existe una definición ampliamente aceptada sobre el abuso en este grupo tan vulnerable; aunque la violencia hacia personas mayores ocurre desde la antigüedad, su estudio es muy reciente, es hasta la segunda mitad del siglo XX que se comenzó a prestar atención de manera creciente al fenómeno de la violencia en este grupo etario.

La universidad católica de chile la define como: “*situación no accidental, en la cual una persona sufre un trauma físico, privación de necesidades físicas básicas o injuria mental, como resultado de acto u omisión por un cuidador*”.⁶

El IMSS considera que “El maltrato al adulto mayor lo constituye cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de sus derechos fundamentales del individuo de 60 años y más, el cual puede ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional”.⁷

Por su parte Grecia, define la violencia hacia personas mayores específicamente en el contexto familiar de la siguiente manera: “El maltrato a personas mayores en el ámbito familiar se define como la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada (en este último caso, de carácter intencional o no intencional) que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación en el contexto de las relaciones familiares en la que exista una expectativa de confianza”.^{8, 9, 10}

Otra de las múltiples definiciones a considerar, es la mencionada por Álvarez en el 2009, en un artículo referido a maltrato en el adulto mayor en la ciudad de México donde adopta la descrita por España en un consenso, mencionando lo siguiente: “Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”.⁹

Finalmente revisaremos la definición aportada en el informe OMS del 2003: “El maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor”.^{5, 10}

Según estas definiciones el maltrato a mayores se puede llevar a cabo por acciones u omisiones, descuidos que pueden ser intencionales o no; también pueden ser de carácter físico o psicológico, el cual implica agresiones emocionales o verbales, y existe en cualquier clase social o racial, independientemente del sexo, nivel educativo y del estado de desarrollo del país en donde se presente.¹⁰

Sin embargo, el maltrato a personas mayores varía de acuerdo a los valores de cada cultura; de hecho el mayor problema al que se enfrenta el estudio del abuso a personas mayores, radica en la falta de una definición universal, ya que con la diversidad de significados que cada grupo de investigación le atribuye, cada uno obtiene sus propios resultados y aumenta la confusión entre los términos “negligencia” y “maltrato físico”; es así que las definiciones realizadas por instituciones son muy vagas; las legales, solo se ocupan de las conductas que ponen en peligro la salud de los afectados; las médicas, se dedican a describir las lesiones, su etiología y a dar un tratamiento; finalmente las sociales, incluyen las conductas abusivas que interfieren o pueden interferir negativamente en el desarrollo integral del adulto mayor.^{10, 13, 14, 15}

Tipología

Se agrupan en las siguientes categorías: maltrato físico, psíquico o emocional, económico o material, abuso sexual y descuido o negligencia.

El maltrato físico, se refiere a toda acción que provoque o pueda provocar daño o lesiones físicas, así como ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o uso de drogas.

El maltrato psíquico o emocional, es cualquier acto, generalmente verbal que provoque o pueda provocar daño psicológico al adulto mayor. Incluye acciones como insultar, gritar, ignorar, amenazas de abandono e institucionalización (ser recluidos en una residencia geriátrica); en general, el abuso psicológico suele provocar en el anciano sentimientos de angustia o vergüenza a causa de burlas, acoso y/o manipulación.

El descuido o negligencia, es el abandono de las obligaciones en los cuidados del adulto mayor, como privarlo de necesidades básicas de higiene o alimentación y/o el uso inadecuado de medicamentos; puede considerarse independientemente de la intencionalidad o no de causar sufrimiento físico o emocional a la persona mayor.^{5, 7, 14}

El abuso económico o material, significa hacer uso de recursos de una persona mayor en forma ilícita; regularmente la explotación económica tienen como víctimas más vulnerables a hombres y mujeres de la tercera edad que viven solos; los perpetradores de estos abusos pueden ser familiares o no tener parentesco con la víctima. Así, por ejemplo, cuando una persona se muestre renuente a gastar el dinero del anciano o bien, preocuparse más por la administración del dinero que por el adulto mayor.^{5, 7, 9, 10}

El abuso sexual, se refiere a tener contacto sexual no consentido de cualquier tipo con una persona mayor, la cual es utilizada como medio para obtener gratificación sexual.

Estas cinco formas de abusar del adulto mayor, suponen que los malos tratos en este grupo etario, constituyen un problema social y de salud en todo el mundo, lo cierto es que se torna indispensable realizar más investigaciones para conocer a profundidad este problema.^{5, 7, 8, 9, 14,}

En la mayoría de los casos, los perpetradores de los abusos suelen ser personas conocidas o familiares; muchos de ellos dependientes de estas personas con quienes tiene un vínculo o contacto frecuentes, propiciando el abuso hacia estos.^{5,7, 9, 10, 15}

Existen pocas encuestas que indagan estos lamentables abusos, es el caso del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), en su forma abreviada, con 23 ítems, la cual está validada en la población mexicana; debido a la escasa información documentada al respecto, así como la dificultad que existe para llegar a una definición que permita hacer más accesible el estudio del fenómeno de la violencia en el adulto mayor.^{5,7,9,10, 13,14,15}

Diabetes Mellitus en el adulto mayor

Es una enfermedad crónica y degenerativa, caracterizada por la elevación persistente de la glucosa en sangre (hiperglucemia), asociada a alteración en la secreción de insulina con deficiencia o ausencia de su acción, así como la falta en la sensibilidad de la misma; ocasionando alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, de las proteínas y de los lípidos; su etiología es multifactorial.¹⁶

Criterios de control glucémico en adultos mayores

Con una o dos enfermedades crónicas coexistentes, estado cognoscitivo intacto y funcionalidad conservada:

- HbA1c <7.5%
- Glucemia en ayuno o preprandial de 90-130 mg/dl

Con tres o más enfermedades crónicas coexistentes o dependencia funcional leve o deterioro cognoscitivo:

- HbA1c <8.0%
- Glucemia en ayuno o preprandial de 90-150 mg/dl

Con enfermedad crónica en estadios graves, con dependencia funcional moderada o grave o síndrome demencial, frágil o institucionalizado:

- HbA1c <8.5%
- Glucemia en ayuno o preprandial de 100-180 mg/dl¹⁷

La federación internacional de diabetes (FID) en su último congreso en Melbourne en diciembre del 2013, menciona que 371 millones de personas en el mundo padecen de diabetes y de estos 4.8 millones mueren por causa de alguna complicación.

México por otra parte es mencionado por la FID, como unos de los países dentro de los primeros 10 en el ranking mundial con diabetes, y que al igual que los demás países estas cifras se verán duplicadas para el 2030, generando un impacto socioeconómico en todas las naciones.^{18, 19}

En nuestro país, esta enfermedad la segunda causa de morbilidad y mortalidad, y sus tasas van en aumento; lo anterior, mencionado en el último boletín del primer trimestre del 2013, emitido por la Dirección General de Epidemiología (DGE), donde documenta que existe la tendencia hacia el incremento en el desarrollo de complicaciones en la edad adulta.

En un contexto donde se informa que en cuanto al envejecimiento de la población en adultos mayores pasará de 7% en el año 2000, a 12.5% en 2020 y a 28% en el 2050.²⁰

Las estadísticas de mortalidad en México muestran que los hombres diabéticos viven en promedio tres años menos que las mujeres diabéticas, 67 y 70 años, en promedio respectivamente, según la federación mexicana de la diabetes (FMD).²¹

El grupo etario denominado como adulto mayor requieren un mayor número de atenciones en los servicios de salud, ya que se tienen altos índices de morbilidad y mortalidad hospitalaria que en el resto de la población; a causa del aumento en la incidencia de enfermedades crónicas degenerativas (ECD).

Existe un decremento en el número de defunciones por otras patologías, en comparación al incremento que se está teniendo con las ECD en los últimos 20 años, tanto en el grupo específico de los adultos mayores como en la población general; dentro de las cinco principales causas de muerte se encuentra la diabetes mellitus, por lo que los costos de la atención a la salud de los adultos mayores se incrementarán, implicando el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos más costosos, lo cual se asocia a periodos de hospitalización más prolongados.^{1, 2, 3}

La incidencia de diabetes entre los adultos mayores se ha incrementado, actualmente el 50% de todos los sujetos mayores de 65 años del mundo presentan diabetes; en México se tiene un incremento anual del 41.1% entre toda la población, y en los adultos mayores la incidencia aumentó a un 40%; en el 2011 se observa una morbilidad hospitalaria muy alta, ubicada y centrada en la población de 75 a 79 años (842 y 915 por cada 100 mil habitantes respectivamente); en el 2010 las cardiopatías y la diabetes representan aproximadamente el 24% de las patologías por causa de defunción de la población adulta mayor; así mismo, el programa de atención al envejecimiento indica que para el IMSS, la primer causa de muerte en pacientes mayores de 65 años, la ocuparon la enfermedades crónicas degenerativas, en primer lugar la diabetes mellitus.^{2, 3}

Dentro de los factores que determinan un buen control glucémico, están aquellas intervenciones en el estilo de vida: cambios oportunos como la actividad física rutinaria y un plan de alimentación adecuado; sin olvidar la revisión periódica con el médico con modificación de factores que impactarán negativamente en el control glucémico y en la calidad de vida; por lo tanto, el indagar abuso en el adulto mayor es restar factores adversos.^{16, 18, 20, 21.}

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La primera vez que se describió el maltrato a personas mayores fue en 1975, en revistas científicas británicas utilizando el término “granny battering” (abuela golpeada) y a finales de los años 70 se logró unificar el término: “maltrato a personas mayores”, descartando el primer término.

