



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**EVALUACIÓN DEL MALTRATO EN PACIENTES DIABÉTICOS
GERIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL
HGZ/UMF NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

TESIS
QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE
POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DR. RAFAEL RIVERA MUÑOZ
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR HGZ/UMF 8
Correo: dr_rafael_rivera@hotmail.es Cel. 5530202652

DIRECTOR DE TESIS
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
MÉDICO FAMILIAR, COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD HGZ/UMF 8
Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx Cel. 5530202652

ASESOR METODOLÓGICO
DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
MÉDICO FAMILIAR, PROFESOR TITULAR DE MEDICINA FAMILIAR HGZ/UMF 8
Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx Cel. 5520671563

ASESOR CLÍNICO
DR. ENRIQUE ROJANO LASTRA
MÉDICO EPIDEMIÓLOGO ADSCRITO AL HGZ/UMF 8
Correo: dr_erojano@hotmail.com Cel. 5566985592

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CD. DE MÉXICO, D. F. 2016
NO. DE REGISTRO: R-2016-3605-23



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.

EVALUACIÓN DEL MALTRATO EN PACIENTES DIABÉTICOS GERIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

AUTORES: Dr. Rafael Rivera Muñoz ⁽¹⁾, Dr. Gilberto Espinoza Anrubio ⁽²⁾, Dr. Eduardo Vilchis Chaparro ⁽³⁾, Dr. Enrique Rojano Lastra ⁽⁴⁾.

(1) Residente de Medicina Familiar HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

(2) Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

(3) Profesor Titular en Especialidad de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

(4) Médico epidemiólogo del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

OBJETIVO: Evaluar el maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa en la HGZ/UMF No. 8: “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, descriptivo. La muestra es de 203 pacientes diabéticos geriátricos que cumplieron con los criterios de inclusión. Se aplicó el instrumento de evaluación de Reis y Nahamiash, con una confiabilidad de coherencia interna (alfa de Cronbach) de 0.92.

RESULTADOS: Del total de los pacientes diabéticos geriátricos encuestados el 23% sufrían de maltrato, de estos una mayor proporción corresponden al sexo femenino. La edad media fue de 72 años; el grupo de edad más afectado fue el de 70 a 79 años. Un 38% terminó la primaria y secundaria; un 19% concluyó el bachillerato y solo el 4% cuenta con la licenciatura. El 36% de los pacientes que sufren maltrato son casados y el 34 % viudos; el 51% son pensionados y el 21 % se dedican a las labores del hogar.

CONCLUSIONES: Se observó que el maltrato a personas mayores es producido en más de cuatro quintas partes dentro de su entorno familiar y dos terceras partes es perpetrado por los hijos, también pudimos identificar que es más frecuente en mujeres que en varones, en una razón 2:1. El comportamiento es muy similar en la población del HGZ/UMF No. 8, en relación a la de otros países, ya que se observó que cuando un anciano no tiene conyugue, o su nivel de estudio no es mayor al nivel básico, es más frecuente el riesgo de maltrato. Se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1) que con fines educativos fue planteada, concluyéndose que los pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No 8: “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” sufren maltrato en casi una cuarta parte de los casos.

PALABRAS CLAVE: Maltrato/ paciente geriátrico/ diabético.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

AUTORIZACIONES

DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR DEL HGZ/UMF NO.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN INVESTIGACIÓN DEL HGZ/UMF NO.8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL
HGZ/UMF NO.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN INVESTIGACIÓN DEL HGZ/UMF NO.8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL
HGZ/UMF NO.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. ENRIQUE ROJANO LASTRA
ASESOR CLÍNICO
MÉDICO EPIDEMIOLOGO DEL HGZ/UMF NO.8 “DR. GILBERTO FLORES
IZQUIERDO”

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, gracias a ellos soy lo que soy.

A mi esposa por su amor y apoyo incondicional.

A mi bebé, aunque apenas se está formando, aún sin conocerlo, ha sido el mayor impulso para dar lo mejor de mí y el motivo para concluir.

A mi hermana y familia por sus palabras de aliento.

A mis amigos y compañeros de la residencia, agradezco el tiempo que hemos estado juntos.

A mis profesores gracias por todo el conocimiento otorgado.

Rafael

EVALUACIÓN DEL MALTRATO
EN PACIENTES DIABÉTICOS
GERIÁTRICOS QUE ACUDEN A
LA CONSULTA EXTERNA DEL
HGZ/UMF NO. 8 DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO -----	1
ANTECEDENTES -----	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	12
JUSTIFICACIÓN -----	13
OBJETIVOS -----	14
HIPÓTESIS -----	15
MATERIAL Y MÉTODOS -----	16
DISEÑO DE LA INVESTIGACION -----	17
POBLACIÓN, UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL -----	18
MUESTRA-----	19
TAMAÑO DE MUESTRA -----	19
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN -----	20
VARIABLES -----	21
DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES-----	22
DISEÑO ESTADISTICO-----	23
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN-----	24
METÓDO DE RECOLECCIÓN -----	25
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS-----	26
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES -----	27
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO -----	28
CONSIDERACIONES ÉTICAS -----	29
RESULTADOS -----	30
DISCUSIÓN -----	43
CONCLUSIÓN -----	46
BIBLIOGRAFÍA-----	47
ANEXOS-----	51

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas de carácter irreversible. Actualmente vivimos en un mundo dónde por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta sesenta años o más. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2015 a nivel mundial se tiene registrado 900 millones de personas mayores de 60 años de edad y se espera que para el año 2050 se incremente a 2 mil millones, por consiguiente, el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes dado que traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de todos los países. ⁽¹⁾

Los procesos de transición demográfica y epidemiológica han sido de interés en las últimas décadas, entre otras razones porque el envejecimiento poblacional iniciado en Europa, en países con transición temprana, se ha extendido a otras regiones del mundo, a la vez que ha incrementado su velocidad. ⁽²⁾

Paralelo a ello se han producido cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, que han modificado la demanda de los servicios sociales y de salud. ⁽³⁾

En México de acuerdo a las proyecciones de Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2015, el 10% de la población pertenecía al grupo de mayores de 60 años de edad, es decir 12,087,796 personas, de estos el 46% pertenecen al sexo masculino y el 54% mujeres. Se espera que para el 2030 el incremento en este grupo de población sea del 168% ya que para ese año se espera 32,427,197 personas ⁽⁴⁾

En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad intrínseca del individuo, por lo que no todos alcanzan a tener un “Envejecimiento Saludable”, que se conoce como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez; por lo que nos enfrentamos con una población de mayores de 60 años de edad en aumento, clasificada en tres subpoblaciones: las que tienen capacidad relativamente alta y estable, las que tienen capacidad disminuida y las que presentan pérdidas significativas de capacidad. ⁽⁵⁾

Las enfermedades metabólicas o también denominadas enfermedades crónicas, son enfermedades de larga duración y por lo general evolucionan lentamente y afectan a la población, y sobre todo se ven reflejadas en personas mayores. Dentro de este amplio grupo de enfermedades, podemos destacar el sobrepeso y la obesidad, los cuales son capaces de desencadenar comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y dislipidemias, las cuales favorecen el riesgo cardiovascular.⁽⁶⁾

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina, o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes.⁽⁷⁾

En el año 2012 se calculó que fallecieron 1,5 millones de personas a causa de esta enfermedad y más del 80% de las muertes se registran en países de ingresos bajos y medios.⁽⁸⁾

Los cálculos más recientes de la Federación Internacional de Diabetes (FID) indican que el 8,3% de los adultos (382 millones de personas), tienen diabetes, y el número de personas con la enfermedad se incrementará en más de 592 millones en menos de 25 años. Sin embargo, con 175 millones de casos no diagnosticados actualmente, una gran cantidad de personas con diabetes desarrollarán progresivamente complicaciones. Por otra parte, el 80% del número total de afectados viven en países de ingresos medios y bajos, donde la epidemia se está acelerando a un ritmo alarmante, considerando a la diabetes como una de las principales amenazas para el desarrollo mundial. La tendencia es un aumento en todos los tipos de diabetes, en particular la diabetes tipo 2, se espera que para el año 2035, la cifra de pacientes que la padezcan se duplique. Se estima que otros 21 millones de casos de niveles alterados de glucosa en el embarazo, contribuirán a la carga mundial de la diabetes.⁽⁹⁾

La clasificación utilizada actualmente en México es la siguiente; Diabetes Mellitus Tipo 1 (mediada inmunitariamente e idiopática); Diabetes Mellitus Tipo 2; Otros tipos inespecíficos (defectos genéticos en la función de las células beta, que comprende varias entidades “MODY”, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exócrino, endocrinopatías, diabetes inducida químicamente o por drogas, infecciones, diabetes poco común mediada inmunitariamente y otros síndromes genéticos que algunas veces están asociados con diabetes) y Diabetes gestacional.⁽¹⁰⁾

El diagnóstico se puede establecer si cumple con los siguientes criterios: ⁽¹¹⁾

- Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso) más una glucemia casual medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl. Y a las dos horas de haber administrado por vía oral 75 gramos de glucosa disuelta en agua. Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.
- Glucemia en ayunas medidas en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dl. En ayunas, se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas.
- Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl, dos horas después de una carga de glucosa de 75 gramos durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG).

Dentro de los tipos de diabetes, la diabetes tipo 2 es el tipo más común. Por lo general ocurre en adultos, pero cada vez aparece más en niños y adolescentes. En la diabetes tipo 2, el cuerpo puede producir insulina, pero esta no es suficiente o el cuerpo no puede responder a sus efectos, dando lugar a una acumulación de glucosa en sangre. En cuanto a la distribución por sexo, en el número global de personas con diabetes en 2013 o 2035, hay alrededor de 14 millones más de hombres que mujeres con diabetes (198 millones de hombres frente a 184 millones de mujeres). Sin embargo, se espera que esta diferencia aumente hasta 15 millones (305 millones de hombres frente a 288 millones de mujeres) en el 2035. Respecto a su distribución, hay cerca de 246 millones de personas con diabetes en zonas rurales y alrededor de 136 millones en zonas urbanas. Este aumento está asociado al desarrollo económico, el envejecimiento de la población, la creciente urbanización, los cambios en la dieta, la poca actividad física y los cambios en otros patrones de estilo de vida. ⁽¹²⁾

De acuerdo a la “Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor Vulnerable”, se menciona que la diabetes mellitus es considerada un problema de salud pública a nivel mundial. En Estados Unidos se estima que más de la mitad de los diabéticos son mayores de 60 años de edad, se calcula que la prevalencia es de 20% para los hombres y 15% para las mujeres en los mayores de 65 años de edad. En México, la prevalencia oscila entre 20% y 22% respectivamente, siendo considerada la principal causa de muerte ligada a enfermedades cardiovasculares. ⁽¹³⁾

De acuerdo a ENSANUT 2012, en México el grupo de 50 años o más, sus principales motivos de servicios atención médica ambulatoria son por causa de la diabetes y enfermedades cardiovasculares, seguido de enfermedades y síntomas respiratorios agudos. También se reportó que en hombres como en mujeres se observó un incremento importante en la proporción de adultos que refirieron haber sido diagnosticados con diabetes en el grupo de 50 a 59 años de edad, similar en mujeres (19.4%) y en hombres (19.1%). Para los grupos de 60 a 69 años se observó una prevalencia ligeramente mayor en mujeres que en hombres (26.3 y 24.1%, respectivamente) que se acentuó en el grupo de 70 a 79 años (27.4 y 21.5%, respectivamente). Desde los años 70's se publicó un artículo titulado "Diabetes en el anciano, un problema de múltiples facetas", en éste se recaba la importancia de la enfermedad como agente causal de múltiples consecuencias en el adulto mayor, distintas a otras edades. Desde entonces se identifican los aspectos sociales, familiares, psicológicos y funcionales como parte importante en el manejo de esta enfermedad, no solo el aspecto médico-biológico. Esta enfermedad es causante de uno de los síndromes más comunes en los adultos mayores, conocido como "síndromes Geriátricos", condiciones de salud multifactoriales que ocurren como consecuencia de los efectos de la acumulación de deterioros en múltiples sistemas volviendo a una persona vulnerable ante las demandas fisiológicas o patológicas. ⁽¹⁴⁾

Los síndromes geriátricos no identificados durante el curso de la enfermedad empeoran aún más el pronóstico, la funcionalidad, la dinámica familiar, los aspectos psicológicos y la calidad de vida, por lo que puede caer este grupo de pacientes en violencia o maltrato. Las negligencias pasivas ocurren cuando las necesidades del residente son desconocidas por el cuidador o no son dadas con propiedad; la "negligencia activa" ocurre cuando el cuidador deliberadamente altera el bienestar del residente por limitaciones o renuncia en la satisfacción de las necesidades básicas; el maltrato por "comisión" es la forma de abuso en las cuales incluyen el abuso físico o el trato con violencia hacia el residente por parte del cuidador y en la forma de violación de derechos y libertades. ⁽¹⁵⁾

