



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“PREVALENCIA DE MALTRATO EN ADULTOS MAYORES SEGÚN ESCALA
GERIATRIC MISTREATMENT SCALE EN ASILOS DE SUR DE VERACRUZ.”**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

SARAI GUTIERREZ MANCILLA

ASESORA DE TESIS:

LIC. CLAUDIA ALICIA VIGIL PÉREZ

Coatzacoalcos, Veracruz

Abril 2022.



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.

Dedicatoria

A Dios, que durante las adversidades me mostró su bondad diciéndome que nunca me dejará.

A mi padre Moisés Gutiérrez Gómez, que desde el cielo me sigue cuidando y su amor me sigue sosteniendo.

A mi madre, Patricia Liliana Mancilla Reyes y hermano, Andrés Farith Gutiérrez Mancilla, que son la fuerza e inspiración de mi vida.

A mis abuelos y segundos padres, Armando Manzilla Rodríguez y Sara Reyes Reyes y mis tíos, Adán y Guillermina Mancilla Reyes que con su comprensión y amor desmedido me han impulsado a seguir mis objetivos.

A mi novio, Irving Vega López siendo la luz vigía de mi vida y fuente de nuevas aspiraciones.

Agradecimientos

Expreso mi gratitud a Dios que me ha colmado de bendiciones y fortalece mi vida a cada paso que doy.

A mi familia y futura familia, son un gran cimiento para hacer posible este gran objetivo y primer paso como profesionista.

A mis maestros y directivos que en conjunto fungieron como guías por este sendero del conocimiento.

A mis amigos y compañeros que fueron una inspiración para desarrollar la virtud de la paciencia, la tolerancia, el respeto y la dedicación.

INDICE

CAPITULO I	1
1. Introducción	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Planteamiento del problema	3
1.3 Marco teórico.....	4
1.5 Definición de términos	14
1.6 Objetivos.....	15
CAPITULO II	16
2. Metodología	16
2.1 Tipo de estudio.....	16
2.2 Población	16
2.3 Muestreo y muestra.....	16
2.4 Criterios de inclusión.....	16
2.5 Material.....	17
2.6 Procedimiento	18
2.7 Consideraciones éticas.....	18
2.8 Estrategia de análisis.....	20
CAPITULO III	21
3. Resultados.....	21
3.1 Análisis de datos.....	21
3.2 Discusión.....	37
3.3 Conclusión	39
3.4 Recomendaciones.....	40
Referencia bibliográfica.....	41
Apéndices.....	45
A. Operacionalización de variables	45
B. Consentimiento informado	1
C. Cedula de datos personales.....	2
D. Geriatric Mistreatment Scale (GMS)	3

Resumen

Estudio descriptivo, transversal que tuvo por objetivo determinar la prevalencia de maltrato en adultos mayores según escala Geriatric Mistreatment Scale en asilos del Sur de Veracruz. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, la muestra de 31 adultos mayores. Los criterios de inclusión fueron adultos mayores de ambos sexos, residentes en asilos mayor a 3 meses, voluntarios, sin deterioro neurológico. Resultados: Rango de edad frecuente fue de 81 a 90 años, constando del 25.8%, predominando el sexo masculino con 61.3%. El tiempo de estancia que prevaleció fue mayor de un año con 58.1%; adultos mayores sin dependencia 41.9%, con diabetes mellitus 6.5%, discapacidad 19.4%, hipertensión 16.1% y mixta 16.1%. La prevalencia de maltrato fue 29% del total de la muestra, según tipo de maltrato: psicológico 51.6%, maltrato económico y sexual, ambos con 16.1%, maltrato físico 9.7% y maltrato por negligencia 6.5%.

Palabras clave: maltrato, adulto mayor

Abstract

Descriptive, cross-sectional study that was aimed to determine the prevalence of abuse in older adults according to the Geriatric Mistreatment Scale in nursing homes in the South of Veracruz. The sampling was a non-probabilistic one for convenience, the sample was of 31 older adults. The inclusion criteria were older adults of both genders, residents in nursing homes greater than 3 months, volunteers, without neurological deterioration. Results: Frequent age range was from 81 to 90 years, consisting of 25.8%, predominantly male with 61.3%. The time of stay that prevailed was greater than one year with 58.1%; older adults without dependency 41.9%, with diabetes mellitus 6.5%, disability 19.4%, hypertension 16.1% and mixed 16.1%. The prevalence of abuse was 29% of the total sample, according to the type of abuse: psychological 51.6%, economic and sexual abuse, both with 16.1%, physical abuse 9.7% and abuse by negligence 6.5%.

Keywords: abuse, elderly

CAPITULO I

1. Introducción

1.1 Descripción del problema

El envejecimiento es un proceso biológico y paulatino, dentro del cual existen cambios estructurales y funcionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que debido al aumento de la esperanza de vida y al decremento de la tasa de fecundidad; la población Adulta Mayor está aumentando rápidamente a comparación de cualquier otro grupo de edad.¹

Esta situación se reconoce como un problema de salud pública universal, actualmente la población de adultos mayores ha ido en aumento considerablemente provocando que la población joven sea cada vez inferior, problemática para la cual el gobierno no está preparado para afrontar diversos desafíos que se presentarán de forma física, mental, social y sanitaria.²

Debido a los cambios demográficos, impactados por factores como la industrialización, descubrimientos médicos, mejoramiento de las condiciones de vida, intervenciones de salud en la niñez dirigidos a reducir la tasa de muerte infantil, han traído como consecuencia el aumento de la esperanza de vida, mostrando un incremento creciente de la población adulta mayor.³

En cuanto a cifras más actuales, siendo del año 2017, con respecto a la población mundial, contando con 962 millones de adultos mayores, es decir, el 13% de la población constaba de este sector. La población mundial está envejeciendo; en los países de todo el mundo la población de adultos mayores ha aumentado considerablemente y cifras indican que entre el 2000 y 2050 la población de adultos de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. Hablando en números absolutos, la población pasará de 605 millones a 2000 millones en el intervalo de medio siglo.¹

La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENEO) mostró que en el segundo trimestre del 2017 la población mexicana adulta mayor era de 14,600,461, y de acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), para 2050 habrá 150'837,517 mexicanos y la esperanza de vida promedio será de 79.4 años; que para el año 2017 era de 77.4 años para las mujeres y 71.7 para los hombres y estimando que aumentará a 81.6 y 77.3 años, respectivamente.³

Referente al estado de Veracruz, la CONAPO detalla que el envejecimiento de la población veracruzana será paulatino, considerando estadísticamente que en el 2010 por cada 26 adultos mayores había 100 jóvenes, 28 en 2013 y en el año 2030 se prevé que por cada 50 adultos mayores habrá 100 jóvenes. Las cifras anteriores respaldan una situación real con presencia internacional donde la población senil es el principal enfoque debido a la vulnerabilidad de este sector.⁴

Aunado al crecimiento poblacional senil, se estima que a la par exista un crecimiento de la tasa de maltrato a esta población, a causa de que no habrá quien se haga cargo de los cuidados y en la medida de la poca existencia de cuidadores, no estarán preparados o instruidos de forma correcta para el cuidado de este sector. El maltrato dirigido a los adultos mayores se remonta a la antigüedad y fue considerado como un asunto privado, hasta años recientes en que el maltrato y otras formas de violencia domestica se han convertido en cuestiones vinculadas con la salud pública y la justicia penal.^{4,5}

1.2 Planteamiento del problema

¿Cuál es la prevalencia de maltrato en adultos mayores según la escala Geriatric Mistreatment Scale en asilos del sur de Veracruz?