Este tema está tomando importancia en distintos países del mundo, ya en 1986 se realizaron las primeras reuniones multidisciplinarias en Israel donde se trabajó en torno al estrés, conflictos y abusos en el adulto mayor. En Estados Unidos, según estudios realizados en la Universidad de Hampshire, cada año, alrededor de 1.000.000 de americanos de edad avanzada son lesionados físicamente o que sufren apremio psicológico o abandono por algún miembro de la familia. Actualmente la preocupación por el maltrato a personas mayores posiblemente ha incrementado por la conciencia que se tiene de que en los próximos decenios se producirá un aumento significativo de la población de este grupo.²²

Las primeras publicaciones al respecto, en el ámbito médico, sobre el maltrato a personas mayores las encontramos durante los años 80, donde se registraron investigaciones científicas, así como medidas gubernamentales en Estados Unidos, Francia y España; con el paso de los años se unieron países como Argentina, Brasil, Chile, India, Israel, Japón, Reino Unido, Sudáfrica y otras naciones europeas.⁹

En Francia se publicó la *Carta de Derechos y Libertades de la Persona de Edad Dependiente* con el propósito de sensibilizar a la opinión pública, sobre este importante problema; pero no fue sino hasta la realización de la primera conferencia nacional de consenso sobre el anciano maltratado, en España en el año de 1995, cuando se acordó definir el maltrato al anciano.

En la actualidad este problema se encuentra dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), y está considerado dentro del rubro de la negligencia, abandono y otros síndromes de maltrato, dejando en otro término al abuso y otros tipos de violencia; hasta el día de hoy no existen reportes con cifras exactas de este problema social, la realidad es que el maltrato afecta a un número elevado de ancianos y se refiere al trato abusivo que reciben las personas mayores por parte de sus cuidadores, familia y extraños. Durante el XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria realizado en 2004, se mencionó, que el maltrato por negligencia es el más frecuente pero también se producen abusos psicológicos, económicos y físicos.^{12, 13}

En México, hay muy poca información sobre la temática de maltrato, abandono y negligencia; el marco legal es relativamente nuevo; la violencia en contra del anciano se encuentra en fuentes o estudios aislados que no reflejan objetivamente la magnitud y trascendencia del problema; los datos existentes son los reportados por ciertas instituciones, como el Centro de Atención a la Violencia Familiar, el Instituto Nacional del Adulto Mayor, el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), o el Hospital General de México, cuyos resultados son útiles, pero no representativos de la situación que prevalece en México, en donde se ha reportado una prevalencia de maltrato en el anciano del 25.9%, en la cual no hubo información que reflejara si la edad había constituido un factor de riesgo para el maltrato al igual que el género; el tipo de abuso que predominó fue el psicológico y la negligencia.^{12, 13, 14, 15}

Es complejo el proceso de detección del maltrato del adulto mayor, no hay escalas ni instrumentos que sean muy específicos para su identificación; sin embargo, se han creado numerosos protocolos o guías para poder ayudar a los profesionales en la búsqueda del maltrato en el paciente geriátrico; en 1997, González referido por Bover, comentaba: *los instrumentos de medida del maltrato que se encuentran en la actualidad no están muy perfeccionados ni adaptados a las diversas realidades culturales, la entrevista se conforma como el método fundamental para la detección del riesgo o certeza del abuso o maltrato.*

Asimismo, ante las diversas problemáticas existentes en la transición demográfica en nuestro país, se obtuvo con la encuesta EMPAM en 2006, la cual estimó para la Ciudad de México una prevalencia de 16.2% de violencia en el adulto mayor para ese año, originando una importante herramienta para el estudio de maltrato en el adulto adoptada posteriormente por otros países latinos como Chile.

Un ejemplo de instrumento es el realizado en España en el año 2008 donde se aplicó un “baremo” o escala de sospecha de maltrato a ancianos (SMA) que valora y puntualiza signos o síntomas sugerentes de negligencia, actitud del cuidador y cumplimiento terapéutico, y que se utiliza como instrumento diagnóstico del llamado *Síndrome del anciano maltratado*; puede decirse que no hay instrumentos con alta sensibilidad o especificidad para la detección de maltrato en el anciano, sin embargo, la American Medical Association (AMA) recomienda que haya una formulación de preguntas directas en los exámenes periódicos de salud que se practica a los ancianos.^{11, 13, 15}

En México el desarrollo de una escala para el diagnóstico de síndrome de maltrato en los adultos mayores (SMAM) significó un gran avance; en los Estados Unidos se realizó una propuesta metodológica, con el denominado *Elder Assessment Instrument (EAI)*; este instrumento tiene como objetivo el acercamiento para la detección del anciano que sufre algún tipo de maltrato, el cual mide la negligencia, estilo de vida, evaluación social y médica, además del componente psicoemocional en el anciano.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, realizada en 2011, muestra que 17.8% de las mujeres con 60 y más años de edad habían sufrido al menos un tipo de violencia en los últimos doce meses por parte de su pareja actual.¹⁵

En México en un estudio de la violencia en el adulto mayor, donde el objetivo fue estimar la prevalencia de maltrato familiar y determinar los factores de riesgo asociados en una zona rural durante la rotación de campo en Ocozocoautla (Chiapas), como parte del Curso de Especialización en Epidemiología en el Instituto Mexicano del Seguro Social se demostró que la prevalencia global de la violencia familiar en los ancianos fue de 8,1%, distribuyendo el abuso físico 3,4%, el maltrato psicológico 7%, el abuso sexual 0,6% y el abuso financiero de 2,2%; fueron varios factores que se asociaron fuertemente con la violencia familiar.

En la actualidad, la preocupación por el maltrato a personas mayores, tal vez ha incrementado por la conciencia de que en nuestro país se tiene escasa y pobre información sobre el adulto mayor violentado, lo que origina que no se cuente con publicaciones o instrumentos con alta especificidad ni sensibilidad para la detección del mismo.^{9, 23, 24}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El adulto mayor es una persona vulnerable a la sociedad, la frecuencia de maltrato hacia este grupo etario aun es desconocida; aunque la violencia hacia personas mayores ocurre desde la antigüedad, su estudio es muy reciente, es hasta la segunda mitad del siglo XX que se comenzó a prestar atención de manera creciente a este fenómeno; la diabetes mellitus es una enfermedad crónica y degenerativa muy frecuente en los adultos mayores, su descontrol es causa de complicaciones agudas y crónicas con alto impacto en todos los recursos en salud, por lo que se considera de suma importancia contribuir al esclarecimiento de una de las posibles variables que contribuyen al descontrol glucémico del adulto mayor diabetes mellitus tipo 2; nuestra sociedad está inmersa en contextos violentos dentro del ámbito familiar, es deber del médico de primer contacto el atender holísticamente a las personas mayores y utilizar instrumentos que indaguen algún tipo de violencia hacia su persona.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existe asociación entre la violencia y el descontrol glucémico en el adulto mayor diabético adscrito a la UMF 94?

JUSTIFICACION

En el IMSS, el grupo etario del adulto mayor está en aumento, al igual que la Diabetes Mellitus tipo 2, son elevados los recursos que se implican en la atención de estos adultos mayores con diabetes, cuando existen complicaciones agudas y crónicas; este grupo es vulnerable a la sociedad y a la familia, cursan con descontrol crónico en un alto porcentaje; es importante determinar sin un abuso hacia su persona contribuye al descontrol de su enfermedad.

MAGNITUD: alta y relevante ya que mostrara la importancia de no pasar desapercibida la existencia de la violencia en el adulto mayor por poder condicionar un descontrol glucémico en pacientes a los que en la actualidad no se les ha indagado dicho factor; es un problema de salud pública que conlleva complicaciones con impacto en las finanzas institucionales.

TRASCENDENCIA: el detectar oportunamente la violencia en este tipo de pacientes lograra contribuir al adecuado manejo del control glucémico en quienes se dificulta por la relación que estas guardan.

FACTIBILIDAD: se cuenta con los elementos y recursos necesarios para realizarse, así como son los recursos humanos, físicos y materiales.

VULNERABILIDAD: el adulto mayor diabético que sufre de violencia es muy probable que curse con descontrol glucémico, lo cual podría evitarse mediante asesoría y orientación, con un buen ambiente familiar, lo que traerá consigo una mejor calidad de vida al paciente y una importante reducción de los gastos económicos que presentan diversas instituciones por los pacientes que no logran llevar un adecuado control glucémico.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación de violencia y el descontrol glucémico en el adulto mayor diabético adscrito a la UMF 94.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Identificar el tipo de violencia que vive el adulto mayor diabético adscrito a la UMF 94.
- 2) Reconocer la frecuencia de descontrol glucémico en el adulto mayor diabético adscrito a la UMF 94.

HIPOTESIS

HIPOTESIS NULA

Existe asociación de violencia y el descontrol glucémico en el adulto mayor diabético adscrito a la UMF 94.

HIPOTEIS ALTERNA

No existe asociación de violencia y el descontrol glucémico en el adulto mayor diabético adscrito a la UMF 94.

METODOLOGIA

IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES UNIVERSALES

- Edad
- Género
- Estado civil
- Ocupación
- Escolaridad
- Control Glucémico.