Es evidente que el abordaje de la diabetes en el paciente geriátrico representa un importante problema de salud pública. ⁽¹⁶⁾

Y es por ello que los distintos especialistas que participan en la atención del proceso de la enfermedad deben conocer las peculiaridades de la diabetes en el paciente mayor y de esta forma mejorar su abordaje global, desde las medidas preventivas, pasando por el diagnóstico y tratamiento hasta sus complicaciones. (ANEXO 1) ⁽¹⁷⁾

Dentro de las recomendaciones no farmacológicas están los programas que modifican estilo de vida, donde se involucra el equipo de salud, el paciente y su red de apoyo, para mejorar el control de peso, ayudar a dejar el hábito tabáquico y aceptar la enfermedad. Esto puede disminuir la presión arterial de 5 mm Hg y de la HbA1c un 0.81 %, lo que reduce los requerimientos de fármacos. Otra recomendación es el tratamiento médico nutricional, involucra modificaciones en la alimentación, el ejercicio y terapias conductuales que favorecen en la reducción del peso y control glucémico, ya que dietas con alto contenido en fibra y una proporción de hidratos de carbono entre 55 y 60 %, con alimentos de bajo índice glucémico, son eficaces en el control de la glucemia. ⁽¹⁸⁾

En México existe un alto porcentaje que acude a una institución pública para recibir atención en el control de la diabetes. En dichas instituciones realización de acciones que previenen o detectan oportunamente complicaciones crónicas de la diabetes, la revisión de pies fue registrada en 14.6% de los casos, revisión oftalmológica 8.6% y función renal 9.1%. No hubo diferencias por sexo. Dentro de las principales complicaciones asociadas con fue: del 13.9% con daño en la retina; 6.6% con pérdida de la vista y 2% con amputaciones. ⁽¹⁹⁾

Molina Iriarte et al., escribieron que existen factores psicológicos y sociales, como el estrés y sus estilos de afrontamiento, los síntomas depresivos y la percepción de apoyo social, que se relacionan con el apego al tratamiento de la diabetes mellitus, así mismo las características de la personalidad influyen en el control de la glucemia de los pacientes diabéticos tipo 2. Los peores controles de la diabetes se han asociado con depresión, ansiedad, hostilidad y vulnerabilidad. Se ha establecido que existe una relación entre eventos estresantes de la vida y el control de la glucemia en adultos con diabetes, de tal manera que los eventos estresantes severos se relacionan con peor control de la glucemia, mientras que los eventos positivos se asocian con mejor control. ⁽²⁰⁾

Por otra parte, a pesar de los grandes avances, una tercera parte de los adultos geriátricos que padecen diabetes no son diagnosticados, lo que retarda su tratamiento y precipita las complicaciones agudas y crónicas, generando un complejo cuidado al paciente geriátrico con diabetes. ⁽²¹⁾

La violencia y el maltrato al adulto mayor, es considerado a nivel mundial como un fenómeno de tipo social, muy poco reconocido y subestimado en todos sus sentidos, y aunque no se establece con precisión sus causas, las escasas investigaciones nos muestran que existen un elevado porcentaje de maltrato, sobre todo a nivel intrafamiliar y en aquellos pacientes geriátricos en los cuales son dependientes de familiares, ya sea por secuela de alguna enfermedad o proceso avanzado de la misma u otros factores. ⁽²²⁾

En muchas partes del mundo el maltrato de los ancianos pasa casi inadvertido. Incluso hoy en día, el maltrato de los ancianos sigue siendo un tema tabú, por lo común subestimado y desatendido por sociedades de todo el mundo. ⁽²³⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el maltrato de personas mayores, como “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana.” Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión. ⁽²⁴⁾

Sin embargo, cada día hay más indicios de que el maltrato de los ancianos es un importante problema de salud pública y de la sociedad. ⁽²⁵⁾

El interés en combatir este problema es de suma importancia para las autoridades internacionales y nacionales. Se han creado acuerdos, compromisos y estrategias reflejadas a lo largo de la historia:

- 1948, se realizó la asamblea general de las Naciones Unidas donde se realiza la declaración universal de los derechos humanos. ⁽²⁶⁾
- 1975, Fue descrito por primera vez el fenómeno de la violencia en Inglaterra, mediante la observación de la "Granny maltrato" ⁽²⁷⁾
- 1982, 1era. Asamblea mundial sobre envejecimiento en Viena se aprueba los derechos humanos de los ancianos. ⁽²⁸⁾
- 1997, se crea la liga internacional para la prevención del abuso al adulto mayor (INPEA); así como la Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez (por sus siglas en inglés, International Network for the Prevention of Elder Abuse) ⁽²⁹⁾
- 2002, Se realiza la 2da. Asamblea Mundial en Madrid, España; donde se reconoce el maltrato en las personas adultas; en ese mismo año se realiza la Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a personas mayores. ⁽³⁰⁾
- 2011, se realiza la alianza global por los derechos de los adultos mayores. ⁽³¹⁾
- 2012, Se realiza la carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América y el Caribe. ⁽³²⁾

En México se han creado acuerdos y políticas de la misma manera que la internacional, con la finalidad de tomar estrategias y mejorar la calidad de vida del adulto mayor ⁽³³⁾

- 2002, se publica la Ley de los Derechos de las personas mayores. ⁽³⁴⁾
- 2005, se crea la Norma NOM-046-SSA2-2005 Sobre la Violencia Familiar, Sexual y contra las mujeres. ⁽³⁵⁾
- 2006, el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) del Distrito Federal (DF), realiza la primera encuesta sobre maltrato a personas mayores. ⁽³⁶⁾
- 2008, se publica la Guía de práctica clínica sobre detección y manejo de maltrato en el adulto mayor. ⁽³⁷⁾
- 2010, se crea la Agencia Especializada para la Atención a Adultos Mayores Víctimas de Violencia Familiar en D. F. y un número de atención telefónica de 24 horas: “línea plateada” ⁽³⁸⁾

La Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez (por sus siglas en inglés, International Network for the Prevention of Elder Abuse) y la Organización Mundial para la Salud han puesto énfasis en la prevención del maltrato de las personas mayores y han contribuido en forma significativa a elevar la toma de conciencia a nivel mundial. ⁽³⁹⁾

Las estimaciones de la prevalencia del maltrato de ancianos en el ámbito comunitario (que incluye el abandono por parte de los cuidadores, el maltrato físico y psicológico, y la explotación económica) procedentes de Canadá, Finlandia, los Países Bajos, el Reino Unido y los Estados Unidos de América están comprendidas entre el 4% y el 6%. En un estudio más reciente de la República de Corea se registró un 6,3%, mientras que en Israel se ha notificado un 18,4%, compuesto mayoritariamente por casos de abandono pasivo. Las comparaciones entre países se ven dificultadas tanto por las diferencias culturales en las actitudes hacia las personas de edad avanzada como por las variaciones en la percepción y la definición del maltrato. ⁽⁴⁰⁾

En una encuesta realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en América Latina, se encontró que el 70% de los ancianos y el 50% de las ancianas perciben que no existe respeto hacia ellos. Según datos del *International Network for the Prevention of Elder Abuse*, el 4% de los mayores de 60 años han sufrido abuso psicológico y abandono. En México se tiene una proyección de población de adultos mayores para el año 2020 de 15.6 millones y para el 2050 de 41 millones. ⁽⁴¹⁾

Se han investigado cinco tipos de maltrato según Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez y son: físico, psicológico, negligencia, abuso económico y sexual. ⁽⁴²⁾

- El maltrato físico: es toda acción voluntariamente realizada que provoque, o pueda provocar, daño o lesiones físicas en la persona mayor. Ejemplos: golpes, quemaduras, empujones, restricciones físicas y químicas.
- El maltrato psicológico: es toda acción (habitualmente de carácter verbal) o actitud que provoque o pueda provocar daño psicológico a la persona mayor. Ejemplo: rechazo, insultos, aislamiento, gritos, culpabilizar, humillar, intimidar, amenazar, ignorar y privación de sentimientos de amor, afecto y seguridad.
- La negligencia: es el abandono o descuido de las obligaciones en los cuidados de una persona mayor. Consiste en desatender las necesidades básicas, entendiendo por tales la alimentación, la higiene, una vestimenta adecuada al clima y la asistencia sanitaria.
- El abuso económico: también llamado abuso financiero o material consiste en la utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o de las propiedades de una persona mayor. Incluye la apropiación, aprovechamiento o mal uso de las propiedades o dinero del anciano, la falsificación de su firma y la coacción para obligarle a firmar documentos.
- El abuso sexual: es cualquier contacto sexual no deseado en el que una persona mayor es utilizada como medio para obtener estimulación o gratificación sexual. ⁽⁴³⁾

ANTECEDENTES

A pesar de que el maltrato es un fenómeno multicausal, se han otorgado identificar los aspectos, de acuerdo al Instituto Nacional de las personas Mayores, que hacen del adulto mayor sea una persona más vulnerable a esta situación: ⁽⁴⁴⁾

- Ser mujer.
- A mayor edad el riesgo aumenta.
- Cuando existe deterioro de salud y /o discapacidad.
- Dependencia emocional, depresión, ansiedad, baja autoestima o demencia.
- Aislamiento social.
- Antecedentes de maltrato doméstico.

Las cifras de prevalencia de maltrato a los ancianos varían en función del instrumento diagnóstico utilizado, del ámbito de estudio y de la definición aceptada sobre que es maltrato. En general la prevalencia de maltrato oscila entre el 3% y el 35%; las cifras más elevadas se observan en los ancianos que han sido atendidos por los servicios sociales o han sido hospitalizados. De los adultos mayores que sufren maltrato destaca que el 80% de los ancianos que viven solos y el 70% de los viudos/as sufren maltrato, por lo que estar casado disminuye el riesgo relativo de maltrato en un 69% y quienes conviven con su cónyuge y/o otros familiares presentan una reducción relativa del riesgo de maltrato del 60 y el 70%, respectivamente, frente a quienes viven solos. ⁽⁴⁵⁾

Se ha observado que se puede sospechar de maltrato en ancianos desde la atención básica, en Barcelona, mediante entrevistas en consultas se detectó que la prevalencia de maltrato fue de 11,9% y en este caso se observó que el sexo femenino ocupó el 18%, un 46% era viudo/a, un 21% contaba con un trabajo remunerado. Los presuntos perpetradores fueron en un 57% hijo/a; 8% cónyuge; 23% yerno/nuera. ⁽⁴⁶⁾

Pillemer y Moore en relación al maltrato institucional a personas geriátricas, concluye que el 36% del personal de enfermería había sido testigo de un incidente de maltrato físico, el 10% había cometido al menos un acto de maltrato físico, el 81% había observado algún incidente de maltrato psicológico y el 40% había abusado verbalmente de un anciano en los doce meses precedentes. Incluso Rivera señala que los servicios de salud pueden ser una fuente de maltrato. ⁽⁴⁷⁾

Otros estudios han demostrado que el personaje responsable del maltrato en personas mayores en un 56% de los casos son los hijos y un 25% otros familiares o no familiares. ⁽⁴⁸⁾

En las Américas se concluyó que las tasas de prevalencia de violencia doméstica en los adultos mayores revelan que las mujeres son las más afectadas, por lo cual deben ser consideradas como prioridad en las políticas de prevención de la agenda de salud para Latinoamérica. ⁽⁴⁹⁾

En un estudio del Hospital General de la ciudad de México se observó que el maltrato se presentó más frecuentemente en mujeres en un 61%; la edad media fue de 75 años, el 51% era casados y un 35% viudos; una gran parte era jubilado (54%) y otra parte se dedicaba al hogar (41%); el 85% vivía con algún familiar. Mientras que las características de los cuidadores fueron las siguientes: el 36% tenía más de 56 años de edad y el 33.3% tenía 25 a 35 años de edad. ⁽⁵⁰⁾

En la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores y en la Primera Conferencia de Consenso sobre el Anciano Maltratado se concluyó lo siguiente: ⁽⁵¹⁾

- El maltrato no es privativo de clase social desfavorecida. Puede darse en la familia o en instituciones y los principales implicados son los familiares y cuidadores.
- Todo profesional en relación con el anciano debe estar alerta respecto a signos y síntomas de maltrato.
- La prevención del maltrato de las personas mayores requiere la participación de múltiples sectores de la sociedad.
- Los propios ancianos deben conocer el problema del maltrato y los recursos sociales existentes para evitar reincidencias o secuelas.

