



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**“DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN PACIENTES DE
LA UMF 21”**

**TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA (MEDICINA FAMILIAR)**

**PRESENTA:
CALVA VALLADARES VERÓNICA**

**TUTOR O TUTORES PRINCIPALES
DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA
(Unidad de Medicina Familiar Número 21 “Francisco del Paso y Troncoso”)
DRA. ALYNE MENDO REYGADAS
(Unidad de Medicina Familiar Número 21 “Francisco del Paso y Troncoso”)**

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. Octubre 2018



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.

ÍNDICE

1. Título	4
2. Identificación de los investigadores	5
3. Resumen	6
4. Marco teórico	8
5. Justificación	38
6. Planteamiento del problema	39
7. Pregunta de investigación	39
8. Hipótesis	39
9. Objetivos de estudio	40
10. Determinación de variables	40
11. Operacionalización de variables	40
12. Criterios de selección	44
13. Tipo y características del estudio	44
14. Descripción del estudio	45
15. Aspectos estadísticos	46
16. Aspectos éticos	47
17. Recursos	47
18. Factibilidad	48
19. Difusión	48
20. Trascendencia	48
21. Aspectos de bioseguridad	48
22. Resultados	49
23. Discusión	61
24. Conclusión	64

25. Sugerencias	66
26. Referencias bibliográficas	68
27. Anexos	71

1. “DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN PACIENTES DE LA UMF 21”

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADORES:

DRA. VERÓNICA CALVA VALLADARES

Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Matrícula: 98389619

Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar Número 21 “Francisco del Paso y Troncoso”

Adscripción: Delegación 4 Sur, D.F. IMSS

Teléfono: 55576800 **Fax:** sin fax

Correo electrónico: dra.valladares.1910@gmail.com

ASESORES:

DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA

Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar

Matrícula: 98381023

Lugar de trabajo: Coordinación de investigación y enseñanza médica.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Número 21 “Francisco del Paso y Troncoso”

Teléfono: 55576800 **Fax:** Sin fax

e-mail: alcalamedfam@gmail.com

DRA. ALYNE MENDO REYGADAS

Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar

Matrícula: 99386975

Lugar de trabajo: Consulta externa. Unidad de Medicina Familiar Número 21 “Francisco del Paso y Troncoso”

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Número 21 “Francisco del Paso y Troncoso”

Teléfono: 55576800 **Fax:** Sin fax

e-mail: ennylamr@gmail.com

3. RESUMEN

“DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 21”

*Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, ** Dra. Alyne Mendo Reygadas, ***Dra. Verónica Calva Valladares

*Asesor, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Coordinador de enseñanza e investigación de la Unidad de Medicina Familiar Número. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”.

**Asesor, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Médico en consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Número. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”.

***Médico Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 21 “Francisco del Paso y Troncoso”.

El maltrato a los viejos es poco visible y su exacta frecuencia es desconocida.

La ONU considera anciano a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). La OMS define los malos tratos a personas mayores como “La acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”.

Dentro de la clasificación de maltrato en el adulto mayor se encuentran: físico, psicológico o emocional, financiero, negligencia, abandono y omisión de cuidados, autonegligencia y autoabandono.

La finalidad de detectar el maltrato en el adulto mayor en la UMF 21 es conocer las múltiples facetas del problema para que, mediante esta investigación, en un futuro, se puedan realizar programas sociales eficaces dirigidos a este grupo de la población.

Pregunta. ¿Existe maltrato en el adulto mayor en pacientes de la UMF 21?

Objetivo General: Detectar el maltrato del adulto mayor en pacientes de la UMF 21

Objetivos específicos: Identificar el género, edad, pacientes con 1 o más tipos de maltrato, tipos y responsable del maltrato hacia el adulto mayor.

Hipótesis. Un 16.7% de los adultos mayores atendidos en la UMF 21 sufre algún tipo de maltrato.

Material y métodos. Diseño: estudio observacional, descriptivo y transversal. Lugar: UMF 21 Francisco del Paso y Troncoso, IMSS. Sujetos: Pacientes igual o mayor a 60 años de edad derechohabientes de la UMF 21. Tiempo: marzo de 2017 a febrero del 2018. Procedimientos: 1) Recolección de datos generales; 2) Aplicación de Escala Geriátrica del maltrato (GMS) de 22 ítems; 3) Análisis de datos recolectados.

Análisis Estadístico: se realizó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central.

Infraestructura y experiencia de grupo: se contaron con los insumos necesarios para la realización de la investigación.

Resultados: Del total de la población estudiada (206) sólo un 22% (45) sufre maltrato. De estos 45 participantes el 73% corresponden al sexo femenino y el 27% al sexo masculino.

El grupo de edad en el que predominó el maltrato fue el de 70-79 años. Se identificó que un 89% presentó un sólo tipo de maltrato, mientras que el 11% manifestó dos o más tipos de maltrato. En relación al tipo de maltrato se encontró que el maltrato más frecuente de la población estudiada en un 79% fue el psicológico. Se observó que el responsable del maltrato de la población estudiada que más sobresalió en un 44% fue el hijo(a).

CONCLUSIONES: El maltrato en ancianos existe y que es un hecho más frecuente en nuestra sociedad, por lo que el personal médico debe ser consciente y receptivo a cualquier indicio que indique su existencia y notificar, sea cual sea el tipo de maltrato al que el adulto mayor esté sometido.

Palabras Clave: Maltrato, Adulto mayor, Tipos de maltrato, Responsable del maltrato.

4.MARCO TEÓRICO

El envejecimiento es un proceso natural, genéticamente programado, de transformaciones biológicas y psíquicas con amplias repercusiones en la esfera de relación del individuo. El maltrato a los viejos es poco visible, pues ocurre a puertas cerradas y tanto la víctima como el victimario se encargan de guardar bien el secreto.

Aunque resulta inconcebible que los adultos mayores, débiles, dependientes, discapacitados sean objeto de conductas mal tratantes en el seno de la familia, principalmente por sus propios hijos e hijas, ellos en nuestros días continúan siendo víctimas de la violencia familiar.

Su exacta frecuencia es desconocida, en parte por la carencia de una definición del término aceptada por todos. Se estima en un 2 a 5%, pero probablemente esta cifra está subestimada y en la medida que aumenten los estudios y registros al respecto, ésta será por lo menos doblada en su frecuencia.

En el siglo XX hubo un incremento de la longevidad humana. En los últimos 50 años, gracias a los avances en los conocimientos tecnológicos y médicos la esperanza de vida al nacer ha aumentado en todo el mundo en unos 20 años, hasta llegar a los 66 años.¹

La transición demográfica es un tránsito de un régimen que se caracteriza por altos niveles de mortalidad y fecundidad, hacia otro con niveles inferiores.

La natalidad se ha reducido desde la década de los setenta, en ese entonces una mujer tenía aproximadamente 6.1 hijos, actualmente nos situamos en 2.24 hijos por mujer y se estima que en las próximas cuatro décadas la natalidad continúe disminuyendo hasta alcanzar una tasa global de fecundidad de alrededor 2.08 hijos por mujer a partir del 2030.

Por otra parte, se estima que en las siguientes tres décadas habrá una menor proporción de la población menor de 15 años y por lo tanto la población mayor de 65 años se incrementará.

Debido a esta transición demográfica y al rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XXI el número de personas de más de 60 años, que era alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2.000 millones en el 2050, mientras que se proyecta un incremento mundial de la proporción del grupo de población definido como personas de edad del 10% en 1998 al 15% en 2025. Este incremento será más notable y más rápido en los países en desarrollo, en los que se prevé que la población de edad se cuadruplicará en los próximos 50 años.

En Asia y América Latina, este grupo de personas aumentará del 8% al 15% entre 1998 y 2025, mientras que en África se prevé que solo aumente del 5% al 6% durante este periodo.^{2,3}

La población de América Latina y el Caribe (ALC) envejece. De acuerdo a una publicación de Naciones Unidas (UNPD, 2008) los mayores de 59 años de edad representarán en 2050 el 22,5% de la población mundial, mientras que un siglo

antes dicha cifra se situaba en torno al 6%. A diferencia de los otros países del mundo, ALC envejece con mayor celeridad.

Se aprecian marcadas diferencias tanto nacionales, como internacionales: entre grupos definidos por edad, género y residencia (urbana/rural, por ejemplo). El promedio regional estimado por el índice de envejecimiento poblacional (IEP) 5 de 25% para el año 2000 (UNPD, 2008), esconde disimilitudes.

Así en un extremo, están Barbados, Cuba y Uruguay con IEP que superan el 70%, mientras que en la otra punta de la distribución están Belice, Guatemala y Honduras con IEP del 15% o menos. Con un envejecimiento más importante en el sector urbano (IEP promedio 29%) que en el rural (IEP 26%), pero con un peso creciente de la población adulta mayor en las áreas rurales. Las consecuencias del envejecimiento demográfico son muy importantes. De continuar el ritmo al que se viene produciendo las transformaciones recientes, la tasa de dependencia de adultos mayores en ALC habrá pasado de 6,6 en 1950 a 26,9 en 2050.⁴

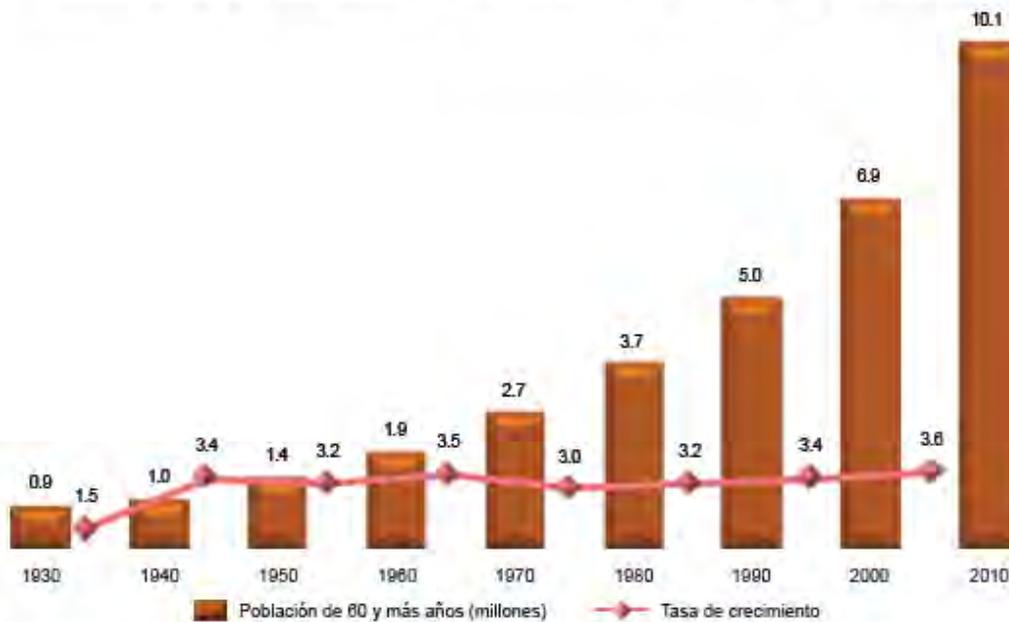
México ha experimentado una profunda transformación demográfica, la estructura por edades de la población ha cambiado, pasando de una población predominantemente de menores de 15 años a una de jóvenes.

Paulatinamente se ha acumulado una mayor cantidad de personas de 60 y más años, debido a la mayor esperanza de vida. Por ello, este grupo de población ha incrementado su tamaño a un ritmo que duplica al de la población total del país.⁵

Para el año de 1930, el monto de la población nacional alcanzaba los 16.6 millones de habitantes, desde entonces, el incremento poblacional ha ocurrido de manera sostenida. Prácticamente, en ocho decenios el monto de la población se septuplicó, ya que el Censo de Población y Vivienda 2010 contabilizó 112.3 millones de habitantes. Aunque a un ritmo diferente, el tamaño de la población de 60 y más años también en términos absolutos ha aumentado de manera sostenida.

En 1930, en México la población de adultos mayores era inferior al millón de personas, esto es, 5.3% de la población total. El Censo de Población y Vivienda 2010, contabilizó 10.1 millones de adultos mayores lo que representa 9.0% de la población total.⁵

Población de 60 y más años y tasa de crecimiento promedio anual, 1930-2010



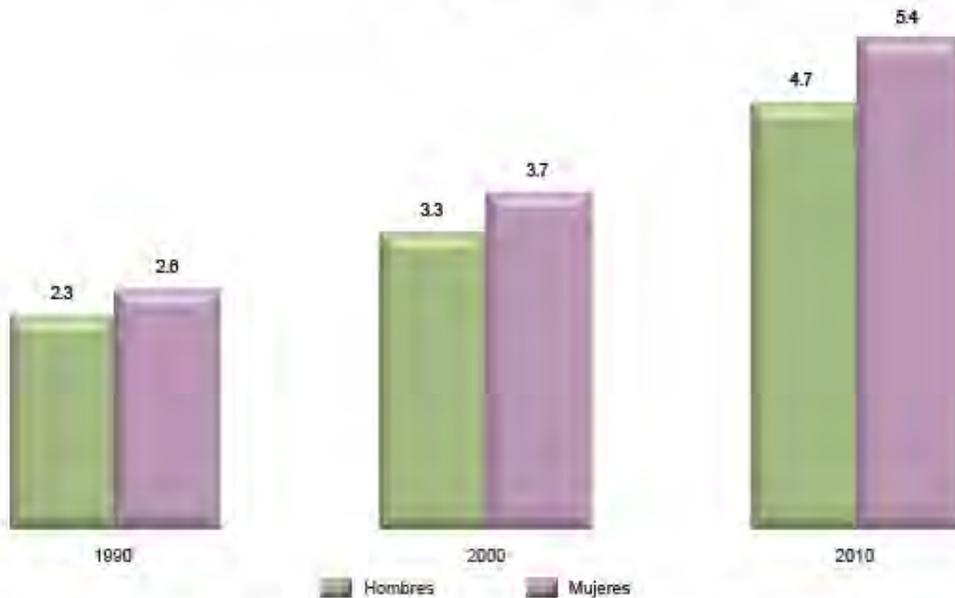
Fuente: INEGI. Quinto Censo General de Población 1930; Sexto Censo de Población 1940; Séptimo Censo General de Población 1950; VIII Censo General de Población, 1960; IX Censo General de Población, 1970; X Censo General de Población y Vivienda, 1980; XI Censo General de Población y Vivienda, 1990; XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010.

Como se observa en la gráfica, desde la década de los cuarenta las tasas de crecimiento promedio anual son superiores al 3.0%, debido principalmente al descenso de la mortalidad y al alargamiento de la esperanza de vida. México es un país de niños y de jóvenes, sin embargo, la transición demográfica presenta el momento actual con una menor cantidad y proporción de niños.

La evolución responde a los cambios ocurridos en la fecundidad a partir de la década de los años setenta. En consecuencia, se prevé que mayores proporciones de personas de 60 y más años alcancen esta etapa de vida, así como una modificación radical en la estructura por edades de la población al disminuirse la base de la pirámide de edad e incrementarse la cúspide, que representa las edades avanzadas.⁵

En 1990, la población de 60 y más años alcanzó 5.0 millones de habitantes, de los cuales 52.9%, es decir, alrededor de 2.6 millones eran mujeres. En un lapso de 20 años, la población adulta mayor del país ha aumentado de manera constante, prácticamente se duplicó (10.1 millones), sobre todo para el grupo de mujeres ya que concentran 53.5% de la misma (5.4 millones). En términos absolutos, la diferencia entre ambos sexos muestra una mayor brecha, que pasa de 300 mil a 700 mil mujeres más que la población masculina en el periodo.⁵

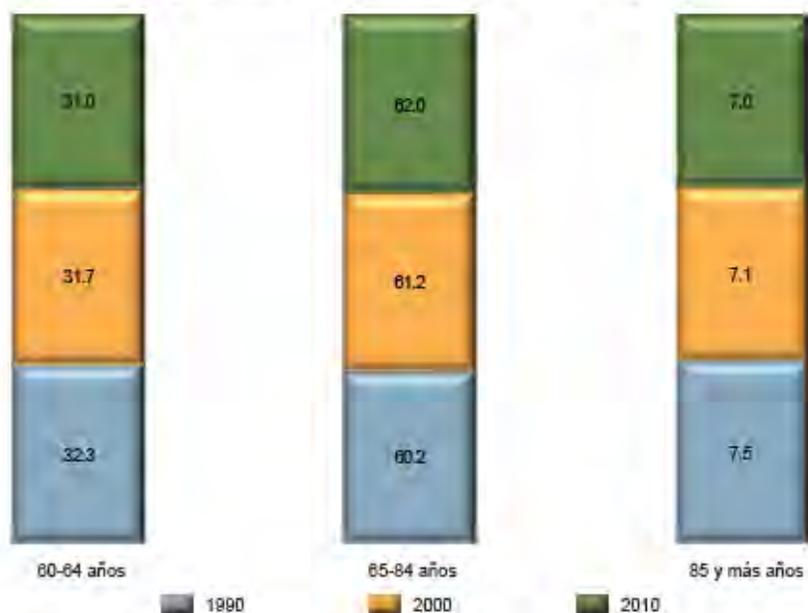
Población de 60 y más años por sexo, 1990, 2000 y 2010
Millones



Fuente: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990; XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010.