1.3 Marco teórico

La investigación sobre el maltrato en adultos mayores es primitivo comparado con otro tipo de abusos. Las primeras investigaciones que se realizaron de forma convincente sobre el tema, fueron en los 80's en las naciones de Gran Bretaña, Estados Unidos y Canadá, sin embargo, en estas investigaciones no intervino el gobierno; los primeros términos se añadieron a mediados de los 70's por los autores Baker y Burston que utilizaron términos como "abuela golpeada" y "abuela apaleada" refiriéndose al maltrato físico dirigido a los adultos mayores; para el año 1984, la publicación de "Old Age Abuse" por Eastman en Gran Bretaña, se sustituyeron los anteriores términos por "Abuso a la tercera edad". No obstante, fue hasta el año de 1978 cuando se presentó una denuncia ante la audiencia del Congreso cuando se reconoció como asunto público.⁶

Con respecto a América Latina, en Cuba se realizaron algunas investigaciones en el año 2013 que tuvieron el objetivo de conocer y así mismo modificar los estereotipos sobre los adultos mayores, en Argentina en el año 1988 se propuso el término "viejismo" para hacer referencia al acopio de modos, prejuicios y estereotipos negativos hacia las personas adultas mayores, en el caso de Uruguay promulgó varias leyes para la inclusión y el bienestar de las personas de este sector, así mismo, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con el principal objetivos de cumplir las necesidades básicas de salud y mejorar la calidad de vida, posterior a esto se probó la creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor (INMAYORES), ocupándose de la promoción integral del adulto mayor. Al crear estas leyes se muestra una mayor preocupación por parte de las autoridades para la resolución de esta problemática como lo es el maltrato al adulto mayor.⁷

La Guía de Práctica Clínica (GPC) realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) define que el maltrato al adulto mayor lo constituye cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de sus

derechos fundamentales del individuo de 60 años y más, el cual puede ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional.⁸

El maltrato puede infligirse de varias formas; maltrato físico a través de golpes, empujones, patadas, uso inadecuado o restricción de medicamentos; maltrato psicológico o afectivo por insultos, amenazas, humillaciones, controlar los actos de la persona, encierro y aislarlo de la sociedad; maltrato sexual, obligando al adulto mayor a tener relaciones sexuales; maltrato económico, hacer mal uso o robar el dinero y/o subsidio, así mismo como el robo de bienes de la persona; finalmente el maltrato por negligencia o abandono, es privar de alimentos, vivienda o atención médica al adulto mayor.^{9,10}

Por lo anterior, el maltrato físico se define como el uso de la fuerza física que llega a producir una injuria, herida, dolor e incluso discapacidad y se manifiesta por la inmovilización física, pellizcos, golpes, quemaduras y en casos extremos, la muerte. El maltrato psicológico o emocional, se trata de una acción que inflige pena, dolor o angustia a través de acciones expresadas verbalmente o no verbales, puede ser a través de insultos, amenazas, intimidación, humillación, ridiculización, infantilización, que provoca sentimiento de mayor inseguridad, baja autoestima, invadir la privacidad, despersonalización y refuerzo de aislamiento.^{9,10}

El maltrato por negligencia, es el desamparo intencional o no intencional, de un individuo que asumió la responsabilidad de proveer custodia de un adulto mayor. En cuanto al maltrato sexual, se trata de un contacto sexual de cualquier tipo sin consentimiento con una persona anciana. Puede ser manifestado en forma de gestos, palabras, insinuaciones, caricias, manoseos, exhibición de genitales o violación. El maltrato económico o financiero, es todo tipo de explotación, aprovecharse o despojar económicamente y/o del patrimonio de las personas mayores por acciones de terceros.^{9,10}

El hecho inminente sobre el crecimiento de este sector poblacional conlleva a otra situación donde se cuestiona el autocuidado de los adultos mayores. Dentro de las investigaciones realizadas por Dorothea E Orem, se encuentra la teoría del

déficit de autocuidado, donde aborda al individuo de forma integral y los cuidados realizados tienen el fin de mejorar la calidad de vida, así mismo plantea que la enfermera es la fuente de apoyo y guía para superar los déficits que se presenten. Si bien nos indica Orem, que el autocuidado es una función que regula al ser humano y por tanto debe ser aplicada con el propósito de mantener la vida y el estado de salud, bienestar y desarrollo, es decir, que se trata de un sistema de acción. La teoría del déficit de autocuidado como teoría general que se compone por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.¹¹

La teoría del autocuidado establece tres requisitos: requisito de autocuidado universal, requisito de autocuidado del desarrollo y requisito de autocuidado de desviación de la salud, este último es la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que son realizadas por el paciente con incapacidad o enfermedad crónica. Aunado a esto, existen factores condicionantes básicos como lo son factores internos o externos a los individuos que afectan las capacidades para llevar a cabo el autocuidado. Dorothea Orem identifica diez variables: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos.¹¹

La teoría general del déficit de autocuidado nos representa la relación existente entre la necesidad de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las cualidades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para llevar a cabo el autocuidado, dichas acciones no son adecuadas para poder identificar algunos de los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o necesario para el futuro.¹¹

Existen situaciones en que la demanda total que se le hace un individuo excede su capacidad para responder a ello, en esta situación, la persona requiere ayuda que puede proceder de muchas fuentes. Esta teorista usa la palabra agente de cuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o

realiza alguna acción específica. Otro término utilizado es la agencia de autocuidado, siendo la capacidad de las personas para llevar a cabo su propio cuidado.¹²

Existe una relación entre las propiedades humanas de necesidades terapéuticas de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituidas y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son las adecuadas para conocer y cumplir los componentes de la necesidad de autocuidado presentes, abarcando aquellos individuos que requieren una total ayuda.¹³