VARIABLES DE ESTUDIO

- Violencia

CUADRO DE VARIABLES

Variables universales

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías de la variable
EDAD	Tiempo cronológico del individuo desde el nacimiento a la actualidad. Edad en años	Tiempo de vida del participante referido en años	Años referidos por el participante	Cuantitativa Discreta	Razón	Años
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos de educación escolarizada seguidos en un establecimiento docente	Último grado académico que tiene el participante.	Lo referido por el participante	Cualitativa Policotómica	Ordinal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato/Técnico 5. Licenciatura 6. Posgrado
GÉNERO	Característica fenotípica del participante	Orden biológico referido como identidad del participante.	Lo referido por el participante	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1.Hombre 2.Mujer
ESTADO CIVIL	Relación que guardan 2 personas ante la sociedad para un fin común	Categoría jurídica de pareja ante la sociedad	Lo referido por el participante	Cualitativa Policotómica	Nominal	1.Soltero 2.Viudo 3.Divorciado 4.Casado
OCUPACIÓN	Actividad en la que se emplea el tiempo, que permite desempeñar a un sujeto una profesión u oficio	Tipo de trabajo actividad que realiza el participante	Lo referido por el participante	Cualitativa Policotómica	Nominal	1.Aún trabaja 2. Pensionados o jubilados. 3.Labores del hogar 4. Desempleado
DESCONTROL GLUCEMICO	Cifras o metas deseadas para lograr una mejor calidad de vida del paciente así como para evitar complicaciones	Cifras de Hemoglobina glucosilada, por arriba de parámetro con base a la Guía de Práctica Clínica del IMSS para el adulto mayor	Registro de la Hemoglobina glucosilada en el expediente	Cuantitativa Continua	Razón	1.->7.5%

Variables de estudio

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías de la variable
VIOLENCIA	La violencia se considera todo acto o acción que perjudique la integridad física y psicológica de la o las personas agredidas, generando un daño a su salud.	El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o grupo comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.	Instrumento determinado a indagar abuso -sexual -psicológico -física -económico -negligencia	Cualitativa policotómica	Nominal	1. Física 2. Psicológica 3. Negligencia 4. Económico o Material 5. Sexual

DISEÑO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal.

UNIVERSO DE TRABAJO

Adultos mayores diabéticos con descontrol glucémico.

POBLACIÓN

Adultos mayores diabéticos con descontrol glucémico derechohabientes del IMSS.

MUESTRA

Adultos mayores diabéticos con descontrol glucémico derechohabientes del IMSS de la UMF 94 durante el periodo de realización del estudio.

TIPO DE MUESTREO

No probabilística por conveniencia.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

No necesaria por tomar el total de adultos mayores diabéticos que cuentan con estudio de control glucémico estándar de oro (hemoglobina glucosilada) que están en descontrol durante el periodo comprendido de un trimestre (01 de diciembre del 2014 al 28 de febrero del 2015).

PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA MUESTRA

La integración de la muestra de las pacientes adultos mayores diabéticos de la UMF No. 94 del IMSS, será con base a los archivos listados en el reporte de área de informática médica y archivo clínico (ARIMAC) de pacientes con diabetes, cuyo documento contiene los datos de la unidad médica con información que ofrece la posibilidad de localizar a la paciente adulto mayor por medio del nombre y número de afiliación, consultorio y turno; se indagará en el expediente la hemoglobina glucosilada (>7.5%), edad (>60 años) y comorbilidades (solo diabetes), tras los criterios de selección, se procede a la identificación, se realizará el contacto el día que acude a cita de control y bajo consentimiento informado se procederá al llenado de la hoja de recolección de datos, con uso del expediente médico e interrogatorio directo, para determinar el tipo de violencia (con aplicación del EMPAM) y el descontrol metabólico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

De inclusión:

- Derechohabientes mayores de 60 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 de la UMF No. 94 del IMSS.
- Sin presencia de comorbilidad asociada.
- Que tengan registro de Hemoglobina Glucosilada.
- Que acepten ingresar al trabajo de investigación bajo consentimiento informado.

De no inclusión:

- Participantes que no llenen el instrumento al 100%.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

LA ENCUESTA EMPAM

La Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores surge en el Distrito Federal, en el 2006, es resultado de la preocupación en salud y del interés de las instituciones de gobierno y académicas para una mayor contribución en los estudios sobre el tema en América Latina no solo con el fin de generar información si de visualizar con mayor detalle y complejidad una realidad silenciada por el deterioro de nuestros valores humanos. Orientando acciones más concretas que permitan fortalecer las redes sociales de apoyo, mejorar las relaciones sociales en la familia y comunidad con el fin de educar y preparar a la descendencia frente a la dependencia y deterioro en la salud de sus familiares ascendentes, disminuir el aislamiento que sufren las personas en la vejez, mejorar las estrategias jurídicas para proteger los derechos de los mayores, incluso ante sus familiares, entre muchas acciones más.

El presente instrumento busca generar nuevas formas de investigaciones, nuevas líneas de acción y programas de desarrollo social específicos que contribuyan a fortalecer una cultura de los derechos en la vejez y una mejor calidad de vida de las mujeres y hombres adultos mayores.

Hoy en día el maltrato hacia las personas adultas mayores es un tema prioritario en la agenda pública y de estudio, de ahí el interés por desarrollar la **Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores (EMPAM-DF)**, que se constituye como la primera encuesta representatividad sobre este tema en América Latina. La EMPAM-DF contó con el apoyo financiero del Gobierno del Distrito Federal, a través de un Convenio de Colaboración para el levantamiento de dicha encuesta. Asimismo, contó con el apoyo técnico del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (IIS-UNAM), la supervisión de la Secretaría Técnica del IIS-UNAM, de la Comisión especial para la evaluación y seguimiento del proyecto.

Objetivo general de la Encuesta

Obtener información con representatividad a nivel Distrito Federal y generar información sobre la dimensión, caracterización y prevalencia del maltrato hacia personas adultas mayores que residen en la entidad federativa, que permita desarrollar investigaciones que contribuyan a orientar las decisiones en materia de políticas para erradicar este problema social.

En forma específica la EMPAM-DF permite:

- Generar información sobre la prevalencia del maltrato hacia las personas adultas mayores que viven en el Distrito Federal.
- Conocer los factores de riesgo que se asocian con el maltrato hacia las personas adultas mayores.
- Conocer el perfil de la o las personas que cuidan, ayudan o acompañan la mayor parte del tiempo a la persona adulta mayor.
- Obtener información sobre los diferentes tipos de maltrato que sufren las personas adultas mayores.

Esta encuesta ENPAM de violencia en el adulto mayor en su forma abreviada con 23 ítems que involucran dentro de sus preguntas para el maltrato físico, sexual, psicológico, financiero, negligencia y abandono; validada en la población mexicana. En cuanto a la sensibilidad y especificidad de este instrumento se tiene documentado que esta consta del 94 y 90% respectivamente.

(ANEXO 2)

HOJA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se diseñada una hoja exprefeso para recabar los siguientes datos:

Demográficos:

- Edad
- Género
- Estado civil
- Ocupación
- Escolaridad

Metabólico:

- Cifra de hemoglobina glucosilada.

(ANEXO 3)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

El análisis de los datos se realizará con el programa de estadístico SPSS V.20, para buscar la asociación de la variable de estudio se empleará como prueba estadística Chi cuadrada, se aplicara estadística descriptiva para el resto de las variables.

DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Este protocolo de estudio tendrá como objetivo proyectarse en una sesión médica de la Unidad de Medicina Familiar 94 del IMSS así como en un artículo de revista médica indexada.

PROGRAMA DE TRABAJO

- Selección del tema a investigar
- Investigación bibliográfica
- Construcción de Protocolo
- Solicitud de registro de protocolo
- Integración de la muestra
- Recolección de la información
- Elaboración de la base de datos
- Análisis de los resultados
- Elaboración de tesis y escrito médico

(ANEXO 1)

RECURSOS

Humanos: Investigadores involucrados

Físicos: Instalaciones de la UMF

Materiales: Artículos de papelería

Tecnológico: Equipo de cómputo

Financieros: Aportados por el Investigador

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con estricto apego a lo dictado por la Ley Orgánica de Salud, todo participante se beneficiará de realizar toda actividad de investigación bajo consentimiento informado, por tratarse de una encuesta la maniobra de recolección de datos, se considera de bajo riesgo, ya que no pondrá en peligro la vida del adulto mayor diabético.

Nos apegamos a lineamientos internacionales:

-Declaración Helsinski (actualizada 2004)

-Código de Núremberg (1947)

-Código de Belmont

Se asegurará que el participante comprenda los riesgos y beneficios con la libertad de retirarse de la investigación por voluntad en cualquier momento, se actuará con pleno respeto con trato digno y educado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