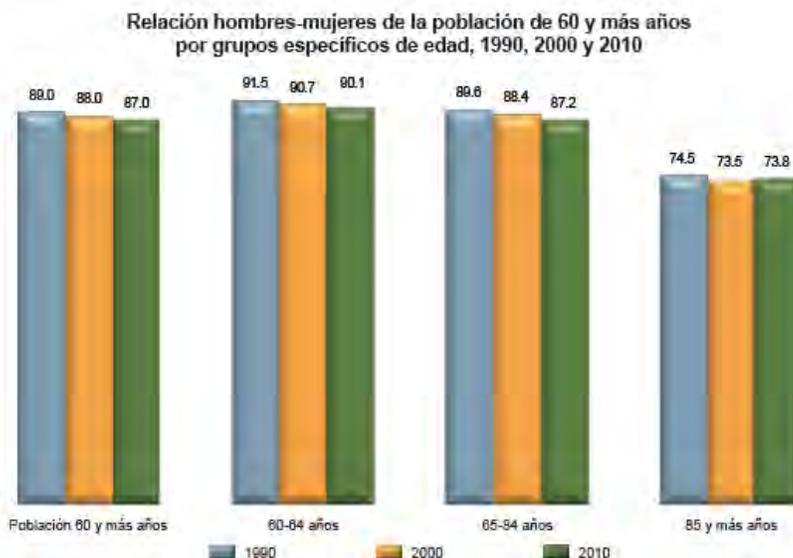
Por otra parte, la distribución de la población de 60 y más años según los grupos específicos seleccionados, muestra que las proporciones comienzan a tener un cambio en el periodo. El porcentaje de la población del grupo de 65 a 84 años, va creciendo paulatinamente, ya que pasó de 60.2% en 1990 a 62.0% en 2010. Mientras que disminuye el grupo de 60 a 64 años y en menor medida, el grupo de 85 y más años de edad.⁵

Distribución porcentual de la población de 60 y más años por grupos específicos de edad, 1990, 2000 y 2010



Fuente: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990; XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, en el país hay 95 hombres por cada 100 mujeres. Para el caso de la población de 60 y más años el indicador muestra un aumento de mujeres en dicha relación, debido a la mayor sobrevivencia de la población femenina, ya que en 1990 había 89 hombres por cada 100 mujeres, en 2000 se ubica en 88.0 y se reduce a 87.0 para 2010. Esta situación, prevalece en los tres grupos de edad considerados, con excepción del grupo de 85 y más años, donde en el año 2010 se observa un repunte en el valor del indicador.⁵

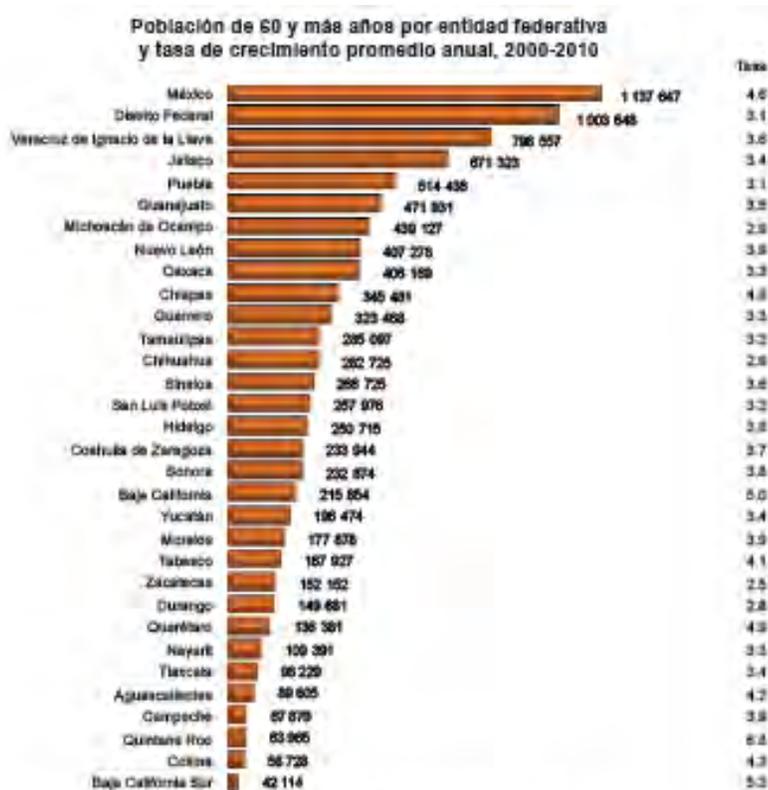


Fuente: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990; XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010.

En la siguiente gráfica se observa, a lo largo del periodo, un crecimiento en la proporción de adultos mayores en las localidades de 100 000 y más habitantes, en 2010 casi la mitad de ellos reside en estos lugares. En cuanto al porcentaje de población de 60 y más años, hay una disminución en las dos localidades de menor tamaño poblacional, es decir, aquellas localidades con menos de 2 500 habitantes, y en menor medida en las localidades de 2 500 a 14 999 habitantes. Mientras que las localidades de 15 000 a 99'999 habitantes, aumentaron su participación 0.7% en el periodo.⁵

En el año 2010, las entidades federativas con los mayores montos de población de 60 y más años de edad del país son el estado de México, el Distrito Federal, Veracruz, Jalisco y Puebla, con un monto que va de poco más de 514 mil a 1.1 millones de habitantes. Las cinco entidades agrupan a 4.1 millones de adultos mayores, en otras palabras, poco más del 40.0% de dicha población. Las entidades con menos población de adultos mayores son Baja California Sur, Colima, Quintana Roo y Campeche en las cuales cada una no rebasa las 70 mil personas.

Asimismo, se observa que las mayores tasas de crecimiento promedio anual para el periodo 2000-2010 corresponden a Quintana Roo (6.8%), Baja California Sur (5.3%), Baja California (5.0 por ciento); y en menor medida, Querétaro, Chiapas y el estado de México. Por su parte, Zacatecas, Durango, Chihuahua y Michoacán reportan las menores tasas de crecimiento, mismas que no rebasan los 3.0 puntos porcentuales.⁵

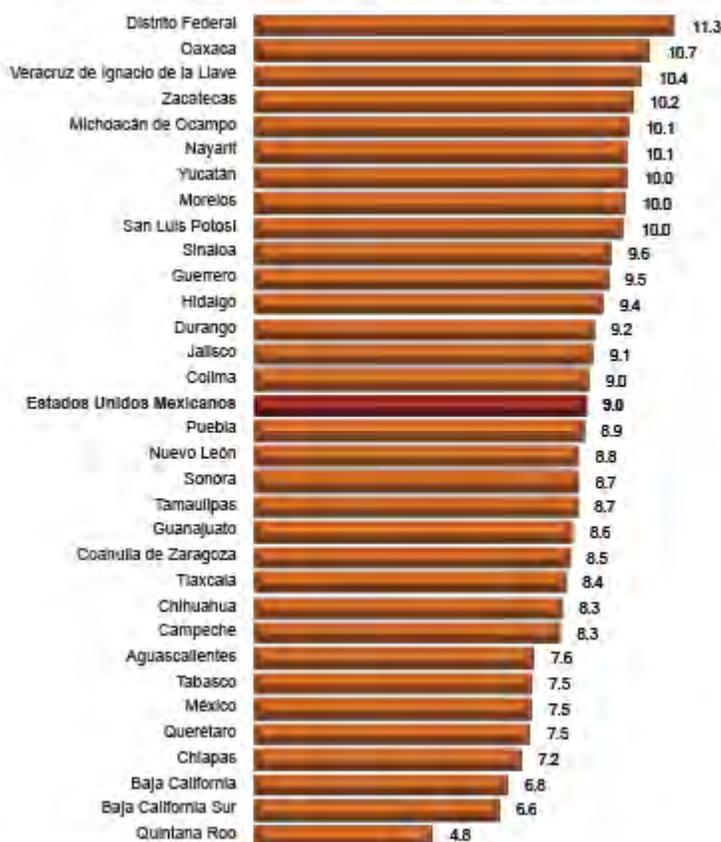


Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2010; Censo de Población y Vivienda 2010.

La población envejece cuando aumenta la proporción de personas de 60 y más años, se acompaña de reducciones en la proporción de niños (personas menores de 15 años) y por la disminución en la proporción de personas en edad laboral. A nivel nacional, de los 112.3 millones de habitantes que contabilizó el Censo de Población y Vivienda 2010, 10.1 millones son personas adultas mayores, lo que representa 9.0%, es decir, casi 1 de cada 10 habitantes del país.

Por entidad federativa, 17 entidades federativas presentan porcentajes inferiores al promedio nacional, siendo Quintana Roo donde se observa la menor proporción de población de 60 y más años con 4.8%, seguido por Baja California (6.6%). En cambio, el Distrito Federal (11.3%) es la entidad que presenta la mayor proporción de adultos mayores. La diferencia entre el Distrito Federal y Quintana Roo es de 6.5 puntos porcentuales.⁵

Porcentaje de la población de 60 y más años por entidad federativa, 2010



Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

Del total de personas de 60 y más años residentes en México en 2010, se contabilizaron 5.4 millones de mujeres, lo que representa 53.5 por ciento. Asimismo, se observa que en 30 entidades federativas del país la proporción de población femenina es superior a la de hombres; solamente en Quintana Roo (50.8%) y Campeche (50.3%), la situación es inversa. Veintiuna entidades federativas están por debajo del promedio nacional. Entre ellas Chiapas, Baja California Sur, Nayarit y Tabasco presentan las menores proporciones de población femenina de adultos mayores. Mientras que tres entidades tienen una proporción similar al promedio nacional, entre ellas: Jalisco, Guanajuato y Morelos; y otras seis entidades federativas están por encima del promedio, el Distrito Federal (57.8%), Puebla (54.9%), México y Querétaro (54.2% cada una).⁵

Distribución porcentual de la población de 60 y más años por entidad federativa según sexo, 2010

Entidad federativa	Población total	Hombres	Mujeres
Estados Unidos Mexicanos	10 055 379	4 679 538	5 375 841
Aguascalientes	89 605	41 163	48 442
Baja California	215 854	101 804	114 050
Baja California Sur	42 114	20 898	21 216
Campeche	87 879	34 128	33 751
Coahuila de Zaragoza	233 944	111 157	122 787
Colima	58 726	28 223	30 503
Chiapas	345 481	171 489	173 992
Chihuahua	282 725	133 925	148 800
Distrito Federal	1 003 648	423 554	580 094
Durango	149 881	72 622	77 059
Guatemala	471 931	219 367	252 564
Guerrero	323 488	151 413	172 055
Hidalgo	250 715	117 842	133 073
Jalisco	671 323	312 067	359 256
México	1 137 847	521 277	616 370
Michoacán de Coahuila	439 127	206 658	232 469
Morelos	177 876	82 681	95 197
Nayarit	109 391	54 067	55 324
Nuevo León	407 278	190 277	217 001
Oaxaca	406 189	187 785	218 404
Puebla	514 438	231 858	282 580
Querétaro	136 381	62 529	73 852
Quintana Roo	83 985	32 503	31 482
San Luis Potosí	257 978	123 962	134 014
Sinaloa	286 725	130 040	136 685
Sonora	232 874	112 175	120 699
Tabasco	187 607	82 702	85 225
Tlaxcala	285 097	133 057	152 040
Tlaxcala	98 229	46 077	52 152
Veracruz de Ignacio de la Llave	798 557	373 655	424 902
Yucatán	198 474	94 848	101 625
Zacatecas	152 152	73 058	78 194

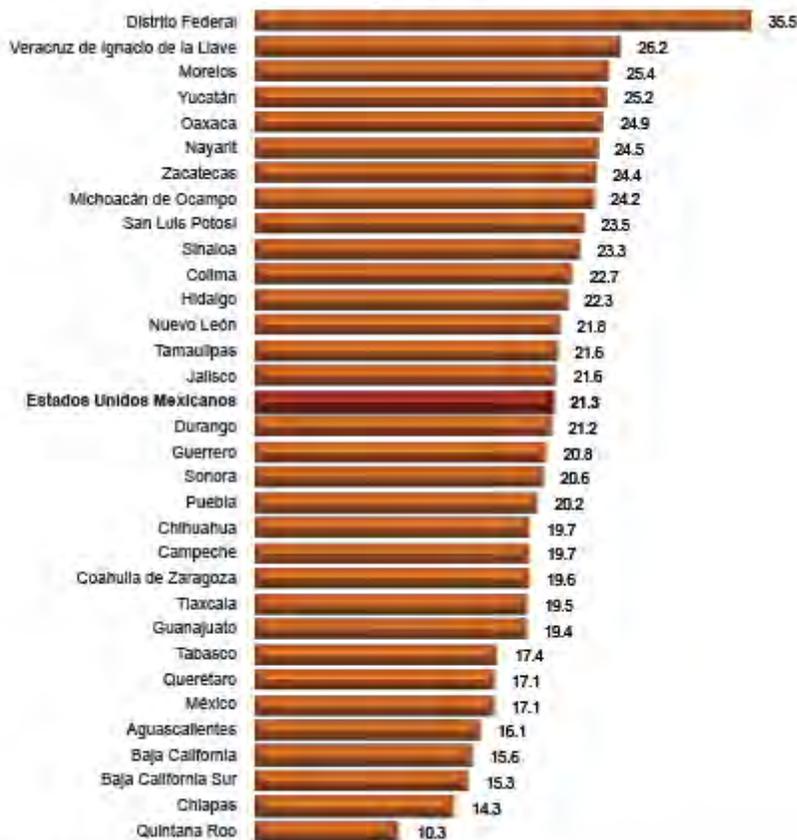
Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

El índice de envejecimiento expresa la relación entre personas adultas mayores, es decir, la población mayor de 65 años y las personas menores de 15 años.

Según los datos del Censo 2010, en el país hay 21.3 adultos mayores por cada 100 niños. Ahora bien, el comportamiento de la relación de envejecimiento entre las entidades federativas refleja los contrastes existentes, la brecha entre Quintana Roo (10.3) y el Distrito Federal (35.5) es de poco más de 25 personas adultas mayores por cada 100 niños.

Las entidades de Quintana Roo, Chiapas, Baja California Sur, Baja California, Aguascalientes, México, Querétaro y Tabasco, poseen un menor índice de envejecimiento, su magnitud es similar a la mitad de lo que reporta el Distrito Federal, situación derivada de una población con mayor fecundidad y menos envejecida.⁵

Índice de envejecimiento por entidad federativa, 2010

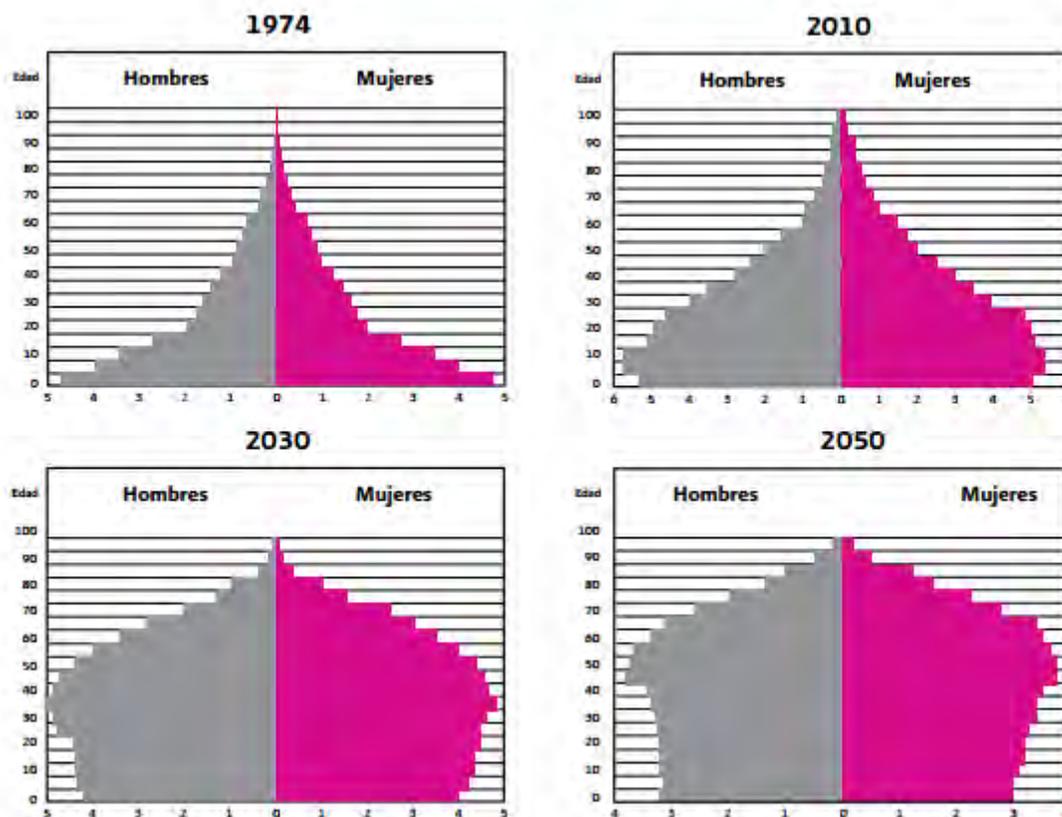


Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

El envejecimiento poblacional desde las múltiples ópticas en que puede abordarse, constituye uno de los principales problemas del presente siglo, se está pasando por una transición hacia sociedades envejecidas, donde el porcentaje de adultos mayores se duplicará hasta representar más de la quinta parte de la población mundial para el año 2050. Este proceso en los países en vías de desarrollo como el nuestro ha sido más rápido de lo que sucedió en los países europeos.⁶

La estructura por edades en la pirámide poblacional de 1970, con una base muy amplia y una cúspide angosta da cuenta del predominio de la población infantil que caracterizó una época de alta fecundidad. En el año 2000 se observa una pirámide abultada en el centro que refleja el aumento en el número de personas jóvenes y en edad laboral así como una base más estrecha, que es el resultado de la disminución en la proporción de niños de 0 a 4 años de edad. La evolución de la fecundidad y de la mortalidad permite anticipar que la base de la pirámide continuará reduciéndose, por lo que la población infantil tendrá menor peso relativo y será menos numerosa. Las siguientes generaciones que nacieron en la época de alta fecundidad (1960-1980) comenzarán a engrosar la parte superior de la pirámide conforme alcancen los 60 años de edad.⁶

Pirámides de población de México



Fuente: Estimaciones del CONAPO

En el 2000 había 20.5 adultos por cada 100 niños, este índice se incrementará paulatinamente en el presente siglo. Se espera que el número de adultos mayores sea igual al de niños alrededor del año 2034 y que el índice alcance una razón de 166.5 adultos mayores por cada 100 niños en el 2050. La población adulta mayor incrementa su tamaño a un ritmo que duplica al de la población total del país. A mediados del presente siglo habrá poco más de 36 millones de personas adultas mayores de las cuales más de la mitad tendrán más de 70 años. En la edad avanzada, el deceso en hombres es mayor que en las mujeres. Este comportamiento es característico del proceso de envejecimiento en todos los países, pero es más pronunciado en los países desarrollados, ya que en ellos las diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres es de 5.78 años.⁶

En el 2015 el INEGI realizó una Encuesta intercensal la cual nos permite conocer el número de adultos mayores que habitan en la ciudad de México y en especial en la Delegación Venustiano Carranza e Iztacalco.⁷

CIUDAD DE MÉXICO

EDAD	TOTAL DE POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES
60-64 AÑOS	406'296	178'943	227'353
65-69 AÑOS	304'944	133'325	171'619
70-74 AÑOS	227'396	96'937	130'459
IGUAL O MAYOR A 75 AÑOS	337'816	132'660	205'156

DELEGACIÓN VENUSTIANO CARRANZA

EDAD	TOTAL DE POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES
60-64 AÑOS	21'506	9'298	12'208
65-69 AÑOS	16'258	6'882	9'376
70-74 AÑOS	12'578	4'862	7'716
IGUAL O MAYOR A 75 AÑOS	20'814	7'573	13'241

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el envejecimiento de la población representa un desafío para la esencia de su misión como institución de seguridad social y de atención médica. Los principios de universalidad, suficiencia, uniformidad y solidaridad deben cubrir y otorgarle un mínimo de beneficios y prestaciones que le permita a esta creciente población, satisfacer sus necesidades fundamentales.

En los años por venir, el mayor impacto será sobre las finanzas del Instituto Mexicano del Seguro Social, que se reflejan en el pago de pensiones y jubilaciones para una amplia generación de mexicanos que abandona el escenario productivo, y a la cobertura de la amplia diversidad de servicios preventivos, asistenciales, curativos y de rehabilitación necesarios para la atención médica de las personas en edad avanzada.

En la UMF 21 "Francisco del Paso y Troncoso" no se encuentran datos específicos acerca del maltrato hacia el adulto mayor, sólo se dispone de la estadística de edades de la población adscrita a la unidad hasta junio del 2016 donde se encuentra:⁸

EDAD	TOTAL DE POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES
60-64 AÑOS	7966	3218	4748
65-69 AÑOS	6777	2659	4138
70-74 AÑOS	5545	2187	3358
75-79 AÑOS	4807	1833	3034

80-84 AÑOS	3911	1522	2389
MAYOR DE 85 AÑOS	5347	2072	3275

Fuente: ARIMAC. IMSS UMF 21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"

Dentro de un panorama general relacionado con el maltrato a diferentes edades se han recabado los siguientes datos.