En un estudio español se estudiaron factores de riesgo para que una persona mayor tenga mayor riesgo de maltrato, se observó que era más frecuente en mujeres; el agresor principalmente era del género masculino; otro factor importante fue la edad ya que, a partir de los 75 años, se incrementa el riesgo de sufrir maltrato, puesto que la prevalencia de maltrato aumenta del 0,6% en los ancianos entre 65 y 74 años, hasta el 1.1% entre los que superan los 74 años; así mismo la tasa de maltrato aumenta conforme se incrementa el nivel de dependencia. ⁽⁵²⁾

Las investigaciones realizadas con personas que presentan demencia han mostrado que los comportamientos agresivos por parte del anciano pueden actuar como actores desencadenantes de violencia por parte del cuidador. ⁽⁵³⁾

En la literatura se afirma que, en muchos casos, los agresores son económicamente dependientes de la víctima para su alojamiento, manutención, transporte y otros gastos, puesto que el 47,4% de los mayores maltratados su pensión era la única o principal fuente de ingresos de toda la familia. Según diversas investigaciones, vivir solo reduce el riesgo de sufrir maltrato, mientras que convivir con algún familiar es un factor de riesgo para convertirse en víctima de violencia. Se encontró una prevalencia de maltrato menor para los ancianos que viven solos del 0,3 % respecto a los que viven con familiares que es del 1%. ⁽⁵⁴⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento poblacional requiere de cambios en las costumbres de la población y un adiestramiento a los cuidadores, en aras de mejorar la calidad de vida de los ancianos y de los individuos que cuidan de ellos. Actualmente en México se presenta maltrato en el anciano en cifras importantes, de hecho, se puede hablar de un problema de salud pública. El maltrato al anciano es un problema social y de salud emergente, en donde habrá que tomarse medidas para su disminución, ya que, de acuerdo a las estadísticas, la Ciudad de México es la entidad del país con mayor porcentaje de personas mayores de 60 años.

Hasta el día de hoy no existen reportes con cifras exactas de este problema social, la realidad es que el maltrato es un grave problema que afecta a un número elevado de ancianos y se refiere al trato abusivo que reciben las personas por parte de sus cuidadores, familia y extraños, esto trae como consecuencia en pacientes diabéticos fracaso en el control glucémico y diversas comorbilidades asociadas. Por ello se plantea la siguiente interrogante:

¿Existe maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

JUSTIFICACIÓN

Las personas geriátricas tienen un riesgo mayor de desarrollar algunas condiciones asociadas al proceso de envejecimiento, como depresión, reducción de la función mental, incontinencia urinaria, desmayos con golpes, dolor persistente, sobredosis de medicamentos y diversas enfermedades, principalmente crónicas degenerativas, como la diabetes mellitus; haciendo a este grupo de población vulnerable y frágil ante la sociedad. Al presentar una de estas comorbilidades, se hace dependiente de medicamentos, cuidados especiales, un régimen de plan de alimentación, ejercicios acordes a su edad; lo que el cuidado de estos pacientes puede ser difícil para el entorno familiar.

Generalmente el maltrato en pacientes geriátricos no es identificado por los médicos. En México es tradición que la comunidad y las familias son quienes se hacen cargo de las personas mayores; y es común que los adultos mayores presenten algún tipo de agresiones por parte de familiares distintos a su pareja o expareja.

El abuso en la población de adultos mayores ocurre probablemente desde hace siglos, sin embargo, hasta los últimos veinte años han aparecido publicaciones al respecto. Es importante que este tema sea conocido por los miembros del equipo de salud y público en general. Adquiere, además, cada día mayor relevancia por el número creciente de personas afectadas y por las consecuencias inherentes que estos malos tratos conllevan. La sospecha e identificación de maltrato en la población geriátrica es indispensable para el manejo integral de estos pacientes. Existe un largo camino por recorrer en el tema del maltrato y especialmente cuando las personas que lo sufren son los adultos mayores, por lo que se hace necesario contar con más investigaciones y publicaciones sobre este tema.

El problema actual es que no existe un proceso de detección del maltrato, el cual no se encuentra claramente definido por la literatura; agregando que faltan escalas e instrumentos específicos de medida del abuso o no están muy perfeccionados ni adaptados a las diversas realidades culturales y a la problemática real.

En México hay muy poca información sobre el tema del maltrato, abandono y negligencia; en el aspecto legal es relativamente nuevo; la violencia en contra del anciano se encuentra en fuentes o estudios aislados que no reflejan objetivamente la magnitud y transcendencia del problema.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No 8: Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

OBJETIVO ESPECIFICO

Conocer las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

HIPÓTESIS

Las hipótesis en este estudio se realizarán por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no ameritan el desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

HIPÓTESIS NULA (H_0):

Los pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No 8: “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” no sufren maltrato.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1):

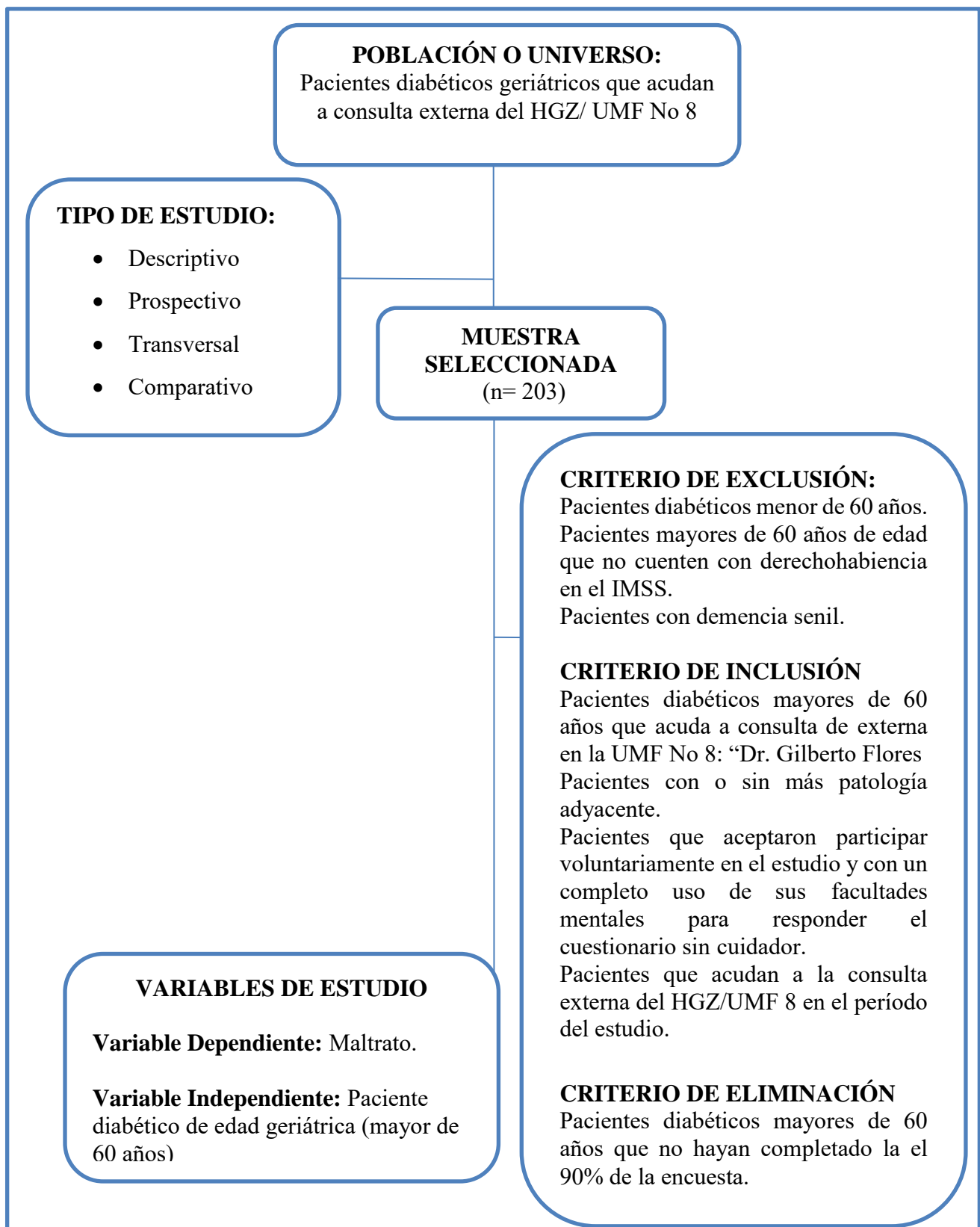
Los pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No 8: “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” sufren maltrato.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- 1.- Según el número de una misma variable o el período y secuencia del estudio: *transversal*.
- 2.- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: *descriptivo*.
- 3.- Según la recolección que se realiza luego de planificar el estudio: *prospectivo*.
- 4.- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: *no comparativo*.
- 5.- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: *observacional*.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION



Elaborado por: Rafael Rivera Muñoz.

POBLACIÓN, UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL

La investigación se realizó en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que se encuentra en Avenida Río Magdalena #289, Colonia Tizapán San Ángel, México Distrito Federal. En un periodo de marzo 2014 a febrero 2016.

POBLACIÓN O UNIVERSO

Pacientes diabéticos geriátricos del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar Numero 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en el Distrito Federal, México. Esta es una población urbana.

MUESTRA

Se conformó por todos los pacientes diabéticos geriátricos que acudieron a consulta y contestaron la Evaluación de Maltrato y Abuso de Personas Mayores de Reis y Nahmiash, en la UMF No 8: “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica necesaria fue de 203 pacientes con un intervalo de confianza de 90%, con una proporción del 0.25 y con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

N= Número total de individuos requeridos.

Z alfa= Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P= Proporción esperada

(1-P) = Nivel de confianza del 90 -%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4Z_{\alpha}^2 P(1-P)}{W^2}$$

W²

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes diabéticos geriátricos del HGZ/UMF No. 8: “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” mayores de 60 años de edad que acudieron a consulta de externa.
- Pacientes con o sin patología adyacente a la requerida.
- Pacientes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y con un completo uso de sus facultades mentales para responder el cuestionario sin cuidador.
- Pacientes que acudan a consulta externa en el periodo de estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes diabéticos del HGZ/UMF No. 8: “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” menores de 60 años de edad.
- Pacientes mayores de 60 años de edad que no cuenten con derechohabiencia en el IMSS.
- Pacientes con demencia senil.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no completaron el 90% del instrumento.

VARIABLES

Variable Independiente:

- Nombre del paciente.
- Edad.
- Edad en rangos.
- Sexo.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- Religión.
- Ocupación.

Variable Dependiente:

- Maltrato según escala de Reis y Nahmiash.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- *Nombre del paciente:* Nombre asignado en el acta de nacimiento.
- *Edad:* Número de años de vida cumplidos a partir del nacimiento del individuo.
- *Sexo:* Condición orgánica que distingue entre hombres y mujeres.
- *Estado civil:* Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.
- *Escolaridad:* Grado máximo de estudios que posee el individuo.
- *Religión:* Conjunto de creencias profesada por el individuo.
- *Ocupación:* Actividad económica a la que se dedica el individuo.
- *Maltrato:* Acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Nombre de variable	Tipo de Variable	Escala de medición	Valores
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Edad en rangos	Cuantitativa	Ordinal	1= 60 a 69 años 2= 70 a 79 años 3=80 a 89 años 4= 90 años y más
Sexo	Cualitativa	Nominal	1= masculino 2= femenino
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1= soltero 2= casado 3= divorciado 4= viudo 5= unión libre
Grado de escolaridad	Cualitativa	Nominal	1= primaria 2=secundaria 3= bachillerato 4= licenciatura 5= posgrado
Religión	Cualitativa	Nominal	1=católico 2= cristiano 3= judío 4= otras 5= no religioso
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1= empleado 2= desempleado 3=trabajador independiente 4= pensionado 5= labores del hogar 6= sin ingreso
Maltrato según escala de Reis y Nahmiash	Cualitativa	Nominal	1= puntuación mayor de 9 puntos 2= puntuación menor de 8 puntos

Elaborado por: Rafael Rivera Muñoz.

DISEÑO ESTADISTICO

- El análisis estadístico se llevó cabo a través de SPSS versión 20.
 - o Distribución de frecuencia: porcentajes (para variables cualitativas).
 - o Medidas de tendencia central: media, mediana, moda (para variables cuantitativas).
 - o Medidas de dispersión: desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo (para variables cuantitativas).
- El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia, con un nivel de confianza de 95%, resultó un total de 203 pacientes.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

EVALUACIÓN DE MALTRATO Y ABUSO DE PERSONAS MAYORES - REIS Y NAHMIASH,

Este instrumento fue elegido para poder tener un criterio con el que comparar los resultados obtenidos con las EDMA. Se trata de una escala compuesta por 15 ítems sobre la persona mayor y 12 ítems sobre el cuidador. Se contesta en una escala de 5 puntos e incluye también otras dos categorías de respuesta: “No aplicable” y “No se sabe”.

Es un instrumento que informa sobre sus propiedades psicométricas y que comparte características con el instrumento a validar: se creó para ser aplicado por servicios sociales o sanitarios, tiene una orientación cuantitativa y recoge información sobre la persona mayor y sobre el posible maltratador. No abarca los casos de auto negligencia y se centra en la relación de cuidados.

A pesar de estas diferencias, la IOA parecía ser la mejor elección por los aspectos comunes con las EDMA y por sus propiedades psicométricas.