La teoría de los sistemas de enfermería comprende tres tipos de sistemas de enfermería, que están constituidos por la enfermera, el paciente o grupo de personas y los acontecimientos ocurridos. Los sistemas mencionados por Orem son los siguientes: El sistema totalmente compensatorio, se trata que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido como hacerlo.¹³

El siguiente sistema es el parcialmente compensador, como se indica, la enfermera actúa de forma compensatoria, en este sistema el paciente está más involucrado en su propio cuidado. Por último, el sistema de apoyo educativo es el adecuado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para su autocuidado y puede pasar una transición adecuada, pero en la actualidad necesita ayuda enfermera, donde se limita a comunicar conocimientos y habilidades.¹³

Por lo anterior, a medida que el ser humano envejece, la pérdida de las funciones normales disminuye considerablemente y sumado a esto, las comorbilidades provocan la existencia de limitaciones en el cuidado de su propia salud por lo que necesitan de un cuidador. Dichos cuidadores en muchas ocasiones no cuentan con la capacitación adecuada para cumplir con las necesidades de forma oportuna y eficiente en el adulto mayor causando algún tipo de maltrato¹⁴

Se han establecido ciertas teorías explicativas sobre las causas del maltrato a los adultos mayores: Teoría del estrés o cansancio del cuidador la cual establece que el cansancio o las demandas excesivas por parte del adulto mayor al cuidador provocan una carga o una demanda que le sobrepasa, la siguiente es la Teoría de la dependencia o discapacidad de la persona mayor, Teoría del aislamiento social, explica el escaso acceso a redes de apoyo social, dirigido tanto en el adulto mayor como el cuidador, el Modelo patológico, personalidad del cuidador y el abuso de sustancias o la psicopatología del maltratador, el cual atribuye al cuidador las características de personalidad, así mismo como la presencia de patologías e inclusive el abuso de sustancias de quien cuida al adulto mayor.¹⁵

La teoría del aprendizaje social o violencia transgeneracional, como se indica, las conductas agresivas son promovidas generacionalmente empezando a muy temprana edad, el Modelo conductual se trata de las conductas agresivas que fueron aprendidas, el Modelo ecológico multidimensional, donde se explica que por diferentes factores como lo es el aislamiento social, donde el cuidador o lo ancianos no reciben apoyo, existe indiferencia, humillaciones y la falta de sensibilidad y compasión por parte de la sociedad, este modelo integra a los sistemas y entornos que intervienen en el maltrato, finalmente, las Perspectivas teóricas de la economía crítica y la economía política del envejecimiento, la marginación de la sociedad, dentro y fuera de la familia, la desigualdad social justifica los problemas del mismo, ya que la sociedad misma es la que impacta sobre la vida de los mayores de forma negativa.¹⁵

Dentro de las consecuencias que trae consigo el maltrato al adulto mayor, pueden ser: daños permanentes por lesiones físicas, pudiendo ser heridas que, de acuerdo a la intensidad, gravedad, frecuencia, duración, si tuvo atención médica o no, llegan a ser leves o de extrema gravedad. Como consecuencias psicológicas, puede encontrarse el trastorno de estrés agudo, la depresión y ansiedad, mismos que pueden ser más notorios si el maltrato es continuo, así mismo como el estrés postraumático como secuela, todos estos trastornos disminuyen considerablemente la calidad de vida. Una de las consecuencias más graves siendo el maltrato un

causante directo o pudiéndolo causar de forma indirecta sumando comorbilidades al adulto mayor, sería la muerte.^{16,17,18}

Las formas de detección de la probable existencia de maltrato se manifiestan según su tipo, englobando la existencia de patrones facilita dicha identificación, dentro de los cuales encuentra: hallazgos generales en caso probable de maltrato, hallazgos consistentes con maltrato físico, hallazgos psicológicos en caso de sospecha de maltrato. En cuanto a los signos de alarma en sospecha de maltrato en el adulto mayor son: Fracturas, Malnutrición, Deshidratación, Úlceras por presión, Abuso sexual y cambios en el comportamiento, Lesiones en piel, Referente a la medicación, Maltrato financiero, Distribución anatómica de las lesiones en adultos mayores con maltrato, Indicadores generales de maltrato por parte del personal de salud, Exámenes de laboratorio útiles en la evaluación en sospecha de maltrato.⁸

Para evaluar el maltrato en adultos mayores existen diversos instrumentos; entre los cuales se encuentran los siguientes: Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE), Indicators of Abuse (IOA), Caregiver Abuse Screen (CASE), Elder Abuse Questionnaire (EAQ), Elder Abuse Suspicion Index (EASI), Elder's Psychologist Abuse Scale (EPAS), Abuse and Health among elderly in Europe (ABUEL), Abuse and Violence against Older Women (AVOW), Conflicts Tactics Scale (CTS), Native Elder Life Scale (NELS), Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS), Older Adult Financial Exploitation Measure (OAFEM), Older Abuse Psychologist Abuse Measure (OAPAM)^{19,20}

De los instrumentos antes mencionados, en su mayoría no han sido validados en México y por tanto no existe una relación directa al tipo de muestra que interesa en esta investigación, de igual manera, los instrumentos que más se han administrado en la población mexicana han sido elaborados en años muy antiguos, los ítems son muy pocos y no son directos con la situación que puede estar padeciendo el individuo, sin embargo, la Escala de Maltrato Geriátrico (GMS, por sus siglas en inglés) cuenta con ítems directos y mejor adaptados a población mexicana.²¹

Algunas de las intervenciones a realizar para el maltrato en el adulto mayor, existen sugerencias dirigidas a los médicos y/o enfermeras por la GPC IMSS que se dividen según el tipo de maltrato sufrido por el adulto mayor, se debe ofrecer apoyo para satisfacer las necesidades y supervisar la situación, en caso de rechazar la ayuda ofrecerla de forma regular, supervisar al cuidador al momento de atender al adulto mayor y cuando sea necesaria ofrecer alternativas de cuidado, en caso de no haber mejoría de la situación sugerir institucionalizar al adulto mayor, contactar a trabajo social para dar aviso a las autoridades correspondientes. Las intervenciones sociales se llevarán a cabo por todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud, otorgando atención médica y social a las personas involucradas en la situación de maltrato, así también, participar en el diseño, aplicación y evaluación de los programas enfocados en promoción de la salud, participación social y participación operativa.⁸

Dentro de las investigaciones sociales que se llevaron a cabo en Cuba, hubo estudios donde se identificaron las causas del maltrato y de acuerdo a esto, la educación a familiares y/o cuidadores sobre el manejo de los adultos mayores que son dependiente resulta primordial para la disminución de la incidencia de esta problemática, de igual forma con la educación se ve reducido el impacto económico, social, familiar y en la calidad de vida del sector senil.²²