Miles de niños, niñas y adolescentes en México, crecen en un contexto de violencia cotidiana que deja secuelas profundas e incluso termina cada año con la vida de centenares de ellos. Gran parte de esta violencia, que incluye violencia física, sexual, psicológica, discriminación y abandono, permanece oculta y en ocasiones, es aprobada socialmente.

El tema de la violencia es un gran problema social, pues la Unicef revela que entre 55 y 62% de los niños en México ha sufrido maltrato en algún momento de su vida, 7 de cada 10 jóvenes viven o han vivido violencia en su noviazgo, 10.1% de los estudiantes de educación secundaria han padecido algún tipo de agresión física en la escuela, 5.5% violencia de índole sexual y 16.6% violencia emocional. La ONU asegura que en el mundo existen 275 millones de niños que son maltratados con golpes, insultos, humillaciones y abandonos. Las agresiones contra los niños, aumenta cuando son pequeños, pues son más vulnerables a ser lastimados, aún si la violencia es emocional.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del Distrito Federal recibió un promedio de cuatro casos de maltrato infantil por día entre 2000 y 2002. En casi la mitad de los casos (47%) la responsable fue la madre, en el 29% fue el padre, lo que significa que la familia que debería ser el lugar mejor equipado para proteger a los niños y niñas se puede convertir en una zona de riesgo para ellos.

Entre 55% y 62% de los adolescentes en secundaria señalan haber sufrido alguna forma de maltrato. 10.1% de los estudiantes de educación media superior ha experimentado violencia física en el ámbito escolar. Un 5.5% sufrió violencia sexual y 16.6% violencia emocional. Entre la población de 14 a 17 años, el 64% ha estado expuesta a una o más formas de violencia.

En el 2011, 63 de cada 100 mujeres de 15 años y más declaró haber padecido algún incidente de violencia, ya sea por parte de su pareja o de cualquier otra persona. Las mujeres más expuestas a la violencia de cualquier agresor son las

de 30 a 39 años: 68% ha enfrentado al menos un episodio de violencia o abuso. Chihuahua registra 80% y el Estado de México el 78 %.

Por otra parte, 47 de cada 100 mujeres de 15 años y más que han tenido al menos una relación de pareja, matrimonio o noviazgo, han sido agredidas por su actual o última pareja a lo largo de su relación. La violencia de pareja está más extendida entre las mujeres que se casaron o unieron antes de los 18 años (52.9%). 32% de mujeres han padecido violencia sexual por parte de agresores: actos de intimidación, acoso o abuso sexual.

De acuerdo con el tipo de violencia, la emocional es la que presenta la prevalencia más alta (44.3%), y ocurre principalmente por la pareja o esposo (43.1%). Por el contrario, la violencia sexual ha sido experimentada por poco más de un tercio de todas las mujeres (35.4%), pero particularmente es ejercida por agresores distintos a la pareja y en sus distintas formas, desde la intimidación, el abuso sexual o el acoso sexual, no obstante que el nivel de este tipo de violencia donde el agresor es la pareja es menor, los actos de violencia sexual son de mayor gravedad. La violencia física está principalmente circunscrita a las agresiones de la pareja.

La proporción y vulnerabilidad de varones víctimas de violencia va en aumento conforme la edad. Entre los jóvenes de 18 a 25 años apreciamos que por cada 100 víctimas hay 5 varones, lo que aumenta progresivamente en el grupo de 46 a 59 años, en que de cada 100 víctimas 13 son varones. El quiebre mayor se aprecia en el grupo de adultos mayores con 27 varones por cada 100 víctimas. La principal persona agresora en el grupo comprendido entre los 18 a 59 años lo constituye la pareja. Dentro de otros familiares que figuran como agresores se encuentran los suegros y los hijos.

El 94.4 % de varones señala haber sido víctima de violencia psicológica, siendo los insultos y la desvalorización la modalidad de violencia más utilizada por las personas agresoras. Un 58.3% reportó violencia física, destacando con frecuencia los golpes diversos, principalmente en rostro, mientras que un 0.7% de estos varones refirió violencia sexual.

En la Ciudad de México, el maltrato en adultos mayores alcanza un 16.7%. Esto quiere decir que aproximadamente 16 personas adultas mayores de cada 100 que viven en la Ciudad de México ha experimentado algún tipo de abuso. En concreto, 12.2% son víctimas de maltrato psicológico, 3.9% económico, 3.7% físico, 3.5% de negligencia y abandono y 0.9% de abuso sexual.⁹

De igual forma, las mujeres son quienes sufren mayores maltratos, pues se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre la proporción de

hombres (12.6%) y mujeres (18.4%). Al distinguir entre las cinco tipologías de los maltratos, hay diferencias significativas en cuanto al sexo de la persona adulta mayor y el maltrato psicológico, económico y sexual, mientras que no hay diferencias en el maltrato físico y la negligencia. El maltrato físico se relaciona en gran medida con abusos fuera del hogar, especialmente en el caso de los hombres.

En cuanto a los responsables del maltrato a personas adultas mayores, los datos de la EMPAM-DF muestran que 56.2% son hombres y 43.8% mujeres; en 36% de los casos el maltrato es ejercido por los descendientes directos (hijos e hijas), 11.8% por la pareja actual en su calidad de cónyuge o compañero(a), 10.7% por los nietos(as), 9.6% por la nuera/yerno, 6.2% por un hermano y 7.3% por otro familiar. De igual forma, llama la atención que 17.4% de los responsables son personas sin vínculo de parentesco, entre los que sobresalen los vecinos (10.1%).¹⁰

La persona mayor maltratada puede sentirse culpable por denunciar la actuación de aquel de quien depende para los cuidados, y mucho más si se trata de un familiar. Por otra parte puede tener miedo a denunciar, al entender que no existen alternativas reales, efectivas, seguras y rápidas. La motivación para ocultar este problema puede derivar del miedo a poder ser ingresado a esta institución o a sufrir represalias, el deseo de proteger al autor de los malos tratos de las probables consecuencias de sus actos, las sensación de deshonorar, de vergüenza, de miedo y la percepción por parte de la víctima de que los malos tratos son consecuencias de un mal comportamiento o simplemente verse de forma rutinaria.

La palabra maltrato es utilizada para designar a todas aquellas formas de actuar que supongan algún tipo de agresión o violencia. Tal como lo dice la misma palabra, el maltrato es una forma de tratar mal a alguien, de dirigirse a esa persona o ser vivo de manera agresiva, con insultos, con gritos e incluso también con violencia física.

Para definir cómo se es una persona adulta mayor, es necesario abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial o también llamada visión integral.

El concepto de adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos persona de la tercera edad y anciano. En tanto, un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.

El envejecimiento es un proceso de cambios a través del tiempo, natural, gradual, continuo, irreversible y completo. El envejecer implica procesos de crecimiento y de deterioro. Es importante señalar que las diferentes disciplinas le dan significados distintos al envejecimiento.

En general, las ciencias sociales y del comportamiento lo caracterizan como un proceso de desarrollo; no así la perspectiva biológica, que hace referencia a las pérdidas y deterioro de la última etapa de la vida.

La Organización de las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). De acuerdo a la OMS las personas de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianas y mayores de 90 años son grandes viejos (OMS, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la “Declaración de Toronto” define los malos tratos a personas mayores como “La acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”.¹⁰

Dentro de la clasificación de maltrato en el adulto mayor se encuentran:

Maltrato físico: Se define como maltrato físico aquella agresión física intencionada que produce daños y, en casos extremos, la desfiguración o muerte, según la National Aging Resource Center of Elder Abuse (NARCEA). Es, por lo tanto, la imposición por la fuerza física y de manera intencionada de acciones con resultado de daño, dolor o deterioro físico. Se incluye dentro de este tipo de maltrato cualquier acto brusco o violento con resultado o no de lesiones, tales como golpear, empujar, zarandear, pellizcar, pinchar, quemar, tirar del cabello, apretar, agarrar, abofetear, bañar con agua fría o muy caliente, movilización de miembros brusca o dolorosa.¹¹

Maltrato psicológico o emocional: El maltrato psicológico provoca en el adulto mayor aspectos negativos para la competencia social, emocional o cognitiva. El maltrato emocional o abandono se caracteriza por la negación de afecto, aislamiento e incomunicación. La conducta puede revelar un acto de comisión (abuso) u omisión (negligencia) que afecta al área física o mental del anciano. Se incluye dentro de este tipo cualquier acto que pueda disminuir la dignidad y estima personal, además de generar angustia, consistiendo generalmente en *abuso verbal*: juramentos, insultos, uso de apodos, tuteo, comentarios racistas o sexistas, gritos, amenazas, humillarle, menospreciarle, gastar bromas, crearle ansiedad, etiquetarlo como “difícil”, etc.¹¹

Maltrato o abuso financiero: Entendemos por maltrato o abuso económico o financiero la utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades o recursos de una persona mayor. Se incluye aquí cualquier comportamiento inapropiado, con o sin consentimiento del anciano, que suponga un beneficio para el abusador o una pérdida de dinero o de otros bienes para el anciano, como racionarle su dinero, exigir dinero por favores o cuidados extra, adueñarse de dinero y pertenencias sin su permiso, sacar dinero de su cuenta bancaria, animarle a hacer regalos al personal, aliarse con la familia en asuntos monetarios turbios, falsificación de firmas, obligarle a firmar documentos o testamento, uso inapropiado de la tutela o curatela, ocupación del domicilio, etc.¹¹

Maltrato o Abuso sexual: Consiste en el desarrollo de cualquier contacto íntimo o actividad de tipo sexual sin el consentimiento de la otra persona. El maltrato sexual puede ir desde el exhibicionismo hasta la agresión sexual física pasando por caricias. Podemos considerarlo como comportamientos (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.) o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento. Se da maltrato sexual cuando el anciano carece de conocimiento y consentimiento plenos sobre lo que está ocurriendo: acosar o forzar a realizar cualquier acto con intención de lograr satisfacción sexual por parte del abusador, hacer comentarios sexuales, animar a otros residentes a acercarse con intenciones sexuales.¹¹

Negligencia, abandono y omisión de cuidados: La negligencia es la suspensión reiterada (intencionada o no) de alguna ayuda/cuidado que la persona vulnerable necesite para el desarrollo cotidiano. Se incluye en este tipo una mala provisión de cuidados médicos, o cuidados físicos necesarios para proporcionar unos niveles de salud y sociales adecuados para cubrir las necesidades de esa persona. El abandono también se suele integrar en este tipo de abuso.¹¹

Autonegligencia y autoabandono: En la autonegligencia es la propia persona mayor quien pone en peligro o amenaza su propia salud o seguridad, ya que no se proporciona a sí mismo los servicios y productos necesarios, como, por ejemplo, comida, medicinas, tratamiento médico necesario, etc. También puede surgir como consecuencia de un deterioro cognitivo importante y un sistema de apoyo inadecuado.¹¹

Las causas del maltrato en el adulto mayor abarcan las siguientes categorías:

Se identifican tres ejes en el maltrato a personas mayores:

- 1) un vínculo, a priori significativo y personalizado, que genera expectativa de confianza.
- 2) el resultado de daño o riesgo significativo de daño
- 3) la intencionalidad o no intencionalidad.¹⁰

Mc Creadie (2002), señala la importancia de considerar como necesidad la comprensión del riesgo que existe para adultos mayores en sus propias casas. En especial, respecto a las mujeres, quienes viven más años y en la medida que envejecen viven más solas. Se reconocen las siguientes situaciones de riesgo: ¹⁰

- a) Persona cuidadora con problemas de carácter psicológico, alcohol.
- b) La persona anciana con demencia que permanece sola todo el día.
- c) Hogar de la persona anciana donde se bebe demasiado alcohol.
- d) Persona cuidadora que se pone muy enfadada por la carga del cuidado.
- e) Persona anciana con demencia que es violenta con la persona cuidadora.
- f) Persona anciana que es incapaz de atender adecuadamente las necesidades de la vida diaria de la persona anciana.

g) Persona anciana que vive con hijos adultos con problemas severos de personalidad.

Existen cinco teorías relacionadas con el maltrato a los adultos mayores.

1) Teoría del estrés del cuidador: asocia el maltrato a factores de estrés externos, relacionados al cuidado y que superan la capacidad del cuidador. El cuidador no tiene apoyo de otros, ni ha sido capacitado para brindar los cuidados requeridos, y a esto se suma la percepción de desventaja social tales como desempleo, problemas económicos, otros.

2) Teoría de la dependencia de la persona mayor: que incrementa la carga al cuidador, e incluso la conducta del anciano puede provocar o mantener situaciones de maltrato.

3) Teoría del aislamiento social: que considera este aislamiento clave en la aparición del maltrato, ya que predispone al cuidador a estrés y violencia.

4) Teoría del aprendizaje social: enfatiza el rol de la familia en el aprendizaje de conductas en el individuo, que aplicará a lo largo de su vida. Es así, que individuos que fueron maltratados en su niñez, es probable que repitan esta conducta.

5) Teoría de la Personalidad del cuidador y abuso de sustancias: asocia el maltrato a problemas del cuidador con abuso de alcohol, medicamentos y/o drogas, así como, enfermedades mentales.¹⁰

Podemos encontrar diversos factores relacionados con el maltrato en el adulto mayor. Las personas de edad con patologías físicas y mentales asociadas o que padecen mala salud mental debido a la polifarmacia, alcohol o drogas, se encuentran en una situación de alto riesgo.

Las persona adultas mayores pueden estar expuestas a malos tratos durante periodos de crisis o cambio en los valores familiares, que pueden debilitar los lazos intergeneracionales y durante estos presentarse cambio en el tamaño de la familia que afectan la capacidad de esta de cuidar a sus miembros, estos factores pueden agravarse cuando existen políticas de segregación basada en la edad que limitan el acceso de las personas de edad mayor a tener algún tipo de empleo y cuando no hay sistemas de pensiones.

Los principales factores de riesgo para sufrir maltrato que se señalan son:¹²

1. Respecto del adulto mayor

- Edad avanzada, viudedad y sexo femenino.
- Precario estado de salud, al que pueden unirse deterioro cognitivo y alteraciones de conducta.
- Aislamiento social y antecedente de maltrato doméstico.
- Dependencia que afecta tanto a las esferas funcional, financiera y emocional.

- Rápido deterioro de la salud del anciano, que no permite una adecuada organización familiar.
- Cohabitación con el agresor.

2. Respecto del cuidador

- Antecedentes de violencia familiar.
- Aislamiento social o familiar del cuidador, a lo que puede unirse el hecho de ser el único cuidador, sin ayudas familiares, ni sociales, pudiendo existir por tanto una situación de dependencia económica respecto al anciano.
- Con problemas personales (laborales, de pareja, etc.) y/o psiquiátricos.
- Con problemas de adicción a sustancias tales como alcohol, drogas u otros compuestos similares
- Escasa calificación profesional por parte del cuidador.
- Cuidados que se prolongan en el tiempo, con una duración igual o superior a los 8-9 años.
- Sobrecarga física o emocional del cuidador, la cual va íntimamente unida a algunos de los factores mencionados anteriormente.

Los autores de actos violentos y malos tratos contra las personas de edad son típicamente miembros de la familia, amigos o conocidos. No obstante también pueden tratarse de desconocidos que se aprovechan de las personas de edad, de organizaciones comerciales que defraudan a sus clientes y de individuos que en el ejercicio de su función de encargados de cuidar a estas personas las someten a malos tratos o las abandonan, por lo tanto existe una relación de dependencia emocional o económica con la víctima.

Los factores principales que contribuyen a la vulnerabilidad del adulto mayor son:

1. Menor movilidad frente a los jóvenes
2. Temor a quedarse solo
3. Dependencia del individuo causante del maltrato
4. Inadaptación del asilo
5. Maltrato físico y psicológico por su cuidador primario
6. Ser portador de enfermedades que hacen más difícil su cuidado
7. Temor a ser enviado a un asilo
8. Incapacidad de marcharse
9. Abandonar sus condiciones de vida
10. Presentar explotación económica por parte de sus cuidadores

Se conocen indicadores precisos para la detección del maltrato en el adulto mayor, dentro de los cuales encontramos los siguientes.

Indicadores de maltrato físico: El abuso físico puede ocurrir en el hogar o institucional. Los signos pueden incluir abrasiones, laceraciones, contusiones, fracturas, quemaduras, dolor. Los pacientes pueden presentarse a la sala de emergencia inmediatamente posterior al evento o tiempo después. Indicios de abuso físico se pueden encontrar después de la inspección de las lesiones, que normalmente involucran la piel, la cabeza, y el hueso. Muy a menudo, la lesión

física debe ser evaluada en el contexto de la historia para la determinación del abuso. Ciertas localizaciones de hematomas son consideradas como sugestivas de abuso si se encuentran grandes contusiones en el rostro, cara lateral de los brazos y el dorso.

Indicadores de maltrato psicológico o emocional: El abuso emocional puede sospecharse cuando la interacción entre el paciente y el cuidador parece tensa. Los signos pueden incluir la observación directa de abuso verbal, intimidación, diferir preguntas al cuidador, aislamiento, silencio, depresión, ansiedad. En general, el abuso emocional se produce en todos los ámbitos entre los cuidadores y receptores, y se detecta a menudo en entornos de atención sanitaria. Eso se puede sospechar si el cuidador se niega a dejar al paciente o habla por el éste, o si la víctima expresa el miedo en presencia del cuidador o hace declaraciones en relación con el miedo o la explotación.

Indicadores de maltrato económico: retiros de dinero injustificados, falsificación de su firma, cambio de un testamento o título de propiedad que deja la vivienda o el dinero a nuevos amigos o parientes, falta de una propiedad, pérdida de joyas u objetos personales, falta de comodidades pudiendo permitirselas, problemas de salud física o mental sin tratamiento, el nivel de atención que recibe el adulto mayor no está a la altura de sus ingresos o medios.

Indicadores de abuso sexual: El abuso sexual ocurre en el entorno de los pacientes incompetentes o frágiles y dependientes.

Las señales incluyen depresión, miedo, disuria, hematomas, abrasiones, laceraciones en el área anogenital o abdomen, enfermedades de transmisión sexual, infección del tracto urinario.

La víctima puede expresar temor en la presencia del autor. El abuso sexual ocurre principalmente en el hogar.

Indicadores de negligencia o abandono: La negligencia puede presentarse como pérdida de peso, deshidratación, las caídas, miedos, la falta de higiene, úlceras de decúbito desnutrición, falta de adherencia al régimen de medicación, delirio con o sin empeoramiento de demencia o demencia relacionada con la conducta. Dichas señales se presentan principalmente en pacientes que viven en el hogar, o en residencias para ancianos.^{13,14}

El abuso de ancianos no se limita a la casa con la comunidad, también puede ocurrir dentro de residencias de ancianos, centros de vida asistida y hospitales. Factores que contribuyen a este tipo de negligencia incluyen las malas condiciones de trabajo, horarios de trabajo impredecibles, los bajos salarios, la formación y supervisión inadecuada del personal.¹⁵

Además de los patrones de lesiones físicas, también hay marcadores médicos y de laboratorio que pueden aumentar la sospecha de abuso o abandono de los ancianos. Tales marcadores incluyen indicadores de desnutrición, deshidratación, alteraciones en el estado de enfermedad, hipotermia o hipertermia, rabdomiolisis y

hallazgos toxicológicos. En muchos casos, estos marcadores pueden ser la única pista que el abuso o negligencia ha ocurrido.¹⁶

Dentro del medio familiar, la violencia hacia el anciano se ha constituido en una manifestación que sucede con cierta frecuencia. En repetidas ocasiones, la falta de datos y cifras sobre las conductas violentas se deben que los vecinos, amistades u otros familiares dejan en silencio estas situaciones, y las dejan como hechos cotidianos. La violencia dentro del hogar hacia los ancianos es considerada como privada, algo que se supone las personas ajenas no deben tener conocimientos o capacidad para entender.