Es un instrumento que ha obtenido coeficientes α con valores entre .91 y .92 y que ha demostrado evidencias de validez, siendo capaz de ofrecer diferencias significativas en las puntuaciones medias de personas maltratadas y no maltratadas y porcentajes elevados de casos correctamente clasificados (entre el 96,3% y el 88,6% de los casos).

METÓDO DE RECOLECCIÓN

Se acudió al servicio de consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8 en los 2 turnos, (matutino, vespertino) durante los meses de febrero a junio de 2015, y se identificó a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y desearon participar en el llenado del instrumento de evaluación de personas mayores; se explicó al paciente el motivo y tipo de investigación a realizar, así mismo se informó ampliamente sobre los beneficios que se pueden obtener con esta investigación, se les hizo una invitación a participar en el proceso mencionado y los que estuvieron de acuerdo, firmaron un consentimiento informado.

Con la finalidad de evitar sesgos de información se preguntó previamente a la resolución del instrumento si tenían alguna duda y se aclaró, y por último se llevó a cabo la recolección de los cuestionarios, y como escrutinio se juntaron los datos necesarios para ver los resultados obtenidos y el impacto que tendría dicho estudio.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

Segros de selección:

- Se realizó de forma aleatoria en ambos turnos de la consulta externa. Utilizando los mismos criterios en las unidades de estudio.
- Se eligieron los grupos representativos de la población estudiada.

Segros de información:

- Se evitó que el entrevistado estuviera con su cuidador al momento de responder el instrumento.
- Los cuestionarios fueron claros y bien estructurados.
- Los participantes estuvieron conscientes de las hipótesis específicas bajo investigación.
- La información fue recolectada solamente por el interesado en el proyecto.

Segros de medición:

- Se usó instrumento de evaluación de personas mayores con una confiabilidad de coherencia interna (alfa de Cronbach) de 0.92 en cada entrevista por lo que se unificó la codificación de cada variable.

Segros de análisis:

- El análisis se realizó por una persona y un programa estadístico estandarizado.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR DISTRITO FEDERAL
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
 INVESTIGACIÓN EN SALUD.

TÍTULO DEL PROYECTO:

EVALUACIÓN DEL MALTRATO EN PACIENTES DIABÉTICOS GERIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

2014 – 2015

Fecha	Mar 2014	Abr 2014	May 2014	Jun 2014	Jul 2014	Ago 2014	Sep 2014	Oct 2014	Nov 2014	Dic 2014	Ene 2015	Feb 2015
Título	X											
Antecedentes	X	X										
Planteamiento Del problema	X		X									
Objetivos				X								
Hipótesis					X							
Propósitos						X						
Diseño metodológico							X					
Análisis Estadístico								X				
Consideraciones éticas									X			
Recursos										X		
Bibliografía											X	
Aspectos generales											X	
Aceptación												X

2015 - 2016

Fecha	Mar 2015	Abr 2015	May 2015	Jun 2015	Jul 2015	Ago 2015	Sep 2015	Oct 2015	Nov 2015	Dic 2015	Ene 2016	Feb 2016
Prueba piloto	X	X	X	X								
Etapas de ejecución del proyecto				X								
Recolección de datos					X	X	X	X				
Almacenamiento de datos								X				
Análisis de datos								X				
Descripción de datos									X			
Discusión de datos									X			
Conclusión del estudio										X		
Integración y Revisión final										X		
Reporte final											X	
Autorizaciones											X	
Impresión del trabajo												X
Publicación												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos humanos:

- Investigador: médico residente de Medicina Familiar.

Materiales:

- Instrumento hojas de papel.
- Plumas.
- Computadora portátil Toshiba.
- Cartucho de impresora HP.
- USB de 8 GB para almacenamiento de información.
- Tablas para el apoyo de encuestas.
- Fotocopias.
- Folders.
- Engrapadora.

Recursos físicos:

- Consultorios.
- Sala de observación de urgencias y primer contacto.
- Salas de espera.

Financiamiento del estudio:

- A cargo del investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de este trabajo se necesita el cumplimiento de diversos artículos del Reglamento General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, los cuales son: 13, 14,15, 16 y 17.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en categorías, y esta investigación pertenece a la categoría:

- Categoría de investigación con riesgo mínimo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

El presente trabajo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial.

- Se integra la carta de consentimiento informado de la investigación. Denominado “Evaluación del maltrato en pacientes geriátricos que acuden a la consulta externa en el UMF/HGZ No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.” (Anexo 3).

RESULTADOS

Se estudió a 203 personas mayores diabéticos geriátricos que acudían a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo en el año 2015. Se observó que la edad media de los 203 encuestados fue de 71.3 años con una desviación estándar de 7.4 años, un valor mínimo de 60 años y un valor máximo de 96 años.

En la sección rango de edad se encontró 81 (40%) en el grupo de 60 a 69 años de edad, y 89 (44%) en el grupo de 70 a 79 años de edad; 31 (15%) en el grupo de 80 a 89 años de edad y 2 (1%) en el grupo mayores de 90 años de edad. [Tabla y gráfica 1]

De los pacientes entrevistados, el 76 (37%) correspondieron al sexo masculino y 121 (63%) al sexo femenino [Tabla y gráfica 2]

Por grado de escolaridad, se observó que 101 (50%) contaban con primaria, y 54 (27%) con secundaria, 20 (10%) con bachillerato, 20 (10%) con licenciatura y 8 (4%) con algún tipo de posgrado. [Tabla y gráfica 3]

Referente a su estado civil se encontró que 89 (43.8%) eran casado, 65 (32%) eran viudos, 20 (10%) solteros, 18 (9%) divorciados y solo uno (.5%) en unión libre. [Tabla y gráfica 4]

Sobre la ocupación se observó pensionados 89 (44%), a las labores del hogar 57 (28%), 31 (15%) eran desempleados, 18 (9%) sin ingresos y 8 (4%) con algún tipo de empleo. [Tabla y gráfica 5]

De acuerdo al instrumento de medición utilizado, de las personas encuestadas 156 (77%) no sufrían de maltrato y 47 (23%) sufrían de maltrato. [Tabla y gráfica 6]

En cuanto a edad en rangos con maltrato se observó que el rango de 60 a 69 años de edad 16 (34%) sufren maltrato y en 65 (42%) no sufren, en el rango de 70 a 79 años 22 (47%) sufren maltrato y 67 (43%) sin maltrato, el de 80 a 89 años 9 (19%) con algún tipo de maltrato y 22 (14%) sin presentar maltrato, y en personas mayores de 90 años solo hubo dos (1%) las cuales no presentaron maltrato. [Tabla 7, gráfica 7]

Con respecto al sexo y presencia o no de maltrato encontramos que aquellos correspondientes al sexo masculino 17 (36%) sufrían algún tipo de maltrato y 59 (38%) no presentaron maltrato; del sexo femenino 30 (64%) con maltrato y 97 (62%) sin maltrato. [Tabla y gráfica 8]

En cuanto a la escolaridad y maltrato, se encontró que contaban con primaria 18 (38%) con maltrato y 83 (53%) sin maltrato, con secundaria 18 (38%) con maltrato y 36 (23%) sin maltrato, con bachillerato 9 (19%) con maltrato y 11 (7%) sin maltrato, con licenciatura 2 (4%) presentaron maltrato y 18 (12%) sin maltrato y los que estudiaron a nivel posgrado 8 (12%) sin maltrato. [Tabla y gráfica 9]

Con respecto al estado civil y maltrato, se encontraron solteros 6 (13%) con maltrato y 14 (9%) sin maltrato, casados 17 (36%) con maltrato y 72 (46%) sin maltrato, divorciados 3 (6%) con maltrato y 15 (10%), viudo 16 (34%) con maltrato y 49 (31%) sin maltrato, unión libre uno (1%) sin maltrato y separados 5 (11%) con maltrato y 5 (3%) sin maltrato. [Tabla y gráfica 10]

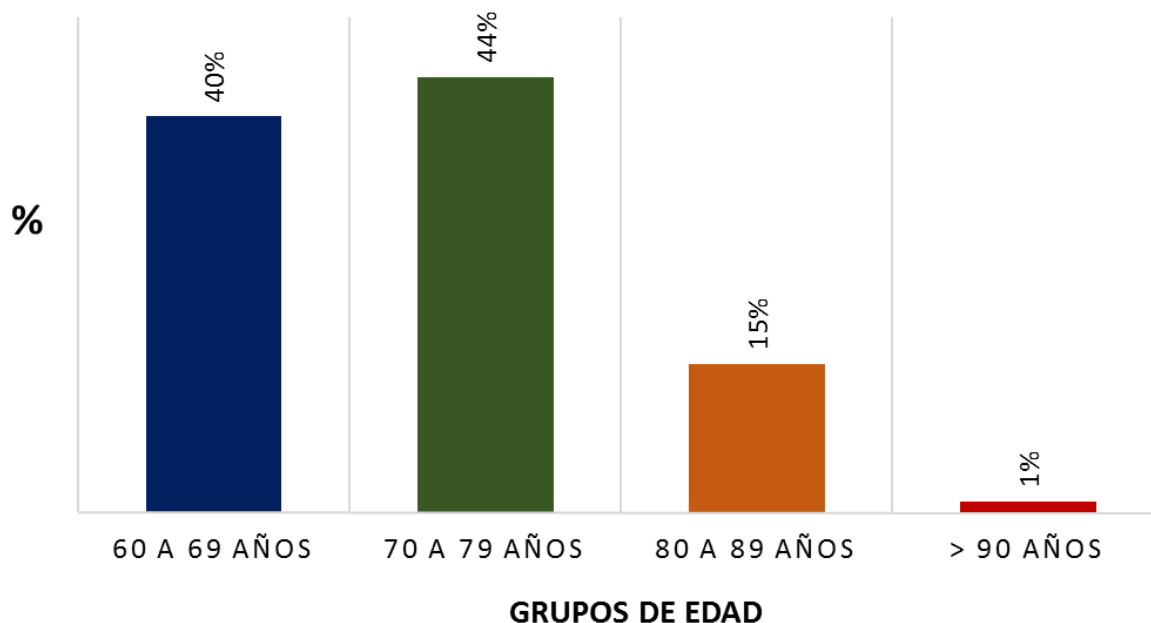
Referente a la ocupación y maltrato, se observó que los que contaban con un empleo 5 (11%) con maltrato y 26 (17%) sin maltrato, desempleados 8 (5%) sin maltrato y no hubo ninguno con maltrato, pensionados 24 (51%) con maltrato y 65 (42%) sin maltrato, dedicados a las labores del hogar 10 (21%) con maltrato y 47 (30%) sin maltrato, sin ingreso económico 8 (17%) con maltrato y 10 (6%) sin presentar maltrato. [Tabla y gráfica 11]

Tabla 1. Rangos de edad de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF 8 IMSS, 2015.

Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
60 A 69 AÑOS	81	40
70 A 79 AÑOS	89	44
80 A 89 AÑOS	31	15
> 90 AÑOS	2	1
Total	203	100

Fuente: n=203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

Gráfica 1. Rangos de edad de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF No. 8, IMSS, 2015.



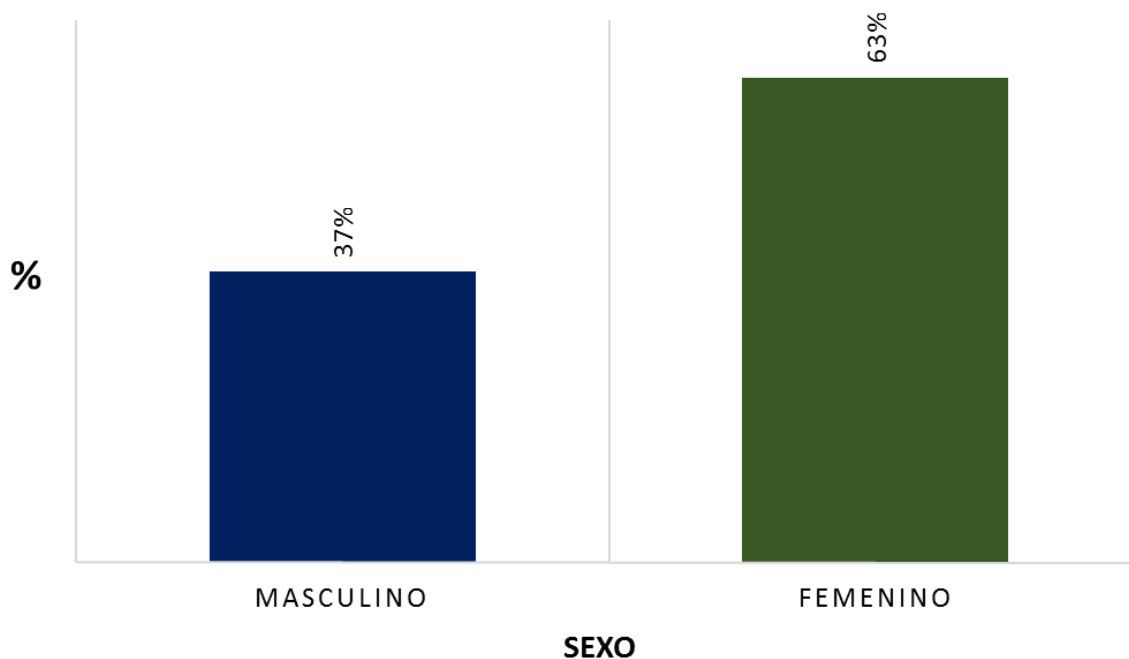
Fuente: n=203 Rivera-MR, Espinoza-A G, Vilchis-CE, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2015.

