

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 No. 2
SANTA MARÍA LA RIBERA, DISTRITO FEDERAL

FRECUENCIA DE VIOLENCIA EN EL ADULTO MAYOR Y SU
RELACIÓN CON LA TIPOLOGÍA FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. CHRISTIAN LEMUS QUIJANO



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.

AUTORIZACIONES

El presente proyecto aprobado por el Comité de Investigación del Instituto
Mexicano del Seguro Social.

Asignándole el número de Folio: R-2013-3404-30

Dr. Juan Antonio García Bello

Coordinación Auxiliar Médico en Investigación de Salud

Delegación Norte



Dr. Humberto Pedraza Méndez

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Delegación Norte

DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN
Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUX. DE EDUCACIÓN
EN SALUD

FRECUENCIA DE VIOLENCIA EN EL ADULTO MAYOR Y SU
RELACIÓN CON LA TIPOLOGÍA FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. CHRISTIAN LEMUS QUIJANO

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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

Contenido

RESUMEN	5
MARCO TEORICO.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
Pregunta.....	20
JUSTIFICACION	21
OBJETIVOS	23
Objetivo general.....	23
Objetivos específicos.....	23
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	24
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
Criterios de Inclusión.....	25
Criterios de exclusión	25
Criterios de eliminación	25
Hipótesis.....	25
MUESTRA Y MUESTREO	25
Descripción general del estudio.....	26
RECURSOS	26
Humanos	26
Materiales	26
Financieros	26
DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	27
ASPECTOS ETICOS	29
Resultados	31
Discusión	39
Conclusiones	40
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	41
ANEXOS	43
BIBLIOGRAFIA.....	46

“FRECUENCIA DE VIOLENCIA EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA TIPOLOGÍA FAMILIAR”

Dr. Javier López Villasana¹, Dr. Christian Lemus Quijano²
¹MF.UMF 5.IMSS ²MG IMSS.UMF 33

RESUMEN

Introducción: En el adulto mayor hay violencia, siendo multicausal, definiéndola como privación de necesidades básicas, económicas, lesiones físicas, sexuales, insulto u ofensa contra su dignidad o su honor y negligencia o abandono. Habitando en las diferentes tipologías familiares esta última como factor de riesgo a sufrir violencia.

Objetivo general: Determinar la frecuencia de violencia en el adulto mayor y su relación con la tipología familiar.

Sujetos, material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo transversal en 361 pacientes de 60 años. La información se analizó estadísticamente con SPSS versión 20 y se aplicara X^2 y correlación de Spearman.

Resultados: El 47.8% de los adultos mayores han tenido maltrato de cualquier tipo, en 10.8% refiere tener maltrato físico, en un 41.4% refieren tener maltrato psicológico, quienes al presentado maltrato en cualquier tipo de negligencia es en un 3.3%, el 15.6% han presentado maltrato económico y en 1.7% de los encuestados refiere haber tenido maltrato de tipo sexual.

Conclusión: el sexo no es de mayor predominio en el hombre o en la mujer de recibir maltrato como adulto mayor, siendo el maltrato psicológico el que mayor predomina y que el sexo masculino es el que más violenta al adulto mayor, con un incremento de familias extendidas compuestas de mayor incidencia en todo tipo de maltrato.

Palabras Clave: Adulto Mayor, Tipología Familiar

MARCO TEORICO.

Aunque no hay una definición ampliamente aceptada sobre el abuso en el adulto Mayor o también llamado maltrato puede ser definido como la acción única o repetida, o la falta de una respuesta apropiada o de una situación no accidental, en la cual una persona sufre lesiones físicas, privación de necesidades básicas, insulto u ofensa contra su dignidad o su honor, como resultado de acto u omisión por un cuidador y puede ser intencional o no.^{1,2} El adulto mayor es considerado dentro de nuestra sociedad mexicana con 60 años y más edad de acuerdo con INEGI. Durante el siglo XX la población de México experimentó importantes transformaciones sociales, económicas, demográficas, políticas y culturales. Uno de los cambios más importantes ha sido la plena y acelerada transición demográfica por la que atraviesa el país, estas transformaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, donde la cantidad relativa de personas de mayor edad ha aumentado gradualmente, y la de niños tiende a disminuir, en el país residen 112,336,538 millones de personas en el censo de población y vivienda 2010 de esta 57 millones son mujeres y 55 millones son hombres, alrededor de 3.7 millones son mujeres de 60 años o más y 3.6 millones son hombres en este mismo tramo de edad con un incremento de adulto mayores de 7.9 a 8.5 millones. En 1930 los hombres vivían en promedio 33 años y las mujeres 35 años. La esperanza de vida aumentó a 59 años para hombres y a 63 años para mujeres en 1970, y alcanzan valores en promedio de 72 y 77 años, respectivamente para el año 2005, creando una expectativa de vida de la población de 60 años se incrementó en 8.8 años para las mujeres y 7.6 años para los hombres, con lo cual en la actualidad se espera que una mujer de 60 años alcance a vivir hasta los 82 años de edad y un hombre de la misma edad llegue a vivir a los 80 años, en el grupo de población de 60 a 64 años se cuentan 91 hombres por cada 100 mujeres, mientras que para el grupo de 85 años o más la relación es de 74 por cada cien, dentro de esta transformación se ha encontrado una dependencia describiéndose en el diccionario de la Real Academia Española como la “situación de una persona que no puede valerse por sí misma”; vinculada

con la edad, es decir, se considera demográficamente dependientes a los menores de 15 años y los de 60 años o más, la mayor relación de dependencia demográfica lo presentó el Distrito Federal. La vulnerabilidad en este grupo es en gran parte a secuelas de enfermedades y lesiones que han padecido a lo largo de su vida, como resultado de los distintos niveles en la exposición a riesgos en función de sus actividades y de los espacios donde las realizaron, así como de las responsabilidades y estilos de vida que varían conforme se incrementa el envejecimiento de la población implicando importantes retos en materia social, en especial para la salud, enfrentando mayor fragilidad y susceptibilidad ante el medio ambiente. Este riesgo se incrementa por procesos patológicos con las principales causas de muerte de la población de 60 años o más se encuentran las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos, las cuales en conjunto agrupan 59.6% de los fallecimientos de adultos mayores. Las enfermedades del corazón, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y de las cerebrovasculares, son mayores causas de muerte cuando aumenta la edad. La mayoría de los adultos mayores van encontrando riesgo de discapacidad, aumentando drásticamente con la edad avanzadas mostrándolo que la quinta parte de la población de 80 a 84 años y poco menos de la tercera parte de la población de 85 años o más presenta alguna limitación o deficiencia física o mental que afecta al individuo, a la familia y al grupo social, por lo que los miembros de la familia debe proveerlo de ayuda material y humana convirtiéndose en lo que suele llamarse el cuidador, en la mayoría de los casos la pareja o una hija es quien asume su atención en la vida cotidiana. Los resultados del censo revelan que en México hay 1.8 millones de personas con discapacidad que representan 1.8% de la población total, la autonomía de las personas de edad se ve amenazada puesto que la discapacidad dificulta las actividades básicas de la vida diaria, como usar el baño, comer, bañarse, desplazarse por una habitación, comprar o preparar alimentos. En general, los problemas motrices (45.3%), visuales (26%) y mentales (16.1%) constituyen los tres primeros tipos de discapacidad; no obstante, dicha estructura cambia conforme al sexo y la edad de las personas. En México, las instituciones encargadas de la seguridad social son

el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que es responsable de brindar servicios a la población ocupada en el sector privado y a sus familiares, así como a estudiantes de nivel medio superior o superior en escuelas del Sistema Educativo Nacional, asegurados en el IMSS; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el cual proporciona servicios a los empleados del gobierno y su familia. Por su parte, Petróleos Mexicanos (Pemex); la Secretaría de Marina (SM); y la Secretaría de la Defensa Nacional (SDN) son responsables de brindar servicios de seguridad social a los trabajadores y sus familiares. Existen además otras instituciones, generalmente de carácter privado, con las que de manera voluntaria las personas o sus empleadores acuerdan la prestación de servicios de salud. Adicionalmente, a partir de 2004 la Secretaría de Salud (SSA) ofrece un seguro médico voluntario a las personas no inscritas en el IMSS o en el ISSSTE, el cual se conoce como Seguro Popular. Las personas de 60 años o más tienen una cobertura de la derechohabencia ligeramente mayor que el resto de la población. El IMSS y el ISSSTE son el eje de todo el sistema de seguridad del país, el primero otorga servicios a 74.5% del total de personas con derechohabencia, mientras que el segundo se hace cargo de otro 16.3%. Entre los adultos mayores derechohabientes, 75.4% están inscritos en el IMSS y 17.6% en el ISSSTE; el patrón de población cubierta por el IMSS según la edad puede ser reflejo de cómo el sector privado formal da preferencia a las personas más jóvenes y emplea relativamente menos a personas de mayor edad. Esta situación es ligeramente más acentuada para las mujeres. Ya que en este grupo de asegurados de 60 años o más se tiene una marcada diferencia con respecto al sexo. De los hombres asegurados, 31.4% obtienen este derecho por pensión o jubilación y 26.4% por ser beneficiario del titular, en el mayor de los casos son los hijos quienes benefician a los padres con esta prestación. En contraste, en las mujeres aseguradas los porcentajes por estos tipos de derechohabencia son de 15.1% y 58.8%, respectivamente. Según la muestra del censo de 2005, la mayoría de los hogares en México son de tipo familiar (93.1%) incluye los hogares nucleares, ampliados y compuestos, donde predominan los de clase nuclear integrados ya