El anciano que sufre de violencia puede padecer alteraciones en su vida; aparecen comportamientos suicidas, temores prolongados, desórdenes alimentarios y del sueño.

Los médicos pueden encontrar el tratamiento y la evaluación del abuso de ancianos desconocida e incluso incómoda, ya que presenta varios retos.

En primer lugar, las víctimas pueden ocultar sus circunstancias o ser incapaz de articularlas debido al deterioro cognitivo.

En segundo lugar, la alta carga de enfermedades crónicas en las personas mayores crea tanto los resultados falsos negativos (por ejemplo, fracturas atribuido por error a la osteoporosis) y los resultados falsos positivos (por ejemplo, equimosis espontáneas atribuidas al abuso físico) en la evaluación.

En tercer lugar, las barreras culturales y lingüísticas pueden dificultar la revelación del abuso.

En cuarto lugar, en algunos casos, una determinación definitiva de que el abuso que está ocurriendo puede tardar semanas o meses, y los médicos pueden ser requeridos para intervenir antes de que se haya realizado dicha determinación, una estrategia que no se utiliza normalmente en el tratamiento de condiciones médicas.

Los proveedores de salud deben ser capaces de reconocer los signos de maltrato a personas mayores y negligencia. Varias herramientas de la investigación han sido diseñadas para facilitar la detección de maltrato a personas mayores. Uno que es fácil de completar en el servicio de urgencias es el Índice de sospecha de abuso de mayores (EASI) que consiste en:

Las preguntas 1 a 5 son contestadas por el paciente. La pregunta 6 es respondida por el médico:

1. ¿Ha dependido de las personas por cualquiera de las siguientes: bañarse, vestirse, ir de compras, banco, o comidas?
2. ¿Alguien le ha impedido obtener alimentos, ropa, medicamentos, gafas, audífonos, atención médica o estar con la gente que quería estar?
3. ¿Ha estado molesto porque alguien le habló a usted de una manera que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?

4. ¿Alguien ha intentado obligarle a firmar documentos para utilizar su dinero en contra de su voluntad?
5. ¿Alguien lo ha tocado de manera que usted no quiere, o lo ha lastimado físicamente?
6. Doctor: El abuso de ancianos puede estar asociada con resultados tales como el pobre contacto visual, desnutrición, problemas de higiene, cortes, contusiones, ropa inadecuada, o cuestiones de cumplimiento de la medicación. ¿Se dio cuenta de alguno de estos hoy o en los últimos 12 meses?

La validación del EASI se ha realizado en la práctica de la medicina familiar y en centros de atención ambulatoria, demostrando una sensibilidad de 0.47 y una especificidad de 0.75. El EASI requiere menos de 2 minutos para obtenerlo. Una respuesta de "sí" a una o más de las 2 a 6 preguntas debe incitar preocupación por el abuso o negligencia.

Una herramienta de evaluación creada por la American Medical Association (AMA) se compone de 9 preguntas. Una respuesta de si a cualquiera de estas preguntas, debe incrementar su preocupación y mostrar un mensaje más profundo evaluación.

1. ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?
2. ¿Alguna vez alguien lo obligo a hacer cosas que no quería hacer?
3. ¿Alguien ha tomado cosas que le pertenecen sin su permiso?
4. ¿Alguna vez alguien lo lastimó?
5. ¿Alguna vez alguien lo regañó o amenazó?
6. ¿Alguna vez ha firmado algún documento que no entiende?
7. ¿Tiene miedo de alguien en casa?
8. ¿Está solo a menudo?
9. ¿Alguien no le ayudó cuando necesitaba su ayuda?

Es necesario que los médicos realicen una historia clínica y un examen físico, que podría ser decisivo en la determinación de los factores de riesgo del paciente y la identificación de signos de abuso. Al menos una parte de la historia debe llevarse a cabo en privado, sin miembros de la familia o proveedores de servicios actuales, y de este modo llevar a cabo la realización de la preguntas del EASI o AMA.¹⁷

La entrevista de un presunto agresor se lleva a cabo mejor por profesionales con experiencia en esta área. Acusaciones agresivas o confrontación puede conducir a una escalada de abusos, el aislamiento de la víctima potencial, o ambos. Lo mejor es que el médico adopte un enfoque comprensivo, sin juzgar hasta que todos los hechos relevantes han sido comprobados. Idealmente, la evaluación de un caso de sospecha de abuso debe involucrar una visita al hogar.

Existe un estudio cuyo propósito fue desarrollar y conocer algunas propiedades psicométricas de un instrumento específico para evaluar y medir maltrato de personas mayores. El presente estudio forma parte de la proyecto " maltrato para personas mayores: una caracterización sociodemográfica en la Ciudad de México

(2005)". El tamaño de la muestra se calculó teniendo en cuenta que la variable de interés era desconocida; es decir, la proporción de los adultos mayores sometidos a malos tratos.

El tamaño de la muestra fue de 626 personas de edad 60 años o más que vivían en la Ciudad de México. La entrevista se aplicó en el hogar para las personas mayores que eran seleccionados en la muestra. El personal encargado de la recogida de datos estaba compuesto por profesionales en el campo de la social y ciencias médicas, todos los cuales tenían experiencia previa en el maltrato y la formación recibida ex profeso. El protocolo fue aprobado por un comité de investigación local.

El consentimiento por escrito fue dado por todos los participantes, incluyendo su consentimiento para utilizar sus comentarios de forma anónima.

El criterio de inclusión fue el consentimiento informado y los criterios de exclusión fueron: sufrir alguna enfermedad crónica, aguda o grave, y estar menos alerta o sufrir de afasia severa problemas de visión severa y / o afección severa de la audición.

En el desarrollo de la Escala Geriátrica del maltrato (GMS), las estrategias metodológicas cuantitativas y cualitativas se combinaron, desarrollándose en tres etapas: revisión de las fuentes documentales, contextualización del problema y conformación de la escala.

Una primera versión de la escala se genera como resultado del consenso de un grupo de expertos, y un multidisciplinario panel de profesionales de ciencias de la salud y sociales, y se formularon: 12 preguntas sobre estado físico, 13 en psicológico, 9 en maltrato económico, 11 en negligencia y abandono, y 6 en abuso sexual.

La primera versión fue aplicada a dos grupos piloto; La GMS de 49 ítem se aplicó a 626 personas mayores seleccionadas por medio de una muestra probabilística. Una vez que se aplicó el instrumento se pasó a una segunda subetapa para reducir los elementos a fin de obtener la versión final de la GSM.

La GMS fue diseñada para medir cinco tipos de malos tratos. Cada uno de los ítems permite una respuesta de tipo dicotómico (0 = no ocurrencia, 1 = ocurrencia). Considerando cada pregunta para incluir un acto de maltrato en el último año, por lo que si una persona responde "sí " a por lo menos un ítem, se considera maltrato.

Esto se puede marcar con la escala de 22 ítems (Maltrato general) o específicamente para el tipo de maltrato. La prueba Cronbach's alpha= 0,83 para la GSM de 22 ítems, 0.82 para el maltrato psicológico, 0.72 para maltrato físico, 0.55 para el maltrato económico, 0.80 para negligencia y 0.87 para el abuso sexual.¹⁸

Esta escala evalúa los siguientes aspectos, relacionados con el último año:

FÍSICO 1. ¿Le han golpeado? 2. ¿Le han dado puñetazos o patadas? 3. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo? 4. ¿Le han aventado algún objeto? 5. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?
PSICOLÓGICO 6. ¿Le han humillado o se han burlado de usted? 7. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado? 8. ¿Le han aislado o le han corrido de la casa? 9. ¿Le han hecho sentir miedo? 10. ¿No han respetado sus decisiones? 11. ¿Le han prohibido salir o que la visiten?
NEGLIGENCIA 12. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc.? 13. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita? 14. ¿Le han negado protección cuando la necesita? 15. ¿Le han negado acceso a la casa que habita?
ECONÓMICO 16. ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento? 17. ¿Le han quitado su dinero? 18. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad? 19. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento? 20. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?
SEXUAL 21. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera? 22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento? ¿Quién fue el responsable del maltrato? 1 = Cónyuge o Compañero (a) 2 = Hijo (a) 3 = Hijastro (a) 4 = Hermano (a) 5 = Hermanastro (a) 6 = Nieto (a) 7 = Bisnieto (a)

8 = Tío (a)
9 = Sobrino (a)
10 = Primo (a)
11 = Nuera, yerno
12 = Cuñado (a)
13 = Concuño (a)
14 = Ahijado (a)
15 = Compadre, comadre
16 = Familiar, pariente, pariente lejano, otro parentesco
17 = Huésped
18 = Inquilino (a)
19 = Vecino (a)
20 = Cuidador (a)
21 = Otra persona no familiar
99 = No respondió

El maltrato en el anciano es una realidad a la que cada vez se enfrentan con mayor frecuencia los profesionales sanitarios. Según datos publicados por el National Center on Elder Abuse (NCEA), la International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), un 5-6% de los ancianos vive situaciones de violencia doméstica y un 10%, violencia institucional, de los cuales sólo uno de cada 5 es conocido (fenómeno del iceberg).¹⁹

Las investigaciones realizadas recientemente muestran la prevalencia del maltrato en el anciano. En un estudio realizado en España en el año 2008, en el que se entrevistó a 2041 ancianos y 789 cuidadores principales en el ámbito familiar, se obtuvieron los siguientes resultados: el 1,5% de los ancianos referían haber sufrido algún tipo de maltrato; un 0,8%, abuso económico; otro 0,5% había sufrido algún tipo de negligencia; un 0,5% había sufrido maltrato psicológico, y un 0,3%, maltrato físico.

En España se habla por primera vez del maltrato en el mayor, reconociéndolo como tal, en un congreso que tiene lugar en Toledo en 1997. Entre 2003 y 2006, comunidades de todo el mundo intentan concienciar sobre el abuso y la negligencia hacia las personas mayores a través de la planificación de actuaciones un claro ejemplo lo tenemos en Girona, en 2007, cuando se publica un documento en el que se propone un Protocolo de Actuación contra el Maltrato a las Personas Mayores. Como información más actual encontramos que en 2011 es cuando se produce una alianza global por los derechos de los ancianos, y en 2012 se publica la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores en América Latina, llamamiento a la protección de los derechos y libertades del adulto mayor en materia sociosanitaria.¹⁹

Una encuesta nacional sobre el maltrato de ancianos y negligencia realizada en Israel, arrojó que en general el 18,4 % de los encuestados (los hombres y mujeres

mayores de 65 años) habían sido víctimas de abuso durante el año anterior. Otro estudio realizado en Israel mostró que el 25 % de las personas de edad avanzada fueron objeto de negligencia, lo que significa la privación de las necesidades básicas en varios dominios.

En el Reino Unido, los resultados de un estudio de prevalencia de los hogares de las personas mayores de 65 años (en Inglaterra, Escocia, País de Gales e Irlanda del Norte) mostraron que 2,6 % de la muestra habían sido víctimas de abuso.

En 2000, una encuesta realizada por teléfono en una selección al azar, basada en la comunidad la población en las zonas urbanas y zonas rurales de Australia del Sur identificó que el 2.7% de la población de más edad (65 años y más) habían sido víctimas de abuso.

El estudio Avow (que incluyó a mujeres con edades comprendidas entre 60 y 97 años, que viven en hogares privados) mostró que, en general el 28,1 % de las mujeres de edad había experimentado algún tipo de abuso (Portugal (39.4 %), Bélgica (32.0 %), Finlandia (25.1 %), Austria (23.8%) y Lituania (21.8 %).

Los hallazgos de la familia macedonia en una encuesta sobre la prevalencia de maltrato y abandono, mostraron tasas mucho más altas del abuso y el abandono general, al 32.0 % para los hombres y las mujeres de 65 años y más.²⁰

En Barcelona Ruiz Sanmartín y colaboradores, en 2001 estudiaron 219 personas de 70 años o más, 122 mujeres y 97 hombres, a través de una entrevista con un cuestionario, encontrando una prevalencia de sospecha de maltrato del 11,9% (26 ancianos), 20 maltrato psicológico, 6 físico, 3 negligencia, 3 abandono y 1 sexual. Nueve personas presentaban más de un tipo de maltrato. Los presuntos perpetradores fueron 57% hijo (a), 8% cónyuge, 23% yerno (nuera).

En el noroeste de Sao Paulo en el periodo comprendido entre 2008-2012, se realizó un estudio analítico de corte transversal, descriptivo y documental en donde las características sociodemográficas de los autores y las víctimas y los datos relativos a la agresión investigados fueron: violencia; ubicación, la presencia de alcohol y drogas durante y la relación entre la víctima y el infractor. Los datos se tabularon usando análisis estadístico descriptivo y se obtuvieron los siguientes resultados: de un total de 572 casos, la mayoría de los autores eran hombres (69.2 %), de raza blanca(56.5%), con edades entre 31-40 años (14.20%), sin información sobre la ocupación, previsto (50.70 %); la mayoría de las víctimas eran mujeres (93.0 %), de raza blanca (71.5%) , con edades entre 60-65 años (46.30 %), casados (34.10 %) y desempleados/retirados (59.98%). El abuso emocional era prevalente (57.0 %), se produjo en el domicilio de la persona mayor (81.3 %) y los hijos de las personas mayores eran los principales responsables (25.3%).²¹

En Chile, en el año 2008, la Pontificia Universidad Católica realizó la Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales; se entrevistó a 1.325 adultos mayores. La prevalencia de maltrato según tipo de violencia hacia adultos mayores fue de 18.96% en violencia psicológica leve, 4.21% en violencia psicológica grave, 3.59% en violencia física leve y 3.27% en violencia física grave, porcentajes sobre el total de la población de adultos mayores.

Se identificaron como principales agresores al cuidador pareja hombre, hijos, hermanos, cuñados y nietos. Según este estudio, el 86% de los adultos mayores que han vivido violencia ha sido víctima sólo de violencia psicológica. Sólo el 1.6% de estos adultos mayores ha sido víctima de violencia física leve, y el 0.4% de violencia física grave.¹⁰

En Cuba, a pesar de lo que representa para la salud cubana el adulto mayor, se estima que el anciano maltratado es un fenómeno oculto dentro de la sociedad, que influye negativamente en la calidad de vida del adulto mayor. Se realizó un estudio cuasi-experimental en el Consultorio Médico 6 de la localidad Aeropuerto, Policlínico Centro de Ciego de Ávila, año 2014. El universo de estudio fueron 100 cuidadores principales de adultos mayores. Los datos se recolectaron a través de una encuesta confeccionada por los autores y validada por expertos, se aplicó antes y después de la intervención para evaluar su efectividad. La información fue resumida en tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas, como medida de significación estadística se usó el McNemar para muestras dependientes. Predominó el grupo etáreo de 40 a 49 años (37%), sexo femenino (87%), escolaridad secundaria básica (67%), el 89% convivía con sus familias, el 47 % divorciadas. El nivel de conocimientos se incrementó después de la intervención de 28% a 92%. La intervención educativa fue eficaz al elevar el nivel de conocimientos en los cuidadores primarios para prevenir el maltrato del adulto mayor.²²

En el distrito de Breña, Lima (Perú) en el periodo comprendido entre julio del 2012 a enero del 2013 se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Se consideró como unidad de muestra el individuo mayor de 60 años. Se estudió una muestra de 369 individuos, con un 5% de error máximo y un 95% de probabilidad. Para formar parte del estudio, cada participante debía tener 60 años de edad o más, podía ser de ambos sexos, debía ser capaz de comunicarse y tener un estado cognitivo adecuado de acuerdo al Mini-Examen del Estado Mental. La recolección de datos se llevó a cabo por medio de una entrevista estructurada realizada por docentes y estudiantes de pregrado de enfermería previamente entrenados. Las entrevistas fueron realizadas con previo arreglo, en el domicilio del participante, en estricto privado, y bajo firma de consentimiento informado en dos vías, quedando una con el investigador y otra con el adulto mayor. Se obtuvo información de las variables sociodemográficas como edad en años, sexo, estado civil, años de estudio, conformación familiar e ingresos económicos. Para conocer la violencia en el adulto mayor fue utilizado el *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*. Las variables

cuantitativas fueron analizadas por medio de la estadística descriptiva y se emplearon medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar).

Dentro de los resultados obtenidos, la prevalencia de violencia en el domicilio fue de 79.7%, predominando la violencia financiera con 53.1%. Se observó que el sexo femenino sufre más violencia en comparación con el sexo masculino. Además, 48.2% de los entrevistados presentan síntomas depresivos, en mayor proporción el sexo femenino. Los adultos mayores entre 65 y 69 años, casados y con estudios entre 1 y 6 años tuvieron mayor prevalencia de violencia intrafamiliar. En relación con los diferentes tipos de violencia, se observó predominio de la violencia financiera, seguida por el abandono.²³

En Antioquia en el año 2012 se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo transversal, donde se observaron las características relacionadas con el estado de salud de los adultos mayores, relacionados con características demográficas, depresión, ansiedad, funcionamiento cognitivo y maltrato de la población adulta mayor.

Este análisis se llevó a cabo con fuentes secundarias de información de la base de datos diseñada y alimentada por la Universidad CES para el proyecto “Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor. Departamento de Antioquia, 2012”, la población estuvo constituida por 4.215 registros de los adultos mayores que fueron seleccionados mediante muestreo probabilístico y polimetálico y los resultados fueron expandidos a 654.473 adultos mayores del departamento.

El instrumento de recolección utilizado para el estudio incluyó escalas validadas dentro de las cuales se encuentra la de Marmolejo 2008.

Las tipologías: necesidades afectivas ignoradas, agresión física, descuido y maltrato económico, fueron la más reportadas por los adultos mayores del departamento. En cuanto a la tipología necesidades afectivas ignoradas, el 5.0% de los adultos mayores respondió haber sufrido algún episodio de este tipo. El 2.5% reportó haber sufrido descuido, el 1.7% reportaron agresión física. Con respecto a la agresión sexual, se encontró que 0.4% manifestaron haberlo sufrido, el 1.3% de los adultos mayores encuestados afirmaron haber sufrido algún abuso con respecto al tema económico.²⁴

Para conocer la percepción general sobre el maltrato hacia el adulto mayor (AM), se diseñó un estudio cualitativo, con la estrategia de triangulación de fuentes de datos y entrevistas semiestructuradas como técnica de levantamiento de información. En tres áreas geográficas de México (norte, centro y sur), el estudio se llevó a cabo en Monterrey, Cuernavaca y Oaxaca; en cada ciudad seleccionada se eligió un hospital y una clínica de atención primaria de instituciones públicas de salud. Se llevó a cabo un muestreo por criterio de acuerdo con los perfiles de interés identificados: 13 Prestadores de servicios de salud (seis médicos y siete enfermeras) y 12 Adultos mayores: mujeres y hombres de 60 años o más, identificados en las salas de espera de la consulta externa, sin problemas que les impidieran escuchar o hablar y sin deterioro cognitivo. Para asegurar esto último, se aplicó una evaluación corta con apoyo del instrumento Minimal State Examination (MMSE). El levantamiento de información se llevó a cabo entre junio

y diciembre de 2011. Los temas explorados fueron las características de los informantes, percepción del maltrato, situaciones en donde se puede dar el maltrato y acciones que se han de tomar en caso de maltrato. Las entrevistas se audiograbaron, se transcribieron y se organizaron con el apoyo del software para análisis cualitativo.