Tabla 2. Sexo de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF 8 IMSS, 2015.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	76	37
Femenino	127	63
Total	203	100

Fuente: n=203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E,
Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF
No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

Gráfica 2. Sexo de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF No. 8, IMSS, 2015.



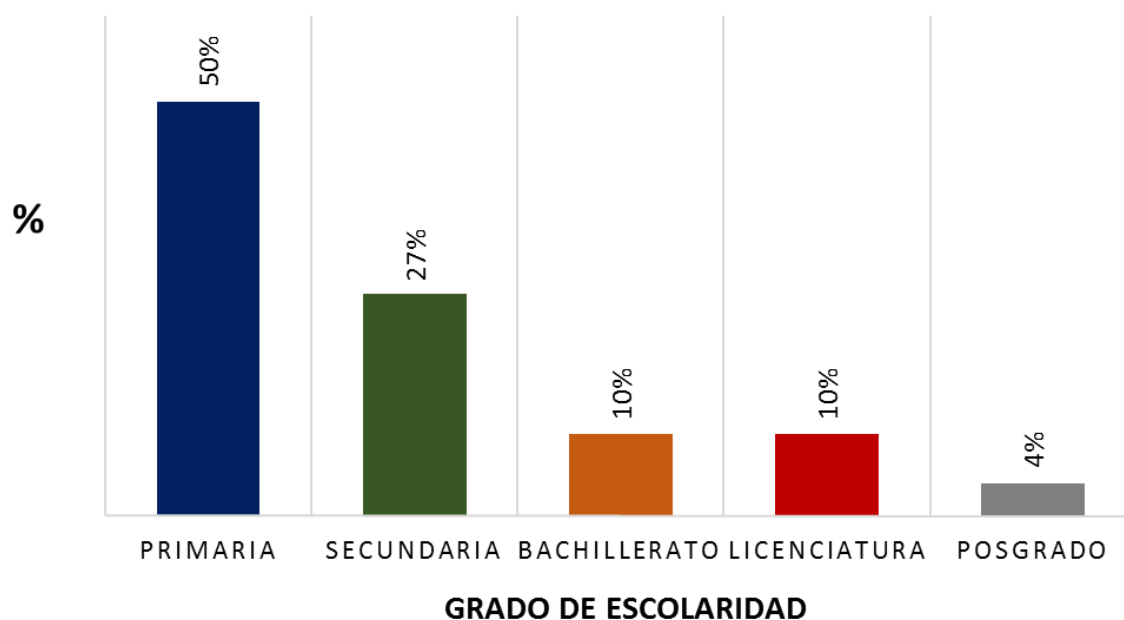
Fuente: n=203 Rivera-MR, Espinoza-A G, Vilchis-C E,
Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF
No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2015.

Tabla 3. Grado de escolaridad de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF 8 IMSS, 2015.

Grado de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	101	50
Secundaria	54	27
Bachillerato	20	10
Licenciatura	20	10
Posgrado	8	4
Total	203	100

Fuente: n=203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

Gráfica 3. Grado de escolaridad en pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF No. 8, IMSS, 2015.



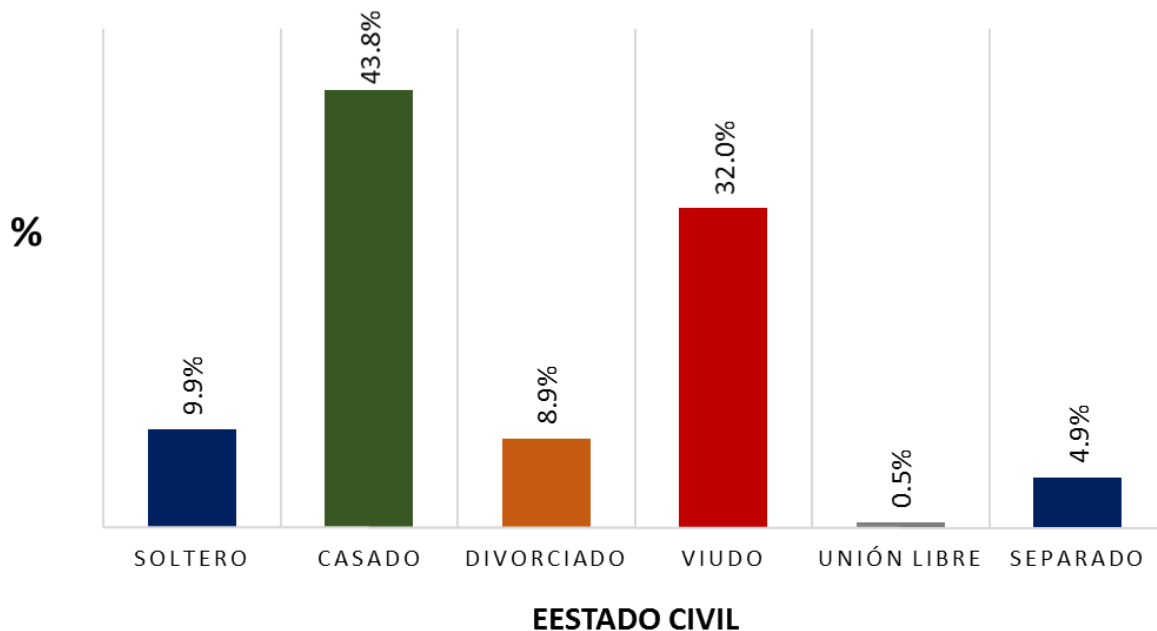
Fuente: n=203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2015.

Tabla 4. Estado civil de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF 8 IMSS, 2015.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	20	9.9
Casado	89	43.8
Divorciado	18	8.9
Viudo	65	32
Unión libre	1	.5
Separado	10	4.9
Total	203	100

Fuente: n=203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E,
Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

Gráfica 4. Estado civil de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF No. 8, IMSS, 2015.



Fuente: n=203 Rivera-MR, Espinoza-A G, Vilchis-CE,
Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2015.

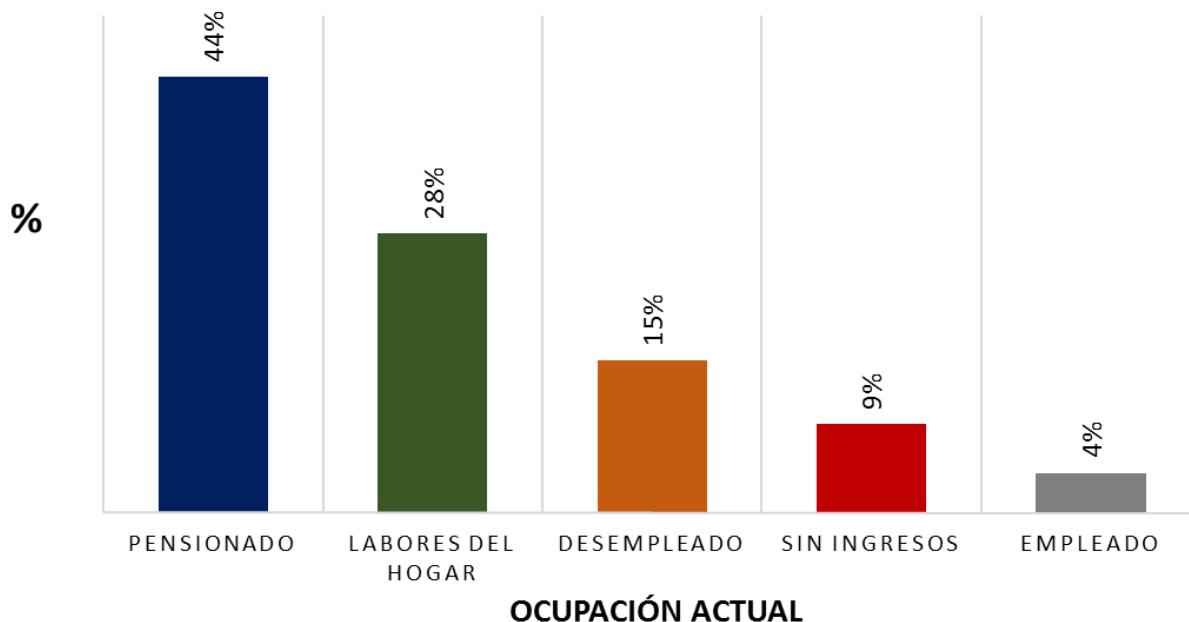
Tabla 5. Ocupación de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF 8 IMSS, 2015.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Pensionado	89	44
Labores del hogar	57	28
Desempleado	31	15
Sin ingresos	18	9
empleado	8	4
Total	203	100

Fuente: n=203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

156

Gráfica 5. Ocupación actual de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF No. 8, IMSS, 2015.



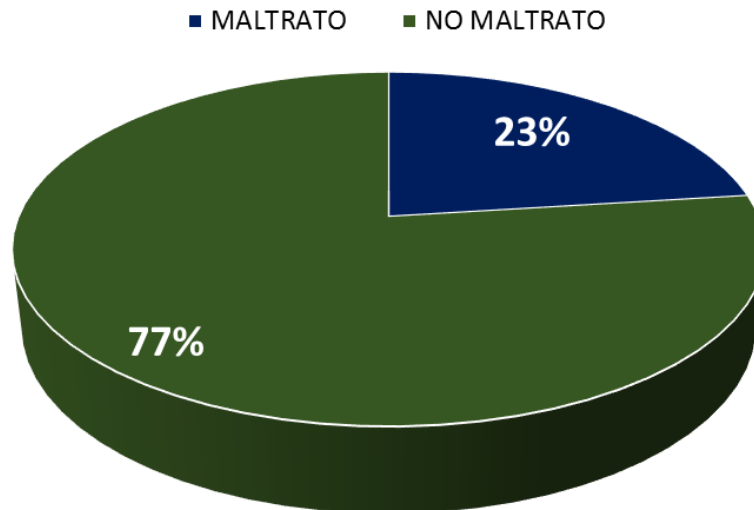
Fuente: n=203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2015.

Tabla 6. Clasificación de los pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF 8 IMSS, 2015.

Clasificación de maltrato	Frecuencia	Porcentaje (%)
Maltrato	47	23
Sin maltrato	156	77
Total	203	100

Fuente: n=203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

Gráfica 6. Porcentaje de pacientes diabéticos geriátricos que presentaron maltrato del HGZ/UMF No. 8, IMSS, 2015.



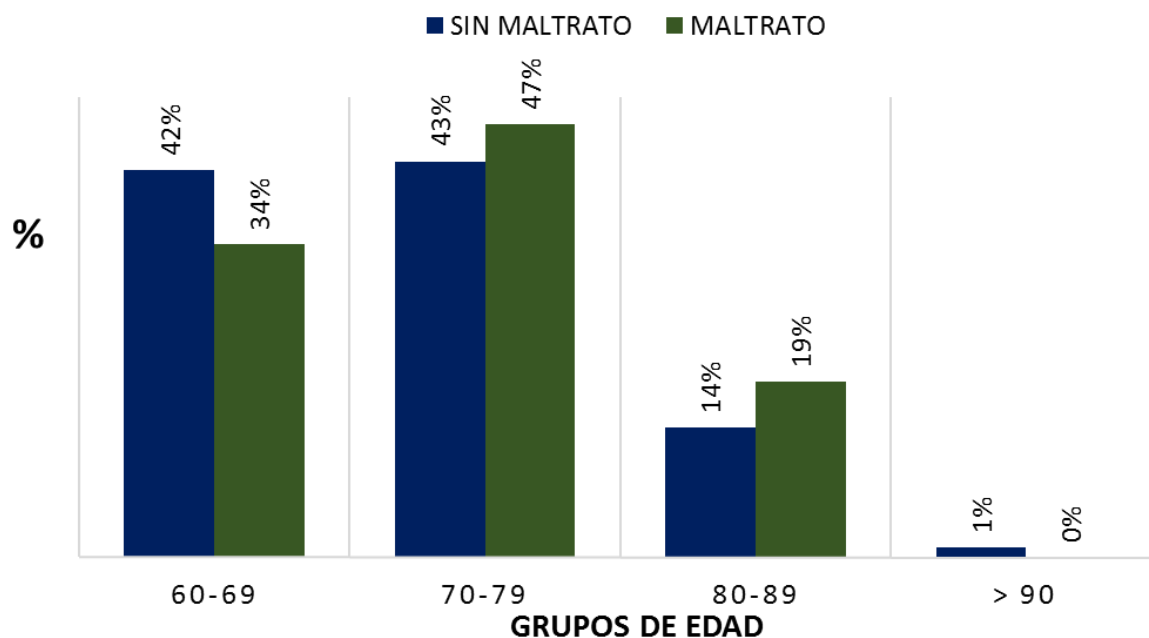
Fuente: n=203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2015.