Con respecto a la actuación de enfermería frente al maltrato en adultos mayores, en los servicios en atención primaria las actividades son de prevención por tanto son conductas generadoras de salud que se hacen presente en situaciones relacionadas con afrontamiento y adaptación, y así proporcionar procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Por tanto, son necesarios los instrumentos de evaluación que nos orientan en cuanto a la carga que presenta el cuidador, como lo es la escala de ZARIT, una vez obtenido el resultado es posible realizar diagnósticos enfermeros.²³

Dentro de los resultados a obtener por NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, por sus siglas en inglés) es la etiqueta 00061 Cansancio del rol de cuidador dentro del Dominio 7 Rol/relaciones y Clase 1 Roles de cuidado,

dicha etiqueta se define como la dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas, las intervenciones directas son apoyo al cuidador principal. Las intervenciones directas obtenidas de NIC (Nursing Interventions Classification) son: Intervención 7040 Apoyo al cuidador principal del Campo 5 Familia, Clase X Cuidados durante la vida y 5270 Apoyo emocional Campo 3 Conductual, Clase R Ayuda para el afrontamiento.^{24,25}

Otro posible diagnóstico enfermero de NANDA es la etiqueta 00138 Riesgo de violencia dirigida a otros, del Dominio 11 Seguridad/protección y Clase 3 Violencia, que se define como la vulnerabilidad a conductas en que la persona demuestra que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros. Obteniendo como intervención NIC 6404 Apoyo en la protección contra abusos: ancianos, Campo 4 Seguridad y Clase V control de riesgos.^{24,25}

En años recientes se han elaborado investigaciones sobre la prevalencia del maltrato. En el año 2016, en Colombia, se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, el objetivo fue determinar la prevalencia de maltrato en el adulto mayor y asociarlo con factores sociodemográficos y familiares, la muestra fue seleccionada por muestreo probabilístico, por conglomerados, bitápico, con una muestra de 506 adultos mayores, utilizando el GMS. Como resultado, el 13.0% tuvo maltrato, prevaleciendo con un 5.4% el maltrato psicológico, llevando a la conclusión que la prevalencia de maltrato a este sector en la ciudad de Pasto es alta y propiciada por miembros de la familia, así mismo, el deterioro de las relaciones sociales y familiares son factores que incrementan el maltrato en la vejez, por tanto, es fundamental el fortalecimiento de los vínculos y redes de apoyo en esta etapa del ciclo vital.¹⁸

En el año 2018 en México se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, el objetivo fue identificar diferentes formas de medir la gravedad y la frecuencia de maltrato y evaluar si las diferentes experiencias sugieren relaciones de sindemia; la muestra fue de 534 mujeres adultas mayores, utilizando el GMS. Como resultado, la edad media fue de 74 años, el 52.1% tenía al menos una discapacidad, la prevalencia de maltrato fue de 33.3%, prevaleciendo el maltrato

psicológico 30.5%, maltrato financiero 8.2%, maltrato por negligencia 5.1%, en combinación el maltrato físico y sexual fue de 4.7%.²⁶

Finalmente, se pudieron identificar cómo los factores de riesgo predijeron los tipos más graves de abuso, pero no el más frecuente, con el enfoque sindemia, ayudó a identificar los factores de riesgo que tienden a ser mayor en mujeres que viven en barrios urbanos con un nivel socioeconómico bajo.²⁶

En el año 2018 en México se realizó un estudio transversal secundario de una cohorte prospectiva, con el objetivo relacionar o asociar la fragilidad para propiciar maltratos hacia este sector. La muestra consistía en 487 adultos mayores, con una media de edad 73.2 en hombres y 80.1, donde se utilizó el GMS. Resultando con una prevalencia de maltrato con el 35,7%, el 33.4% fueron abusos por conflicto, el 12.3% maltrato financiero y 6.5% maltrato por abandono. Concluyendo que la fragilidad se está asociada con el abuso total y el conflicto que vive los adultos mayores que residen en la comunidad; sumado a esto se necesitan más estudios para dilucidar el efecto de la fragilidad en el maltrato a personas mayores e investigar la efectividad de la intervención para la prevención primaria y secundaria.²⁷

En el año 2018 en Perú se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, donde el objetivo fue determinar la violencia intrafamiliar dirigido al adulto mayor, la muestra fue seleccionada por muestreo no probabilístico por conveniencia, con una muestra de 50, donde se ocupó el instrumento GMS. Como resultado se obtuvo que el 100% de los adultos sufre violencia intrafamiliar, prevaleciendo el maltrato económico, 100% (50), psicológico 97% (47), negligencia 66% (33), físico 28% (14) y abuso sexual con un 18% (9). A manera de conclusión, los adultos mayores del asentamiento antes mencionado, en su totalidad sufren violencia intrafamiliar mostrando una problemática en la población demostrando la vulnerabilidad de este sector, lo cual debe cobrar mayor relevancia en la sociedad.²⁸

1.4 Importancia de estudio para la disciplina

El maltrato es una situación que se presenta internacionalmente y en todas las etapas del ciclo vital, sin embargo, el maltrato hacia los adultos mayores daña también a la familia, a la sociedad y a las instituciones, pues el impacto negativo en su salud física y emocional es inmediato y su atención integral representa un costo económico considerable. A pesar de las investigaciones y considerando que son muy pocas, las cifras encontradas no muestran la realidad de la situación.²⁹

Es una problemática que nos confiere a la población en general, recuperar ese valor que en la antigüedad se le otorgaba por derecho a este sector tan vulnerable, resulta necesario retomarlo, ya que con el aumento de la población adulta mayor y los cuidados que requerirán por la falta de autocuidado y dependencia que generan los cambios fisiológicos, se debe otorgar una mejor calidad de vida a una población que en su tiempo de apogeo otorgó grandes beneficios a la sociedad.

Cuando la persona adulta mayor alcanza un nivel de dependencia, se enfrenta a diversas formas de vulnerabilidad debido a los cambios fisiológicos que disminuyen su autoeficacia, por tanto, su autocuidado recayendo en su calidad de vida, es por ello que la familia constituye la principal fuente de apoyo o soporte, y en menor medida por las diferentes instituciones geriátricas. Dada la transformación demográfica, se evidencian nuevas necesidades que surgen del binomio adulto mayor dependiente y cuidador formal o informal, siendo el maltrato al adulto mayor el más ignorado, produciéndose en diferentes contextos como en el intrafamiliar, institucional y social/comunitario.¹⁵

1.5 Definición de términos

Maltrato del adulto mayor: un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza.³⁰

Maltrato Físico: Daño o coerción física que causa lesión.³¹

Maltrato psicológico: Práctica de infligir angustia mental y sufrimiento.³²

Maltrato por negligencia: Es el fallo del cuidador de brindar seguridad y protección al adulto mayor.³²

Maltrato económico: Explotación o uso ilegal de los fondos u otros recursos de la persona anciana.³²

Maltrato sexual: Contacto sexual, de cualquier tipo intencionado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar su consentimiento.¹⁴

1.6 Objetivos

Objetivo general

Determinar la prevalencia de maltrato en adultos mayores según escala Geriatric Mistreatment Scale en asilos del sur de Veracruz.