En cuanto a los resultados se identificó que los prestadores de servicios de salud no proporcionaron una definición específica del maltrato, pero sí mencionaron los diferentes tipos. Indicaron que el maltrato al AM en la institución se da por parte del personal de salud y por otros tipos de personal, como el de vigilancia o el administrativo. Piensan que el maltrato puede ser ejercido por cualquier persona independientemente de su cultura, educación y nivel socioeconómico.

En el caso de los adultos mayores, los pacientes manifestaron que el maltrato por parte personal de salud se expresa en la falta de sensibilidad y de paciencia, en el rechazo y el trato despótico que reciben o en la invisibilidad de la que son objeto. Hicieron hincapié en la dificultad que tienen para poder transmitir sus problemas de salud; consideraron que los servicios de salud pueden mejorar y brindar un trato más humano en la relación médico-paciente. Opinan que el personal de salud debe estar capacitado, sensibilizado y tener paciencia.²⁵

El maltrato a las personas mayores es un grave problema de salud pública y de derechos humanos que requiere la mayor atención, pues cada año afecta a millones de mexicanos que se encuentran en esta etapa de la vida. En un período de un año, la prevalencia del maltrato hacia personas mayores fue de 10.3% y afecto hasta a 32% de las personas mayores con discapacidad. El maltrato psicológico es el más común, seguido del físico y del abuso económico. El maltrato en el ámbito familiar es un problema frecuente en México y con graves consecuencias para la salud y el bienestar de las personas mayores.²⁶

En 2006 se realizó en México la primera Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF), a partir de una preocupación por las condiciones de vida de un grupo de la población que cada vez es más importante dentro de la estructura poblacional (Giraldo, 2006). La encuesta fue probabilística y se dividió en ocho secciones que permitieron recolectar información sobre hombres y mujeres con 60 y más años de edad, en torno a diversos temas relacionados con: datos personales, características de la vivienda, información laboral y de ingresos, valoración integral (física, psicológica y de signos financieros), información de la(s) persona(s) que le cuida(n) o ayuda(n), negligencia institucional, y características del maltrato. Respecto a esta última, es importante mencionar que se dividió en cuatro apartados, cada uno de los cuales tuvo como objetivo conocer la prevalencia, frecuencia y severidad de los malos tratos hacia las personas adultas mayores en los últimos 12 meses.

Se permite evidenciar que el fenómeno del maltrato a personas adultas mayores existe y que afecta a una parte importante de este grupo de la población. Los malos tratos se han asociado con una serie de consecuencias y resultados

adversos, por ejemplo, pueden causar morbilidad física y mental, aunque son escasos los estudios que permiten ver esta situación. También puede ocasionar aislamiento social, pérdida de la dignidad y deterioro de la calidad de vida. La investigación sobre las consecuencias del maltrato es fundamental para comprender su impacto individual y social, así como para la orientación y creación de intervenciones adecuadas que permitan erradicar este problema de la sociedad.

Es indudable que el reconocimiento del maltrato a personas adultas mayores como problema social se ha dado a partir de otro más reconocido y estudiado como es el de la violencia familiar.

Es importante resaltar que es poca la evidencia científica que muestra la fenomenología, magnitud, etiología y consecuencias del maltrato a personas adultas mayores y, peor aún, no se sabe nada acerca de las intervenciones y los efectos que éstas pueden tener en la población. Este desconocimiento en el tema conlleva a la ausencia de programas sociales y de políticas eficaces dirigidas a este grupo de la población. Se requiere, entonces, realizar investigaciones sistemáticas para conocer las múltiples facetas del problema y explorar sus causas y consecuencias pues sólo así se puede comprender la naturaleza y el alcance del maltrato, requisito previo para el diseño y la implementación de soluciones.²⁷

Un documental e investigación cualitativa se realizó para contextualizar el fenómeno de maltrato en México. Se aplicó la escala preliminar (49 ítems) a 626 adultos mayores con una muestra probabilística representante de los adultos mayores que viven en la Ciudad de México. A continuación, un proceso estadístico se llevó a cabo para reducir el número de elementos, demostrar su consistencia y asociaciones internas con otras mediciones. La versión final de 22 ítems evalúa el maltrato físico, psicológico, negligencia, maltrato económico y el abuso sexual. La edad media de los participantes fue de 71.94 +/- 8 años. La consistencia interna (Cronbach's alpha = 0.83) fue apropiada. Temas como queja de memoria, depresión, dependencia funcional y otras medidas fueron asociadas con el maltrato general. En cuanto a la prevalencia, 10.28% informó que había experimentado al menos un tipo de maltrato.¹⁸

5. JUSTIFICACIÓN

El maltrato que ocurre hacia los adultos mayores es un problema mundial que afecta la salud y la integridad de los derechos de estos pacientes. El maltrato de ancianos es un problema social y sanitario complejo con múltiples barreras que obstaculizan su detección debido a que a pesar de su existencia se mantiene como un problema ignorado o poco reconocido. La investigación sobre los aspectos epidemiológicos del maltrato está plagada de dificultades, entre otras razones porque afecta a la intimidad de los pacientes y al mundo privado de las relaciones personales.

Las estadísticas de dicho problema se encuentran subestimadas por su minimización u ocultación. En México el maltrato es más frecuente en mujeres y en la mayoría de los casos los maltratadores pertenecen al núcleo familiar del anciano. Existen reportes donde el 16.7% de los adultos mayores han sufrido algún tipo de maltrato.

Hay un incremento considerable del maltrato hacia el adulto mayor lo cual impacta sobre la salud, favoreciendo el aumento de casos de estrés, depresión y aislamiento, repercutiendo en su calidad de vida, volviéndose un problema social prioritario.

Por otra parte, esta situación también genera situaciones de estrés, dudas y problemas éticos en los profesionales sanitarios ante las actuaciones que debieran tomar para acabar con esa situación.

La población de adultos mayores puede sufrir algún tipo de maltrato a nivel intrafamiliar y/o social, inclusive a nivel médico y paramédico, por lo tanto, 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, de ahí que existe 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. Se necesita de un nivel de capacitación en interés de educar a la población, al personal médico y paramédico que atenderá a un adulto mayor, con el propósito de asumir la vejez demográfica como un evento importante para el cual hay que prepararse, siendo un reto que se debe alcanzar y se hace importante buscar estrategias para brindarle al anciano una vejez placentera.

Los profesionales de Atención Primaria tienen una oportunidad única para identificar e informar del maltrato a personas mayores, por ello es necesario formar a las personas que trabajan en este ámbito para ayudarles a detectar, evaluar e intervenir en este problema. Se encuentran en una posición privilegiada para la detección del maltrato a mayores ya que podrían ser las únicas personas externas a la familia con la posibilidad de ver a la persona mayor de forma regular, pudiendo establecer con las personas mayores y sus familias una relación de

confianza, que les permitan obtener la información necesaria para reconocer el maltrato y negligencia potencial e intervenir antes de que éstas se produzcan.

En la UMF 21 Francisco del Paso y Troncoso no existen datos relacionados con el maltrato hacia el adulto mayor, por tal motivo mediante esta investigación se pretende detectar alguna de las diferentes formas de maltrato que existen, esto se obtendrá en base a la realización de un cuestionario ya validado. Esto puede llevarse a cabo debido a que se cuentan con los recursos necesarios y porque la mayoría de la población de dicha unidad son adultos mayores.

Cabe mencionar que intervenir de forma oportuna es un reto porque para lograrlo no basta con las labores que se realicen por el sistema de salud, se necesita además el apoyo de los medios de difusión masiva.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida, la población de adultos mayores se ha presentado con un incremento importante, siendo más vulnerables a padecer algún tipo de maltrato el cual en muchas ocasiones no es detectado debido a que el anciano lo oculta por temor a ser ingresado a una institución de asistencia o a sufrir represalias o porque el personal que trabaja en el ámbito de salud no muestra importancia a este tema, teniendo esto gran repercusión porque existe el riesgo de marginación y la privación de la igualdad de acceso a oportunidades, recursos y derechos.

Debido a la escasa cantidad de información con respecto al maltrato del adulto mayor en la UMF 21, hay desconocimiento del tema como tal puesto que no existen reportes diagnósticos relacionados; la importancia de este estudio radica en identificar una cantidad aproximada de adultos mayores con maltrato de cualquier tipo.

Con base en lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe maltrato en el adulto mayor en pacientes de la UMF 21?

8. HIPÓTESIS

Un 16.7% de los adultos mayores atendidos en la UMF 21 sufre algún tipo de maltrato.

9. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General

Detectar el maltrato del adulto mayor en pacientes de la UMF 21

Objetivos específicos

1. Identificar en qué género es más frecuente el maltrato en los adultos mayores.
2. Identificar el grupo de edad de mayor frecuencia de maltrato en adultos mayores.
3. Identificar adultos mayores con un solo tipo de maltrato y con dos o más tipos.
4. Identificar los diferentes tipos de maltrato en el adulto mayor.
5. Identificar los principales responsables del maltrato hacia el adulto mayor.

10. DETERMINACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente: Adulto mayor

Variable Dependiente: Maltrato

Variables de Control: Sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, responsable del maltrato.

11. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
MALTRATO	Todas aquellas formas de actuar que supongan algún tipo de agresión o violencia. Tal como lo dice la misma palabra, el maltrato es una forma de tratar mal a alguien, de dirigirse a esa persona o ser vivo de manera agresiva, con insultos, con gritos e incluso también	Información obtenida a través de una encuesta. Ausencia o presencia de maltrato.	Dependiente Cualitativa Dicotómica	Cuestionario GSM 2005 0 = Sin maltrato 1 = Con maltrato

	con violencia física.			
TIPOS DE MALTRATO	<p>1. FÍSICO: Agresión física intencionada que produce daños, y en casos extremos, la desfiguración o muerte.</p> <p>2. PSICOLÓGICO: Provoca aspectos negativos para la competencia social, emocional o cognitiva. Se caracteriza por la negación de afecto, aislamiento e incomunicación.</p> <p>3. NEGLICENCIA: Suspensión reiterada de alguna ayuda/cuidado que la persona vulnerable necesite para el desarrollo cotidiano.</p> <p>4. ECONÓMICO: Utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades o recursos de una persona mayor.</p> <p>5. ABUSO SEXUAL: Desarrollo de cualquier contacto</p>	<p>Información obtenida a través de una encuesta.</p> <p>Ausencia o presencia de maltrato físico, psicológico, negligente, económico o de abuso sexual referido por el paciente a través de la encuesta.</p>	<p>Dependiente</p> <p>Cualitativa Dicotómica</p>	<p>Cuestionario GSM 2005</p> <p>0 = Sin maltrato 1 = Con maltrato</p>

	Íntimo o actividad de tipo sexual sin el consentimiento de la otra persona.			
ADULTO MAYOR	Toda persona mayor de 60 años.	Información obtenida a través de una encuesta. Número de años cumplidos	Independiente Cuantitativa Discreta	Cuestionario 0 = 60 a 69 años 1 = 70 a 79 años 2 = 80 a 89 años 3 = 90 años y más
SEXO	Fenotipo determinado cromosómicamente para un individuo	Información obtenida a través de una encuesta. Función biológica.	De control Cualitativa Dicotómica	Cuestionario 0 = Femenino 1 = Masculino
ESTADO CIVIL	Situación particular de las personas en relación con la institución del matrimonio.	Información obtenida a través de una encuesta. Estado jurídico	De control Cualitativa Nominal	Cuestionario 0 = Soltero (a) 1 = Unión libre 2 = Casado (a) 3 = Separado (a) 4 = Divorciado(a) 5 = Viudo (a)
ESCOLARIDAD	Nivel o grado máximo de estudios de una persona.	Información obtenida a través de una encuesta. Años de estudio.	De control Cualitativa Nominal	Cuestionario 0 = Ninguna 1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Bachillerato 4 = Carrera técnica o comercial 5 = Profesional
OCUPACIÓN	Empleo, oficio o actividad	Información obtenida a	De control Cualitativa	Cuestionario 0 = Hogar

	desempeñada por una persona.	través de una encuesta. Desempeño laboral.	Nominal	1 = Trabajadora doméstica 2 = Agricultor (a) 3 = Jornalero 4 = Obrero (a) 5 = Empleado(a) 6 = Comerciante 7 = Trabaja por su cuenta 8 = Profesionista 9 = Pensionado (a) 10 = Pensionado (a) por viudez
RESPONSABLE DEL MALTRATO	Persona que causa daño en forma violenta o con fuerza a otro.	Información obtenida a través de una encuesta. Persona que maltrata al adulto mayor.	De control Cualitativa Nominal	0=Nadie 1=Cónyuge o Compañero (a) 2= Hijo (a) 3= Hijastro (a) 4= Hermano (a) 5=Hermanastro (a) 6= Nieto (a) 7= Bisnieto (a) 8= Tío (a) 9= Sobrino (a) 10= Primo (a) 11= Nuera, yerno 12= Cuñado (a) 13= Concuño (a) 14= Ahijado (a) 15= Compadre,

				comadre 16=Familiar, pariente, pariente lejano, otro parentesco 17= Huésped 18= Inquilino (a) 19= Vecino (a) 20= Cuidador (a) 21= Otra persona no familiar 99 = No respondió
--	--	--	--	---

12. CRITERIOS DE SELECCIÓN

12.1 Criterios de inclusión

- Pacientes derechohabientes de la UMF 21
- Adultos mayores de 60 años o más
- Sexo femenino y masculino
- Pacientes que se encuentren en sala de espera del turno matutino o vespertino
- Disponibilidad de tiempo para aplicación de la encuesta.

12.2. Criterios de exclusión:

- Paciente con trastorno psiquiátrico
- Paciente con deterioro cognitivo o con alguna discapacidad
- Paciente que no acepte participar en el estudio.

12.3. Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.
- Paciente que decida abandonar el estudio en cualquier momento durante la realización de la encuesta.

13. TIPO Y CARÁCTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

*Tipo de estudio:

13.1. De acuerdo con la intervención del investigador: es un estudio observacional.

13.2. De acuerdo con la relación de las variables estudiadas: es un estudio descriptivo.

13.3. De acuerdo con el número de mediciones del fenómeno estudiado: es un estudio transversal.

***Universo de trabajo:**

a) Población del estudio: Pacientes de 60 años y más de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21.

b) Lugar de estudio: El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 en las salas de espera existentes en turno matutino y vespertino, Francisco del Paso y Troncoso; Delegación Venustiano Carranza.

c) Período de estudio: Marzo 2017 a Febrero 2018

14. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Este estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar Número 21 del IMSS, ubicada en Av. Francisco del Paso y Troncoso No. 281, Col. Jardín Balbuena, C.P 15900, Delegación Venustiano Carranza, durante el período de marzo 2017 a febrero 2018.

Se invitó a todos los adultos mayores de 60 años y más adscritos a la UMF No. 21 del IMSS de la Ciudad de México que se encontraban en la sala de espera a participar en el protocolo de estudio.

Se les proporcionó toda la información sobre el proyecto y se les otorgó por escrito el consentimiento informado el cual firmaron.

Se utilizó la escala geriátrica de maltrato (GSM) de 22 ítems.

Se realizó la captura de la información por medio de un cuestionario mediante una entrevista directa. La primera sección consta de 5 preguntas socio-demográficas y la segunda sección consta de 22 preguntas específicas para evaluar la presencia o no de maltrato en el adulto mayor durante el último año: 5 preguntas para evaluar maltrato físico, 6 preguntas para evaluar maltrato psicológico, 4 preguntas para evaluar negligencia, 5 preguntas para evaluar maltrato económico, 2 preguntas para evaluar abuso sexual y 22 diferentes responsables del maltrato a elegir.

La escala de puntuación es 0 = sin maltrato y 1= con maltrato. Si una persona responde "sí" a por lo menos 1 ítem se considera como maltrato.

Se informó al médico familiar tratante y al servicio de trabajo social acerca de los adultos mayores que resultaron con alguno de los diferentes tipos de maltrato.

Para realizar la presente investigación, se realizó una revisión bibliográfica relacionada con el maltrato en el adulto mayor, sus tipos y responsables del maltrato.

Se obtuvo información de ARIMAC para tener una visión de la cantidad de población de adultos mayores de la UMF 21. Obteniendo que se encuentran 34353 pacientes.

Para determinar el tamaño de la muestra se usó la fórmula de poblaciones finitas.

Se presentó este estudio al SIRELCIS y previa autorización del comité local de la UMF 21 se realizó dicho estudio.

15. ASPECTOS ESTADÍSTICOS

DISEÑO DE LA MUESTRA

a) **Tipo de muestreo:** Probabilístico

b) **Tamaño de la muestra:** Total de 206 pacientes

Fórmula: Para determinar el tamaño de la muestra se consultó al departamento de ARIMAC, disponiendo de la estadística de la población de adultos mayores adscritos a la UMF 21 hasta junio del 2016. Se determinó por medio de la fórmula de proporciones para una población finita de la siguiente manera:

$$n = \frac{N * Z^2_{\alpha/2} * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2_{\alpha/2} * p * q}$$

Donde:

N= 34353 Población de adultos mayores de 60 a más de 85 años.

$Z^2_{\alpha/2}$ =Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% = 1.96.

d = Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

p = 0.16 Prevalencia estimada

q = 1-0.16 = 0.84

Resolviéndose de la siguiente manera:

$$n = \frac{34353 (1.96)^2 [(0.16)(0.84)]}{(0.05)^2(34353-1) + (1.96)^2[(0.16)(0.84)]}$$

$$n = \frac{34353 (3.8416) (0.1344)}{(0.0025) (34352) + (3.8416) (0.1344)}$$

$$n = \frac{131970.4848 (0.1344)}{85.88 + 0.51631104}$$

$$n = \frac{17736.833115712}{86.39631104}$$

$$n = 205.29 = 206$$

Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central.

16. ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación clasifica este tipo de estudio como tipo 1, en base al título segundo artículo 17 que lo clasifica como una investigación sin riesgo, ya que los sujetos sometidos a estudio, solo aportarán datos a través de una entrevista, lo que no provoca daños físicos o mentales.

Se respetan los lineamientos propuestos en la declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial, enmendada en la 52 Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, octubre 2004, que guía a los médicos en las investigaciones biomédica, donde participan seres humanos.

Además de acuerdo a la Conferencia General de la UNESCO en su Declaración Universal sobre Bioética y derechos humanos de octubre 2005, donde se propone respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética, donde refiere en su artículo 3, que hace referencia a la dignidad y los derechos humanos de los pacientes entrevistados, en el artículo 4 donde hace referencia al consentimiento del paciente y que puede ser revocado en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia, sin que esto represente perjuicio o desventaja.