sea por el jefe del hogar y su cónyuge, el jefe y sus hijos, o bien, el jefe, el cónyuge y los hijos, y que equivalen a 73.8% del total de hogares familiares, Conforme avanza la edad de los adultos mayores es más frecuente que formen un hogar unipersonal; después de los 70 años de edad, más de 10% de la población vive sola. De acuerdo con la muestra censal, el volumen de población en hogares con adultos mayores es de aproximadamente 21 millones de personas, de éstas 30.9% integran un hogar nuclear y 63.1% uno ampliado. En México la familia continúa siendo la principal institución responsable del cuidado y la integración de las personas de edad. Este hecho puede asociarse a la escasa cobertura de la seguridad social y a la ausencia de mecanismos institucionales y comunitarios dedicados al cuidado de dichas personas. En algunos casos, los adultos mayores son “independientes” de la familia, ya sea por decisión propia; porque pierden a su pareja y los hijos se van; debido a que nunca formaron una familia, o simplemente porque la familia no está en condiciones de apoyarlos. En general, vivir solo ocasiona carencias afectivas e implica un cambio importante en las funciones de las personas, lo que los hace más vulnerables en un contexto donde son más propensos a las enfermedades. Esta situación afecta más a las mujeres, sobre todo de edades extremas. Según los resultados del censo 2005, en México existen 1.4 millones de personas que viven solas, de las cuales 47.5% son mujeres. La distribución por edad de las casi 700 mil mujeres que forman un hogar unipersonal, muestra que más de la mitad tienen 60 años o más, siendo el adulto mayor un grupo de mayor “riesgo social” que resulta en parte inherente al avance de la edad y que se ve acentuada por las deficiencias de cobertura y calidad en materia de seguridad social y atención a la salud; 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 ³. 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. Los ancianos, al igual que las mujeres y los niños, constituyen un grupo vulnerable y víctima fácil con frecuencia de abusos y

maltratos de manera repetitiva, conformando el límite superior del síndrome de violencia familiar⁴. La imagen típica de un adulto mayor de 75 años y mas, frágil, dependiente física o psicológicamente, con múltiples necesidades de atención en la salud, con deterioro cognoscitivo, aislamiento social, pobreza y otras eventualidades que generan stress, el maltrato puede ocurrir en cualquier situación y cometerse por cualquier persona con conductas destructivas dirigidas, o la falta de acciones apropiadas, que ocurre dentro de una relación de confianza o familiares que sostienen una relación significativa o dependencia la cual produce daño o angustia produciendo efectos nocivos en su desempeño social y personal, siendo parte del ciclo de la violencia familiar, o bien, en las instituciones de atención a la vejez, de los sistemas de prestaciones sociales y sanitarias para atender sus necesidades, en donde el personal mal capacitado, mal pagado, sin supervisión y sobrecarga de trabajo, proporciona el maltrato a este grupo de personas. Algunos ancianos le tienen más miedo a la dependencia que a la muerte ^{4,5}. Esto es un problema de orden social, ya que se considera a las personas mayores como improductivas, cargas obsoletas o descartables como objetos. En América Latina, actualmente se observa una tendencia creciente a la violencia, Colombia, Brasil y Panamá son los que mayor índice registran. Anualmente reportan más de 102,000 casos de violencia extrema, de los cuales un 37.15% de los maltratados corresponde al grupo de adultos mayores⁶. En México a poco más de tres años de su creación la Agencia Especializada para la Atención de las Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar ha atendido a 8,207 personas de las cuales 4,484 han recibido asesoría, en la ciudad de México 1,116 personas han sido canalizadas al albergue, 1,308 han requerido de la visita de trabajadores sociales 1, 715 han optado por la vía de la conciliación con sus agresores y las 1, 711 han seguido un proceso legal. Al respecto la secretaria de Desarrollo Social del Distrito Federal Rosa ícela Rodríguez Velázquez comentó que hasta diciembre de 2012, el 87% de las resoluciones habían sido favorables a los adultos mayor, la Encuesta Anual de Percepción 2008 en la que se indica que 5.5% de las personas mayores reportaron sufrir algún tipo de violencia en el lugar que viven. Mientras en el caso de las personas mayores

con disfuncionalidad o que dependen de otros para su cuidado la violencia el abuso y maltrato subió en 18% de los casos, por ello la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal hizo un llamado a la población a tomar conciencia de los derechos de los adultos mayores, recordando que la Organización de las Naciones Unidas a declarado el 15 de junio se celebre el Día mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez. Como una forma de invitar a la reflexión social sobre los abusos y sufrimientos infligidos a la población de edad avanzada (Adulto Mayor). Ya que el maltrato, negligencia, abuso y victimización pueden ser de varios tipos, desde actos espontáneos e “inocentes” o extremos (abandono o amenaza de muerte), hasta el abuso sistemático y premeditado. Se incluyen actos de comisión (maltrato) y omisión (descuido, negligencia) intencionales o involuntarios, muchos de ellos por ignorancia o por falta de conocimiento sobre el proceso de envejecimiento. Pero también por pereza o con crueldad deliberada ^{7,8,9}. Entre nuestros ancianos, sólo el 10 por ciento reciben una pensión, y mayor número concluye su vida laboral sin contar con una pensión vitalicia suficiente para cubrir sus necesidades básicas y en el mejor de los casos los jubilados a excepción de los pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Petróleos Mexicanos y la Comisión Federal de Electricidad cobran una pensión equivalente a 1.5 salarios mínimos. En su más reciente reporte, el CONAPO, revela que del total de 10.8 millones de adultos mayores, 4.1 millones perciben una pensión, pero sólo 1.1 millones reportan ingresos suficientes para atender sus necesidades de alimentación, medicamentos y habitación; el resto, 9.7 millones, dependen sus familiares para vivir y atender sus padecimientos crónico-degenerativos. El Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, señala que ante un escenario en el que únicamente 4.3 por ciento de las cuentas de ahorro para el retiro reportan ingresos superiores a los 10 salarios mínimos necesarios para alcanzar una pensión digna o suficiente, y en la que sólo dos de cada 10 empleos generados en los últimos años han sido de carácter permanente y están inscritos en un régimen de seguridad social, “lo que está por venir son nuevas generaciones de personas de la tercera edad en pobreza extrema, abandono y, en su mayor parte, discriminadas y vapuleadas por sus propios

familiares". Conforme a indicadores del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México ha iniciado un acelerado envejecimiento poblacional, a una tasa anual de 3.6 %, lo que implica que hacia el 2018 se alcance una población de 18.5 millones de personas mayores de 60 años, situación que paulatinamente se recrudescerá, hasta que en el 2050 el perfil demográfico quede totalmente invertido; es decir, un tercio de los mexicanos será adulto mayor. La Encuesta sobre Maltrato a Personas Adulto Mayor, realizada por El Colegio de México en Julio 2012, apunta que 70 por ciento del total de ancianos es víctima de agresiones físicas y verbales por parte de sus familiares. Los que más infligen ese tipo de castigos son los hijos, con un 56%; la pareja, 11%; los nietos, 10%, y personas ajenas, un 23%. El estudio destaca que a las agresiones verbales y físicas se suma la constante amenaza de familiares de abandonarlos o recluirllos en un albergue, lo que ya sucede frecuentemente, sobre todo en las clínicas públicas de salud, en donde mensualmente se reportan entre cinco y 10 ancianos olvidados por sus parientes, luego de haberlos ingresado para ser atendidos de padecimientos congénitos, enfermedades crónica degenerativas. La enfermedad mental y el abuso de sustancias predisponen a los familiares a maltratar a sus ancianos, con presencia de manifestaciones que pueden hacer sospechar la existencia del maltrato a un anciano durante la consulta como: la demora entre la ocurrencia del daño o el inicio de la enfermedad y la búsqueda de atención médica; diferencias entre las historias aportadas por el anciano y los posibles maltratadores o victimarios; frecuentes visitas a los médicos por exacerbaciones de enfermedades crónicas a pesar de tener un plan terapéutico eficaz; angustia, confusión, depresión, ideas suicidas e intentos de suicidio pueden ser las respuestas de un anciano a los maltratos físicos o psicológicos.^{10,11} Generalmente el maltrato no forma parte del diagnóstico en la consulta de Medicina Familiar, y el paciente se encuentra en una situación de desventaja e incómodo al denunciar a su agresor, quien suele ser generalmente un familiar, pues tal acto podría revertirse en su contra. En consecuencia, ignoramos la frecuencia y distribución de la práctica del maltrato impuesto al anciano.⁷ El anciano está más propenso a ser víctima de cualquier tipo de maltrato cuando estructuralmente se conjugan

soledad, pobreza y enfermedad, que significan prácticamente la ruina en su calidad de vida sin importar la clases sociales, raza, religión y sexo.^{7,12} Las manifestaciones de abuso y maltrato del adultos mayores puede tomar distintas dimensiones, describiéndose 5 tipos: físico puede producir una amplia gama de lesiones corporales como golpes, empujones, ataduras, coerción, alimentación inapropiada o el impedir el movimiento libre de una persona sin justificación apropiada. El maltrato físico puede sospecharse en presencia de hematomas, quemaduras, laceraciones, punciones, fracturas y luxaciones, arrancamiento de pelo, falta de gafas o lentes, deterioro inesperado e inexplicable de la salud de las víctimas; psicológico/emocional El abuso psicológico o emocional en esta etapa de la vida es el más habitual, y daña en gran medida la salud mental de los ancianos, y es el más frecuente de todos, puesto que en esa etapa se vuelven susceptibles y, en ocasiones, se consideran inservibles. Abarca una gama de comportamiento que causa sufrimiento emocional a una persona mayor, como el causar estrés y ansiedad o agredir la dignidad de una persona con insultos, denigración, subestimaciones, ofensas, sobrenombres, la falta de interés u omisión por parte del familiar o cuidados, así como el silencio o la actitud de ignorar al adulto mayor. Estos malos tratos Psicológicos pueden conducir a insomnio, privación del sueño, necesidad excesiva de dormir, aumento o pérdida significativa de peso, cambio de apetito, crisis de llanto, paranoia inexplicada, baja autoestima, temores excesivos, ambivalencia, confusión, resignación o agitación conduciendo a una depresión en el anciano la cual muchas veces no es detectada, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad. Otro motivo por el cual pasa desapercibida la depresión en los ancianos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología; financiero o económico consiste en la explotación de bienes en caso de existir, el fraude o estafa, el robo de su dinero o propiedades, esta forma de maltrato incluye la apropiación y el manejo irresponsable de estas posesiones y la presión sobre la víctima para que las distribuya. Este abuso incluye la detección súbita e inexplicada de imposibilidad de