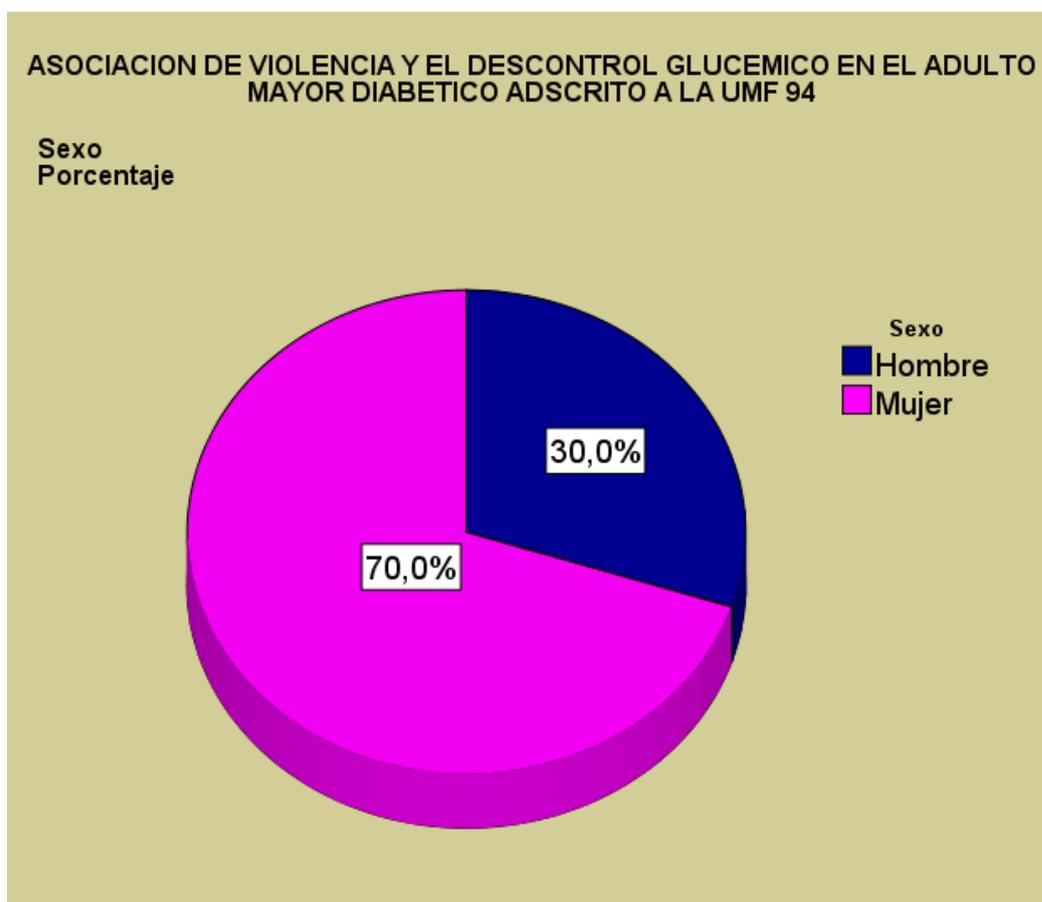
La participación de cada adulto mayor diabético será bajo información con consentimiento.

(ANEXO 4)

RESULTADOS

Frecuencia por Sexo de los pacientes.

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	30	30.0	30.0	30.0
	Mujer	70	70.0	70.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	



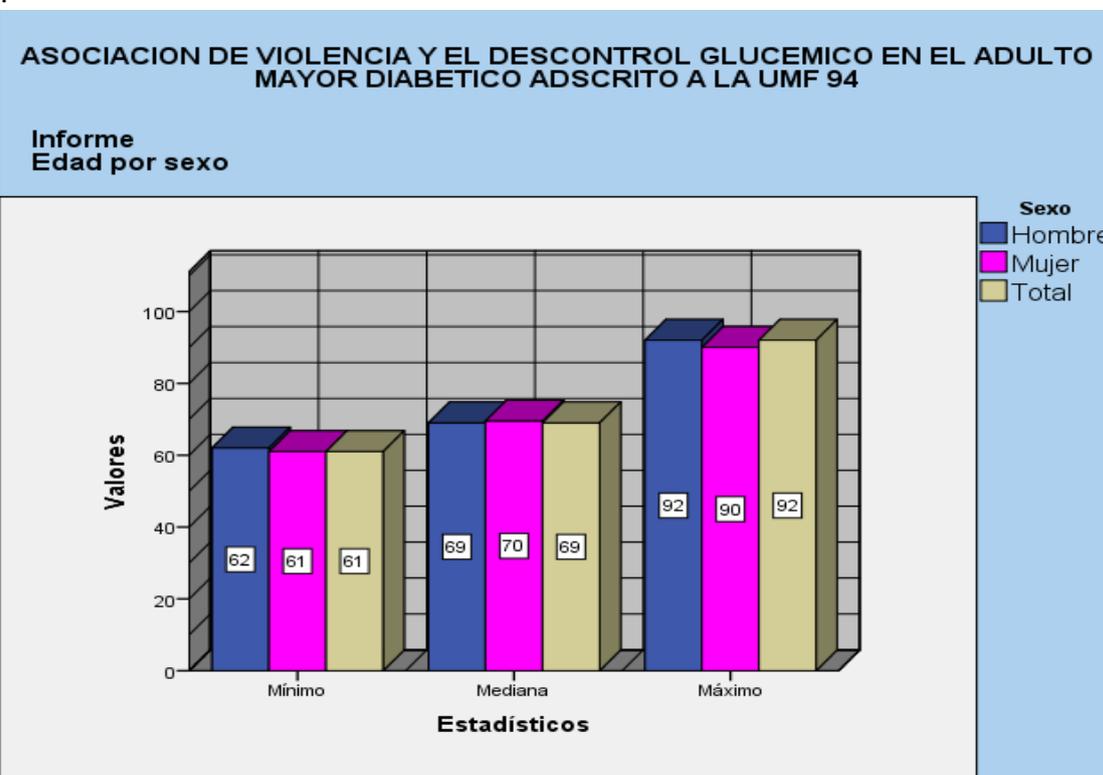
Gráficamente se observa que son más de la mitad, la cantidad de pacientes mujeres que hombres.

Mediana, mínimo y máximo de edad por sexo.

Informe

Edad

Sexo	Mínimo	Mediana	Máximo
Hombre	62	69	92
Mujer	61	70	90
Total	61	69	92

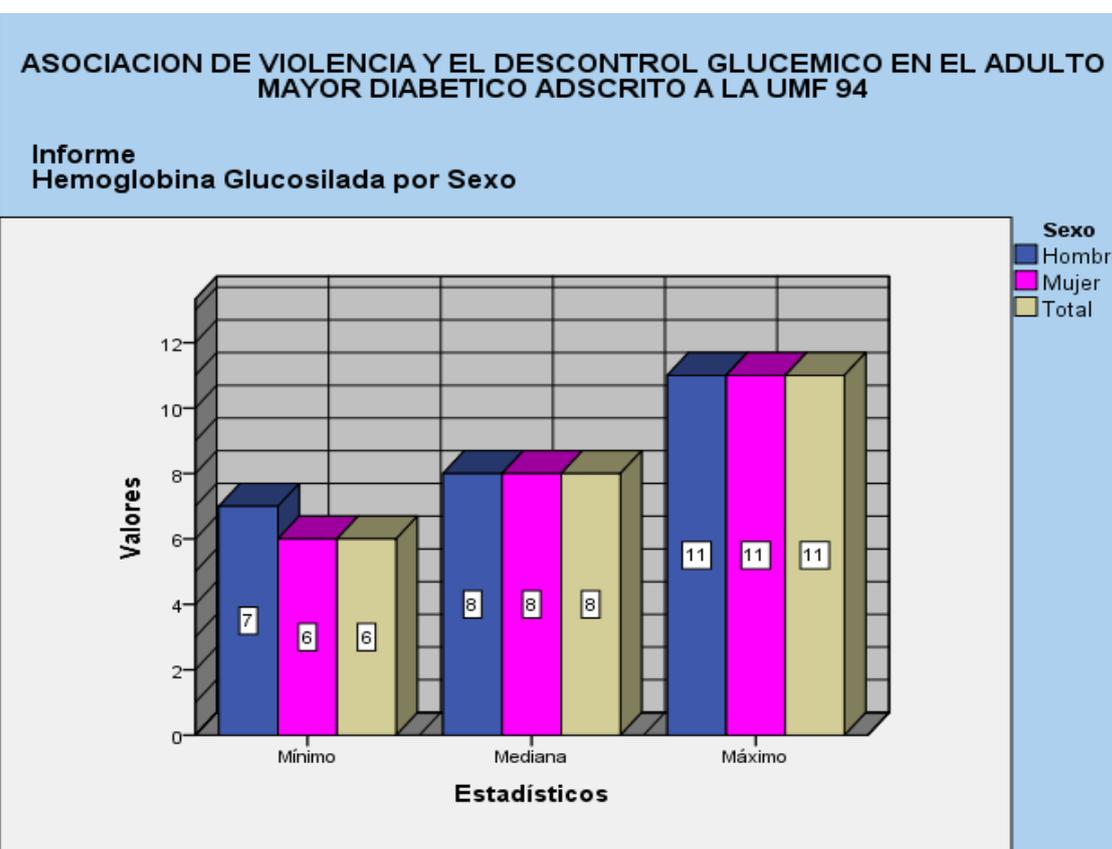


Mediana, mínimo y máximo de Hemoglobina Glucosilada por sexo.