Objetivos específicos

- Conocer qué tipo de maltrato sufren los adultos mayores de acuerdo al instrumento Geriatric Mistreatment Scale
- Identificar en qué rangos de edad predomina el maltrato en los asilos del sur de Veracruz
- Identificar el número de adultos mayores que sufren maltrato según sexo en asilos del sur de Veracruz

CAPITULO II

2. Metodología

2.1 Tipo de estudio

La presente investigación se realizó con base en el tipo de estudio transversal descriptivo. Transversal descriptivo porque se midió la prevalencia y se describió la frecuencia del maltrato al adulto mayor.³³

2.2 Población

La población total estuvo constituida por adultos mayores que residen en asilos del sur de Veracruz, los cuales fueron: La casa de los abuelos Santa Felicitas de Cosoleacaque, Asilo Irsharai de Coatzacoalcos y Asilo de Jesús de Minatitlán.

2.3 Muestreo y muestra

La muestra constó de 31 adultos mayores. Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a causas relacionadas con las características de la investigación.³³

2.4 Criterios de inclusión

Adultos mayores de ambos géneros, residentes en los asilos mayor a 3 meses, que acepten participar en la investigación, que no tenga deterioro neurológico.

2.5 Material

En este estudio se aplicaron 2 instrumentos, el primero se trata de la cedula de datos personales, entre los cuales se encuentran: edad, sexo, tiempo de estancia y dependencia.

El instrumento Geriatric Mistreatment Scale (GMS) fue desarrollado a partir de la literatura, basado en escalas elaboradas con anterioridad y el panel de consenso de expertos; validada en su versión español a una muestra probabilística de 613 mexicanos mayores de 60 años; consta de 22 preguntas clasificadas según el tipo de abuso, el α Cronbach = general 0,83 para los GMS 22-ítem, 0,82 para maltrato psicológico, 0,72 para el maltrato físico, 0,55 para el maltrato económico, 0,80 y 0,87 para el abandono y el abuso sexual respectivamente.²¹

Consta de 5 dimensiones: maltrato físico con 5 ítems relacionados con la dimensión antes mencionada, maltrato psicológico con 6 ítems, abandono o negligencia con 4 ítems, abuso económico con 4 ítems y finalmente, el abuso sexual con 2 ítems; cada uno de los ítems cuentan con respuestas dicotómicas (0 = no ocurrencia, 1 = ocurrencia). Donde se considera 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 artículo, se considera maltrato. Esto se puede marcar con la escala de 22 ítems (maltrato general) o específicamente para el tipo de maltrato.²¹

En comparación con otros instrumentos, el GMS está bien construido y validado en la población mexicana que son objeto de estudio de la presente investigación, las preguntas son cortas y directas, por tanto, tiene mayor confiabilidad en la obtención de resultados, así mismo está disponible en versiones español e inglés. Por lo antes mencionado se optó por el GMS para recabar datos en la población de los asilos del Sur de Veracruz.

2.6 Procedimiento

Se pidió la autorización al comité de ética e investigación de la facultad de enfermería para la realización de este estudio; posteriormente se visitó el asilo, para solicitar el permiso de manera verbal, una vez obtenido el permiso se gestionó y se obtuvieron, de la facultad de enfermería, los oficios correspondientes que dieron a conocer el objetivo de estudio a los directores de los asilos para la autorización formal de la aplicación de la investigación. Una vez entregado los oficios, se obtuvieron las listas de todos los adultos mayores que residen en los asilos y se realizó el muestreo no probabilístico por conveniencia. Una vez obtenido el tamaño de muestra se prosiguió a la entrega y firma del consentimiento informado, para así aplicar el instrumento Geriatric Mistreatment Scale.

2.7 Consideraciones éticas

El presente estudio no contravino los aspectos éticos considerados en el Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación de los Estados Unidos Mexicanos, se ajustó a las normas éticas internacionales adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964, y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

La cual hace referencia a los lineamientos institucionales, así como también a la Ley General de Salud en materia de experimentación científica en seres humanos en sus artículos 13, 16 y 20 y a la declaración de Helsinki la cual, aclara

que la investigación médica en seres humanos debe tener supremacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad y cuyo propósito debe ser el mejorar el procedimiento preventivo, diagnóstico y terapéutico dando así la protección a la vida bajo conocimientos científicos; y sus modificaciones de Tokio en 1975 (nunca se debe aceptar la tortura, nunca proporcionar las facilidades instrumentales para favorecer a esa y nunca estar presente en estudios bajo tortura), Venecia en 1983, Hong Kong en 1989 y Escocia en el 2000.

A los participantes se les explicó en qué consistía el estudio, se aclararon sus dudas las veces que fueron necesarias y se guardó especial cuidado en el anonimato y confidencialidad de los mismos. Una vez que se requisó la carta de consentimiento informado a todos los participantes, se reportaron los datos, por ser pacientes mayores de edad no requieren de un representante legal, la investigación de acuerdo a ley general de salud es de riesgo mínimo.

El estudio se apegó a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley general de salud en materia de Investigación para la Salud. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos se tomó en cuenta el art. 13 relacionado con el respeto, la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar del usuario. Se protegieron los derechos del usuario al contar con el consentimiento informado, reiterando la libertad de retirarse en el momento que lo decidiera. (Art. 14)

Se mantuvo la privacidad del usuario mediante el anonimato durante la aplicación del instrumento, así como los resultados del estudio. (art16) se consideró una investigación de bajo riesgo, debido a que el instrumento se aplicó mediante una escala (art. 17).

El sujeto de investigación recibió una explicación clara y completa, sobre la justificación y los objetivos de la información, el procedimiento que se utilizó y sus propósitos, con la garantía de recibir una respuesta a cualquier pregunta o aclaración, todo esto antes de firmar el consentimiento informado (art.18). Se garantizó la seguridad de que no se identificó y que se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (art. 21)

2.8 Estrategia de análisis

Para este estudio se utilizó frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central (media y mediana) para variables cuantitativas. La base de datos y análisis se realizarán en el programa SPSS en su versión 23.