pagar facturas, retirar dinero de las cuentas, disparidad entre los recursos disponibles y las condiciones de vida reales; sexual Acción que obliga a una persona a mantener contacto sexual, físico o verbal, a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente se considerará violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar algunos de estos actos con terceras personas. Este tipo de maltrato se sospecha con enfermedades venéreas inexplicadas o infecciones genitales inusuales, signos de sujeción física contra la voluntad del paciente como rozaduras por causa de ataduras para realizar este tipo de violencia.^{13,14,15} En otro tipo de violencia el violentador simplemente refleja un acto de negligencia o abandono que implica descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de otra o por la cual esta tiene alguna obligación legal o moral, la falta de atención y cuidado por parte de los familiares o el cuidador afecta en mayor parte el aspecto psicológico y emocional, reflejándose en su depresión, no quieren comer y no quieren vivir e incluso quieren quitarse la vida. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada. Negligencia intencionada es, cuando el cuidador por prejuicio o irresponsabilidad deja de proveer a la persona adulta los cuidados apropiados para su situación. Sin embargo cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios, por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos, se considera que es negligencia o abandono no intencionado.^{6,16,17} Las condiciones de salud y enfermedad de la población mayor de 60 años son motivo de intranquilidad e incertidumbre constante en las familias y para los adultos mayores. Es común que la presencia de enfermedad o discapacidad, acompañada de soledad, abandono, inestabilidad económica, coloca a las familias en situaciones críticas, pues en la mayoría de los casos, se trata de enfermos con más de un padecimiento y la atención médica significa egreso altos en la economía familiar que termina por agotar la paciencia y la reserva monetaria en muchas de ellas, afectando a cualquier estrato socioeconómico, grupo religioso, raza y de igual manera a personas sanas o

enfermas y discapacitadas.^{16,18} El maltrato es una problemática que se presenta de manera relevante a nivel mundial, generando un impacto en las comunidades y afectando a poblaciones del adulto mayor que es muy vulnerables. En México el maltrato en el adulto mayor va en constante aumento, convirtiéndose en un problema de salud pública en todos los países del mundo sin importar el nivel de desarrollo.^{4,13} Algunos de los factores de riesgo para identificar el síndrome de maltrato al adulto mayor son los relacionados con la personalidad del adulto mayor, su longevidad, enfermedades crónicas, demencia, familias numerosas, su demografía, problemas personales del cuidador y el choque generacional, siendo en ambos sexos el maltrato pero con mayor predominio en las mujeres.¹⁶ Encontrando el maltrato en familias de tipo extensas compuestas con una descripción de los agresores, encontrando en primer lugar a los hijos (52.54%) y dentro de éstos a las hijas como mayor frecuencia de ser maltratadora describiéndose que cuando son mujeres, las que asumen el cuidado de un anciano dependiente, asumen también un rol parental sobre este, en caso de hijas o nueras, habitualmente tienen otras tareas y preocupaciones y la sobrecarga, el estrés, tiene efectos negativos en la atención del mayor, y también en la cuidadora al aparecer sentimientos de culpa y frustración, generando el ambiente de violencia, se centra en el hogar de la víctima.^{13,19,20,21} El Consejo Mexicano de Medicina Familiar clasifica a la familia: Parentesco: Nuclear = Hombre y madre sin hijos; Nuclear simple = Padre y Madre con 1 a 3 hijos; Nuclear numerosa = Padre y Madre con 4 hijos o más; Reconstruida (binuclear) = Padre y Madre, en donde algunos o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior; Monoparental = Padre o Madre con hijos; Monoparental extendida = Padre o Madre con hijos, más otra persona con parentesco; Monoparental extendida compuesta = Padre o Madre con hijos, más otra persona con o sin parentesco; Extendida = Padre y Madre con hijos, más otra persona con parentesco; Extensa compuesta = Padre y Madre con hijos, más otra persona con y sin parentesco; No parental = Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera). Sin parentesco: Monoparental extendida sin parentesco =

Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco; Grupos similares a familias = Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera. Presencia física en el hogar o convivencia: La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias. Núcleo integrado = Presencia de ambos padres en el hogar; Núcleo no integrado= No hay presencia física de algunos de los padres en el hogar; Extensa ascendente = Hijos casados o en unión libre que vive en la casa de algunos de los padres; Extensa descendente = Padres que viven en la casa de alguno de los hijos; Extensa colateral = Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera). Familias con base en sus medios de subsistencia : Agrícolas, pecuarias, Industrial, Comercial y Servicios. El nivel económico de las familias: el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. Es difícil clasificar de una sola manera a las familias con una perspectiva económica, ya que se reúnen diversos indicadores tanto del bienestar como de la pobreza que interactúan. Matrimonios o parejas de homosexuales = Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos; Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos: Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos; Familia grupal= Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo. Familia Comunal= conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales; Poligamia = incluye la poliandria y la poliginia.²² Se han encontrado en diferentes tipos de familiar donde se encuentran los cuidadores, familiares que suelen maltratar a tener una vida abrumada por la cantidad de cuidados que debe proporcionar, sumados a necesidades propias y problemas individuales, generando dependencia a subsistencias, aislamiento, depresión y deterioro de la salud propia, por lo que requiere de ayuda y comprensión.^{5,7} Este incremento ha condicionado el

incremento de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles. (ECNT) que hacen a los adultos mayores frágiles y dependientes de familiares o de personas no familiares que conviven con ellos, todas estas situaciones entre otras lo hacen más susceptible, frágil al maltrato o violencia.²¹ Ya que dentro de las familiar descritas como disfuncionales condicionan desinterés, mala atención o abandono del adulto mayor. Encontrándose en municipios de México como Cuernavaca, Chilpancingo, Guadalajara y Culiacán el tipo de familia extensa compuesta disfuncional en porcentajes del 44% de la población en estudio no tenía pareja; 94% tenía hijos; el 37% vivía con otros familiares, amigos.^{13, 19-21,23} El maltrato al anciano, se ha catalogado como una *enfermedad nueva*, y no es porque no existiera, sino porque siempre ha sido un “problema sin importancia”. 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.²⁴ En México surge el 22 de agosto de 1979, por decreto constitutivo el Presidente José López Portillo, crea el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) para apoyo a los adultos mayores, con la finalidad de brindar protección, ayuda, atención y orientación a la población mayor de 60 años. Es importante señalar que los Principios de las Naciones Unidas y en Cuba a favor del adulto mayor establecen específicamente que deberán recibir y contar en su propio domicilio con los cuidados necesarios y la protección sus familias.^{25,26} Recordemos que el adulto mayor nos transmite valores morales, conocimientos, modos de vida y cuando su capacidad de producir disminuye sigue siendo un ser excepcional no sólo por la edad, sino también por la experiencia.¹⁸

-Estudios realizados por Leonardo de Oliveira en Brasil, 2002 quien señala a los familiares como hijos, nietos, yernos y nueras en un 47.1% como los principales agresores y Rodríguez y colaboradoras en Cuba, 2003 encontraron que la figura perpetradora de la violencia en el 41.91% estuvo representada por el esposo, seguida por los nietos en un 29.41%

-En Chile se dan datos de 29 estados del año fiscal 1990 y de 30 estados en el año fiscal de 1991 sugieren que el 20% de los casos de abusos fueron físicos, mientras que el 45% fueron por negligencia.

-En América Latina, actualmente se observa una tendencia creciente a la violencia. Colombia, Brasil y Panamá son los que mayor índice registran. Anualmente reportan más de 102 mil casos de violencia extrema, de los cuales un 37.15% de los maltratados corresponde al grupo de adultos mayores.

-En Nuevo Laredo Tamaulipas se investigó con Resultados: La edad promedio fue 71.99 años (DE = 1.44), predominó el sexo femenino en un 50.4%, casados 40%, 15.4% con empleo remunerado, 29.1% vivía solo, y 50.1% lo atiende un familiar. El 33.1% ha vivido situación de maltrato en la familia. El maltrato más frecuente fue el psicológico 44.5%, seguido por negligencia o descuido 35.9%.

- La Encuesta sobre Maltrato a Personas Adulto Mayor, realizada por El Colegio de México, apunta que 70 por ciento del total de ancianos es víctima de agresiones físicas y verbales por parte de sus familiares. Los que más infligen ese tipo de castigos son los hijos, con un 56 por ciento; la pareja, 11 por ciento; los nietos, 10 por ciento, y personas ajenas, un 23 por ciento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vulnerabilidad en el adulto mayor es debido a secuelas de enfermedades y lesiones que han padecido a lo largo de su vida en los distintos niveles en la expansión a riesgos en función de sus actividades. En México hay 1.8 millones de personas con discapacidad que representan 1.8% de la población total, la autonomía de las personas de edad se ven amenazadas puesto que la discapacidad dificulta las actividades básicas de la vida diaria. La familia continúa siendo la principal institución responsable del cuidado y la integración de las personas de edad, sin embargo los adultos mayores, al igual que las mujeres y los niños, constituyen un grupo vulnerable y víctima fácil con frecuencia de abusos y maltrato de manera repetitiva, conformando el límite superior del síndrome de violencia familiar. La imagen típica de esto es una persona mayor, frágil dependiente física o psicológicamente, con múltiples necesidades de atención en la salud, el maltrato puede ocurrir en cualquier situación y cometerse por cualquier persona con conductas destructivas dirigidas, o la falta de acciones apropiadas. Hasta Julio del 2012, el 70% del total de ancianos era víctima de agresiones físicas y verbales por parte de sus familiares. Los que más infligen ese tipo de castigos son los hijos, con un 56%, la pareja 11%, los nietos 10% y personas ajenas 23%, siendo más frecuente en nuestra familiar por diversos cambios en su estructura familiar donde ocupan un lugar diferente al que tenían cuando eran productivos tanto hombres como mujeres, siendo su presencia una causa de modificación en la estructura de una familiar nuclear a una familia extensa o extensa compuesta donde se encuentra mayor incidencia a cualquier tipo de violencia en el adulto mayor, sin ser captadas ni reportadas a los servicios de apoyo gubernamentales ni de salud, este último servicio con un alto impacto en su demanda, ocasionando en las instituciones (IMSS, ISSSTE, SS, etc.) un mayor consumo de recursos, que impactan en lo económico y en su capacidad de atención, ocasionando que la mayoría de su presencia en los servicios de salud en áreas de urgencias y hospitalización sean secundarios a complicaciones de enfermedades crónicas degenerativas secundarias a diversos tipo de violencia que sufren los adulto mayor por parte de sus cuidadores.