Informe

Hemoglobina Glucosilada

Sexo	Mínimo	Mediana	Máximo
Hombre	7	8	11
Mujer	6	8	11
Total	6	8	11

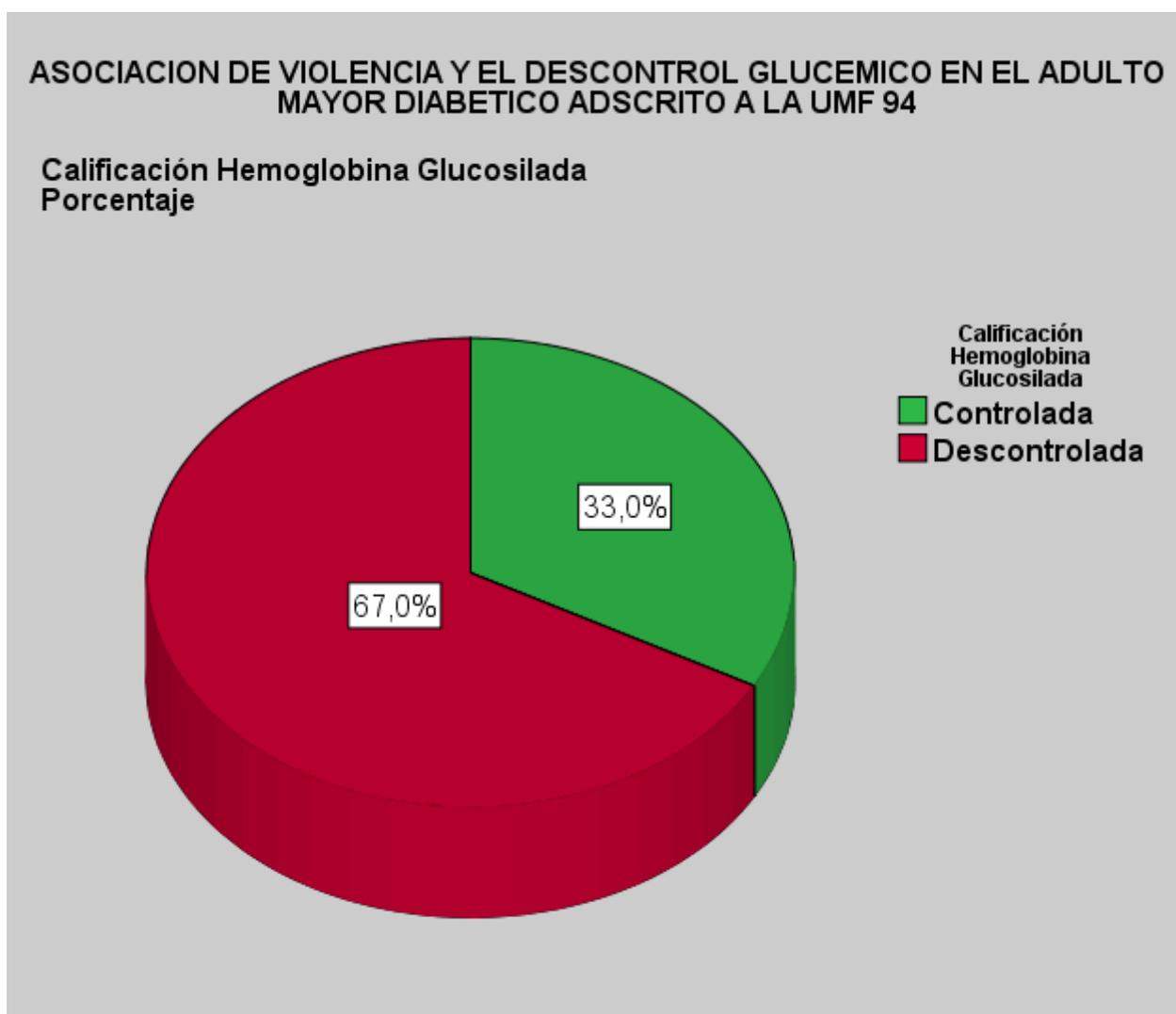


Gráficamente se observa que la mínima es para las mujeres y tanto en la mediana como en la máxima los datos están empatados

Frecuencia de pacientes controlados y descontrolados por Hemoglobina glucosilada.

Calificación Hemoglobina Glucosilada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Controlada	33	33.0	33.0	33.0
	Descontrolada	67	67.0	67.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

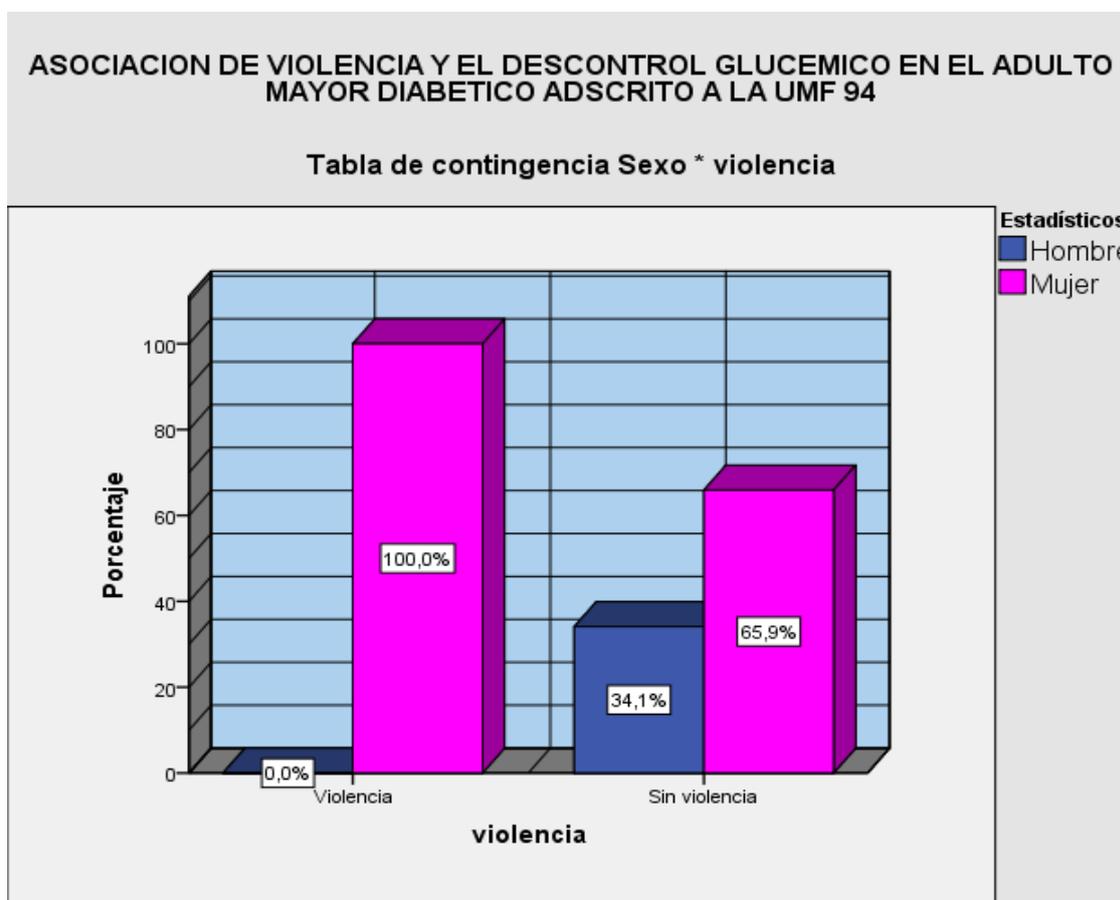


Gráficamente se puede ver que son más los pacientes Descontrolados que los Controlados.

Frecuencia de violencia por sexo.

Tabla de contingencia Sexo * violencia

			violencia		Total
			Violencia	Sin violencia	
Sexo	Hombre	Recuento	0	30	30
		% dentro de violencia	0.0%	34.1%	30.0%
	Mujer	Recuento	12	58	70
		% dentro de violencia	100.0%	65.9%	70.0%
Total		Recuento	12	88	100
		% dentro de violencia	100.0%	100.0%	100.0%

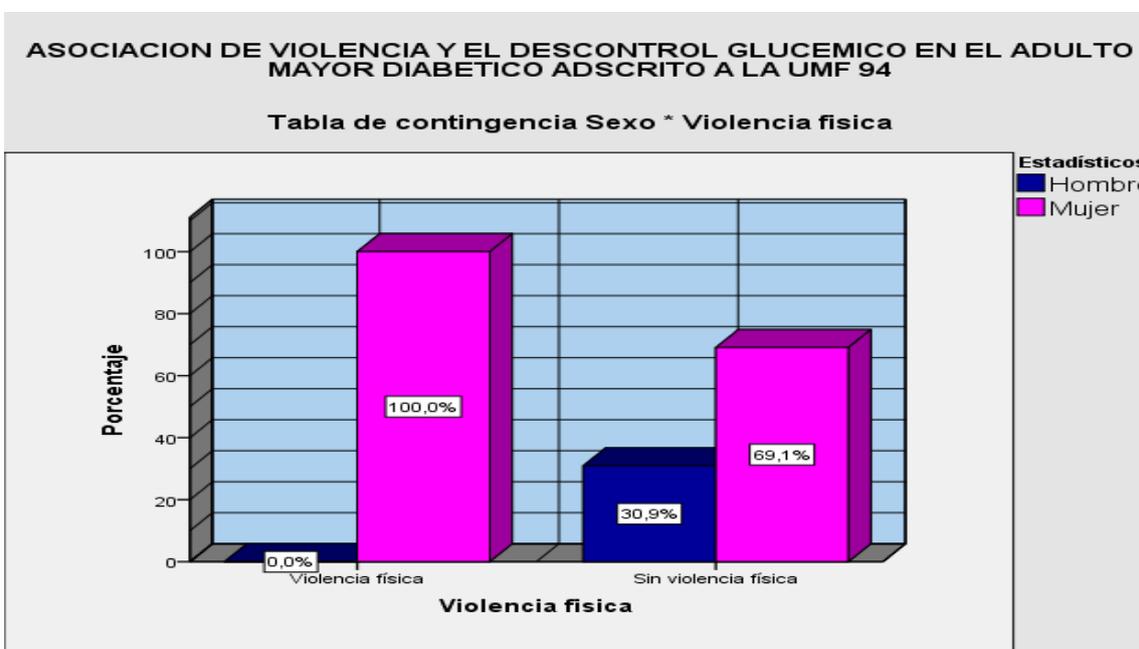


Se observa que es completamente más la cantidad de mujeres que sufren Violencia, a comparación de los hombres, pero de aquellos pacientes que no sufren de violencia es mayor la cantidad de pacientes mujeres que de hombres.