Con la finalidad de dar cabal cumplimiento con estas situaciones bioéticas se leerá a cada paciente el consentimiento de participación voluntaria donde se expresará por escrito la aceptación de la aplicación de la encuesta elaborada para este protocolo de investigación y que en ningún momento pretende perjudicar al paciente en sus áreas biopsicosocial, intelectual o espiritual.

17. RECURSOS

Recursos humanos:

Pacientes adultos mayores de 60 años y más de edad que acepten participar en el estudio.

Residente del curso de especialización en Medicina Familiar..... Verónica Calva Valladares..... Investigadora.

Médico especialista en Medicina Familiar..... Jorge Alejandro Alcalá Molina.....Asesor metodológico.

Médico especialista en Medicina Familiar..... Alyne Mendo Reygadas.....Asesor metodológico.

Recursos físicos:

El presente estudio se llevó a cabo en las salas de espera de los servicios de consulta externa de la UMF No. 21 Francisco del Paso y Troncoso de la Ciudad de México.

Recursos materiales:

Computadora, Impresora y papelería de oficina.
Software Windows 7
Programa estadístico Excel
Cuestionarios y base de datos.

Recursos económicos:

Los consumibles serán aportados por los investigadores responsables.

FINANCIAMIENTO

El presente trabajo no recibe financiamiento por parte de ninguna institución, asociación o industria.

18. FACTIBILIDAD

La investigadora ya cuenta con computadora e impresora y se compromete a que todos los gastos que se deriven de la investigación serán solventados por ella misma. Por lo cual es factible llevar a cabo esta investigación.

19. DIFUSIÓN

Se colocaron carteles en pizarrones y se invitó a participar a los derechohabientes que se encontraban en salas de espera de la UMF 21.

20. TRASCENDENCIA

Población adulta mayor de la UMF 21.

21. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

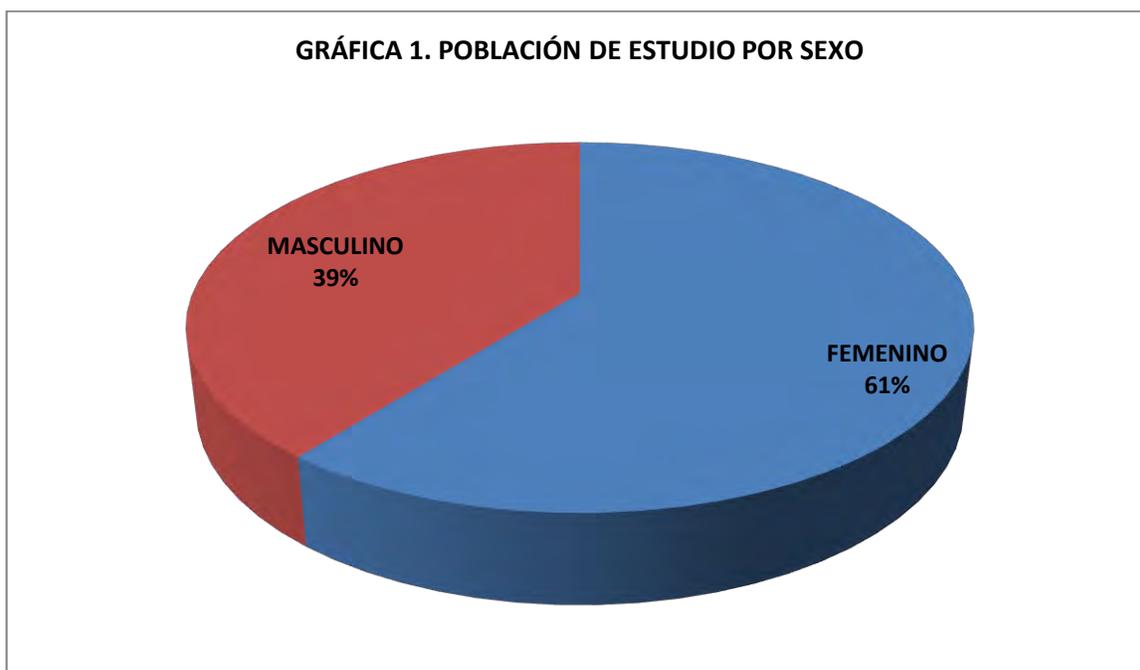
No son necesarios debido a que sólo se aplicaron cuestionarios.

22. RESULTADOS

A partir de una muestra total de 206 pacientes de 60 años y más, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar número 21 de ambos turnos, se obtuvieron los siguientes datos posterior a la aplicación de un cuestionario.

TABLA 1. POBLACIÓN DE ESTUDIO POR SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	125	61 %
MASCULINO	81	39 %
TOTAL	206	100%

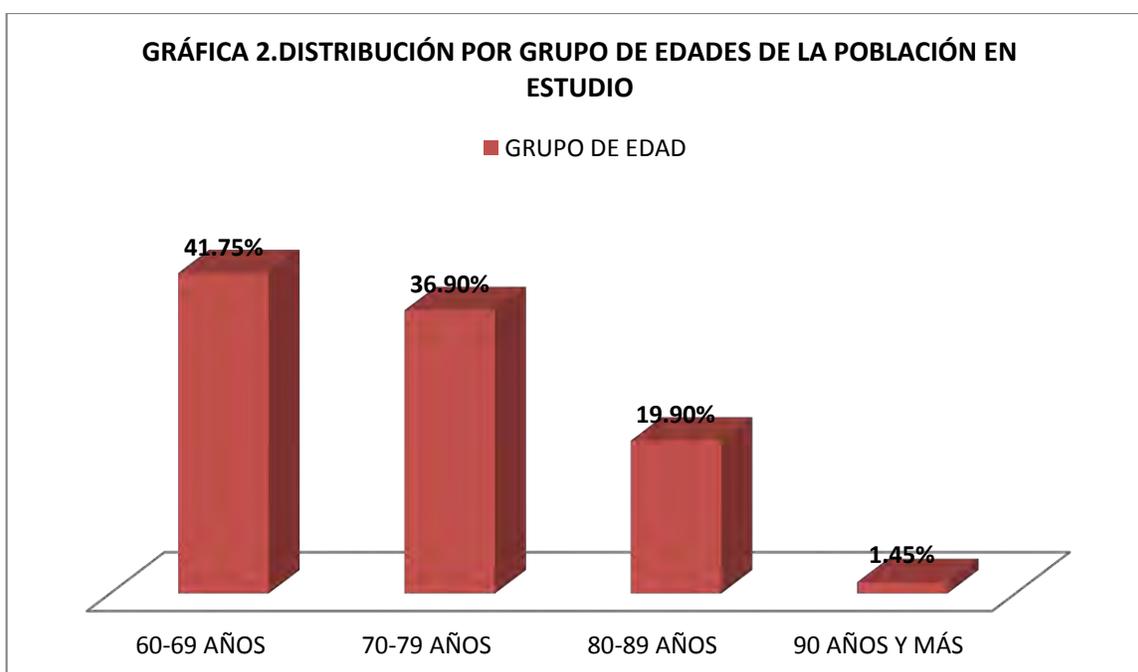


FUENTE: “DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 21” *Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, ** Dra. Alyne Mendo Reygadas, ***Dra. Verónica Calva Valladares.

En la tabla 1 se describe la variable demográfica sexo, la población del sexo femenino fue del 61% (125) en comparación con el 39% (81) en población del sexo masculino de la muestra total de la población en estudio. En la gráfica 1 se observa el porcentaje de esta variable.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDADES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60-69	86	41.75%
70-79	76	36.90%
80-89	41	19.90%
90 Y MÁS	3	1.45%
TOTAL	206	100%

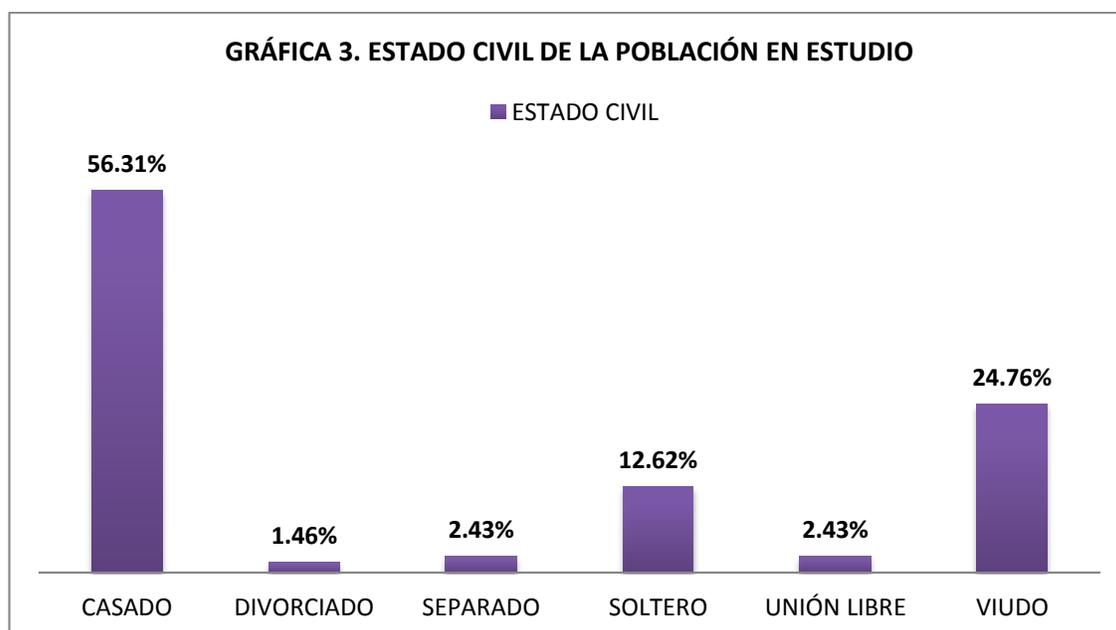


FUENTE: “DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 21” *Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, ** Dra. Alyne Mendo Reygadas, ***Dra. Verónica Calva Valladares.

En la tabla 2 podemos observar la variable demográfica edad de la población en estudio, que presentó las siguientes características: para el grupo de edad de 60-69 años fue de 41.75% (86), para el grupo de 70-79 años fue de 36.90% (76), en el grupo de 80-89 años encontramos un 19.90% (41) y para el grupo de 90 años y más tenemos un 1.45% (3). Se identifica que el grupo de edad con mayor participación fue entre 60-69 años. En la gráfica 2 se observa mejor esta distribución.

TABLA 3. ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADO	116	56.31%
DIVORCIADO	3	1.46%
SEPARADO	5	2.42%
SOLTERO	26	12.62%
UNIÓN LIBRE	5	2.43%
VIUDO	51	24.76%
TOTAL	206	100%

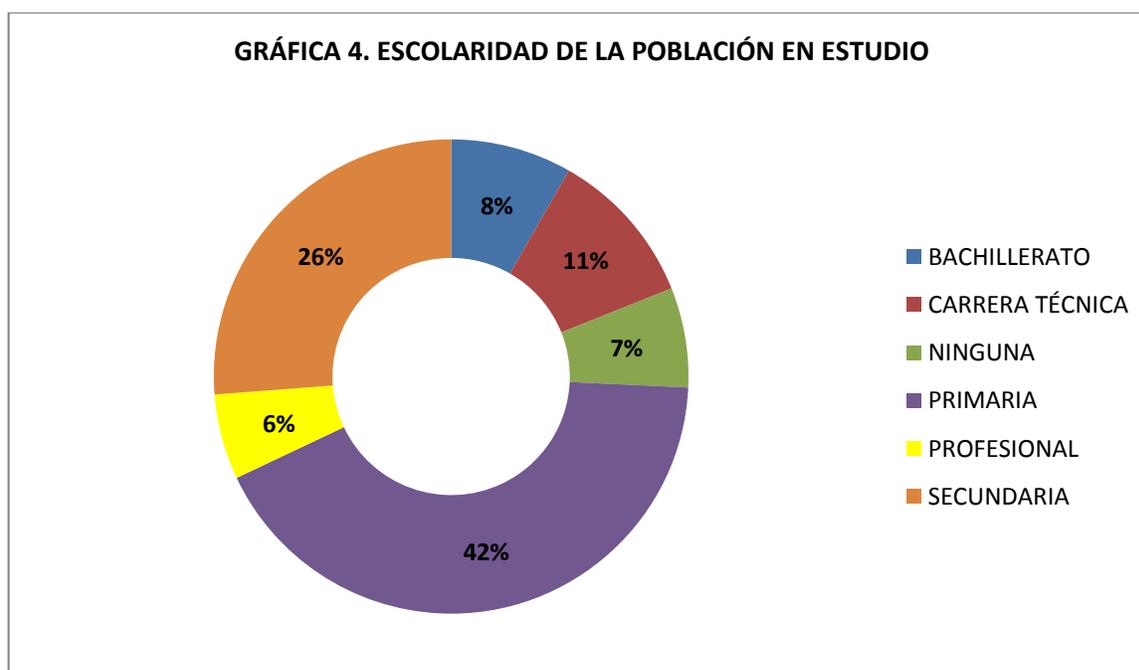


FUENTE: “DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 21” *Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, ** Dra. Alyne Mendo Reygadas, ***Dra. Verónica Calva Valladares.

En la tabla 3 se describe la variable demográfica estado civil de los participantes, el 56.31% (116) se encontraban casados al momento de la realización de la encuesta, mientras que el 24.76% (51) estaban viudos, un 12.62%(26) eran solteros, un 2.43%(5) se encontraban separados, al igual que otro 2.43%(5) en unión libre y sólo un 1.46%(3) estaban divorciados. En la gráfica 3 se observa el porcentaje de esta variable.

TABLA 4. ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BACHILLERATO	17	8%
CARRERA TÉCNICA	22	11%
NINGUNA	14	7%
PRIMARIA	87	42%
PROFESIONAL	12	6%
SECUNDARIA	54	26%
TOTAL	206	100%



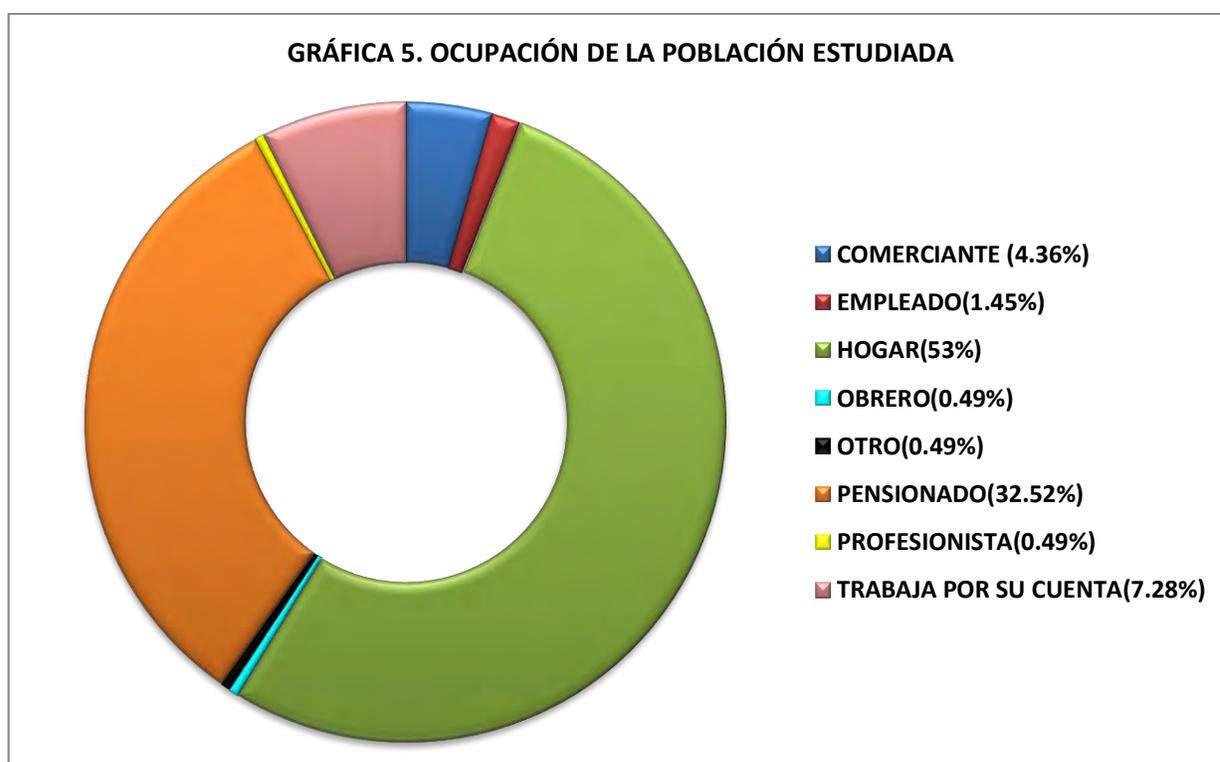
FUENTE: “DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 21” *Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, ** Dra. Alyne Mendo Reygadas, ***Dra. Verónica Calva Valladares.

En la tabla 4 se visualiza la variable escolaridad de la población estudiada encontrándose la educación primaria con un 42% (87), secundaria con 26% (54), carrera técnica 11%(22), bachillerato 8% (17), ninguna escolaridad con un 7% (14) y como profesionales un 6% (12).

En la gráfica 4 podemos observar claramente que la escolaridad primaria fue la que en mayor porcentaje se presentó en los participantes.

TABLA 5. OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMERCIANTE	9	4.36%
EMPLEADO	3	1.45%
HOGAR	109	53%
OBRERO	1	0.49%
OTRO	1	0.49%
PENSIONADO	67	32.52%
PROFESIONISTA	1	0.49%
TRABAJA POR SU CUENTA	15	7.28%
TOTAL	206	100%

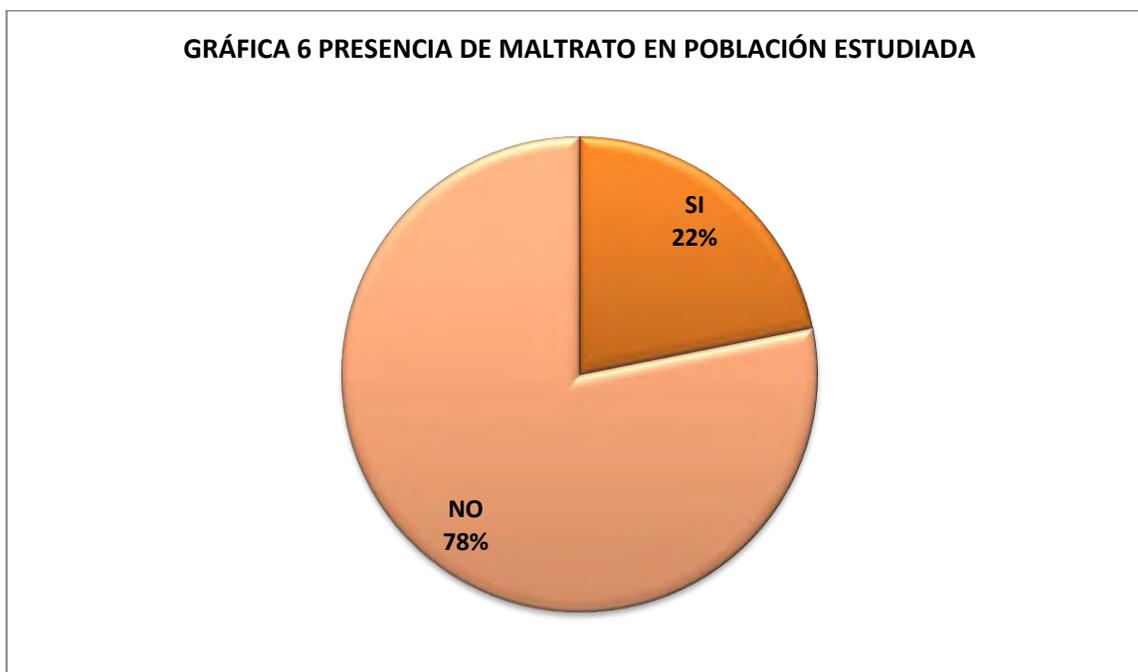


FUENTE: “DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 21” *Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, ** Dra. Alyne Mendo Reygadas, ***Dra. Verónica Calva Valladares.