Pregunta

¿Cuál es la frecuencia de violencia en el adulto mayor y su relación con la tipología familiar?

JUSTIFICACION

Generalmente el maltrato no forma parte del diagnostico de la consulta de Medicina Familiar, y el paciente se encuentra en una situación de desventaja e incomodo al denunciar a su agresor, quien suele ser generalmente un familiar, pues tal acto podría revertirse en su contra. El adulto mayor esta más propenso a ser víctima de cualquier tipo de maltrato cuando estructuralmente se conjuga soledad, pobreza y enfermedad, que significan prácticamente la ruina en su calidad de vida. El maltrato al anciano se ha catalogado como una enfermedad nueva, y no es porque no existiera, sino porque siempre ha sido un “problema sin importancia”. Es importante realizar el diagnostico oportuno de violencia del adulto mayor en nuestra consulta de medicina familiar.

Magnitud: En la época actual, como consecuencia del mejoramiento de la calidad de vida en muchos países y de los progresos científico-técnicos logrados por la medicina, se ha producido un aumento significativo en la duración media de la vida, lo que ha llevado a un incremento numérico que le causa a la sociedad una serie de dilemas y desafíos médicos, sociales, económicos y éticos. Por el cambio demográfico que existe en nuestro país el número de habitantes adultos mayores de 60 años y mas se va incrementado y esto genera un reto para enfrentar esta tarea que es imprescindible el estar preparados y esto incluye ajustes en la vida particular del cuidador, dinámica familiar, en el hogar y hasta en la sociedad.

Vulnerabilidad: 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. El maltrato contra ancianos constituye un reto a la atención primaria y secundaria de salud geriátrica. *Trascendencia:* En la actualidad existe la necesidad de divulgación sobre el tema, un individuo puede estar preparado para envejecer, pero no tener conocimiento sobre lo que constituye maltrato para él como anciano o para los ancianos que cuidan; de ahí que existe dos grupos con necesidad de aprendizaje, los ancianos para saber cuando son maltratados y los cuidadores

para saber cuándo maltratan a un adulto mayor. Se necesita de un nivel de capacitación en aras de educar a la población, al personal médico y paramédico que atenderá a un adulto mayor, con el propósito de asumir la vejez demográfica como un evento importante para el cual hay que prepararse, este es un reto que se debe alcanzar y se hace importante buscar estrategias para brindarle al anciano una vejez placentera. Ya que con esta capacitación o divulgación de la importancia en el cuidado del adulto mayor se verán mejoras en nuestra economía y disminuirá el impacto de las necesidades en los servicios de salud por complicaciones propias de la edad y por enfermedades crónicas degenerativas.

Factibilidad: si se puede realizar el estudio por la frecuencia de violencia que existe en los adultos mayores en nuestra sociedad por falta de información y de medidas preventivas a este tipo de problemática que existe y que se va incrementando conforme pasan los años por el cambio demográfico que existe y cumplir los programas de atención al adulto mayor y establecer otros nuevos que se crean prudentes es decisivo, para lograrlo no basta con las labores que se realicen por el sistema de salud, se necesita además el apoyo de los medios de difusión masiva.

OBJETIVOS

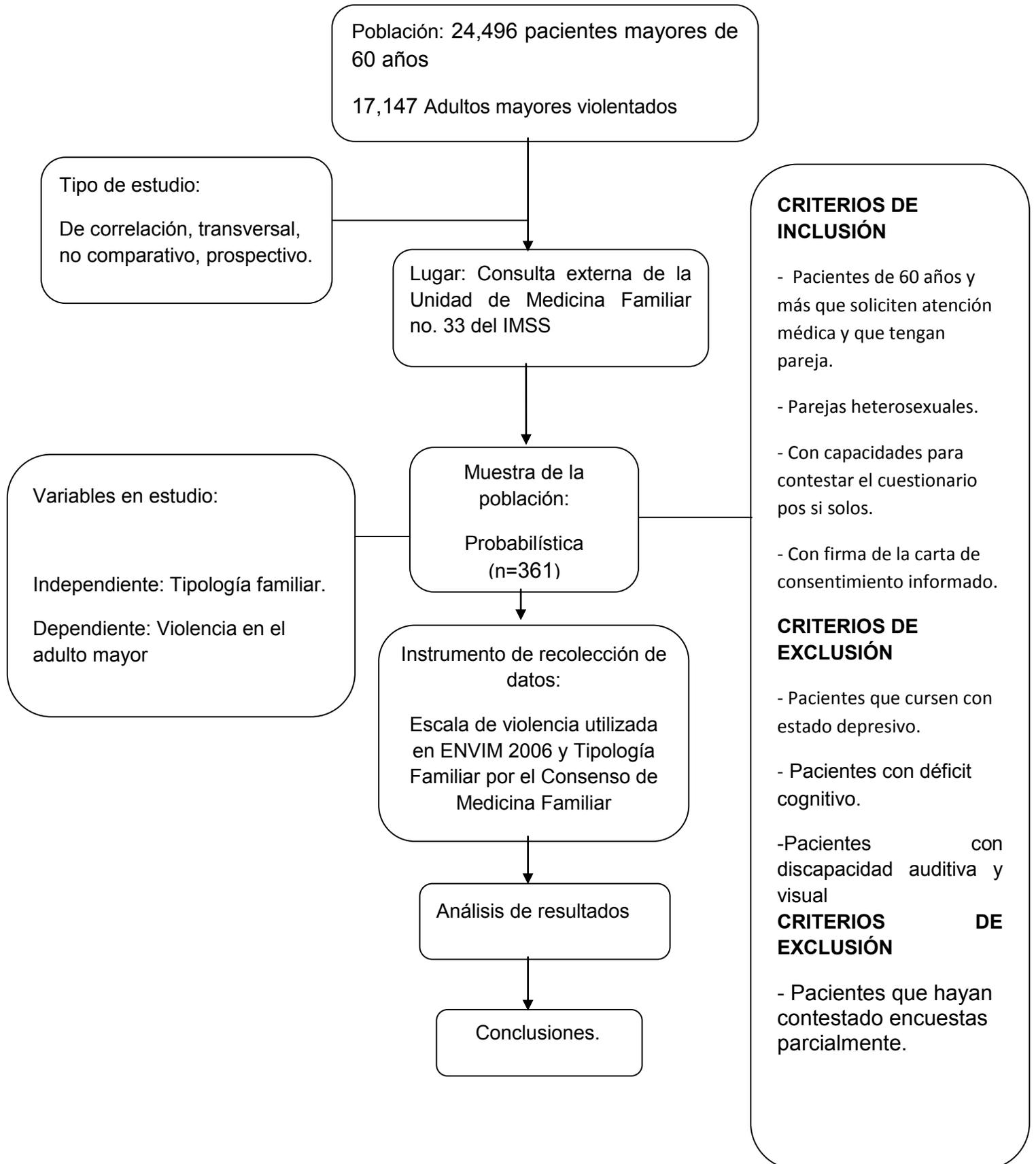
Objetivo general

1. “Determinar la frecuencia de violencia en el adulto mayor y su tipología familiar”

Objetivos específicos

1. Determinar la tipología familiar en la UMF33 con un Adulto mayor en su estructura.
2. Aplicar el instrumento para evaluar la presencia de violencia en el adulto mayor.
3. Establecer el grupo atareo que sufre mayor violencia.
4. Determinar el sexo que sufre mayor violencia.
5. Determinar la persona más violentadora
6. Establecer el tipo de violencia más frecuente

DISEÑO DEL ESTUDIO.



SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de Inclusión

- Pacientes de 60 años de edad y más que soliciten atención médica en el servicio de Medicina Familiar de la UMF No. 33 y que acepten participar en el estudio.
- Pacientes con capacidades para contestar por sí solos.
- Pacientes que puedan responder el test de forma individual y autónoma.
- Con firma de la carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Pacientes que cursen con estado depresivo.
- Pacientes con déficit cognitivo.
- Pacientes con discapacidad auditiva y visual.

Criterios de eliminación

- Pacientes que contesten encuestas parcialmente.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo: La mayor frecuencia de violencia en el adulto mayor se relaciona con la familia extensa – compuesta.

MUESTRA Y MUESTREO

Se realizó un muestreo con un nivel de confiabilidad del 95% y un error estadístico al 5% obteniendo 361 pacientes

Descripción general del estudio

Se realizara un estudio de correlación, prospectivo y transversal, en 361 adultos mayores de 60 años y más de ambos sexos, derechohabientes de la unidad de medicina familiar no 33, durante el periodo del 01 de marzo del 2014 al 31 de enero del 2015 que cumplan con los criterios de inclusión, previo consentimiento informado se les aplicaran 2 instrumentos de evaluación, la escala de violencia “Maltrato en el adulto mayor del Distrito Federal” y un cuestionario para tipología familiar que elaborara y que autocontestará el paciente.

Dicha aplicación se realizara en un periodo de 15 minutos, en el aula de trabajo social o en biblioteca de UMF 33.