Frecuencia de violencia física por sexo.

Tabla de contingencia Sexo * Violencia física

			Violencia física		Total
			Violencia física	Sin violencia física	
Sexo	Hombre	Recuento	0	30	30
		% dentro de Violencia física	0.0%	30.9%	30.0%
	Mujer	Recuento	3	67	70
		% dentro de Violencia física	100.0%	69.1%	70.0%
Total		Recuento	3	97	100
		% dentro de Violencia física	100.0%	100.0%	100.0%

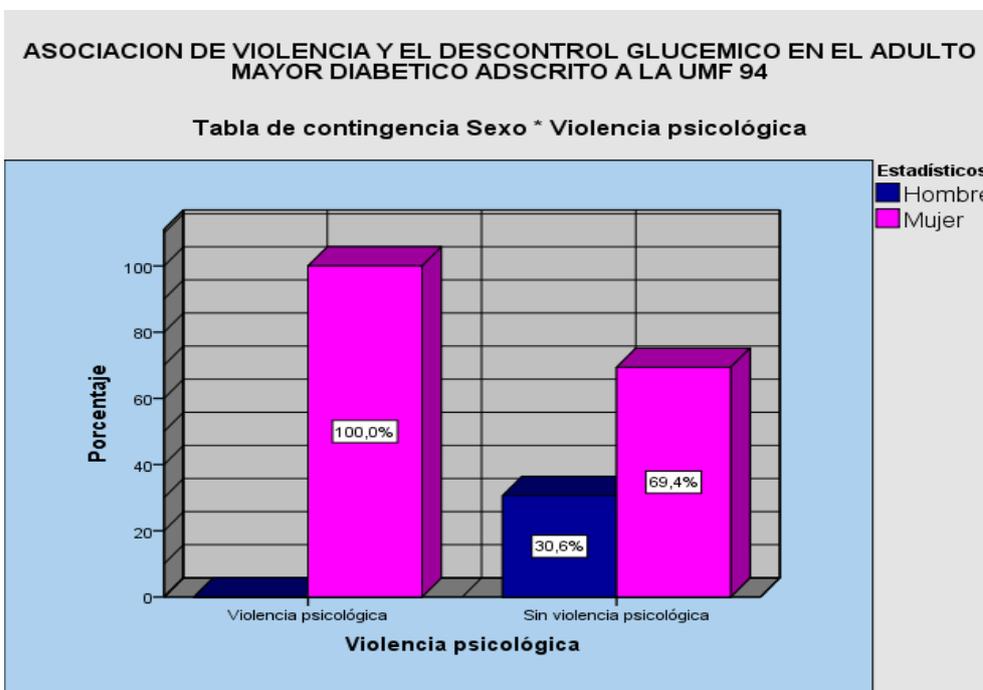


Se observa que como en la gráfica anterior, son completamente más las mujeres que sufren violencia física que los hombres, y en el caso de aquellos que no sufrieron violencia física, es mayor la cantidad de mujeres que los hombres.

Frecuencia de violencia psicológica por sexo.

Tabla de contingencia Sexo * Violencia psicológica

		Violencia psicológica		Total	
		Violencia psicológica	Sin violencia psicológica		
Sexo	Hombre	Recuento	0	30	30
		% dentro de Violencia psicológica	0.0%	30.6%	30.0%
Mujer	Recuento	2	68	70	
		% dentro de Violencia psicológica	100.0%	69.4%	70.0%
Total	Recuento	2	98	100	
		% dentro de Violencia psicológica	100.0%	100.0%	100.0%

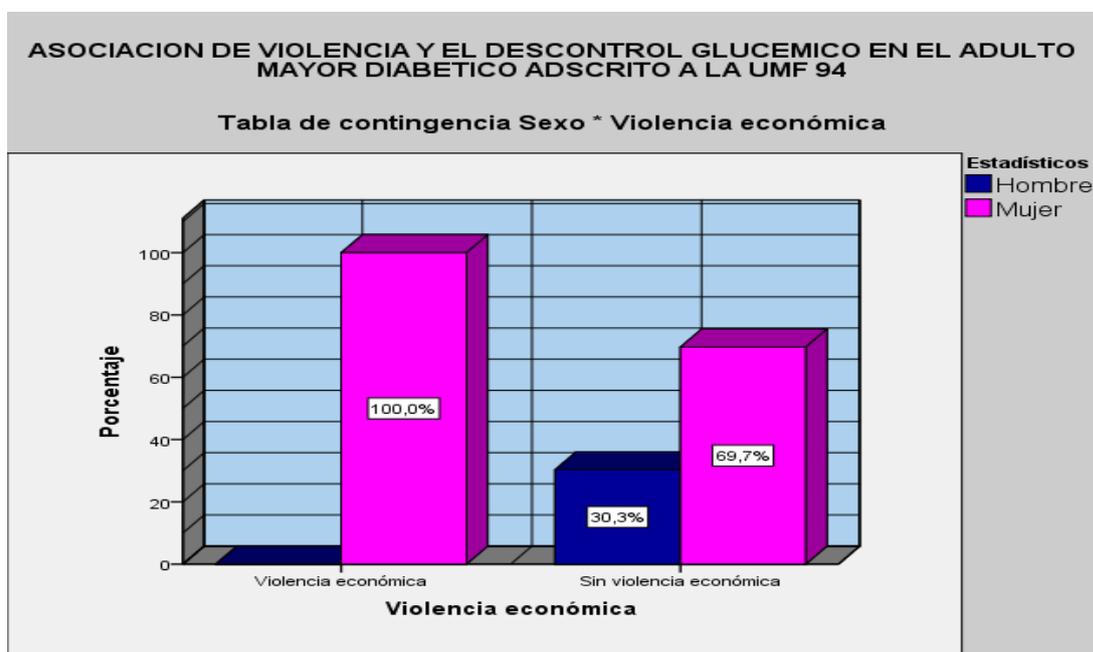


Se observa que como en la gráfica anterior, son completamente más las mujeres que sufren violencia psicológica que los hombres, y en el caso de aquellos que no sufrieron violencia psicológica, es mayor la cantidad de mujeres que los hombres.

Frecuencia de violencia económica por sexo.

Tabla de contingencia Sexo * Violencia económica

		Violencia económica		Total	
		Violencia económica	Sin violencia económica		
Sexo	Hombre	Recuento	0	30	30
		% dentro de Violencia económica	0.0%	30.3%	30.0%
	Mujer	Recuento	1	69	70
		% dentro de Violencia económica	100.0%	69.7%	70.0%
Total		Recuento	1	99	100
		% dentro de Violencia económica	100.0%	100.0%	100.0%



Se observa que como en la gráfica anterior, son completamente más las mujeres que sufren violencia económica que los hombres, y en el caso de aquellos que no sufrieron violencia económica, es mayor la cantidad de mujeres que los hombres.

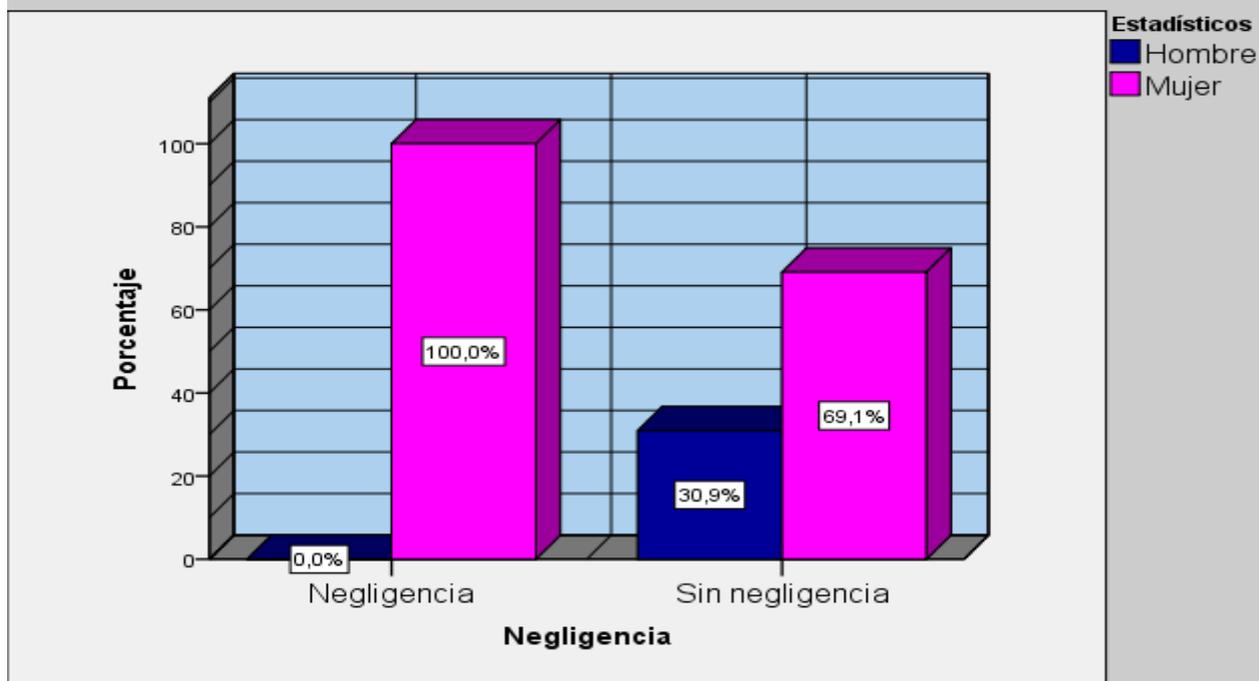
Frecuencia de negligencia por sexo.