Tabla 7. Rangos de edad y maltrato de pacientes diabéticos geriátricos del HGZ/UMF No. 8 IMSS, 2015.

Grupo de edad (años)	Con algún tipo de maltrato		Sin algún tipo de maltrato	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
60-69	16	34	65	42
70-79	22	47	67	43
80-89	9	19	22	14
> 90	0	0	2	1
Total	47	100	156	100

Fuente: n=203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

Gráfica 7. Rangos de edad y maltrato de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF No. 8, IMSS, 2015.



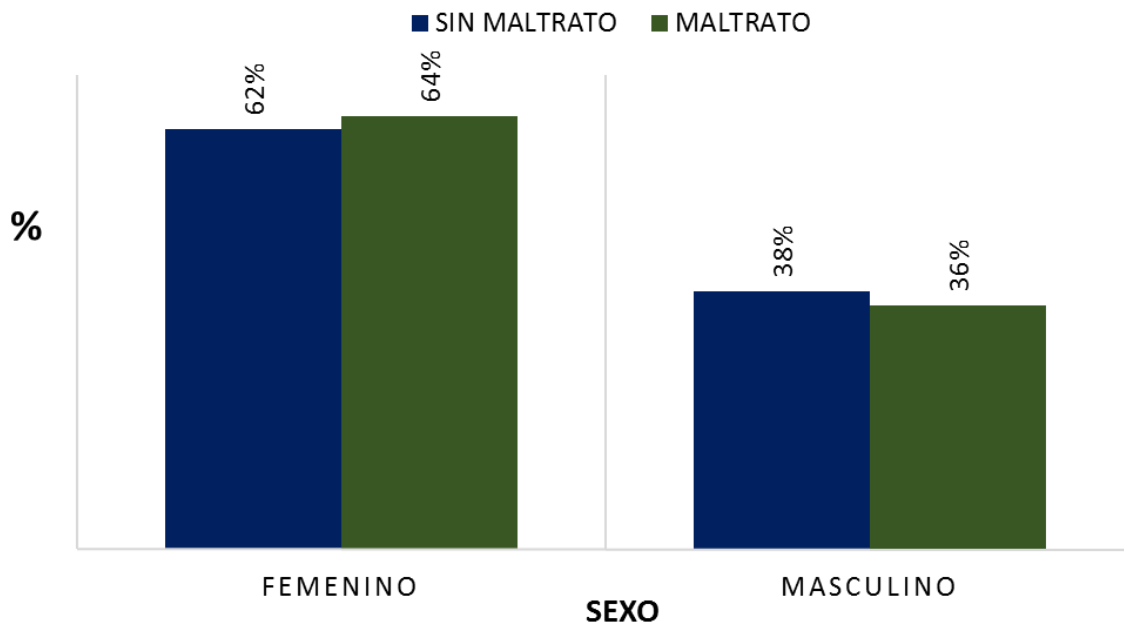
Fuente: n= 203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2015.

Tabla 8. Sexo y maltrato de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF No. 8 IMSS, 2015.

Sexo	Con algún tipo de maltrato		Sin algún tipo de maltrato	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	17	36	59	38
Femenino	30	64	97	62
Total	47	100	156	100

Fuente: n=203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

Gráfica 8. Sexo y maltrato de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF No. 8, IMSS, 2015.



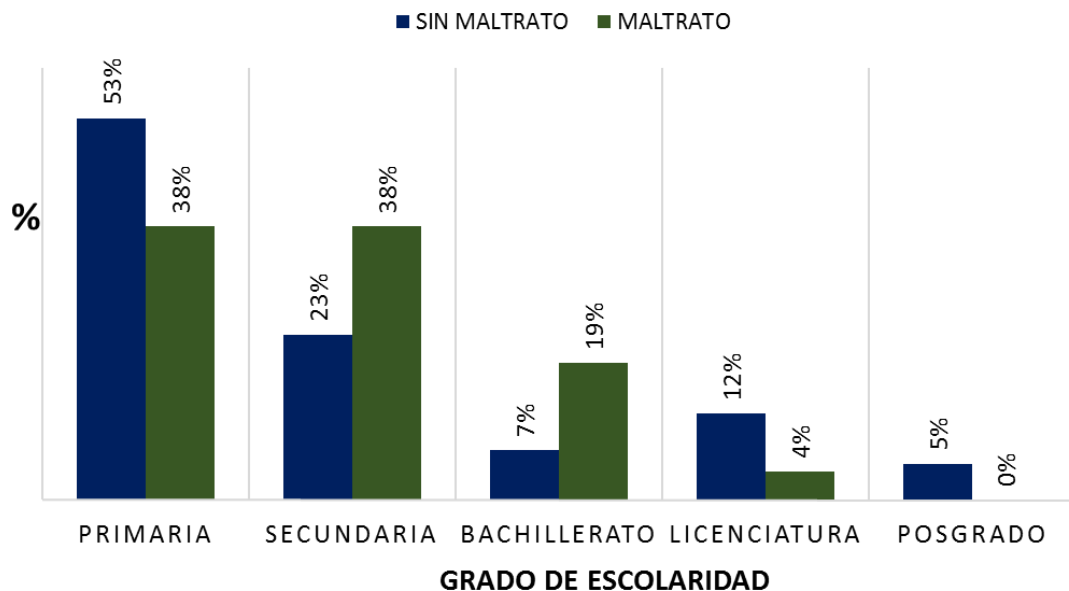
Fuente: n= 203 Rivera-MR, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2015.

Tabla 9. Grado de Escolaridad y maltrato de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF No. 8 IMSS, 2015.

Grado de escolaridad	Con algún tipo de maltrato		Sin algún tipo de maltrato	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	18	38	83	53
Secundaria	18	38	36	23
Bachillerato	9	19	11	7
Licenciatura	2	4	18	12
Posgrado	0	0	8	5
Total	47	100	156	100

Fuente: n=203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

Gráfica 9. Grado de escolaridad y maltrato de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF No. 8, IMSS, 2015.



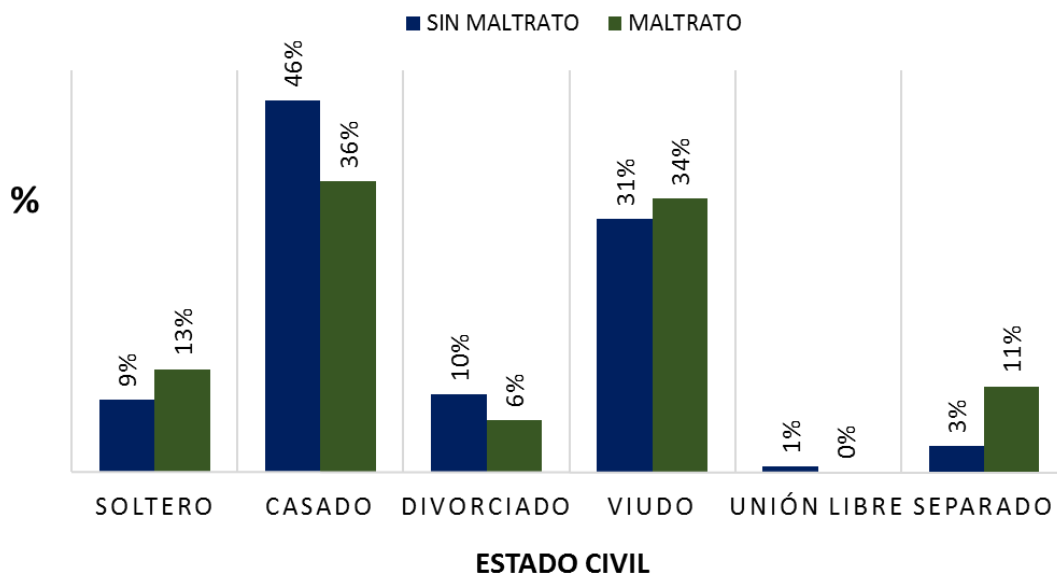
Fuente: n= 203 Rivera-MR, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2015.

Tabla 10. Estado civil y maltrato de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF No. 8 IMSS, 2015.

Estado civil	Con algún tipo de maltrato		Sin algún tipo de maltrato	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	6	13	14	9
Casado	17	36	72	46
Divorciado	3	6	15	10
Viudo	16	34	49	31
Unión libre	0	0	1	1
Separado	5	11	5	3
Total	47	100	156	100

Fuente: n=203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

Gráfica 10. Estado civil y maltrato de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF No. 8, IMSS, 2015.



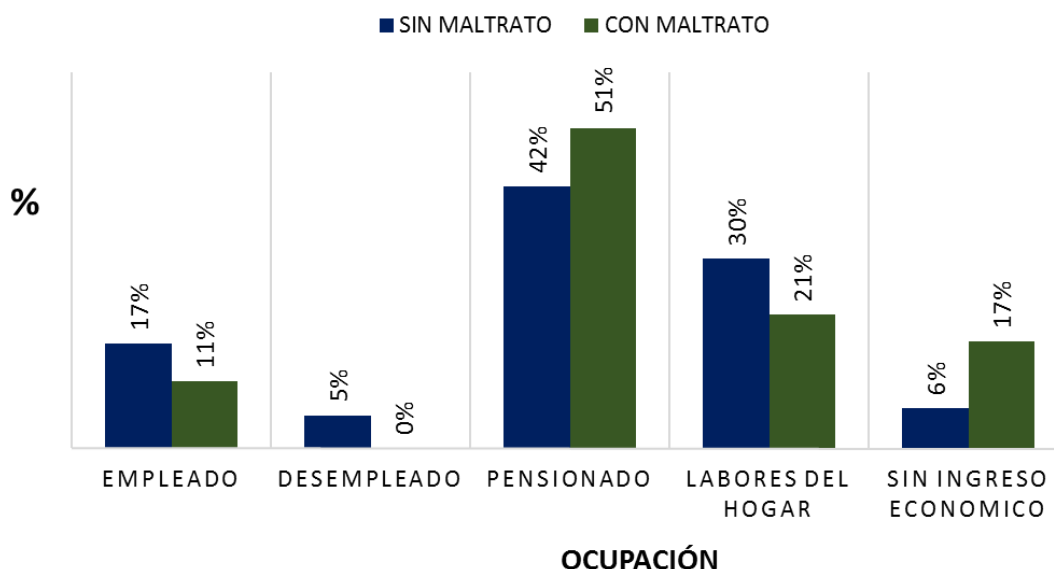
Fuente: n= 203 Rivera-MR, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2015.

Tabla 11. Ocupación y maltrato de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF No. 8 IMSS, 2015.

Escolaridad	Con algún tipo de maltrato		Sin algún tipo de maltrato	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	5	11	26	17
Desempleado	0	0	8	5
Pensionado	24	51	65	42
Labores del Hogar	10	21	47	30
Sin ingreso económico	8	17	10	6
Total	47	100	156	100

Fuente: n=203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

Gráfica 11. Ocupación y maltrato de pacientes diabéticos geriátricos entrevistados del HGZ/UMF No. 8, IMSS, 2015.



Fuente: n= 203 Rivera-M R, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2015.

DISCUSIÓN

Según las estadísticas de la Organización Mundial de Salud, (*Maltrato de ancianos y alcohol. Ginebra : OMS, 2014*) el 6% de personas mayores de 60 años de edad experimentan algún tipo de maltrato en los Estados Unidos, mientras que en nuestro estudio los pacientes de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8, 23% presentó algún tipo de maltrato, esto posiblemente es porque existe un subregistro del maltrato en ancianos. Así como una insuficiente divulgación sobre el tema. Los ancianos son más vulnerables a la violencia debido a que se desvalorizan sus capacidades al ser ignorados, desatendidos y discriminados. En muchas ocasiones el cuidador para sustentar la economía del hogar, no solo se dedica a la atención del cuidado del anciano, sino que tiene cargas de actividades u ocupaciones adicionales, lo cual orilla a una mala atención y al llamado “Bournout del cuidador”, dando como resultado maltrato.