La información se analizará estadísticamente con el programa SPSS versión 20 y se aplicara X^2 y correlación de Spearman,

RECURSOS

Humanos

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con y sin movilidad dental

Médicos familiares y estomatólogos

Asesor de tesis

Personal de enfermería

Capturista

Materiales

Área física (Departamento de estomatología de la UMF 5)

Expedientes clínicos

Papelería y artículos de oficina

Financieros

Los propios de la Unidad y del investigador.

DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA MEDICION
EDAD	Tiempo de existencia desde el nacimiento. Comprende cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.	Tiempo de vida transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa discontinua.	1.- 60 años a 65 años. 2.- 66 años a 70 años. 3.- 71 años a 75 años. 4.- 76 años a 80 años. 5.- 80 años y más.
SEXO	Es la división del género humano en dos grupos: hombre y mujer.	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos.	Cualitativa Nominal dicotómica	1 masculino 2 Femenino
ESTADO CIVIL	Es la calidad de un individuo, el cual le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles. Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Según lo referido de la entrevistada se analizara si cuenta con pareja o no en el momento de ser entrevistado.	Cualitativa Nominal politómica	1. Soltero 2. Casado 3.- Viudo 4.- Separado 5.-Divorciado 6- Unión libre
OCUPACION	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero de forma continua. Desempeño de un cargo. Todo trabajo o tarea. Oficio o profesión.	Actividad a la que se dedica la persona en un determinado tiempo	Cualitativa, nominal politómica	1.- Sin trabajo. 2.- Trabajo sin pago en negocio familiar 3.- Trabajo no remunerado 4.- Empleado. 5.- Obrero 6.- Jornalero o peón 7.-Trabajo domestico 8.- Trabaja por su cuenta 9.- Jubilado 10.- Pensionado 11.- Patrón o empresario 12.- Trabajo no especificado

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA MEDICION
ESCOLARIDAD	Tiempo durante el que se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza.	El nivel educativo referido por el entrevistado en el momento de realizar la encuesta.	Cualitativa Ordinal.	1.-Primaria 2.-Secundaria 3.-Carrera 4.-Tecnica 5.-Preparatoria 6.-Licenciatura 7.-Postgrado 8.-Sin escolaridad
VIOLENCIA	La acción única o repetida, o la falta de una respuesta apropiada o de una situación no accidental, en la cual una persona sufre privación de necesidades básicas, lesiones físicas, insulto u ofensa contra su dignidad o su honor, como resultado de acto u omisión por un cuidador y puede ser intencional o no.	Clasificación de la escala de violencia con la escala de EMPAM-DF	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.-Psicológica Si No 2.-Física Si No 3.-Sexual Si No 4.-Económica Si No 5.-Negligencia Si no
TIPOLOGIA FAMILIAR	Organización más general pero a la vez más importante del hombre, la familia constituye un conjunto de individuos unidos a partir de un parentesco, de un vínculo reconocido a nivel social (como el matrimonio) y de consanguinidad, que se clasifican según su estructura	Clasificación de la Familia de acuerdo con el instrumento	Cualitativa Nominal Politomica	1.- Familia Nuclear 2.- Familia extensa 3.- Familia extensa compuesta 4.- Monoparental 5.- Sin Familia 6.- Otro tipo de familia

ASPECTOS ETICOS

Declaración de Helsinki aprobada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en junio del 1964 y en la 41ª Asamblea Mundial en septiembre de 1989, son recomendaciones para guiar a los médicos en las investigaciones biomédicas en seres humanos, donde la preservación de la integridad y el cuidado de la salud de la humanidad son lo más importante. Alude a los Códigos de ética, donde se señala que el interés del médico se encamina al fortalecimiento de la salud mental y física del paciente. Así sus lineamientos están destinados a proteger a los humanos que puedan intervenir en estudios de investigación clínica, terapéutica, diagnóstica, farmacológica y de ensayos clínicos.

La Ley General de Salud indica en su Título I, capítulo único, artículo 2º, apartado VII, como derecho a la protección a la salud el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud; en el artículo 3º, apartado IX, en materia de salubridad general, como atribución en salubridad general, la coordinación en investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos. Competencia del Consejo de Salubridad en el artículo 17, fracción III, en opinar sobre proyectos de investigación y de formación de recursos humanos para la salud, en su artículo 98 sobre la formación de comisiones de investigación y de ética, para la supervisión de la investigación biomédica, especialmente en seres humanos. En el artículo 100 define las bases para la experimentación en seres humanos. En base a los estatutos mencionados, se considera el presente trabajo como una investigación sin riesgos, pues es un estudio que emplea métodos de técnicas de investigación documental y confidencial. No se plantean estudios diagnósticos o terapéuticos, sólo contestar un cuestionario. Por esta razón se estima que el estudio corresponde con riesgo menor del mínimo. Todos los candidatos deberán otorgar consentimiento por escrito y el protocolo deberá ser aprobado por el Comité Local de Investigación.

El presente trabajo cumple con el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Investigación para la Salud, Secretaria de Salud 1987, Título Segundo,

Capítulo Primero, Artículo 17 Fracción I, por lo que puede aplicarse el Artículo 23 de mismo Reglamento, por lo que se pedirá consentimiento por escrito, en virtud de hacer análisis solo de conocimientos médicos rutinarios. Se mantendrá estrictamente la confidencialidad de los datos individuales.

Resultados

La media de edad, fue de 69.3 años, mediana de 67, moda de 67, desviación estándar 68.8 años, edad mínima 60, máxima de 87 años,

El grupo que más prevaleció fue de 66 a 70 años, con un 32.5 %, (tabla no. 1)

Tabla No. 1. Distribución de los adultos mayores por grupo de edad (N=367).

Grupos de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
60-65	109	30.3
66-70	117	32.5
71-75	73	20.3
76-80	39	10.8
81-85	12	3.3
86 y más	10	2.8
Total	360	100

*Fuente: Base de datos SPSS, encuestas aplicadas con la escala de violencia VIOL

El 63.8 % de la población estudiada fueron mujeres, y 36.2 hombres (gráfico n.1)



Gráfico No. 1, distribución de la población de acuerdo con el sexo (N=360)

Más de la mitad de la población estudiada eran casadas en un 56.4%, seguido de viudos/a en un 30.6%, (tabla No. 2)

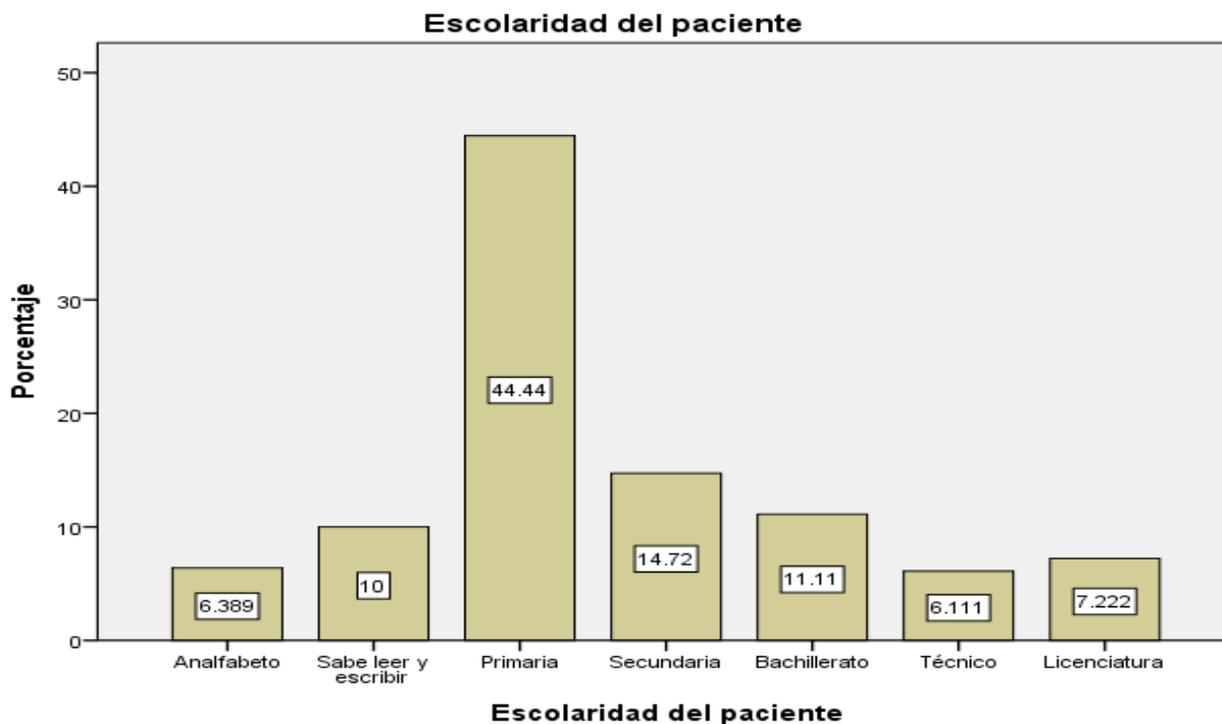
Tabla No. 2. Distribución de los adultos mayores por estado civil (N=367).