Tabla de contingencia Sexo * Negligencia

			Negligencia		Total
			Negligencia	Sin negligencia	
Sexo	Hombre	Recuento	0	30	30
		% dentro de Negligencia	0.0%	30.9%	30.0%
Mujer	Recuento	3	67	70	
	% dentro de Negligencia	100.0%	69.1%	70.0%	
Total	Recuento	3	97	100	
	% dentro de Negligencia	100.0%	100.0%	100.0%	

ASOCIACION DE VIOLENCIA Y EL DESCONTROL GLUCEMICO EN EL ADULTO MAYOR DIABETICO ADSCRITO A LA UMF 94

Tabla de contingencia Sexo * Negligencia



Se observa que como en la gráfica anterior, son completamente más las mujeres que sufren negligencia que los hombres, y en el caso de aquellos que no sufrieron negligencia, es mayor la cantidad de mujeres que los hombres.

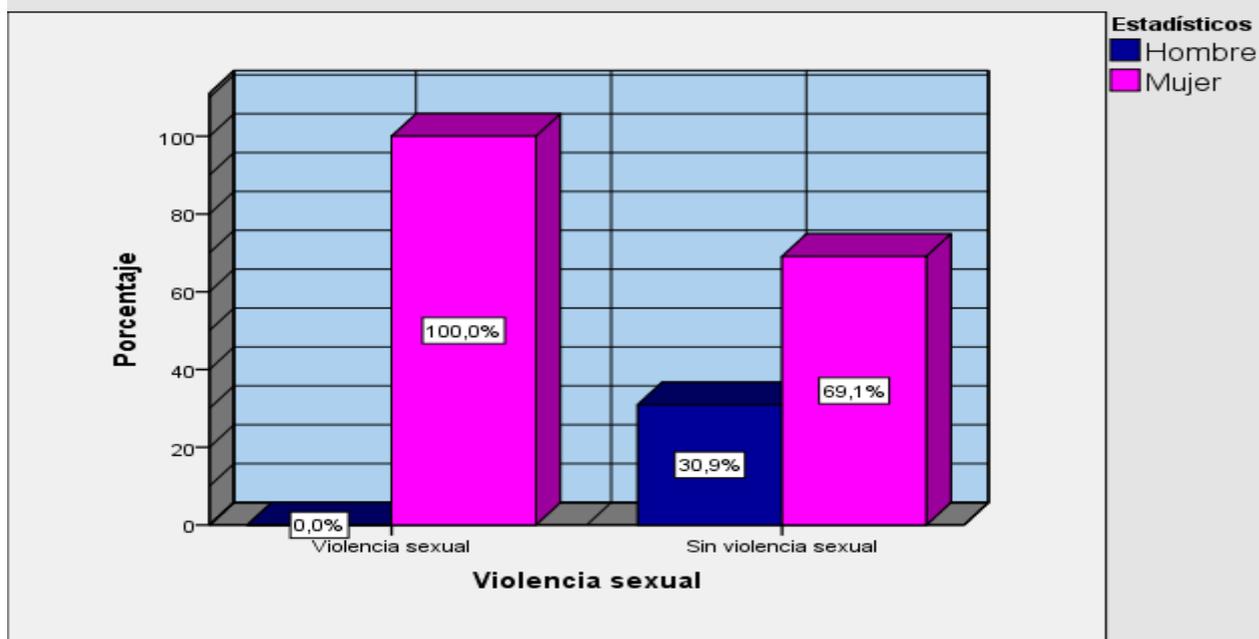
Frecuencia de violencia sexual por sexo.

Tabla de contingencia Sexo * Violencia sexual

		Violencia sexual		Total	
		Violencia sexual	Sin violencia sexual		
Sexo	Hombre	Recuento	0	30	30
		% dentro de Violencia sexual	0.0%	30.9%	30.0%
Mujer	Recuento	3	67	70	
		% dentro de Violencia sexual	100.0%	69.1%	70.0%
Total	Recuento	3	97	100	
		% dentro de Violencia sexual	100.0%	100.0%	100.0%

ASOCIACION DE VIOLENCIA Y EL DESCONTROL GLUCEMICO EN EL ADULTO MAYOR DIABETICO ADSCRITO A LA UMF 94

Tabla de contingencia Sexo * Violencia sexual



Se observa que como en la gráfica anterior, son completamente más las mujeres que sufren violencia sexual que los hombres, y en el caso de aquellos que no sufrieron violencia sexual, es mayor la cantidad de mujeres que los hombres.

Prueba de Chi-cuadrado

Paso 1.- Prueba de Hipótesis.

H₀.- No existe asociación de violencia y el descontrol glucémico en el adulto mayor diabético adscrito a la UMF 94

H₁.- Existe asociación de violencia y el descontrol glucémico en el adulto mayor diabético adscrito a la UMF 94

Paso 2.- Determinar α

$\alpha=5\%$, 0.05

**Tabla de contingencia Calificación Hemoglobina Glucosilada *
violencia**

Recuento		violencia		Total
		Violencia	Sin violencia	
Calificación Hemoglobina	Controlada	7	26	33
Glucosilada	Descontrolada	5	62	67
Total		12	88	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.958 ^a	1	.047		
Corrección por continuidad ^b	2.763	1	.096		
Razón de verosimilitudes	3.709	1	.054		
Estadístico exacto de Fisher				.057	.051
Asociación lineal por lineal	3.919	1	.048		
N de casos válidos	100				

a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.96.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

3.- Estimación de P-Valor

P= 0.47

NORMALIDAD		
P-Valor (Violencia) = 0.000	<	$\alpha = 0.05$
P-Valor (Sin violencia) = 0.000	<	$\alpha = 0.05$
Conclusión: Los datos no provienen de una distribución normal.		

Conclusión: Como los datos no provienen de una distribución normal, no es posible realizar la prueba T-Student.

La H0 se rechaza cuando es menor a 0.05 5%

5.- Toma de decisión

$P < 0.05$, entonces rechazamos la hipótesis Nula

Conclusión:

Nos quedamos con la hipótesis del investigador

H1 Existe asociación de violencia y el descontrol glucémico en el adulto mayor diabético adscrito a la UMF 94.

ANALISIS

En este estudio se realizó con una muestra de 100 pacientes, de los cuales 30 (30.0%) son hombres y 70 (70.0%) son mujeres observándose una mínima edad de 61 años, la mediana de 69 años y la edad máxima de 92 años.

Por género, en los hombres la edad mínima fue de 62 años, la mediana de 69 años y la edad máxima de 92 años. En el caso de las mujeres la edad mínima es de 61 años, la mediana de 70 años y la edad máxima de 90 años, tomando en cuenta estas cifras se menciona a la hemoglobina glucosilada donde se apreció que el dato mínimo es de 6 mg/dl, la mediana es de 8 mg/dl y un máximo de 11 mg/dl.

Por género, en el caso del hombre, el dato mínimo es de 7 mg/dl, la mediana de 8 mg/dl y la máxima de 11 mg/dl. En el caso de las mujeres, el dato mínimo es de 6 mg/dl, la mediana de 8 mg/dl y la máxima de 11 mg/dl.

De los 100 pacientes, 33 (33.0%) se encuentran Controlados y 67 (67.0%) se encuentran Otra de las variables importantes a resaltar fue la violencia donde Se observa que aquellos pacientes que fueron catalogados con Violencia son 12 (100%) son Mujeres, y 88 sin Violencia, de los cuales 30 (34.1%) son hombres y 58 (65.9%) son Mujeres.

A su vez en los diferentes tipos de violencia que se describieron en la investigación de los 12 pacientes con violencia registrada se obtuvo lo siguiente: Violencia física, 3 si lo sufrieron y 97 no.

De esos 3 que tuvieron violencia física, 3 (100%) son mujeres.

De los 2 que sufren violencia psicológica 2 (100%) son mujeres.

Violencia Económica, solo 1 está en este rubro. Y fue mujer.

De los 3 pacientes que sufren negligencia 3 (100%) son mujeres.

De los 3 pacientes que sufren violencia sexual 3 (100%) son mujeres.

No se registraron casos de Violencia de manera psicológica, lo cual resulta interesante ya que se demuestra que de este estudio los diferentes tipos de violencia están tomando peso en el adecuado control glucémico del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 94, ya que en estudios anteriores se menciona que es uno de los principales tipos de violencia que sufren este tipo de pacientes.

En la realización de este estudio se corroboró que existe asociación de descontrol glucémico en pacientes adultos mayores que sufren violencia, y que pese a que nos encontramos ante barreras como el miedo las denuncias el estudio puede mostrar mejores porcentajes de hacerse una muestra más amplia.

CONCLUSIONES

El adulto mayor es una persona vulnerable a la sociedad, frecuentemente maltratada; la diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica y degenerativa que padece este grupo etario, su descontrol es causa de complicaciones agudas y crónicas con alto impacto en todos los recursos en salud, por lo que se considera de suma importancia contribuir al esclarecimiento de una de las posibles variables que contribuyen al descontrol glucémico del adulto mayor diabético.

En este estudio se logró demostrar la importancia y lo relevante que puede ser identificar las diversas causas posibles que originan que no se logre un adecuado control de la glucemia en adultos mayores con diabetes tipo 2 por lo que se podría intentar realizar dinámicas para la detección de violencia en el adulto mayor y colaborara a la reducción de la alta tasa de pacientes con descontrol, que repercute no solo en el impacto económico a las diversas instituciones de salud y las complicaciones de la misma patología.