En la tabla 5 se observa la variable ocupación de nuestros participantes encontrándose que los dedicados al hogar ocupan un 53% (109), los pensionados tienen un 32.52%(67), un 7.28% (15) trabaja por su cuenta, un 4.36% (9) son comerciantes, mientras que un 1.45%(3) son empleados, los obreros, profesionistas, y los que se dedican a otras ocupaciones ocupan un 0.49% correspondientemente. En la gráfica 5 podemos observar claramente el porcentaje que representa cada ocupación.

TABLA 6. PRESENCIA DE MALTRATO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

PRESENCIA DE MALTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	45	22%
NO	161	78%
TOTAL	206	100%



FUENTE: “DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 21” *Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, ** Dra. Alyne Mendo Reygadas, ***Dra. Verónica Calva Valladares.

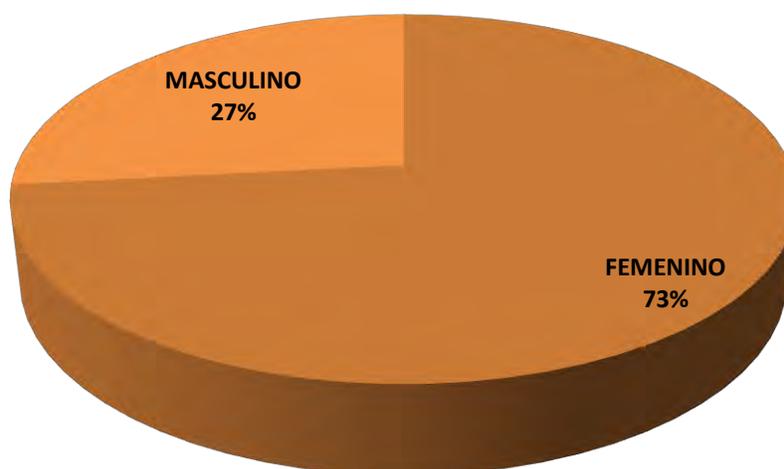
En la tabla 6 se puede ver la existencia o no de maltrato en la población estudiada, encontrándose que un 21.85% (45) presenta maltrato y que un 78.15% (161) no lo sufre.

La gráfica 6 ejemplifica claramente el porcentaje de maltrato detectado.

TABLA 7. PRESENCIA DE MALTRATO DE ACUERDO AL SEXO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

PRESENCIA DE MALTRATO DE ACUERDO AL SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	33	73%
MASCULINO	12	27%
TOTAL	45	100%

GRÁFICA 7. PRESENCIA DE MALTRATO DE ACUERDO AL SEXO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA



FUENTE: “DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 21” *Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, ** Dra. Alyne Mendo Reygadas, ***Dra. Verónica Calva Valladares.

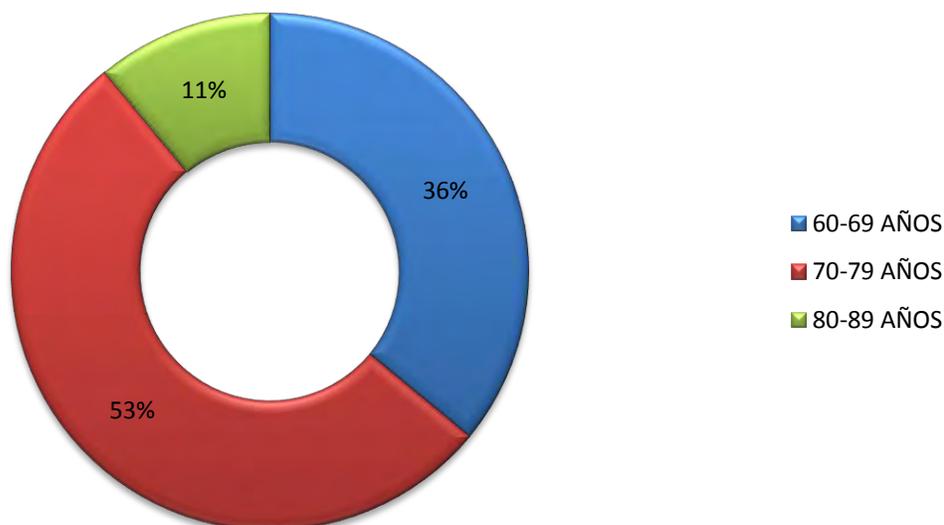
En la tabla 7 se observa la presencia de maltrato de acuerdo al sexo en la población estudiada, encontrándose que un 73% (33) del sexo femenino presenta maltrato mientras que un 27% (12) del sexo masculino lo tiene. Cabe mencionar que el 100% de adultos mayores que presenta maltrato corresponde a 45 participantes, el resto de la población estudiada no contaba con dicho resultado.

La gráfica 7 ejemplifica claramente que el mayor porcentaje de maltrato detectado es en el sexo femenino.

TABLA 8. PRESENCIA DE MALTRATO DE ACUERDO AL GRUPO DE EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60-69	16	36%
70-79	24	53%
80-89	5	11%
TOTAL	45	100%

GRÁFICA 8. PRESENCIA DE MALTRATO DE ACUERDO AL GRUPO DE EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA



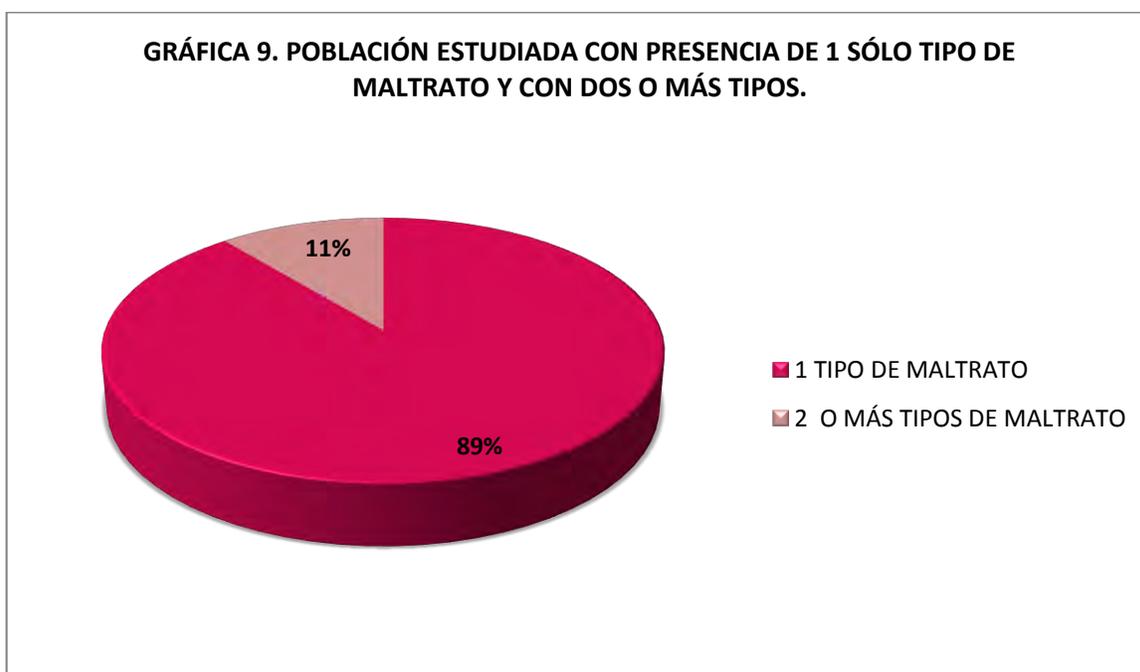
FUENTE: “DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 21” *Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, ** Dra. Alyne Mendo Reygadas, ***Dra. Verónica Calva Valladares.

En la tabla 8 se observa la presencia de maltrato de acuerdo al grupo de edad de la población estudiada, encontrándose un 53% (24) en el grupo de 70-79 años de edad, un 36% (16) en el grupo de 60-69 años y un 11% (5) para el grupo de 80-89 años.

La gráfica 8 se representa que el mayor porcentaje de maltrato detectado (53%) es en el grupo de 70-79 años.

TABLA 9. POBLACIÓN ESTUDIADA CON PRESENCIA DE 1 SÓLO TIPO DE MALTRATO Y CON DOS O MÁS TIPOS.

PRESENCIA DE MALTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 TIPO DE MALTRATO	40	89%
2 O MÁS TIPOS DE MALTRATO	5	11%
TOTAL	45	100%



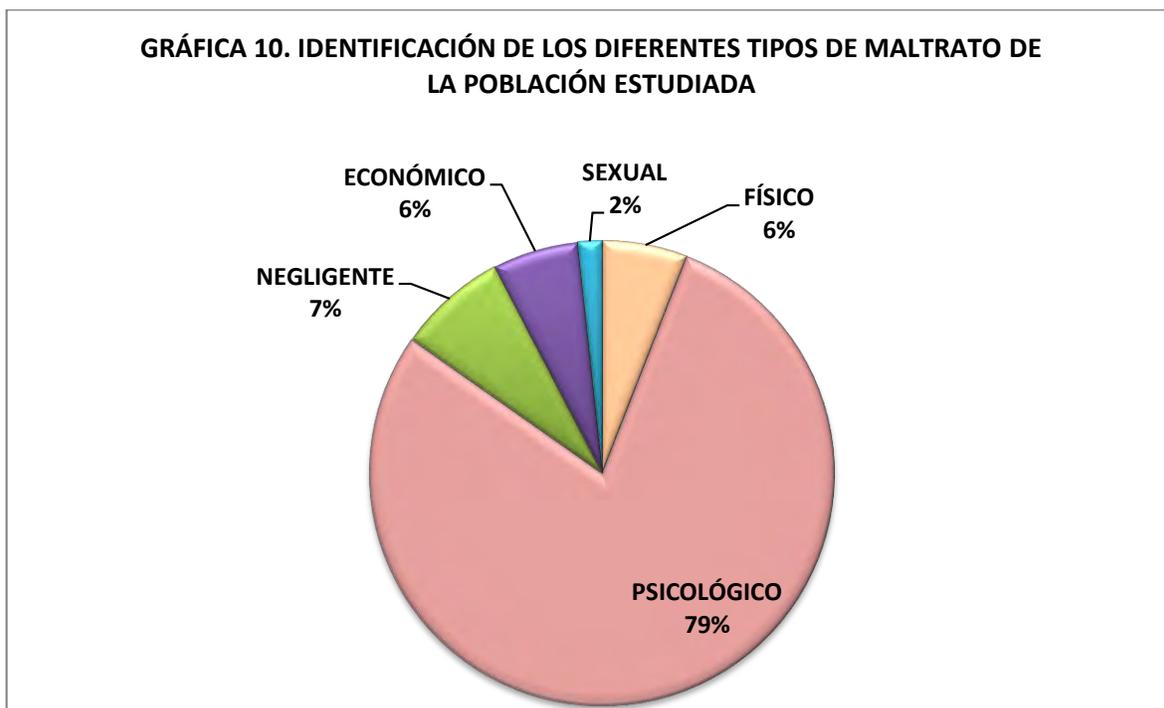
FUENTE: “DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 21” *Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, ** Dra. Alyne Mendo Reygadas, ***Dra. Verónica Calva Valladares.

En la tabla 9 se observa que en la población estudiada el 89% (40) presentó sólo un tipo de maltrato, mientras que el 11% (5) presentó dos o más tipos de maltrato.

La gráfica 9 ejemplifica claramente que el mayor porcentaje de la población estudiada con maltrato sólo presenta un tipo de éste.

TABLA 10. IDENTIFICACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE MALTRATO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

TIPO DE MALTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FÍSICO	3	6%
PSICOLÓGICO	42	79%
NEGLIGENTE	4	7%
ECONÓMICO	3	6%
SEXUAL	1	2%



FUENTE: “DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 21” *Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, ** Dra. Alyne Mendo Reygadas, ***Dra. Verónica Calva Valladares.

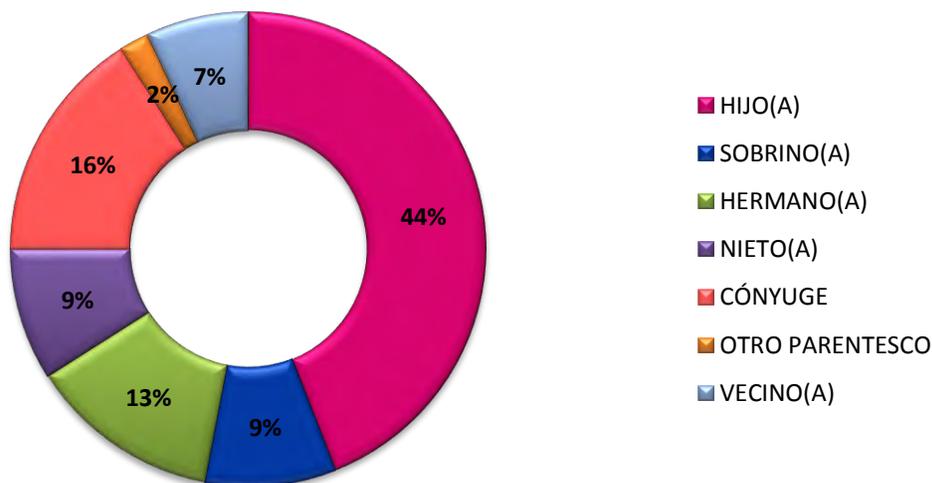
En la tabla 10 se visualiza que el tipo de maltrato más frecuente de la población estudiada en un 79% (42) fue el psicológico, el maltrato negligente con un 7% (4), el maltrato físico con 6% (3), el económico ocupó un 6% (3) y el maltrato sexual obtuvo un 2% (1).

En la gráfica 10 se ejemplifica claramente que el tipo de maltrato hacia el adulto mayor con más frecuencia es el psicológico.

TABLA 11. RESPONSABLE DE MALTRATO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

RESPONSABLE DE MALTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HIJO	20	44%
SOBRINO	4	9%
HERMANO	6	13%
NIETO	4	9%
CÓNYUGE	7	16%
OTRO PARENTESCO	1	2%
VECINO	3	7%
TOTAL	45	100%

GRÁFICA 11. RESPONSABLE DE MALTRATO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA



FUENTE: “DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 21” *Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, ** Dra. Alyne Mendo Reygadas, ***Dra. Verónica Calva Valladares.

En la tabla 11 se observa que el responsable del maltrato de la población estudiada en un 44% (20) fue el hijo(a), un 16% (7) fue ejercido por el o la cónyuge, mientras que el 13% (6) fue dado por hermano(a), en un 9% (4) se encontró al sobrino(a), al igual que otro 9%(4) fue ejercido por nieto(a), el vecino(a) fue responsable en un 7%(3) y en cuanto a otro parentesco fue un 2%(1).

En la gráfica 11 se ejemplifica claramente que el responsable del maltrato hacia el adulto mayor que más se identificó fue el hijo(a).

23. DISCUSIÓN

Dado que no se conoce con exactitud la prevalencia del maltrato hacia el adulto mayor, y algunos estudios dan una idea de su magnitud, resulta necesario profundizar en este tema para conocer su dimensión y su dinámica, para luego generar un adecuado planeamiento que asegure un envejecimiento activo y saludable.

Los resultados de este estudio indicaron la necesidad del uso rutinario de instrumentos por los médicos familiares para la detección del maltrato en el adulto mayor en la UMF 21.

De la población estudiada, el 22% refirieron sufrir algún tipo de maltrato. Predominó el sexo femenino, siendo el grupo etario con mayor susceptibilidad a sufrir violencia el de 70-79 años. Se identificó que el 96% de los casos positivos con maltrato presentan un solo tipo de éste, mientras que un 4% presenta dos o más tipos. El maltrato psicológico tuvo una frecuencia más alta con un 79%. Asimismo, el hijo(a) es el responsable de maltrato que más se identifica.

Los resultados anteriores son muy similares a los que se obtuvieron en el 2006 en México donde se realizó la primera Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF), que permitieron recolectar información sobre hombres y mujeres con 60 y más años de edad, en torno a diversos temas relacionados con variables sociodemográficas y características del maltrato donde el objetivo era conocer la prevalencia, frecuencia y severidad de los malos tratos hacia las personas adultas mayores en los últimos 12 meses. Uno de los principales resultados derivados de esta encuesta tiene que ver con la prevalencia del maltrato en el Distrito Federal, el cual alcanza un valor de 16%. Identificándose que un 12.6% son víctimas de maltrato psicológico, 3.9% económico, 3.7% físico, 3.5% de negligencia y abandono y 1% de abuso sexual. Los datos mostraron que son las mujeres quienes sufren mayores maltratos, entre la proporción de hombres (12.6%) y mujeres (18.4%) encuestadas. En cuanto a los responsables del maltrato a personas adultas mayores, en 36% de los casos el maltrato fue ejercido por los descendientes directos (hijos e hijas), 11.8% por la pareja actual en su calidad de cónyuge o compañero/a, 10.7% por los nietos/as, 9.6% por la nuera/yerno, 6.2% por un hermano y 7.3% por otro familiar. Además, un 17.4% de los responsables son personas sin vínculo de parentesco, entre los que sobresalen los vecinos (10.1%). En el presente estudio realizado en la UMF 21 tuvo una prevalencia del 22%. Igual que el estudio anterior el tipo de maltrato con mayor frecuencia fue el psicológico con un 81% y el maltrato de tipo sexual ocupó un 2%. Otro dato similar es que es nuestro estudio el sexo femenino fue el que presentó mayor porcentaje de maltrato con un 73%. De la misma forma, en

cuanto a los responsables del maltrato a los adultos mayores se encontró que el 44% fue ejercido por hijos (as).

Por otra parte, en el año 2012 en el distrito de Breña, Lima (Perú) se realizó un Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con 369 adultos mayores. Se utilizó el Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Predominó el sexo femenino, el adulto mayor más joven, el estado civil casado y la conformación familiar por el cónyuge. La prevalencia de violencia intrafamiliar fue 79.7% Prevaleciendo la violencia financiera. En el presente estudio el maltrato que más prevaleció fue el psicológico.

Resultados similares fueron encontrados en un estudio en la India que utilizó el autoreporte, donde el tipo de violencia financiera alcanzó el 68.3%. Al contrario de un estudio en Cuba donde prevaleció la violencia psicológica con 68.4% y la financiera se ubicó en la tercera posición con 42.1%. El estudio realizado en Cuba tiene similitud con nuestro estudio donde en primer lugar prevalece el maltrato psicológico con un 81% y el maltrato económico en cuarto lugar con un 3%

En lo que se refiere al grupo etario, en la mayoría de los casos, la violencia ocurrió considerablemente en aquellos denominados adultos mayores más jóvenes, específicamente entre los 65 y 69 años.