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	25	6.9
Casado	203	56.4
Unión libre	5	1.4
Separado	17	4.7
Viudo	110	30.6
Total	360	100

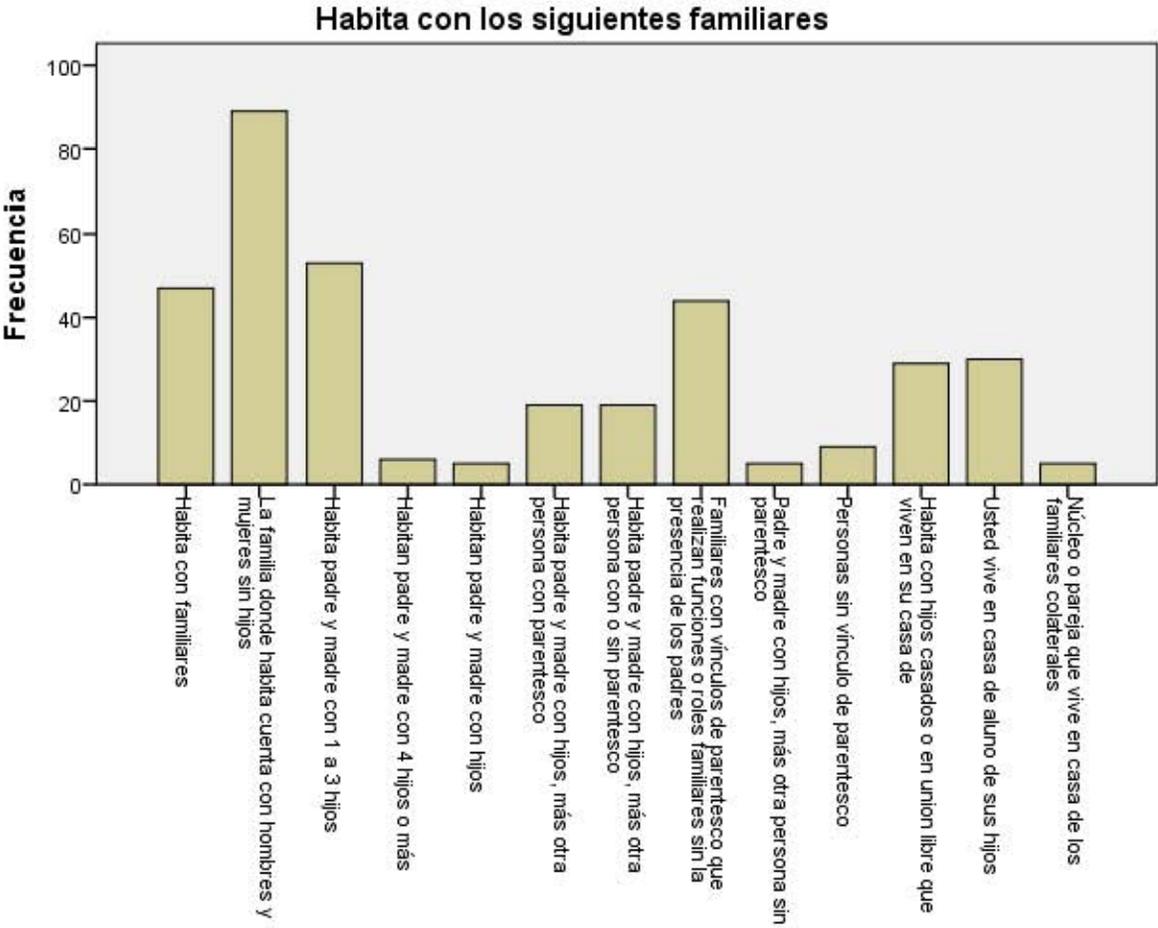
*Fuente: Base de datos SPSS, encuestas aplicadas con la escala de violencia VIOL

Respecto a la ocupación el 77.5% se dedicaban al hogar y 22.5% eran obreros.

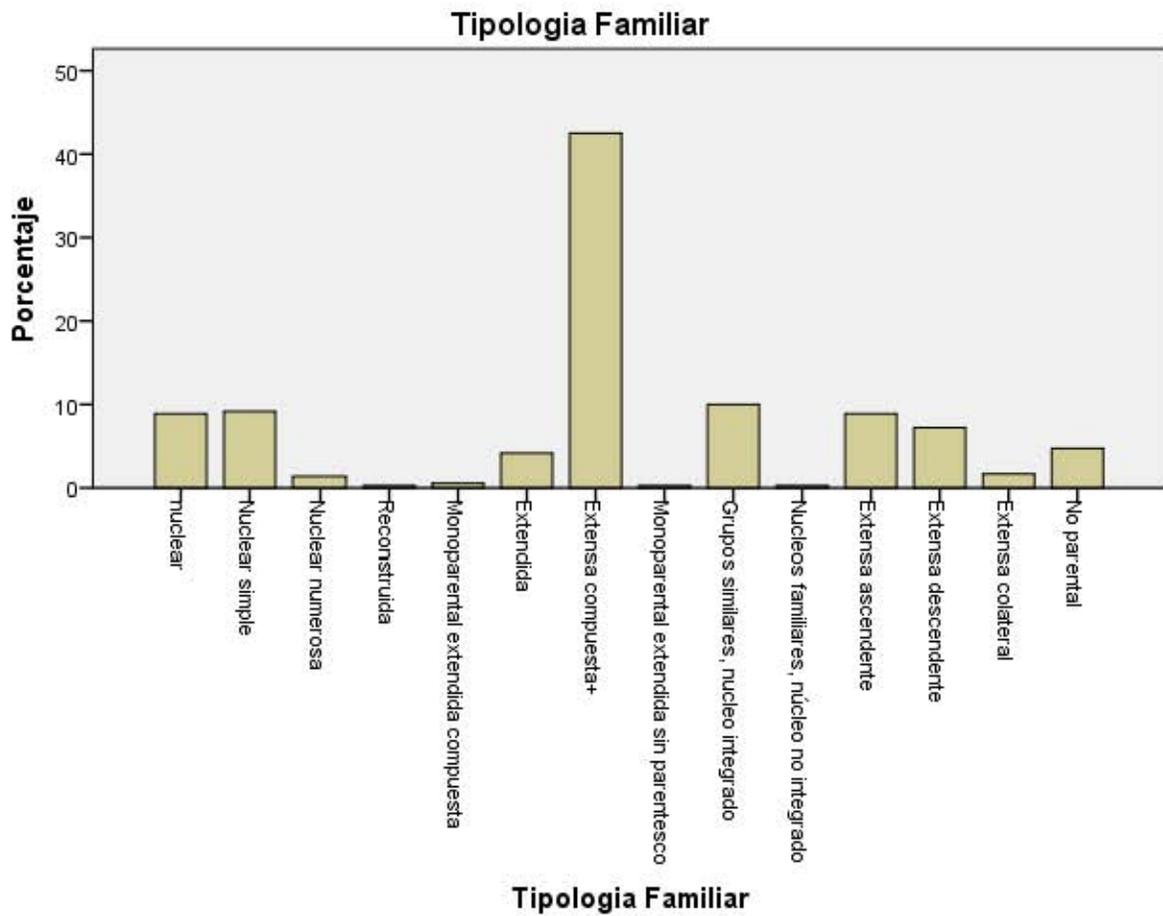
La mayor frecuencia de escolaridad encontrada en la población estudiada fue primaria en un 44.4%, seguido de secundaria en un 14.7%. (Grafico No. 2)



El 24.7 de los pacientes viven con familias donde habitaban hombres y mujeres sin hijos con o sin parentesco. El 13.1% habitaba con familiares, el 14.7 habitaba con padre y madre con un a tres hijos y con Familiares con vinculo de parentesco que realizan funciones o roles sin presencia de padres. (Grafico No. 3)



La tipología familiar más frecuente en el adulto mayor fue la extendida compuesta con un 42.5%, seguida de grupos similares, núcleo integrado con 10%, en un 9.2%, y nuclear y extensa ascendente en un 8.9%, (grafico No. 4)



Con la violencia

El 4.7% de los adultos mayores fueron golpeados en algún momento, 3.1% golpeados pocas veces y 1.7 % muchas veces, el 1.7 fueron golpeados en un lapso de un año o menos, en 3.3% de los casos fueron golpeado por la pareja, y el 1.4% fueron golpeados por los hermanos, en todos los casos los golpeadores fuero del sexo masculino.

En relación con el tipo de golpe el 3.1% de los adultos mayores recibió puñetazo y/o patada, 1.4% alguna vez, 1.7% muchas veces, con el 1.7% recibió puñetazos y/o patadas durante un tiempo de un año o menos, el 1.4% recibieron puñetazo y/o patadas por algunos de sus hermanos y el 1.7% por la pareja, igualmente en todos los casos los puñetazos y/o patadas fueron proporcionados por el sexo masculino.

El 8.1% de los adultos mayores, recibieron empujones o jalones de pelo, al menos una vez el 5%, y muchas veces el 3.1% de la población estudiada, al menos durante un año o menos el 5-3%, el responsable de ocasionar empujones o jalones de pelo fue la pareja en 1.7%, algún hijo en 1.9%, y algún vecino 4.4. %, el sexo responsable de este maltrato fueron las mujeres en 2.8% y los hombres en 5.3%.

Al 5% de los adultos mayores le han aventado algún objeto por lo menos una vez el 1.9%, muchas veces 3.1%, al menos durante un año o menos el 3% de la población estudiada el 1% no recuerda el tiempo, los responsables de este tipo de violencia sin los sobrinos en 1.4%, la pareja en 1.7%, los hijos en 1.9% todos los violentadores de esta modalidad han sido hombres el 5%.

A ningún adulto mayor fue agredido con cuchillo o navaja

El 24.4% de los adultos mayores recibió humillaciones o burlas por lo menos una vez en 1.7%, pocas veces 7.8% y muchas veces 15%, estas humillaciones o burlas fueron recibidas en un año u menos en 16.4% y 8.1% no recuerda, el responsable de este tipo de violencia las nueras, yernos o hermanos en 1.4%, nietos 1.7%, sobrinos 2.8%, vecinos 4.4.%, pareja 6.1%, hijos 6.7%, el sexo mas violentadores fueros los hombre en 13.9% y mujeres en 10.6%.

El 20.8% de los adultos mayores, los han ignorado o han recibido inferencia por lo menos una vez en 4.7%, pocas veces 3.3%, y muchas veces 12.8%, al menos durante un año o menos 14.7%, 6.1 no recuerda el tiempo, los responsables han sido nuero o yerno en 1.4%, pareja y nietos en 1.7%, los hermanos en 2.8%, y los sobrinos en 3.1%, vecinos 4.4%, y los hijos en 5.8%.