Aguilar Rosales et al; (*Maltrato intrafamiliar en el adulto mayor jubilado, Cuba, 2005*) encontraron que en un 13% de las mujeres estudiadas presentaron algún tipo de maltrato, mientras que en nuestro estudio se encontró que el 64% eran femenino, esto posiblemente porque tienen una esperanza de vida mayor que la de los hombres y son la mayoría entre las personas de la tercera edad. Así mismo la mujer en nuestro país, enfocados al grupo de edad mayor a 60 años, gran parte dependen económicamente, generando un escenario de violencia por parte de la pareja o incluso de sus propios hijos. El trato inadecuado es más común hacia la mujer que para el hombre, el cual generalmente, cuenta con más recursos económicos, pensión o propiedades, y mantiene una relación más lejana con los hijos. También se puede presentar porque muchas mujeres siguen apartadas del mercado laboral para asumir el rol de cuidadora/madre y, por tanto, no se perciben como autónomas para vivir sin pareja. Los sentimientos de poca protección en mujeres maltratadas podrían debilitar la capacidad de solucionar problemas y la motivación para afrontarlos, favoreciendo de esta forma la permanencia en la mujer en la relación violenta. Así mismo cuando una mujer abandona una relación abusiva, el miedo comienza a debilitarse por la distancia y esta sensación de alivio por cese de la violencia, que quedó grabada como un esquema mental, comienza a cobrar fuerza. La figura de la pareja que se mostraba arrepentida y amorosa es recordada en la distancia y cuando el estímulo reforzado es más intenso que el miedo, es posible que la mujer decida retornar.

Risco-Romero et al; (*Abordaje del maltrato al anciano en el ámbito doméstico, 2005*) describieron que personas en edad geriátrica que sufrían de algún tipo de maltrato eran en un 70% viudos, en nuestro estudio se observó que en un 36% eran viudos también y el 34% divorciados, estos resultados similares son posiblemente porque el hecho de ser viudos los hace vulnerables a la dependencia de familiares o cuidadores, lo cual expone a sufrir de algún tipo de maltrato, pues, a la muerte del esposo, las propiedades son disputadas por los hijos, ya que la mujer prácticamente no tiene derecho a la herencia. Cuando esto sucede, la viuda pasa a depender totalmente del ultimogénito hijo varón, que es a quien generalmente le quedan más propiedades. Este fenómeno se presenta muy frecuentemente por cuestiones culturales en nuestro país.

Álvarez Martínez et al; (*Maltrato, abandono y negligencia en anciano de una clínica de medicina familiar y un Hospital General de la ciudad de México, 2010*) encontró que alguna de las características de los cuidadores eran que el 36% tenía más de 56 años de edad y el 33% de 25 a 35 años, así mismo, se observó un 43% en el grupo de edad de 41 a 60 años de edad, seguido de un 34% del grupo de 20 a 40 años, la diferencia del estudio previo es posiblemente que en más del 60% los cuidadores eran hijos y muchos de ellos corresponden al rango de edad previamente mencionados. Este fenómeno se presenta muy probablemente porque culturalmente vivimos en un país en donde no se acostumbra el cuidado de las personas mayores por parte de personas ajenas a la familia, así mismo están a cargo de los hijos o familiares cercanos a estos. Por lo tanto las consecuencias del maltrato físico son importantes, al tratarse de personas físicamente más vulnerables, sus huesos son más quebradizos y los procesos de convalecencia más prolongados. Incluso una lesión relativamente leve puede causar daños graves y permanentes. Los daños psicológicos favorecen la aparición de síntomas depresivos, aislamiento, sentimientos de impotencia, baja autoestima, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación, mayor pérdida de autonomía y estrés lo cual puede aumentar el riesgo de muerte. Lo anterior provoca el ingreso frecuente de los adultos mayores al sistema hospitalario, o la demanda constante de atención médica por la presencia de distintas enfermedades.

Márquez Reyes (*Perfil de la Violencia Familiar en el anciano, 2009*) identificó que el 54% de las personas que sufrían algún tipo de maltrato eran jubilados y un 21% se dedicaba al hogar, observando el mismo comportamiento en este trabajo, el 51% era jubilada o pensionada y un 21% se dedicaba a labores del hogar, esto podría explicar que tal vez la dependencia económica hacia el cuidador pudiera ser un factor de riesgo para ser víctima de maltrato.

Una limitación de este estudio fue no poder identificar el tipo de maltrato de acuerdo a la Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez, esta debilidad fue debido al tipo de instrumento utilizado, ya que solo identificaba al ausencia o presencia de maltrato.

Entro los alcances en esta investigación, se logró identificar a nivel de atención primaria la presencia o no de maltrato en pacientes adultos mayores que acuden a consulta ordinariamente, con un alto grado de confiabilidad y en un lapso menor a 15 minutos, por lo que podría ser un instrumento utilizado por los médicos familiares que sospechen de maltrato en alguno de sus pacientes de la tercera edad. Así mismo se recomienda que el médico de atención primaria también lo aplique en cada uno de sus pacientes con el fin de lograr una detección oportuna.

En cuanto a la aplicabilidad del presente estudio en la medicina del primer contacto es sumamente útil, ya que se pretende iniciar la detección del maltrato en diabéticos de la tercera edad, y es en esta etapa donde se debe iniciar la intervención, ya que en etapas más avanzadas de maltrato tendríamos mayor riesgo de comorbilidad.

Desde el punto de vista educativo podemos comentar que la escala de Reis y Nahamiash hace posible la identificación de estos pacientes con la finalidad de implementar estrategias de prevención oportunas, evitando los riesgos y la pésima calidad de vida que el maltrato conlleva a la población geriátrica diabética. También se promueve la formación de recursos humanos que conozcan y apliquen estos métodos de detección sencillos, sin costo y con un alto impacto en la población.

En la investigación, este trabajo sirve como un primer paso para ampliar nuestro conocimiento acerca del maltrato, que en los últimos años ha aumentado el interés de su estudio a nivel mundial, pero sobre todo el impacto a nivel nacional es importante.

En el aspecto administrativo se deberán proponer medidas que permitan identificar el maltrato, dar seguimiento e intervenir desde el punto de vista legal hacia las personas que estén perpetuando dicho delito. También se puede iniciar a nivel de otras instituciones el dar sustento en caso de ser necesario y ampliar el cuidado en personas de la tercera edad que han sido abandonados.

Referente a los sesgos de estudio, algunos pacientes o familiares acompañantes no contaban con el tiempo suficiente y realizaban la encuesta de una forma muy rápida. De igual manera no siempre estaba presente el cuidador, en algunas ocasiones acudían solos o eran trasladados por otros familiares los cuales carecían de información solicitada.

CONCLUSIÓN

Nuestra investigación cumplió el objetivo de evaluar el maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No 8: Dr. Gilberto Flores Izquierdo. Se logró conocer las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos geriátricos maltratados que permiten orientar el estudio de esta enfermedad hacia estos factores.

Se observó que el maltrato a personas mayores es producido en más de cuatro quintas partes dentro de su entorno familiar y dos terceras partes es perpetrado por los hijos, también pudimos identificar que es más frecuente en mujeres que en varones, en una razón 2:1.

El comportamiento es muy similar en la población del HGZ/UMF No. 8, en relación a la de otros países, ya que se observó que cuando un anciano no tiene conyugue, o su nivel de estudio no es mayor al nivel básico, es más frecuente el riesgo de maltrato.

Con los resultados obtenidos se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1) que con fines educativos fue planteada, concluyéndose que los pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No 8: “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” sufren maltrato en casi una cuarta parte de los casos.

Todo lo anterior demuestra que 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 existen dos grupos con necesidad de aprendizaje, los ancianos para saber cuándo son maltratados y los cuidadores para saber cuándo maltratan a un adulto mayor. Para enfrentar esta tarea es imprescindible estar preparados y esto incluye ajustes en la vida particular del cuidador, dinámica familiar, en el hogar y hasta en la sociedad.

A pesar del avance científico-técnico alcanzado en el campo de las ciencias médicas y de los esfuerzos de las políticas sanitarias para mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población, aún subsisten condiciones que generan fenómenos negativos, como la violencia y sus diferentes manifestaciones, de la cual los ancianos no están exentos. El maltrato en el adulto mayor es sin duda un fenómeno de naturaleza multifactorial y constituye un problema social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. Atlanta: OMS; 2015. Nota descriptiva: 404. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en>.
2. Héctor D, Bayarre Vea, Julia Pérez Piñero, Jesús Menéndez Jiménez. La transición de la mortalidad en Cuba, un estudio sociodemográfico [Tesis Doctoral]. México: Centro de estudios sociodemográficos y de Desarrollo Urbano; 2012. (acceso julio 2015) Disponible: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las_transiciones_demografica_y_epidemiologica_y_la_calidad_de_vida_objetiva_en_la_tercera_edad.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo de un mundo que envejece. Nueva York: OMS; 2010. Estudio Mundial Económico y Social Naciones Unidas. Disponible: http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf.
4. Consejo Nacional de Población/Torres Noel. Base de datos de proyecciones 2010-2050 (base de datos en internet). México: secretaría de gobernación; (actualizada en diciembre 2015; acceso julio 2015). Disponible: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos.
5. Organización Mundial de la Salud. Resumen de informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186471/1/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf?ua=1.
6. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: enfermedades crónicas. Ginebra: OMS; 2014. Disponible: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
7. Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ *et al*. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet (UK)*. 2011; 378 (9785): 31-40.
8. Murray J, Ezzati M, Flaxman D. Health statistics and information systems. Cause-specific mortality. Estimates for 2000-2012 (revista en internet) 2014 (acceso julio 2015); 26 (3). Disponible: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.
9. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes de la FID. Río de Janeiro: asamblea mundial de la salud; 2013. Disponible: https://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf.
10. Norma Oficial Mexicana. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. NOM-015-SSA2-1994 Disponible: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
11. Aguilar S, Olimpia A, Barquera S, Barriguete A, Lara E, López P. Protocolo Clínico para el Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (revista de internet) 2007 (acceso julio 2015); 38 (2). Disponible: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/ProtocoloClinico_diagnostico_tratamientoDM.pdf.
12. World Health Organization. Report of a WHO Study Group. Prevention of diabetes mellitus. Geneva; 2014. Who technical report series; 844. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39374/1/WHO_TRS_844.pdf .
13. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus en el adulto mayor. México; 2014. Disponible: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_657_13_dxytxdedmenadultovulnerable/imss_657_13_dxytxde_dm_en_adultovulnerable.pdf.

14. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. México: INSP; 2012. Disponible: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
15. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. Ginebra: OMS; 2014. Disponible: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/
16. Formiga F, Rodríguez Mañas L. Diabetes mellitus tipo 2 en el anciano, nueva evidencia para aplicar el conocimiento a la práctica clínica diaria. *Rev Esp de geriatría y gerontología (Esp)*. 2013; 48 (2): 53–54.
17. Gómez Huelgas R, Díez Espino J, Formiga F, Lafita Tejedor J, Rodríguez Manas L, González-Sarmiento, *et al*. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Rev Med Clin (Barc)*. 2012; 1 (10): 852-854.
18. Gil Velázquez L. Guía de práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev Med IMSS (Mex)*. 2013; 51 (1): 104-119.
19. Jiménez Corona A, Aguilar Salinas A, Rojas Martínez R, Hernández Ávila M. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Rev. Salud Pública Mex (Cuernavaca)*. 2013; 55 (2): 137-142.
20. Molina Iriarte A, Acevedo Giles O, Yáñez Sandoval M E, Dávila Mendoza R, Pedraza Avilés A G. Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. *Rev Med Quir (Mex)*. 2013; 13 (1): 13-18.
21. Instituto Nacional de Salud Pública. Línea de Investigación en Salud y grupos vulnerables del INSP: adultos mayores. México: INSP; 2015. Disponible: <http://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables/investigacion/814-adultos-mayores.html>.
22. Leonor DLPK, Proenza FL, Gallardo S Y, Fernández PS, Mompié L. Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. *Scielo (Cuba)*. 2012; 16 (4): 489-491.
23. World Health Organization Europe. European report on preventing elder maltreatment. Europa: WHOE; 2011. Disponible: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf.
24. Organización Mundial de Salud. EL maltrato a los ancianos. Ginebra: OMS; 2015. Disponible: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/
25. Sánchez Aguadero N. Abordaje del maltrato al anciano en el ámbito doméstico. *Rev de enf Castilla y León (Esp)*. 2015; 7 (1): 27-38.
26. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de los Derechos Humanos. Paris: ONU; 2014. Disponible: <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights>.
27. Nashiki G. Violencia e institución educativa. Investigación temática. *Rev Cient de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Esp)*. 2010; 10 (26): 693-718.
28. Rivadeneira L, Vila M. El proceso de la población en América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica. *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de Edad (revista de internet)* 2012 (acceso noviembre 2015); 45 (2);
Disponible:http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG028_Villa.pdf
29. Cortes Muñoz C. Factores demográficos, sociales, del estado de salud físico y mental asociados a la capacidad funcional en el adulto mayor. [Tesis doctoral] RediCes, Antioquia, 2015. Disponible: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/3628>
30. Ibañez G. La respuesta frente al maltrato familiar hacia las personas mayores. *Rev de la Univ de Zaragoza (Esp)*. 2010; 12 (1): 1-10.