SUGERENCIAS

Asistenciales:

1. Dada la alta frecuencia de riesgo en nuestra población para desarrollar diabetes mellitus, se identifique si las causas de un descontrol de un paciente ya con el diagnóstico sufre de violencia.
2. Incidir en el control del adulto mayor que aun son tabus para algunas familias y no son conversaciones de importancia dentro del núcleo familiar, siendo mal informados por amigos o medios de comunicación.
3. Aun cuando no se encontré algún tipo de violencia familiar en una población estudiada, existen muchos otros indicadores que no son tan perceptibles, que de manera importante influyen en el adecuado control del adulto mayor y que pueden prevenir complicaciones lamentables.

De investigación:

1. Se sugiere efectuar otros instrumentos más específicos en algunos aspectos de la Violencia en el adulto mayor e incidir en las funciones básicas de la familia que se vean afectadas, así como evaluar su estado emocional del enfermo antes de presentar más complicaciones.

De educación:

1. Reforzar el conocimiento sobre la salud y planes de alimentación así como el apego al tratamiento indicado por los médicos.
2. Fomentar el desarrollo de valores personales, como el respeto a su decisiones, a la vida, a las decisiones de los demás y al ejercicio de la sexualidad
3. Incidir en las prácticas para reforzar la ingesta adecuada y la minimización del número de medicamentos.

Bibliografía

- 1 .Secretaria de Salud. Programa de Atención al Envejecimiento. México 2012. (citado Nov 2014) Disponible en: http://eservicios.aguascalientes.gob.mx/transparencia/TransparenciaSolicitudes/solicitudes/archivos/00002900_06062008_RESC.PDF
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Estadísticas a propósito del día Internacional de las personas de edad. México 2014 (citado: Nov 2014) 1-20. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2014/adultos0.pdf>.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social,. Diagnóstico de Salud Unidad de Medicina Familiar 94. 2013. 1-54.
4. Instituto Mexicano de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Marzo2012. (citado: Nov 2014): 13:180. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- 5.- OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud, publicación científica y técnica núm. 588. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud-Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. 2003. 5: 135-147
- 6.- Castro H, Pablo MP. Abuso o maltrato en el Adulto Mayor. Geriatria y Gerontología de la Pontificia Universidad católica de Chile. 2000. 29: 1-2.
- 7.- Guía de Práctica Clínica CENETEC, Detención y manejo del maltrato en el Adulto Mayor. IMSS 057,08. 2013. 3-67.
- 8.- Gracia.I.J. El maltrato familiar hacia las personas mayores. Algunas reflexiones para la delimitación de un territorio de fronteras difusas.2011. 1:1- 12.
- 9.- Álvarez , LG; Ponc, ER; Landgrave, S; . Maltrato, abandono y negligencia en ancianos de una clínica de medicina familiar y un hospital general de la ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar Octubre 2009, 5:159-165.
- 10.-Muñoz T.J. Maltrato y Negligencia en personas mayores, 2004: 15-37.
- 11.- Iborra M. Violencia contra personas mayores. Barcelona 2005. 15-30.
- 12.- Burnett J, Achenbaum A, Pace K. Prevention and Early Identification of Elder Abuse. Clin Geriatr Med 30 (2014) 743–759.
- 13.- Abbey. Elder Abuse and Neglect:When Home Is Not Safe. Clin Geriatr Med 25 (2009) 47–60.
- 14.- Bond M, Butle K. Elder Abuse and Neglect Definitions, Epidemiology, and Approaches to Emergency Department Screening. Clin Geriatr Med 29 (2013) 257–273.

- 15.- Encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores en el DF, (ENPAM). Análisis de la información estadística. 2006. 1-55.
- 16.- American Diabetes Association. Diabetes Care.1, january 2013 053: 53-107.
- 17.-Guía de Práctica Clínica CENETEC. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor vulnerable. IMSS 657-13. 2013: -79.
18. Federación Internacional de Diabetes. Plan Mundial contra la Diabetes 2013. (citado:Nov2014)Disponible:<http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
- 19.- Viljoen A, Sinclair A. Diabetes and Insulin Resistance in Older People. Med Clin N Am 95 (2011) 615–629.
- 20.-Juan M, Kuri P. González J. Boletín epidemiológico Diabetes Mellitus tipo 2, primer trimestre 2013. Subsecretaria de Prevención y promoción a la salud. 2013: 4-25. (citado:Nov2014)Disponible:http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dm2_bol1_2013.pdf
- 21.- Secretaria de Salud del estado de Veracruz. Programa de acción específico: Diabetes Mellitus. 2013. (citado: Nov 2014). Disponible: <http://web.ssaver.gob.mx/cronicasnotransmisibles/files/2013/10/programa-anual-de-diabetes-mellitus-2013.pdf>.
- 22.- López EA. El maltrato contra animales: un indicador de violencia social. Facultad de estudios superiores Iztacala. 2013: 1-97.
- 23.- Gomez.R.L.A.Rodriguez.A.G.Krug.LL.E. Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México). Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;42(1):27-34.
- 24.- Mancinas E.S. Ribeiro.F.M. Factores de Riesgo Asociados a la violencia familiar contra las personas mayores en a ciudad de monterrey. Revista Perspectivas Sociales. 2010. 12 (2). 75-99.

ANEXOS

Anexo 1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ASOCIACION DE VIOLENCIA Y EL DESCONTROL GLUCEMICO EN EL ADULTO MAYOR DIABETICO ADSCRITO A LA UMF 94

ACTIVIDADES	mes	2014			2015			
		OCT	NOV	DIC	ENERO	FEB	MARZO	ABRIL
Elaboración del Protocolo	P	P	P					
	R	R	R					
Búsqueda de Instrumento	P		P					
	R		R					
Prueba Piloto	P		P					
	R		R					
Presentación al CLIES para registro de protocolo	P		P					
	R							
Recolección de la información	P			P	P	P		
	R							
Elaboración de la base de datos	P						P	
	R							
Captura de los información	P						P	
	R							
Procesamiento de Datos	P							P
	R							
Análisis de los Resultados	P							P
	R							
Elaboración del escrito científico	P							P
	R							

P=PROGRAMADO R= REALIZADO

Anexo 2 INSTRUMENTO

**ASOCIACION DE VIOLENCIA Y EL DESCONTROL GLUCEMICO EN EL ADULTO MAYOR
DIABETICO ADSCRITO A LA UMF 94**

VERSION CORTA DE LA ENCUESTA DE MALTRATO A PERSONAS ADULTAS MAYORES (EMPAM)

1.-Todas las preguntas a contestar van anteceditas de la pregunta:

¿En los últimos 12 meses.....?

	FISICO	SI	NO
1	¿Le han golpeado?		
2	¿Le han dado puñetazos o patadas?		
3	¿Le han empujado o le han jalado el pelo?		
4	¿Le han aventado algún objeto?		
5	¿La han agredido con un cuchillo o navaja?		
	PSICOLOGICO		
1	¿Le han humillado o se han burlado de usted?		
2	¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?		
3	¿Le han aislado o le han corrido de su casa?		
4	¿Le han hecho sentir miedo?		
5	¿No han respetado sus decisiones?		
6	¿Le han prohibido salir o que lo visiten?		
	ECONÓMICO		
1	¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?		
2	¿Le han quitado su dinero?		
3	¿Le han tomado sin su permiso algún bien de su propiedad?		
4	¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?		
5	¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?		
	NEGLIGENCIA		
1	¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado etc.?		
2	¿Le han negado de suministrar lo medicamentos que necesita?		
3	¿Le han negado protección cuando la necesita?		
4	¿Le han negado el acceso a la casa que habita?		
	SEXUAL		
1	¿Le han exigido tener relaciones aunque usted no quiera?		
2	¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?		
3	¿Le han violado?		

Anexo 3 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**ASOCIACION DE VIOLENCIA Y EL DESCONTROL GLUCEMICO EN EL ADULTO MAYOR
DIABETICO ADSCRITO A LA UMF 94**



Fecha _____

Nombre _____ Numero de Afiliación: _____

Edad _____

Género (H) (M)

Ocupación _____

Escolaridad _____

Estado Civil _____

Última cifra de Hemoglobina glucosilada _____ % _____

Anexo 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **ASOCIACION DE VIOLENCIA Y EL DESCONTROL GLUCEMICO EN EL ADULTO MAYOR DIABETICO ADSCRITO A LA UMF 94**

Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México, D.F., Diciembre del 2014
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la asociación de violencia y el descontrol glucémico en el adulto mayor diabético adscrito a la UMF 94.
Procedimientos:	Aplicación de encuesta de EMPAM a todos los pacientes Diabéticos adultos mayores descontrolados y controlados afiliados a la UMF 94 en una sola toma.
Posibles riesgos y molestias:	Tiempo requerido para contestar la encuesta de EMPAM
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la asociación de la violencia con el descontrol glucémico en pacientes adultos mayores diabéticos adscritos a la UMF 94
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se ofrecerá el puntaje a cerca de la presencia de violencia en este grupo etario
Participación o retiro:	En cualquier momento del periodo del protocolo
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos se manejaran en confidencialidad
Beneficios al término del estudio:	Conocimiento del descontrol glucémico y la presencia de <u>Violencia en pacientes adultos mayores</u>

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
 Investigador Responsable: Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo, Matrícula: 99366361, Teléfono: 57672799, extensión: 21465.
 Colaboradores: Dr. Armando Ruíz Medina, Matrícula: 98366135, Teléfono: 18434594

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013