El 7.8% de los adultos mayores le han aislado o corrido de la casa por lo menos una vez en 1 pocas veces 1.7% y muchas veces 6.1%, el haberlo aislado o corrido fue por lo menos en el periodo de un año u menos en 1.7% y 6.1% no recuerda, el responsable de este tipo de violencia fue el hermanos en 1.4%, pareja 1.7%, hijos 3.1%, el sexo mas violento fueros las mujeres en 6.1% y hombre en 1.7%.

El 12.5% de los adultos mayores le han hecho sentir miedo por lo menos una vez en 1.7%, pocas veces 3.1% y muchas veces 7.8%, este sentimiento de miedo fueron recibidas en un año u menos en 6.1% y 6.4% no recuerda, el responsable de este tipo de violencia las pareja y pareja 1.4%, desconocido en 3.3% e hijos 6.4%, el sexo que más violento fue el hombre en 9.2% y mujeres en 3.3%.

El 20.3% de los adultos mayores no le han respetado sus decisiones, esto ocurrió una vez en 1.4%, pocas veces 5.6% y muchas veces 16.1%, esto ha ocurrido en un año u menos en 18.6% y 4.4% no recuerda, el responsable de este tipo de violencia la pareja en 1.1% las nueras, yernos o sobrino en 1.4%, hermano en 2.8%, hijos 16.4%, el sexo más violento en este tipo fueron las mujeres en 11.7% y los hombre en 11.4%.

El 5.6% de los adultos mayores les han prohibido salir o que lo visiten, esto ocurrió pocas veces 2.5% y muchas veces 3.1%, esto ha ocurrido en un año u menos en 9.9% y 1.7% no recuerda, el responsable de este tipo de violencia el hermano en 1.4%, hijo en 1.7%, pareja en 2.5%, el sexo más violento en este tipo fue el hombre con 3.9% y las mujeres en 1.7%.

A ningún adulto mayor le han dejado de proporcionar ropa o calzado.

A ningún adulto mayor le han dejado de suministrar el medicamento que necesita.

El 4.7% de los adultos mayores no le han dado protección cuando la necesita, esto ocurrió pocas veces en 1.7%, muchas veces 3.1%, esto ha ocurrido en un año u menos en 3.3% y 1.4% no recuerda, el responsable de este tipo de violencia fue el hijos 4.7%, el sexo más violento en este tipo fueron las mujeres en 3.3% y los hombre en 1.4%.

A ningún adulto mayor le han negado la entrada a la casa donde habita.

El 9.4% de los adultos mayores le han manejado su dinero sin su consentimiento, esto ocurrió una vez en 1.7%, pocas veces 1.9% y muchas veces 5.8%, esto ha ocurrido en un año u menos en 5.8% y 3.6% no recuerda, el responsable de este tipo de violencia el sobrino en 1.4%, pareja 1.7%, hijos 6.4%, el sexo más violento en este tipo fueron las mujeres en 4.7% y los hombre en 4.7%.

El 8.1% de los adultos mayores le han quitado su dinero, esto ocurrió una vez en 1.9%, pocas veces 3.1% y muchas veces 3.1%, esto ha ocurrido en un año u menos en 4.4% y 3.6% no recuerda, el responsable de este tipo de violencia la pareja 1.7%, sobrinos 2.8%, hijos 3.6%, el sexo más violento en este tipo fueron las mujeres en 4.7% y los hombre en 3.3%.

El 5.8% de los adultos mayores le han tomado o quitado un bien de su propiedad, esto ocurrió una vez en 1.4%, pocas veces 1.4% y muchas veces 3.1%, esto ha ocurrido en un año u menos en 2.8% y 3.1% no recuerda, el responsable de este tipo de violencia el sobrino, vecino y hermano en 1.4%, pareja 1.7%, el sexo más violento en este tipo fueron los hombre en 3.1% y mujeres en 2.8%.

El 3.1% de los adultos mayores les han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento, esto ocurrió alguna vez 1.4% y muchas veces 1.7%, no recuerda 1.7%, el responsable de este tipo de violencia fue la pareja 1.7%, sexo más violento en este tipo fue el hombre en 1.7%.

El 5.0% de los adultos mayores le han presionado para que deje de ser el propietario de su casa o de otra propiedad, esto ocurrió muchas veces 5.0%, esto ha ocurrido en un año u menos en 1.7% y 3.3% no recuerda, el responsable de este tipo de violencia es la pareja 1.7%, hijos 3.3%, el sexo más violento en este tipo fueron los hombres en 1.7% y las mujeres en 3.3%.

El 1.7% de los adultos mayores le han exigido tener relaciones sexuales aunque ellos no quieran, esto ocurrió muchas veces 1.7%, no recuerdan cuando ocurrió en 1.7%, el responsable de este tipo de violencia es la pareja 1.7%, el sexo más violento en este tipo fueron los hombre en 1.7%.

A ningún Adulto mayor le han tocado sus genitales sin su consentimiento.

El 47.8% de los adultos mayores han tenido maltrato de cualquier tipo, en 10.8% refiere tener maltrato físico, en un 41.4% refieren tener maltrato psicológico, quienes al presentado maltrato en cualquier tipo de negligencia es en un 3.3%, el 15.6% han presentado maltrato económico y en 1.7% de los encuestados refiere haber tenido maltrato de tipo sexual.

Relación de violencia en los adultos mayores				
Tipo de violencia	Alguna vez	Pocas veces	Muchas veces	Total
Golpeados	0	3.1%	1.7%	4.7%
Puñetazo o patada	1.4%	0	1.7%	3.1%
Empujones o jalones	5%	0	3.1%	8.1%
Aventado objetos	1.9%	0	3.1%	5%
Humillado	1.7%	7.8%	15%	24.4%
Indiferencia	4.7%	3.3%	12.8%	20.8%
Aislado o corrido	1.7%	0	6.1	7.8%
Sentir miedo	1.7%	3.1%	7.8%	12.6%
No respetar sus decisiones	1.4%	5.6%	16.1%	20.3%
Prohibido	0	2.5%	3.1%	5.6%
No le dan protección	0	1.7%	3.1%	4.7%
Manejado su dinero	1.7%	1.9%	5.8%	9.4%
Quitado su dinero	1.9%	3.1%	3.1%	8.1%
Quitado una propiedad	1.4%	1.4%	3.1%	5.9%
Vendido alguna propiedad	1.4	0	1.7%	3.1%
Presionado para dejar alguna propiedad	0	0	5%	5%
Le han exigido tener relaciones sexuales	0	0	1.7	1.7%

*Fuente: Base de datos SPSS, encuestas aplicadas con la escala de violencia

Discusión

En este estudio podemos afirmar la frecuencia de la cual es víctima el adulto mayor ya que de los 360 encuestados en un 47.8% son víctima de cualquier tipo de maltrato.

Se encuentra que no hay predominio en relación a sexo ya que el resultado nos habla que el ser hombre o mujer en edad de adulto mayor da igual para presentar violencia en el misma frecuencia.

Con mayor presencia del maltrato psicológico en un 41.4%, seguido del maltrato económico en un 15.6%, con un marcado predominio por el sexo masculino de ser el más violentador en un 4-1 con la mujer.

Actualmente se ha encontrado diversas asociaciones enfocadas al adulto mayor para cubrir las necesidades que ellos necesitan y no son otorgadas por sus familias como el cuidado, alimentación, higiene, control de medicamentos, actividades físicas y mentales para mejora del adulto mayor.

Así mismo, hay que tomar en cuenta que el maltrato sobre el adulto mayor es determinante en la salud del paciente, encontrando en los resultados de las encuestas que el tipo de maltrato que más se presenta, ocasionar depresión y descontrol de sus enfermedades de base crónicas degenerativas.

Valorando que este tipo de acciones en contra de los adultos mayores se pueda tener como diagnostico para identificarlo y realizar actividades preventivas, previniendo la pirámide poblacional de mayor presencia del adulto mayores años venideros.

Conclusiones

Podemos identificar en este estudio que el sexo no es de mayor predominio en el hombre o en la mujer de recibir maltrato como adulto mayor, siendo el maltrato psicológico el que mayor predomina y que el sexo masculino es el que más violenta al adulto mayor, con un incremento de familias extendidas compuestas de mayor incidencia en todo tipo de maltrato.

Es importante señalar que la literatura propone colocar cualquier tipo de maltrato como diagnóstico, donde se pueda utilizar otros tipos de medidas preventivas para el cuidado del adulto mayor.

El incremento en la presencia de maltrato en el adulto mayor se acompaña con una tasa elevada en los descontroles de enfermedades crónicas degenerativas y disfunciones familiares, se ha justificado la elaboración de siguientes estudios y planes para la utilización de redes de apoyo para el adulto mayor.

El proceso de descripción del maltrato a los adultos mayores, empieza con la identificación del problema que se añade a un problema de salud pública, dando una calidad en la prescripción del diagnóstico o maltrato con un seguimiento y la adecuación de su manejo.

En todas las instituciones hay una gran preocupación por la frecuencia de maltrato a los adultos mayores, la elaboración de protocolos, el desarrollo de guías y la aplicación de programas para detectar oportunamente y dar un buen manejo para el cuidado del adulto mayor.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN
TITULADO: “Frecuencia de Violencia en el Adulto Mayor y su relación con la
Tipología Familiar”

DESARROLLO	2013	2015
-------------------	-------------	-------------

ACTIVIDAD	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Delimitación del tema a estudiar	P									
	R									
Revisión y selección de la bibliografía	P									
	R									
Elaboración de protocolo		P	P							
		R	R	R						
Planteamiento operativo			R	P						
				R						
Revisión y del protocolo por el Comité Local de Investigación					P	P				
					R	R				
Registro del número de registro de protocolo						P				
						R				
Recolección de la información							P	P	P	
							R	R	R	
Análisis de resultados										P
										R
Presentación final del trabajo										P
										R

P: PROGRAMADO

R: REALIZADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS 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: FRECUENCIA DE VIOLENCIA EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA TIPOLOGÍA FAMILIAR

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha: México, Distrito Federal 2015

Número de registro: R-2013-3404-30

Justificación y objetivo del estudio: "Determinar la frecuencia de violencia en el adulto mayor y su tipología familiar"

Procedimientos: Aplicación del instrumento ENVIM 2006

Posibles riesgos y molestias: Ninguno ya que solo se aplicara un instrumento sobre conocimiento del paciente diabético.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocer cuál es la violencia presentada en el adulto mayor y relacionarla con su tipología familiar

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se darán a conocer los resultados a través de un cartel que se publicara en la coordinación de educación e investigación en salud de la UMF – 33

Participación o retiro: Lo puede hacer en cualquier momento que lo desee el paciente.