CAPITULO III

3. Resultados

3.1 Análisis de datos

Tabla 1

Cédula de datos personales

Edad	<i>f</i>	%
60 a 65	7	22.6
66 a 70	5	16.1
71 a 80	7	22.6
81 a 90	8	25.8
91 a 100	3	9.7
Mayor de 100	1	3.2
Sexo	<i>f</i>	%
Hombre	19	61.3
Mujer	12	38.7
Tiempo de estancia	<i>f</i>	%
3 – 6 meses	7	22.6
7 a 12 meses	6	19.4
Mayor de 1 año	18	58.1
Dependencia	<i>f</i>	%
Negadas	13	41.9
Diabetes Mellitus	2	6.5
Discapacidad	6	19.4
Hipertensión	5	16.1
Mixta	5	16.1

n= 31

El rango de edades que predominó fue de 81 a 90 años, obteniendo una frecuencia de 8 y un porcentaje de 25.8%. La mayoría de la muestra fueron hombres obteniendo un porcentaje de 61.3%. El rango del tiempo de estancia que predominó fue mayor de un año un porcentaje de 58.1%. La mayoría de la muestra no presentó algún tipo de dependencia, constandingo del 41.9%.

Tabla 2

Prevalencia de maltrato

Prevalencia de Maltrato	<i>f</i>	%
No Maltrato	71.0	71.0
Maltrato	29.0	29.0

n= 31

La prevalencia de maltrato hacia los adultos mayores fue de 29%.

Tabla 3

Maltrato físico

Maltrato Físico	<i>f</i>	%
No Maltrato	28	90.3
Maltrato	3	9.7

n= 31

Se encontró que un mínimo porcentaje (9.7%) padece este tipo de maltrato.

Tabla 4

Maltrato psicológico

Maltrato Psicológico	<i>f</i>	%
No Maltrato	15	48.4
Maltrato	16	51.6

n= 31

Con una mínima diferencia se encontró que existe mayor prevalencia de maltrato psicológico con un 51.6%.

Tabla 5

Maltrato negligencia

Maltrato Negligencia	<i>f</i>	%
No Maltrato	29	93.5
Maltrato	2	6.5

n= 31

La muestra total padece un mínimo de maltrato por negligencia, es decir, el 6.5%.

Tabla 6

Maltrato económico

Maltrato Negligencia	<i>f</i>	%
No Maltrato	26	83.9
Maltrato	5	16.1

n= 31

De la muestra total, un 16.1% padece maltrato económico.

Tabla 7

Maltrato sexual

Maltrato Negligencia	<i>f</i>	%
No Maltrato	26	83.9
Maltrato	5	16.1

n= 31

Dentro del maltrato sexual, se encontró una frecuencia de 5 con respecto a la muestra total.

Tabla 8

Prevalencia por tipos de maltrato

Prevalencia por tipos de maltrato	<i>f</i>	%
Físico	3	9.7
Psicológico	16	51.6
Negligencia	2	6.5
Económico	5	16.1
Sexual	5	16.1

n= 31

El tipo de maltrato que prevaleció dentro de la muestra fue el psicológico, con un 51.6%.

Tabla 9

Maltrato según edad

Edad	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
60 a 65 años	5	16.1	2	6.5
66 a 70 años	3	9.6	2	6.5
71 a 80 años	3	9.6	4	12.9
81 a 90 años	7	22.5	1	3.2
91 a 100 años	3	9.6	0	0
Mayor de 100 años	1	3.2	0	0

n= 31

El maltrato predominó en el rango de edad 71 a 80 años, con una frecuencia de 4 y un porcentaje de 12.9%.

Tabla 10
Maltrato según sexo

Sexo	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hombre	12	38.7	10	32.2
Mujer	7	22.5	2	6.4

n= 31

Debido a que la mayor parte de la muestra fueron hombres el maltrato predominó en estos.

Tabla 11
Maltrato según tiempo de estancia

Tiempo de estancia	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3 – 6 meses	6	19.3	1	3.2
7 – 12 meses	5	16.1	1	3.2
Mayor a 1 año	11	35.4	7	22.5

n= 31

El maltrato predominó el rango de tiempo de estancia “mayor a un año”, Obteniendo una frecuencia de 7 y un porcentaje de 22.5

Tabla 12
Maltrato según dependencia

Dependencia	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Negadas	7	22.5	6	19.3
Diabetes Mellitus	2	6.4	0	0
Discapacidad	6	19.3	0	0
Hipertensión	3	9.6	2	6.4
Mixta	4	12.9	1	3.2

n= 31

La mayor parte de la muestra no presento ningún tipo de dependencia, sin embargo, el maltrato predomino en ellos con una frecuencia de 6 y un porcentaje de 19.3.

Tabla 13
Maltrato físico según edad

Edad	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
60 a 65 años	6	19.3	1	3.2
66 a 70 años	5	16.1	0	0
71 a 80 años	5	16.1	2	6.4
81 a 90 años	8	25.8	0	0
91 a 100 años	3	9.6	0	0
Mayor de 100 años	1	3.2	0	0

n= 31

El tipo de maltrato físico prevaleció en el rango de edad de 71 a 80, Obteniendo una frecuencia de 2 y un porcentaje de 6.4.

Tabla 14

Maltrato físico según sexo

Sexo	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hombre	19	61.2	0	0
Mujer	9	29	3	9.6

n= 31

El tipo de maltrato físico prevaleció totalmente en la mujer, debido a que ningún hombre tuvo maltrato físico.

Tabla 15

Maltrato físico según tiempo de estancia

Tiempo de estancia	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3 – 6 meses	5	16.1	2	6.4
7 – 12 meses	6	19.3	0	0
Mayor a 1 año	17	54.8	1	3.2

n= 31

El tipo de maltrato físico predominó en el rango de edad de 3 a 6 meses con una frecuencia de 2 y un porcentaje de 6.4.

Tabla 16

Maltrato físico según dependencia

Dependencia	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Negadas	11	35.4	2	6.4
Diabetes Mellitus	2	6.4	0	0
Discapacidad	6	19.3	0	0
Hipertensión	5	16.1	0	0
Mixta	4	12.9	1	3.2

n= 31

El tipo de maltrato físico se presentó mayormente en los adultos mayores que no presentaron ningún tipo de dependencia.

Tabla 17

Maltrato psicológico según edad

Edad	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
60 a 65 años	4	12.9	3	9.6
66 a 70 años	3	9.6	2	6.4
71 a 80 años	2	6.4	5	16.1
81 a 90 años	4	12.9	4	12.9
91 a 100 años	1	3.2	2	6.4
Mayor de 100 años	1	3.2	0	0

n= 31

Se encontró que tipo de maltrato psicológico prevaleció en el rango de edad de 71 a 80 años con una frecuencia de 5 y un porcentaje de 16.1.