Un estudio peruano realizado en el CEM encontró que el 59.32% de las víctimas de malos tratos tenían entre 60 y 69 años. Por otro lado, en un estudio brasilero desarrollado con 274 participantes, el grupo etario que indicó sufrir mayor violencia fue el de aquellos con edades entre los 60 y 69 años (22.64%). En comparación con el estudio que realizamos donde el grupo de edad en el que se detectó mayor prevalencia de maltrato fue entre 70-79 años.

Otro estudio realizado a 300 adultos mayores pertenecientes a un consultorio médico de familia del área de salud "Carlos Juan Finlay", del Municipio Santiago de Cuba, durante el 2011, tuvo como objetivo caracterizar las personas víctimas del maltrato intrafamiliar en este grupo poblacional. En la serie prevalecieron el sexo femenino, el maltrato psicológico y el financiero; en tanto, los familiares, especialmente los hijos, fueron los principales emisores de los hechos. En este estudio los adultos mayores expresaron ser víctimas de maltrato en más de una forma o tipo, lo cual demuestra que este no se manifestó de forma aislada o única. Estos resultados se corresponden con estudios nacionales realizados por Gómez Guerra DB et al, quienes concluyeron que casi la totalidad de los adultos mayores estudiados habían sido maltratados psicológicamente. Este estudio es muy similar al nuestro puesto que también prevaleció el sexo femenino, el maltrato psicológico, siendo los hijos(as) los principales responsables del maltrato, además de que en el presente estudio realizado el 9% de la población estudiada manifestó 2 o más tipos de maltrato.

Es alarmante que los adultos mayores reporten algún tipo de maltrato. La violencia contra el adulto mayor puede ser por los distintos factores existentes en los ancianos, así como la combinación de varios factores por parte del agresor.

Cabe mencionar que muchos casos no son denunciados por los adultos mayores por vergüenza moral o por miedo a las represalias del agresor hacia la víctima tras denunciar a sus propios parientes, trayendo esto consecuencias a largo plazo generando resultados desagradables.

24. CONCLUSIÓN

En el presente estudio se observó que la media de edad de la población estudiada fue de 72 años, la mediana de 71 y la moda de 71.

Se tuvo una mayor participación el sexo femenino con 61%(125) en comparación con el sexo masculino con un 39% (81). Se encontró que en el grupo de edad de 90 años y más sólo participó un 1.45%(3).

El estado civil de los participantes fue el siguiente: el 56.31% (116) se encontraban casados, el 24.76% (51) estaban viudos, un 12.62%(26) eran solteros, un 2.43%(5) se encontraban separados, al igual que otro 2.43%(5) en unión libre y sólo un 1.46%(3) estaban divorciados.

En cuanto a la escolaridad un 42% (87) tiene la educación primaria, un 26% (54) cuentan con secundaria, con carrera técnica se encuentra un 11%(22), bachillerato 8% (17), ninguna escolaridad con un 7% (14) y como profesionales un 6% (12).

En lo referente a la ocupación de nuestros participantes: los dedicados al hogar ocupan un 53% (109), los pensionados tienen un 32.52%(67), un 7.28% (15) trabaja por su cuenta, un 4.36% (9) son comerciantes, mientras que un 1.45%(3) son empleados, los obreros, profesionistas, y los que se dedican a otras ocupaciones ocupan un 0.49% correspondientemente.

En relación a la presencia de maltrato, del total de la población estudiada (206) sólo un 22% (45) sufre maltrato. De estos 45 participantes el 73% (33) corresponden al sexo femenino y el 27% (12) restante son del sexo masculino. En cuanto al grupo de edad de la población con maltrato, un 53% (24) corresponde a 70-79 años, un 36% (16) entre 60-69 años y un 11%(5) para los que se encuentran entre 80-89 años. Se identificó que un 89%(40) presentó un sólo tipo de maltrato, mientras que el 11% (5) manifestó dos o más tipos de maltrato. En relación al tipo de maltrato se encontró que el maltrato más frecuente de la población estudiada en un 79% (42) fue el psicológico, el maltrato negligente con un 7% (4), el maltrato físico con 6% (3), el económico ocupó un 6% (3) y el maltrato sexual obtuvo un 2% (1). Finalmente se observó que el responsable del maltrato de la población estudiada en un 44% (20) fue el hijo(a), un 16% (7) fue ejercido por el o la cónyuge, mientras que el 13% (6) fue dado por hermano(a), en un 9% (4) se encontró al sobrino(a), al igual que otro 9%(4) fue ejercido por nieto(a), el vecino(a) fue responsable en un 7%(3) y en cuanto a otro parentesco fue un 2%(1).

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, por la sensibilidad humana de los ancianos que lo sufren y la incidencia de este problema, el personal médico debe ser consciente de que el maltrato en ancianos existe y que es un hecho más frecuente en nuestra sociedad, por lo que debemos ser receptivos a cualquier indicio que nos indique su existencia y notificar, sea cual sea el tipo de maltrato al que el adulto mayor esté sometido.

25. SUGERENCIAS

El maltrato en el adulto mayor es uno de los problemas que tiene cada vez más fuerza en la sociedad, aunque la respuesta por parte del sistema de salud sea mínima.

Por otra parte, el hecho de conocer conceptos básicos del tema, así como sus características y consecuencias del maltrato hacia el adulto mayor, permitirá realizar una adecuada evaluación de los pacientes ancianos, con lo que conseguiremos detectar situaciones potenciales de maltrato (o reales) y manejar el tema con un equipo multidisciplinario para la solución del caso.

Para detectar el problema de maltrato se tienen que implementar técnicas rápidas y eficaces en los consultorios de medicina familiar, consultorios de medicina preventiva y en el servicio de trabajo social, además de contar con personal sensibilizado y capacitado para aplicar un instrumento de sospecha de maltrato que sea eficaz, rápido, y de fácil comprensión como podría ser el EASI ya que muchos otros cuestionarios revisados en la literatura contienen tecnicismos o preguntas poco comprensibles.

Por otra parte, las intervenciones de los médicos familiares podrían ser las siguientes:

- La entrevista clínica se considera un instrumento clave para la detección. Algunas normas para facilitar el desarrollo de la entrevista ante sospecha de maltrato serían: entrevistar al paciente solo, analizar los cambios de actitud, dar confianza y facilitar la expresión de sentimientos, garantizar la confidencialidad, hablar con lenguaje claro y sencillo, hacerle algunas preguntas para facilitar que el paciente cuente su problema y preguntar por factores de riesgo.

Asimismo es importante explorar cuidadosamente signos físicos sugestivos de agresión física o negligencia, como lesiones o hematomas; detectar incongruencias entre las características de las lesiones y las explicaciones sobre cómo se produjeron; desnutrición sin motivo aparente, deshidratación, caídas reiteradas, demora en la solicitud de atención, visitas frecuentes a urgencias por motivos cambiantes, contradicciones en el relato de lo sucedido entre el paciente y el agresor, falta de respuesta terapéutica ante tratamientos correctos, síntomas de sobredosificación de fármacos, excoriaciones de la piel u otras lesiones cutáneas sugestivas de higiene insuficiente y señales de ataduras en muñecas o tobillos son algunos de los hallazgos que pueden hacernos pensar en la posibilidad de maltrato en el anciano.

También es de suma importancia explorar actitudes y estado emocional: miedo, inquietud, inhibición. Explorar síntomas psíquicos: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad, confusión, etc.

Si se detecta la presencia de una situación de maltrato, es preciso:

-Realizar una valoración inicial de la situación de riesgo. Evaluar la magnitud del maltrato mediante la valoración de la gravedad inmediata de las lesiones físicas y del estado psicológico y comunicarlo para establecer un plan de actuación integral y coordinado.

Por otra parte, también es importante informar al paciente de la tendencia y las consecuencias del maltrato y buscar una estrategia de protección y un plan de seguridad (dar teléfonos por escrito de urgencias, policía, concertar un sistema de teleasistencia, etc.), explicar al paciente las posibles alternativas y escuchar cuáles son sus deseos y siempre hacer un seguimiento de la situación.

También sería relevante darle la información necesaria por si desea formular la denuncia.

En todo caso, la prudencia, el conocimiento del contexto y el respecto a la voluntad del paciente son factores importantes en la toma de decisiones.

El maltrato al anciano es una situación en la que los profesionales del primer nivel tenemos posibilidades reales de intervención, y no sólo mediante el diagnóstico precoz y un abordaje eficaz, sino en la prevención, sobre todo en aquellos casos en los que el agresor es el cuidador familiar.

Otras acciones preventivas que deberían poner en marcha los coordinadores médicos y los distintos servicios como trabajo social y psicología serían:

- El desarrollo de programas educativos para niños y jóvenes orientados al respeto y al reconocimiento a las personas mayores y discapacitadas, en la familia, en la escuela y en la comunidad.

– El desarrollo de programas de ayuda social a los ancianos.

Las soluciones debieran hacer reflexionar acerca de la dignidad del adulto mayor, el rol que tienen las instituciones dedicadas a su cuidado y la responsabilidad social de todos quienes estamos relacionados directa o indirectamente con su atención biopsicosocial y lograr que los trabajadores de atención primaria tomen conciencia del problema del maltrato al adulto mayor como cuestión crucial en la prevención y/o intervención

26. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Envejecimiento saludable. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.d/publ/ManualGeriatríaPDF/EnvejSaludable.pdf>
- ² Organización Mundial de la Salud. Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento, Nueva York 2002. Disponible en:
<http://www.readultosmayores.com.ar/buscadorfiles/ORIG014.pdf>
- ³ Ruiz L, Campos M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2008; 25 (4):374 -79.
- ⁴ Paz J. Envejecimiento y empleo en América Latina y el Caribe. Rev. Internacional Labour Office (Suiza) 2010; 56.
- ⁵ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE ADULTOS MAYORES EN:
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/fuentes.aspx?c=28097>
- ⁶ MODELOS DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA EN:
[http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos Inicio/Libro Modelos de Atencion Gerontologica \(web\).pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro Modelos de Atencion Gerontologica (web).pdf)
- ⁷ ENCUESTA INTERCENSAL 2015 EN:
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/default.aspx?c=33725&s=est>
- ⁸ ARIMAR. IMSS UMF 21 FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO
- ⁹ Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-057-08.CENETEC. 2013.
- ¹⁰ Adams Y. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado. Rev. Med. Crin (Condes). 2012; 23(1): 84-90.
- ¹¹ Rueda D, Martín F. El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. Alternativas (España). 2011; 18: 7-33.
- ¹² Gómez E. Maltrato al anciano. Farmacia Profesional. 2015; 29 (5):
- ¹³ Powers J. Common Presentations of Elder Abuse in Health Care Settings. Clin Geriatr Med, (Nashville). 2014; 30: 729–41.
- ¹⁴ Lachs M, Pillemer K. Elder Abuse. N Engl J Med (New York). 2015; 373: 1947-56.

-
- ¹⁵ Yaffe M, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician (Canada)*. 2012; 58: 1336-40.
- ¹⁶ LoFaso V, Rosen T. Medical and Laboratory Indicators of Elder Abuse and Neglect. *Clin Geriatr Med (New York)*. 2014; 30: 713–28.
- ¹⁷ Bond M, Butler K. Elder Abuse and Neglect. Definitions, Epidemiology, and Approaches to Emergency Department Screening. *Clin Geriatr Med (Baltimore)*. 2013; 29: 257–73.
- ¹⁸ Giraldo L, Rosas O. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatr Gerontol Int (México)*. 2012.
- ¹⁹ Torres M, González I. Sensibilización y detección del maltrato en el anciano. Hacia una atención primaria adaptada a los mayores. *Gerokomos (España)*. 2015; 26(3):79-83.
- ²⁰ Jordanova D, Markovik M, Sethi D, Serafimovska E, Jordanova T. Prevalence of Elder Abuse and Neglect: Findings from First Macedonian Study. *Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2014; 7(2):353-359.
- ²¹ Adas C, Colturato R, Adas T, Isper A. Elderly victims of abuse: a five year document analysis. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol (Rio de Janeiro)*. 2016; 19(1):87-94.
- ²² Mena E, Sánchez M, Reyes Y, García D. Eficacia de intervención educativa en conocimientos de cuidadores para prevenir el maltrato del adulto mayor. *Rev Cuba Enf*. 2016; 32 (2):
- ²³ Silva J, Del Río A, Motta S, Coelho S, Partezani R. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú. *Rev. Fac. Med*. 2015; 63 (3): 367-75.
- ²⁴ Cano S, Garzón M, Segura A, Cardona D. Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia, 2012. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública, Colombia*, 2015; 33(1):67-74.
- ²⁵ Ruelas M, Pelcastre B, Reyes H. Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. *Salud pública de México*. 2014; 54(6):
- ²⁶ Gutiérrez L, Agudelo M, Giraldo L, Hernán R. Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. Instituto Nacional de Geriatria. 2016.

²⁷ Giraldo L, Torres S. Capítulo 29 Envejecimiento, Vulnerabilidad y Maltrato. En Gutierrez R, Envejecimiento Humano, Una visión transdisciplinaria. 1era ed. México: Instituto de Geriatria; 2010.

27. ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	DETECCION DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN PACIENTES DE LA UMF 21
Lugar y fecha:	Ciudad de México, a de de
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que el presente estudio es necesario debido a que el maltrato que ocurre hacia los adultos mayores es un problema mundial que afecta la integridad de los derechos y calidad de vida de estos pacientes. A pesar de su existencia se mantiene como un problema ignorado o poco reconocido, por lo cual es importante detectarlo para intervenir de forma oportuna. Se estima que un 16.7% de los adultos mayores atendidos en la UMF 21 sufre algún tipo de maltrato. Por lo que entiendo que el objetivo del trabajo es detectar el maltrato del adulto mayor en pacientes que asisten a la UMF21, identificando los diferentes tipos de maltrato que pueden ocurrir, el responsable y en qué grupo de edad y género es más frecuente.
Procedimientos:	Estoy enterado que se me realizarán preguntas socio-demográficas y preguntas específicas para evaluar la presencia o no de maltrato durante el último año.
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que no existe riesgo; únicamente que derivado de responder la encuesta, pueda sentir quizá un poco de molestia, malestar, tristeza al tener que responder preguntas que puedan llegar a tocar mis sentimientos, pero no habrá una intervención por parte del investigador,
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entiendo que en este momento yo no obtendré un beneficio específico, solamente que contribuiré a obtener conocimientos que ayuden a identificar a personas que sufran de maltrato.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha explicado que los datos obtenidos en estudio pueden ser difundidos con fines científicos.
Participación o retiro:	Sé que mi participación es voluntaria, por lo que podré retirarme del estudio en el momento en el que yo lo desee, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que no se mencionará mi nombre, ni se me identificara de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado del mismo.
Beneficios al término del estudio:	Debido a que se trata solamente de analizar datos de la escala contestada, entiendo que los beneficios se tendrán para un futuro.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Jorge Alejandro Alcalá Molina, Coordinador de investigación y enseñanza médica. Mat 98381023, UMF 21, 55576800, 0445516540347. alcalamedfam@gmail.com
Colaboradores:	Alyne Mendo Reygadas, Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar. Mat 99386975, UMF 21, 55576800, 0445516978427. ennylamr@gmail.com Verónica Calva Valladares, Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Mat 98389619, UMF 21, 55576800, 0445554196531. dra.valladares.1910@gmail.com
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	
<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p>	<p>VERÓNICA CALVA VALLADARES Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>_____ Testigo 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Testigo 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

ANEXO 2 CUESTIONARIO

DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN PACIENTES DE LA UMF 21

Me gustaría que me ayudara con sus respuestas, siempre garantizándole la más completa seguridad que no se divulgarán los datos y solo se utilizarán con fines de investigación.

Responda marcando con una cruz (X) la respuesta adecuada según su criterio.

Nombre: _____

Número de afiliación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Datos Generales

1. Sexo: (1)Femenino _____ (2)Masculino _____

2. Edad (en años cumplidos): (1)60-69 _____
(2)70-79 _____
(3)80-89 _____
(4)90 y más _____

3. Estado civil: (1) Soltero (a) _____
(2) Unión libre _____
(3) Casado (a) _____
(4) Separado (a) _____
(5) Divorciado (a) _____
(6) Viudo (a) _____

4. Escolaridad: (1) Ninguna _____
(2) Primaria _____
(3) Secundaria _____
(4) Bachillerato _____
(5) Carrera técnica o comercial _____
(6) Profesional _____
(7) Otro _____

5. Ocupación actual: (1) Hogar _____
(2) Trabajadora doméstica _____
(3) Agricultor (a) _____
(4) Jornalero _____

- (5) Obrero (a) _____
- (6) Empleado (a) _____
- (7) Comerciante _____
- (8) Trabaja por su cuenta _____
- (9) Profesionista _____
- (10) Pensionado (a) _____
- (11) Pensionado (a) por viudez _____
- (12) Otro _____

Responda marcando con una cruz (X) la respuesta adecuada según su criterio del suceso ocurrido en el último año.

FÍSICO			
	SI	NO	RESPONSABLE
1. ¿Le han golpeado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le han dado puñetazos o patadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le han aventado algún objeto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICOLÓGICO			
	SI	NO	RESPONSABLE
6. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Le han hecho sentir miedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿No han respetado sus decisiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Le han prohibido salir o que la visiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEGLIGENCIA			
	SI	NO	RESPONSABLE
12. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Le han negado protección cuando la necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Le han negado acceso a la casa que habita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ECONÓMICO

SI NO RESPONSABLE

16. ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?			
17. ¿Le han quitado su dinero?			
18. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?			
19. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?			
20. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?			

SEXUAL

SI NO RESPONSABLE

21. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?			
22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?			

TOTAL _____ /22

¿Quién fue el responsable del maltrato?

0= Nadie	
1 = Cónyuge o Compañero (a)	
2 = Hijo (a)	
3 = Hijastro (a)	
4 = Hermano (a)	
5 = Hermanastro (a)	
6 = Nieto (a)	
7 = Bisnieto (a)	
8 = Tío (a)	
9 = Sobrino (a)	
10 = Primo (a)	
11 = Nuera, yerno	
12 = Cuñado (a)	
13 = Concuño (a)	
14 = Ahijado (a)	
15 = Compadre, comadre	
16 = Familiar, pariente, pariente lejano, otro parentesco	
17 = Huésped	
18 = Inquilino (a)	
19 = Vecino (a)	
20 = Cuidador (a)	
21 = Otra persona no familiar	
99 = No respondió	

ANEXO 3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Marzo 2017	Abril 2017	Mayo 2017	Junio 2017	Julio 2017	Agosto 2017	Sept 2017	Oct 2017	Nov 2017	Dic 2017	Enero 2018	Febrero 2018
Planteamiento del problema y marco teórico	■	■	■	■								
Hipótesis y variables					■	■						
Objetivos							■	■	■			
Cálculo de muestra										■		
Hoja de registro											■	
Presentación ante el comité											■	
Aplicación del Cuestionario											■	
Análisis de resultados											■	
Elaboración de conclusiones											■	
Presentación de tesis												■

Actividades realizadas	■
Actividades a realizar	■