Privacidad y confidencialidad: No se requiere identificación alguna del paciente o familiar para la aplicación del estudio.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Implementar programas para mejorar el apoyo social en pacientes violentados de la UMF 33

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Javier López Villasana Tel: 55 27 61 74 ext. 21461 Email: javilovi55@hotmail.com

Colaboradores: Investigador Asociado: Dr. Christian Lemus Quijano Christianlq13@hotmail.com
Tel: 57473500 ext. 26035

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 de ambos padres o tutores o representante legal

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

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN TITULADO “Frecuencia de Violencia en el Adulto Mayor y su relación con la Tipología Familiar”

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad de Medicina Familiar No. 33

Este es un cuestionario diseñado para conocer la tipología familiar. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes opciones y elija una opción como respuesta, marcando con una “X” en el espacio correspondiente.

FICHA DE IDENTIFICACION

Iniciales de nombre:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Ocupación:

Escolaridad:

Seleccione las respuestas de acuerdo a sus integrantes de su familia, marcando con una “X” dentro del paréntesis.

1. () Habita solo
2. () Habita con familiares
3. () Habitan con amigos o conocidos
4. () La familia donde habita cuenta con Hombre y mujer sin hijos
5. () Habitan Padre y madre con 1 a 3 hijos
6. () Habitan Padre y madre con 4 hijos o más
7. () Habitan Padre o madre con hijos

8. () Habitan Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
9. () Habitan Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
10. () Habitan Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
11. () Habitan Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
12. () Donde Vive hay Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera).
13. () Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
14. () Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares; por ejemplo; grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera.
15. () Habita con Hijos casados o en unión libre que viven en su casa de
16. () Usted vive en la casa de alguno de los hijos
17. () Núcleo o pareja que vive en la casa de los familiares colaterales (tíos primos, abuelos, etcétera)

El siguiente cuestionario está diseñado para conocer los la **Frecuencia de Violencia en el Adulto Mayor**. Escala Geriatrica del Maltrato al Adulto Mayor Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y elija una opción como respuesta marcando con una "X" en el espacio correspondiente.

Escala Geriatrica del Maltrato al Adulto Mayor					
Se sabe que hay situaciones difíciles que normalmente no se platican pero que afectan mucho a las personas adultas mayores, conocer lo que pasa permitirá tomar las medidas necesarias para que en un futuro ya no ocurra. Díganos: ¿usted ha vivido alguno de los siguientes problemas en el último año, dentro o fuera del hogar?					
	A	B	C	D	E
	Si su respuesta es alguna de: 0 No 1 SI → 2 No responde	¿frecuencia? 1. una vez? 2. pocas veces? 3. una hora veces? 99. no responde	¿cuándo hace minutos o horas o como este? 01 un día y menos 48 como recuerde	¿Quién fue el responsable? PARENTESCO Registre el parentesco correspondiente con la persona mayor	¿Sexo del agresor? 1. Hombre 2. Mujer
¿Durante los últimos 12 meses a nivel ...					
FÍSICO					
1	¿Le han golpeado?				
2	¿Le han dado puñetazos o patadas?				
3	¿Le han empujado o le han jalado el pelo?				
4	¿Le han arrojado algún objeto?				
5	¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?				
PSICOLÓGICO					
6	¿Le han humillado o se han burlado de usted?				
7	¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?				
8	¿Le han aislado o le han cortado de la casa?				
9	¿Le han hecho sentir miedo?				
10	¿No han respetado sus decisiones?				
11	¿Le han prohibido salir o que la visiten?				
NEGLIGENCIA					
12	¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc?				
13	¿Le han dejado de administrar los medicamentos que necesita?				
14	¿Le han negado protección cuando la necesita?				
15	¿Le han negado acceso a la casa que habita?				
ECONÓMICO					
16	¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?				
17	¿Le han quitado su dinero?				
18	¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?				
19	¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?				
20	¿Le han prestado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?				
SEXUAL					
21	¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?				
22	¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?				
Total					

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Marín P, Gac EH. Abuso o maltrato en el Adulto Mayor. [En línea]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/AbusoMaltrato.pdf>
Consultado: 10 de Junio de 2013.
- 2.- Diana BGG, Ana CVV, Yanín AP, María CCM, Ana MB. Caracterización del maltrato a ancianos. Consejo Popular Capitán San Luis. Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas v.14 n.2 Pinar del Río abr.-jun. 2010, [Share on delicious](#)[Share on google](#)[Share on twitter](#)[Share on digg](#)[Share on citeulike](#)[Share on connotea](#)[More Sharing Services](#)
- 3.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. México: INEGI; 2010.
- 4.- Avilés OE, Gallardo VA, García DM, Tapia RC, Uribe BL. Factores Sociodemográficos y Familiares que Influyen en el Maltrato del Adulto Mayor Autovalente Controlado en los Consultorios Urbanos de la Unión y Rio Bueno, Durante el Año 2003. Medicina UACH (Chile) 2003; (20): 3-16.
- 5.- Barragán CS, Martínez AP, López HM, Zúñiga VM, Alvares CM. La familia y el maltrato al adulto mayor. Desarrollo Científ Enferm. 2008; 16(8):333-337.
- 6.- Giraldo RL. Maltrato de personas mayores. El Residente 2010; 5(2): 85-91.
- 7.- Reyes L. El maltrato a los Ancianos: Un caso particular en la cultura Zoque. Chiapas. México. Etnogerontología [en línea]. Disponible en: http://www.gerontovida.org.ar/download/pdf/sig/el_maltrato_chiapas.pdf
Consultado: 15 de Junio de 2013
- 8.- Romero G. En tres años, 8 mil denuncias de ancianos por violencia. La Jornada 2013, Junio 14, La Capital: p. 35
- 9.- Universidad Autónoma de México. Adultos mayores: cada vez más desprotegidos y vulnerables. Universia 2013, Julio 14, Sociedad: p 1-2
- 10.- Gómez SA. Pobreza y despojo, realidad de las personas de la tercera edad. [En línea] Disponible en: <http://www.msemanal.com/node/5929> Consultado 23 de Julio 2012.
- 11.- Pérez BS. Factores de riesgo suicida en el anciano. Ciencia & Saúde Coletiva 2012; 17(8):2011-2016.
- 12.- Vargas DE, Velázquez PC, Galicia RL, Villareal RE, Martínez GL. Tipo de violencia familiar que percibe el adulto mayor. Rev. Enferm Inst. Mex Seguro Soc. 2011; 19(2):63-69.

13.- Martina M, Nolberto V, Miljanovich M, Balderas 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. 2010; 14(3):1-7.

14.- Universidad Autónoma de México. Antología para unidad temática, Salud del anciano, facultad de medicina. UNAM Salud Pública 2001, IV.136.

15.- Becerra PM. Depresión en el Adulto Mayor. [En línea]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20ancia no/2parte2013/VIII_depre_am.pdf Consultado: 16 de Julio de 2013.

16.- Organización Panamericana de la Salud. Abuso (Maltrato) y Negligencia (Abandono). Cuba: Organización Mundial de la Salud.

17.- Jiménez PA. Violencia en la vejez: el caso de las abuelas que cuidan a nietos y nietas en la localidad rural en el estado de Hidalgo. El cotidiano. 2012; Genero familia y recursos humanos (julio- agosto): 19-32.

18.- Martínez PP. Abandono social en el adulto mayor. [En línea]. Disponible en: http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/abono_social.pdf consultado: julio 23, 2013.

19.- Félix RC, Hernández OM. El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia interfamiliar. Archivos en Medicina Familiar. 2009; 11(4): 147-149.

20.- Rúelas GM, Salgado de Zinder V. Factores asociados con el auto- reporte del maltrato en adultos mayores de México. Rev. Chil Salud Pública. 2009; 13(2):90-99.

21.- Rodríguez BL. Violencia en adultos mayores. Policlínico Cristóbal Labra. Lisa. 2010. GerolInfo. 2010; 5(3):1-17.

22.- El comité Organizador del consenso. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar. Arch Med Fam. 2005; 7 (s1)

23.- Vargas DE, Velázquez PC, Galicia RL, Villareal RE, Martínez GL. Tipo de violencia familiar que percibe el adulto mayor. Rev. Enferm Inst. Mex Seguro Soc. 2011; 19(2):63-69.

24.- Álvarez ML, Ponce RE, Landgrave IS, Irigoyen CA, Buendía SI. Maltrato, abandono y negligencia en ancianos de la clínica de medicina familiar y hospital general de la ciudad de México. Archivos de Medicina Familiar. 2009; 11(4):159-165.

25.- Navarro OA. Trabajo y salud en mujeres de la tercera edad, el caso de Ameca, Jalisco. En: 2ª Congreso Internacional pre- ALASRU 2012: Diversidad y contrastes en los procesos rurales en el centro de México Cuernavaca 5,6 y 7 de Septiembre de 2012. México: ALASRU; 2012. p. 1-16.

26.- Vázquez J. Discriminación y violencia en la vejez: Mecanismos legales e instrumentos internacionales para la protección de los derechos en la edad avanzada. En: Reunión de expertos sobre población, desigualdad y derechos humanos. Chile: CEPAL; 2006. 1-14

27.- Giraldo RL, Rosas CO. Geriatria Gerontol Int. 2013 Apr; 13(2):466-74 (martha.giraldo@salud.gob.mx)