Tabla 18

Maltrato psicológico según sexo

Sexo	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hombre	6	19.3	13	41.9
Mujer	9	29	3	9.6

n= 31

El maltrato psicológico tuvo una alta prevalencia en los hombres con una frecuencia de 13 y un porcentaje de 41.9.

Tabla 19

Maltrato psicológico según tiempo de estancia

Tiempo de estancia	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3 – 6 meses	6	19.3	1	3.2
7 – 12 meses	3	9.6	3	9.6
Mayor a 1 año	6	19.3	12	38.7

n= 31

El maltrato psicológico obtuvo mayor frecuencia en el rango de edad mayor a un año con una frecuencia de 12 y un porcentaje de 38.7.

Tabla 20

Maltrato psicológico según dependencia

Dependencia	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Negadas	6	19.3	7	22.5
Diabetes Mellitus	1	3.2	1	3.2
Discapacidad	4	12.9	2	6.4
Hipertensión	2	6.4	3	9.6
Mixta	2	6.4	3	9.6

n= 31

El maltrato psicológico predominó en los adultos mayores que no presentaron algún tipo de dependencia, una frecuencia de 7 y un porcentaje de 22.5.

Tabla 21

Maltrato negligencia según edad

Edad	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
60 a 65 años	6	19.3	1	3.2
66 a 70 años	5	16.1	0	0
71 a 80 años	7	22.5	0	0
81 a 90 años	8	25.8	0	0
91 a 100 años	2	6.4	1	3.2
Mayor de 100 años	1	3.2	0	0

n= 31

El tipo de maltrato negligencia se presentó en los rangos de edad de 60 a 65 y de 91 a 100 ambos con una frecuencia de 1 y un porcentaje de 3.2.

Tabla 22

Maltrato negligencia según sexo

Sexo	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hombre	17	54.8	2	6.4
Mujer	12	38.7	0	0

n= 31

Del maltrato negligencia se encontró que este solo afecto a hombres.

Tabla 23

Maltrato negligencia según tiempo de estancia

Tiempo de estancia	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3 – 6 meses	6	19.3	1	3.2
7 – 12 meses	6	19.3	0	0
Mayor a 1 año	17	54.8	1	3.2

n= 31

El maltrato negligencia se presentó en el rango de tiempo de estancia de 3 a 6 meses y mayor a un año, con una frecuencia obtenida de 1 y un porcentaje de 3.2.

Tabla 24

Maltrato negligencia según dependencia

Dependencia	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Negadas	13	41.9	0	0
Diabetes Mellitus	2	6.4	0	0
Discapacidad	5	16.1	1	3.2
Hipertensión	5	16.1	0	0
Mixta	4	12.9	1	3.2

n= 31

Dentro de la dependencia el maltrato negligencia se presentó en Diabetes Mellitus y en mixta. Con una frecuencia de 1 y un porcentaje de 3.2.

Tabla 25

Maltrato económico según edad

Edad	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
60 a 65 años	6	19.3	1	3.2
66 a 70 años	5	16.1	0	0
71 a 80 años	6	19.3	1	3.2
81 a 90 años	6	19.3	2	6.4
91 a 100 años	2	6.4	1	3.2
Mayor de 100 años	1	3.2	0	0

n= 31

El tipo de maltrato económico se encontró con más frecuencia en los rangos de edad de 81 a 90 años, obteniendo una frecuencia de 2 y un porcentaje de 6.4.

Tabla 26

Maltrato económico según sexo

Sexo	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hombre	16	51.6	3	9.6
Mujer	10	32.2	2	6.4

n= 31

El maltrato económico prevaleció casi de igual forma en ambos sexos, hombres con una frecuencia de 3 (9.6%) y mujeres con una frecuencia de 2 (6.4%)

Tabla 27

Maltrato económico según tiempo de estancia

Tiempo de estancia	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3 – 6 meses	5	16.1	2	6.4
7 – 12 meses	6	19.3	0	0
Mayor a 1 año	15	48.3	3	9.6

n= 31

El maltrato económico fue mayor en el rango de tiempo de estancia “Mayor a un año”.

Tabla 28

Maltrato económico según dependencia

Dependencia	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Negadas	11	35.4	2	6.4
Diabetes Mellitus	2	6.4	0	0
Discapacidad	4	12.9	2	6.4
Hipertensión	5	16.1	0	0
Mixta	4	12.9	1	3.2

n= 31

Dentro del maltrato económico, se encontró que en adultos mayores sin ninguna dependencia y adultos mayores con discapacidad obtuvieron una frecuencia de 2 y un porcentaje de 6.4.

Tabla 29

Maltrato sexual según edad

Edad	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
60 a 65 años	6	19.3	1	3.2
66 a 70 años	5	16.1	0	0
71 a 80 años	7	22.5	0	0
81 a 90 años	8	25.8	0	0
91 a 100 años	2	6.4	1	3.2
Mayor de 100 años	1	3.2	0	0

n= 31

El tipo de maltrato sexual, se encontró en los rangos de edad de 60 a 65 y 91 a 100 años ambos con una frecuencia de 1 y un porcentaje de 3.2.

Tabla 30

Maltrato sexual según sexo

Sexo	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hombre	17	54.8	12	38.7
Mujer	12	38.7	0	0

n= 31

Este maltrato prevaleció únicamente en los hombres de este estudio, con una frecuencia de 12 y un porcentaje de 38.7.

Tabla 31

Maltrato sexual según tiempo de estancia

Tiempo de estancia	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3 – 6 meses	6	19.3	1	3.2
7 – 12 meses	6	19.3	0	0
Mayor a 1 año	17	54.8	1	3.2

n= 31

Se encontró que en el maltrato sexual predominó en el rango de tiempo de estancia de 3 a 6 y Mayor a un año, obteniendo ambos una frecuencia de 1 y un porcentaje de 3.2.

Tabla 32

Maltrato sexual según dependencia

Dependencia	No Maltrato		Maltrato	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Negadas	13	41.9	0	0
Diabetes Mellitus	2	6.4	0	0
Discapacidad	4	12.9	2	6.4
Hipertensión	5	16.1	0	0
Mixta	5	16.1	0	0

n= 31

Se encontró que el maltrato sexual afectó únicamente a las personas con discapacidad.

3.2 Discusión

El rango de edad más frecuente de la muestra fue de 81 a 90 años de edad con 25.8%; de acuerdo al rango de tiempo de estancia que prevaleció “mayor de un año” con 58.1%; en el factor de dependencia se obtuvo que negada fue de 41.9%, Diabetes mellitus con 6.5%, discapacidad con 19.4%, hipertensión con 16.1% y mixta 16.1%, donde difiere con Vilar-Compte y Gaitán-Rossi solo en el tipo de dependencia por discapacidad que obtuvo 52.1%. Los resultados de edad son similares con Agudelo-Cifuentes y colaboradores, Vilar-Compte y Gaitán-Rossi, Torres-Castro y colaboradores y Huaynate con un promedio de edad de 71 años, media 74 años, 73.2 en hombres y el de mujeres 80, 71 a 87 años, respectivamente.