- 31 Buckingham S. Análisis del derecho a la ciudad desde una perspectiva de género. Hab Inter (Chile). 2011; 1 (12): 59-64.
32. Cordeiro Burdman L. Las siete revoluciones Latinoamericanas: desde el pasado. El desafío latinoamericano. Scielo (Arg). 2012; 3 (2): 456-520.
33. Rubio M, Garfias F. Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (revista de internet) 2010 (acceso octubre 2015); 45 (8). Disponible: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6166/S1000316_es.pdf?sequence=1
34. Sitio Oficial de la Cámara de Diputados. Ley de los derechos de las personas adultas mayores. México; 2015. disponible: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>
35. Norma Oficial de Salud. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. NOM-046-SSA2-2005. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5087256&fecha=16/04/2009
36. Giraldo Rodríguez ML. Análisis de la Información estadística. Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (revista de internet) 2006 (acceso agosto 2015); 28 (5). Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/investigacion/analisis_EMPAMDF.pdf
37. Guía práctica clínica. Detección y manejo de maltrato del adulto mayor. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. México; 2013 Disponible: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf
38. Gaceta Oficial del Distrito Federal. Acuerdo por el que se crea la Agencia Especializada para la Atención a Adultos Mayores Víctimas de Violencia Familiar. México; 2012. Disponible: http://www.adultomayor.df.gob.mx/images/pdf/agencia_especializada.pdf
39. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. Ginebra: OMS; 2014. Disponible: <http://www.who.int/ageing/en/>
40. Organización Mundial de la Salud. Maltrato de ancianos y alcohol. Ginebra: OMS; 2011. Disponible: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_elder_es.pdf?ua=1 [
41. Márquez Reyes A, Arvizu Iglesias R. Perfil de la Violencia Familiar en el anciano: Experiencia en 680. Arch en Med Fam (Mex). 2009; 11 (4): 7-23.
42. Organización Mundial de la Salud. Maltrato en el adulto mayor. Ginebra: OMS; 2011. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>
43. Amado Sánchez P, Lebrao L, Oliveira Duarte A. Violence against aged people: new issue, Scielo (Bra). 2008; 17 (3): 90-100.
44. Instituto Nacional de las Personas Mayores. Prevención del maltrato hacia las Personas Mayores. México: INAPAM; 2012. Disponible: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Prevencion_maltrato_hacia_PAM.pdf
45. Jiménez Mendoza C, Risco Romero C, Paniagua Vicioso C. Prevalencia y factores de riesgo y sospecha de maltrato en población anciana. Rev Med Clin. (Esp). 2005; 2 (125): 51-55.
46. Ruíz San Martín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé M. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. Rev Atención primaria (Esp). 2001; 27 (5): 331-335.

47. Yulu Adams C. E. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: realidad e invisibilidad. Rev. Chilena (Ch). 2012; 23 (1): 84-90.
48. Tamara Alonso G. El maltrato en la vejez. Rev Fund de la Enfermería de Cantabria (Esp). 2014; 1 (5): 71-78.
49. Taurino D, Curdio L, Álvaro B, Zunzunegui V, Guerra R. La brecha de género en violencia doméstica en adultos mayores en América Latina: el Estudio IMIAS. Rev Panamericana de Salud Pública (América Latina). 2015; 37 (4): 293-300.
50. Álvarez Martínez G, Ponce Rosas R, Landgrave Ibañez S, Irigoyen Coria A, Buendía Suárez A. Maltrato, abandono y negligencia en anciano de una clínica de medicina familiar y un hospital general de la ciudad de México. Medigraphic (Méx). 2009; 11 (4): 11.
51. Cano SM, Garazón MO, Segura AM, Cardona D. Factores asociados al maltrato mayor de Antioquía. Rev. Fac Nac (Antioquía). 2014; 1 (33): 67-74.
52. Iborra Marmolejo I. Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. Rev Gizarte (Esp). 2009; 1 (45): 49-57.
53. Collins., Kim A. Elder Maltreatment. Arch Pathology Laboratory Medical (USA). 2010 (12): 45-89.
54. Gutiérrez Aceves GA, Celis López MA, Moreno Jiménez S. Síndrome de maltrato en el anciano. Arch neurociencias (Mex). 2006; 4 (121): 305-309.

ANEXOS

ANEXO 1 TABLA 1. RECOMENDACIONES SOBRE EL MANEJO DE LA DIABETES TIPO 2 EN EL ANCIANO.

La población anciana es muy heterogénea, lo que hace imprescindible una valoración funcional integral del paciente para plantear unos objetivos terapéuticos individualizados.
En pacientes ancianos con integridad funcional y cognitiva, y buena expectativa de vida, los objetivos de control glucémico deben ser similares a los de sujetos más jóvenes. Un objetivo de HbA1c de entre 7 y 7,5% puede ser razonable en estos casos.
En ancianos con deterioro funcional o cognitivo, o con una esperanza de vida corta, el objetivo de control glucémico puede ser menos estricto (HbA1c 7,6-8,5%).
En todos los casos resulta prioritario evitar las hipoglucemias, así como la hiperglucemia sintomática.
El tratamiento de la hipertensión arterial proporciona beneficios incluso en ancianos de edad muy avanzada.
En ancianos con diabetes y antecedentes de enfermedad cardiovascular está indicado el empleo de estatinas y antiagregantes, salvo consideraciones individuales. La terapia hipolipidemiante y antiagregante en prevención primaria deberá individualizarse en base al riesgo vascular, la valoración funcional y la expectativa de vida del paciente.
El objetivo de control de la presión arterial en ancianos con diabetes tipo 2 debe establecerse en función de las características individuales del paciente y su tolerancia al tratamiento. En general, se recomienda mantener una presión arterial de entre 140/90 y 130/80 mmHg. En ancianos frágiles puede ser razonable mantener la presión arterial por debajo de 150/90 mmHg. Debe evitarse reducir la presión arterial por debajo de 120/70 mmHg.
El tratamiento con estatinas está recomendado en todos los pacientes en prevención secundaria, con un objetivo de c-LDL < 100 mg/dL (incluso < 70 mg/dL en pacientes de muy alto riesgo).
Es recomendable eliminar el consumo de tabaco.
El plan terapéutico del paciente anciano con diabetes debe incluir recomendaciones individualizadas sobre dieta y ejercicio físico.
En los pacientes ancianos tratados con metformina debe realizarse un control periódico de la función renal.
Los fármacos secretagogos deben emplearse con prudencia en los ancianos por el riesgo de hipoglucemias. Debe evitarse el empleo de glibenclamida, siendo preferibles las glinidas u otras sulfonilureas como gliclazida o glimepirida.
Los inhibidores de la DPP-4 son fármacos efectivos, bien tolerados y a la espera de estudios a más largo plazo, seguros en esta población.
Las glitazonas no son recomendables en población anciana por su perfil de efectos adversos. Existe poca experiencia con los análogos del GLP-1 en sujetos de edad avanzada, y su uso estaría limitado a ancianos obesos con buen estado funcional y nutricional.
Los análogos de la insulina (basales y rápidos) inducen menos hipoglucemias que las insulinas humanas (NPH y regular), por lo que su uso es más recomendable, sobre todo en ancianos con alto riesgo de hipoglucemias.

Fuente: Gómez-Huelgas et al. (17)

ANEXO 2. INSTRUMENTO - EVALUACION DE MALTRATO Y ABUSO DE PERSONAS MAYORES.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION No 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ/UMF NO. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

"EVALUACIÓN DEL MALTRATO EN PACIENTES DIABÉTICOS GERIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO."

INDICADORES DE ABUSO DE LA ESCALA DE REIS Y NAHMIASH



NOMBRE DEL PACIENTE _____
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____
FOLIO _____
EDAD _____ AÑOS

SEXO: 1 () masculino 2 () femenino

ESTADO CIVIL: 1 () soltero 2 () casado 3 () divorciado 4 () viudo 5 () unión libre 6 () separado

ESCOLARIDAD: 1 () primaria 2 () secundaria 3 () bachillerato 4 () licenciatura 5 () posgrado

RELIGION: 1 () católico 2 () cristiano 3 () judío 4 () otras 5 () no religioso

OCUPACIÓN: 1 () empleado 2 () desempleado 3 () trabajador independiente 4 () pensionado 5 () labores del hogar 6 () sin ingreso económico

INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

CUIDADOR _____
EDAD DEL CUIDADOR _____
PARENTESCO ENTRE EL CUIDADOR Y LA PERSONA CUIDADA _____
CONYUGE _____ NO CONYUGE _____

0 = no existe 1 = leve 2 = moderado 3 = probablemente/ moderadamente grave 4= sí/ grave 00= no aplicable 000= no sabe

1.- Tiene problemas de conducta	
---------------------------------	--

2.- Es económicamente dependiente	
3.- Tiene problemas mentales/emocionales	
6.- Tiene problemas de abuso de alcohol u otras sustancias	
7.- Tiene expectativas no realistas	
9.- No comprende el alcance de la enfermedad de su familiar	
10.-Se muestra reticente con respecto al cuidado de su familiar	
12. Tiene conflictos maritales/familiares	
13. Tiene mala relación con la persona a la que cuida	
14. No tiene experiencia en el cuidado	
17. Es una persona que culpa a otra	
24. En el pasado, tenía una mala relación con la persona a la que cuida	

PERSONA CUIDADA

4. Ha sido maltratada en el pasado	
5.- Tiene conflictos maritales/familiares	
8. Carece de entendimiento sobre el alcance de su enfermedad	
11. Está aislada socialmente	
15. Carece de apoyo social	
16. Tiene problemas de conducta	
18. Es económicamente dependiente	
19. Tiene expectativas no realistas	
20. Tiene problemas con el alcohol y/o la medicación	
21. Tiene una mala relación actual con la persona que la cuida	
22. Tiene caídas/lesiones sospechosas	
23. Tiene problemas mentales/emocionales	
25. Es una persona que culpa a otra	
26. Es emocionalmente dependiente	
27. No tiene un médico habitual/fijo	

PUNTUACIONES TOTALES

- Número de Items que se han puntuado de 1 a 4 (se excluyen los ítems puntuados con cero)
- Suma total de la puntuación de todos los ítems (de 0 a 88)
- Suma total sólo de la puntuación de los ítems del cuidador (de 0 a 44)

1.- PUNTUACIÓN MEDIA DE: 4 INDICA QUE NO HAY MALTRATO

2.- PUNTUACION MEDIA DE: 16 INDICA MALTRATO

ANEXO 3. CRÓNOGRAMA DE ACTIVIDADES.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR DISTRITO FEDERAL
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
 INVESTIGACIÓN EN SALUD.

TÍTULO DEL PROYECTO:

“EVALUACIÓN DEL MALTRATO EN PACIENTES DIABÉTICOS GERIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

2014 - 2015

Fecha	Mar 2014	Abr 2014	May 2014	Jun 2014	Jul 2014	Ago 2014	Sep 2014	Oct 2014	Nov 2014	Dic 2014	Ene 2015	Feb 2015
Título	X											
Antecedentes	X	X										
Planteamiento Del problema	X		X									
Objetivos				X								
Hipótesis					X							
Propósitos						X						
Diseño metodológico							X					
Análisis Estadístico								X				
Consideraciones éticas									X			
Recursos										X		
Bibliografía											X	
Aspectos generales											X	
Aceptación												X

2015 - 2016

Fecha	Mar 2015	Abr 2015	May 2015	Jun 2015	Jul 2015	Ago 2015	Sep 2015	Oct 2015	Nov 2015	Dic 2015	Ene 2016	Feb 2016
Prueba piloto	X	X	X	X								
Etapas de ejecución del proyecto				X								
Recolección de datos					X	X	X	X				
Almacenamiento de datos								X				
Análisis de datos								X				
Descripción de datos									X			
Discusión de datos									X			
Conclusión del estudio										X		
Integración y Revisión final										X		
Reporte final											X	
Autorizaciones											X	
Impresión del trabajo												X
Publicación												X

ANEXO 4. CARTA DE 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:	"Evaluación del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	México D.F., de marzo del 2014 a febrero del 2016.
Número de registro:	En trámite.
Justificación y objetivo del estudio:	El maltrato en pacientes diabéticos geriátricos es un tema de prioridad de salud pública, sin embargo, poco se conoce en el país. El objetivo es Evaluar el maltrato en pacientes diabéticos geriátricos que acuden a la consulta externa en el HGZ/ UMF No 8: "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".
Procedimientos:	Se aplicó a 203 pacientes diabéticos geriátricos que acudieron a la consulta externa del HGZ/UMF No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la prevalencia del maltrato en pacientes diabéticos geriátricos del HGZ/UMF No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo."
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto, solo se informará en caso de datos relevantes.
Participación o retiro:	Entiendo que conservé el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

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 estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

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

Investigador Responsable: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio. Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx. Cel. 5535143649

Colaboradores: Dr. Eduardo Vilchis Chaparro Correo: vilchisch@imss.gob.mx Cel. 5520671563.
 Dr. Enrique Rojano Lastra Correo: dr_erojano@hotmail.com Cel: 5566985592.
 Dr. Rafael Rivera Muñoz Correo: dr_rafael_rivera@hotmail.es Celular: 55 30 20 26 52.

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

Testigo 1

 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

 Nombre, dirección, relación y firma

 Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013