Con respecto al sexo la prevalencia de la muestra está constituida en mayor número por hombres siendo 61.3%, siendo similar con la investigación de Huaynate obteniendo 60% de hombres, Agudelo-Cifuentes y colaboradores difiere con 37.2%, Vilar-Compte y Gaitán-Rossi difiere con 100% de mujeres.

Sobre la prevalencia de maltrato, se obtuvo que el 29% sufre algún tipo de maltrato, teniendo resultado similar Vilar-Compte y Gaitán-Rossi con 33.3%, Torres-Castro y Colaboradores de igual forma son similares con 35.7%, sin embargo, los datos reportados por Agudelo-Cifuentes y colaboradores difieren debido a que obtuvieron 14.6%, así también difiere Huaynate ya que el 100% tuvo maltrato.

Respecto al tipo de maltrato se encontró la prevalencia del maltrato psicológico con 51.6%, Agudelo-Cifuentes y colaboradores obtuvo un 4.7%, así mismo Vilar-Compte y Gaitán-Rossi obtuvieron un 30.5% y Huaynate difiere con 94%.

El maltrato económico obtenido en esta investigación constituida por 16.1%, Vilar-Compte y Gaitán-Rossi siendo similar con un 8.2% e igualmente Torres-Castro y Colaboradores con 12.3%, por el contrario, Agudelo-Cifuentes y colaboradores difieren con 0.8% así mismo, Huaynate con un 100%.

El tipo maltrato sexual obtenido en este estudio fue de 16.1%, siendo similar con los resultados de Huaynate con 18%, sin embargo, Vilar-Compte y Gaitán-Rossi difiere con 1.2%.

El tipo de maltrato físico obtenido en la investigación fue de 9.7%, Agudelo-Cifuentes y colaboradores siendo similar con 0.8%, así mismo siendo similar Vilar-Compte y Gaitán-Rossi con 3.5% por el contrario Huaynate difiere con el 28%.

El tipo de maltrato por negligencia se obtuvo el 6.5%, Agudelo-Cifuentes obtuvo resultados similares con 1.2%, Vilar-Compte y Gaitán-Rossi con 5.1%, Torres-Castro y Colaboradores con 6.6%, sin embargo, Huaynate difiere con 66%.

Con respecto al tipo de maltrato con más prevalencia según la edad, se obtuvo que el maltrato psicológico prevaleció en el rango de edad de 71 a 80 años con un 16.1% el cual difiere con Vilar-Compte y Gaitán-Rossi que obtuvo 4.4%.

El maltrato económico prevaleció en el rango de edad con 81 a 90 años con 6.4% siendo similar con Vilar-Compte y Gaitán-Rossi con 2.2%.

El maltrato por negligencia presentado en el rango de edad de 60 a 65 y de 90 a 100, ambos con 3.2% siendo similar con el resultado de Vilar-Compte y Gaitán-Rossi con 2.2%.

3.3 Conclusión

Se encontró que el rango de edad más frecuente fue de 81 a 90 años de edad predominante el sexo masculino, en cuanto al tiempo de estancia prevalecen en el rango de mayor de un año, siendo poco menos de la mitad de la muestra, la dependencia se encontró en menos de una cuarta parte.

La prevalencia de maltrato tuvo mayor numero en el sexo masculino debido a que este género predominó en la muestra obtenida en los asilos del sur de Veracruz, así mismo poco menos de la mitad sufrió maltrato psicológico y no presentando ningún caso de maltrato físico; en cuanto a las mujeres menos de una cuarta parte presentó maltrato físico y psicológico, no presentándose ninguno tipo de maltrato por negligencia y sexual.

3.4 Recomendaciones

Como primer paso, se brindará un informe con los resultados obtenidos a las instituciones en donde se aplicó el instrumento, con la finalidad de que los directivos estén al tanto y conozcan los resultados de esta investigación.

Se pondrá énfasis en poner atención para la prevención del tipo de maltrato psicológico debido a que en las instituciones no se cuenta con el personal suficiente para brindar un cuidado de calidad y así evitar el aislamiento, para que los casos que aquí se reportan disminuyan y se prevengan nuevos.

Se recomienda la difusión de resultados sensibilizar a la sociedad en general y dar a conocer que es un problema presente en una población tan vulnerable.

Referencia bibliográfica

1. Organización Mundial de la Salud. "Envejecimiento y ciclo de vida: Datos interesantes acerca del envejecimiento". [Internet] Disponible en línea: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 Nov 20] ; 25(2): 57-62. Disponible en línea: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
3. PENSIONISSSTE. Día del adulto mayor. Publicado 25 de agosto de 2017 [internet] Citado 21 mayo 2019. Disponible en línea: <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>
4. Hernández, Olivia. Veracruz, segundo lugar en envejecimiento; en 2030 habrá 50 adultos mayores por cada 100 jóvenes. Imagen del Golfo [Periódico Virtual] Publicado: 2017 Julio 21. P. 1
Disponible en línea: <http://www.imagendelgolfo.mx/noticiasveracruz/veracruz-boca-del-rio/41198470/veracruz-segundo-lugar-en-envejecimiento-en-2030-habra-50-adultos-mayores-por-cada-100-jovenes.html>
5. Instituto Nacional de las Mujeres. "Situación de las personas adultas mayores en México". Dirección de Estadística. Publicado: Febrero de 2015 (Revista virtual) Disponible en línea: www.inmujeres.gob.mx
6. Mortero Solano, Gustavo; Vega Chaves, Juan Carlos; Hernández, Gabriel. "Abuso y maltrato en el adulto mayor". Medicina legal de Costa Rica. Marzo 2017. (Revista virtual). (Fecha de acceso 22 de mayo de 2019) Disponible en línea: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100120
7. Mier Sosa Fernando. Violencia social hacia el adulto mayor en la hipermodernidad: Un enfoque desde la sociología clínica. Psicol. Conoc. Soc. [Internet]. 2016 Nov [citado 2019 Jul 09] ; 6(2): 188-208. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262016000200010#Ley_No.18.211R
8. "GCP: Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor". Instituto mexicano del seguro social. Publicado: 2013. (Revista virtual) Disponible en línea: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/057GRR.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud. Maltrato de las personas mayores. OMS Publicado: 8 de Junio del 2018. [Sitio web] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

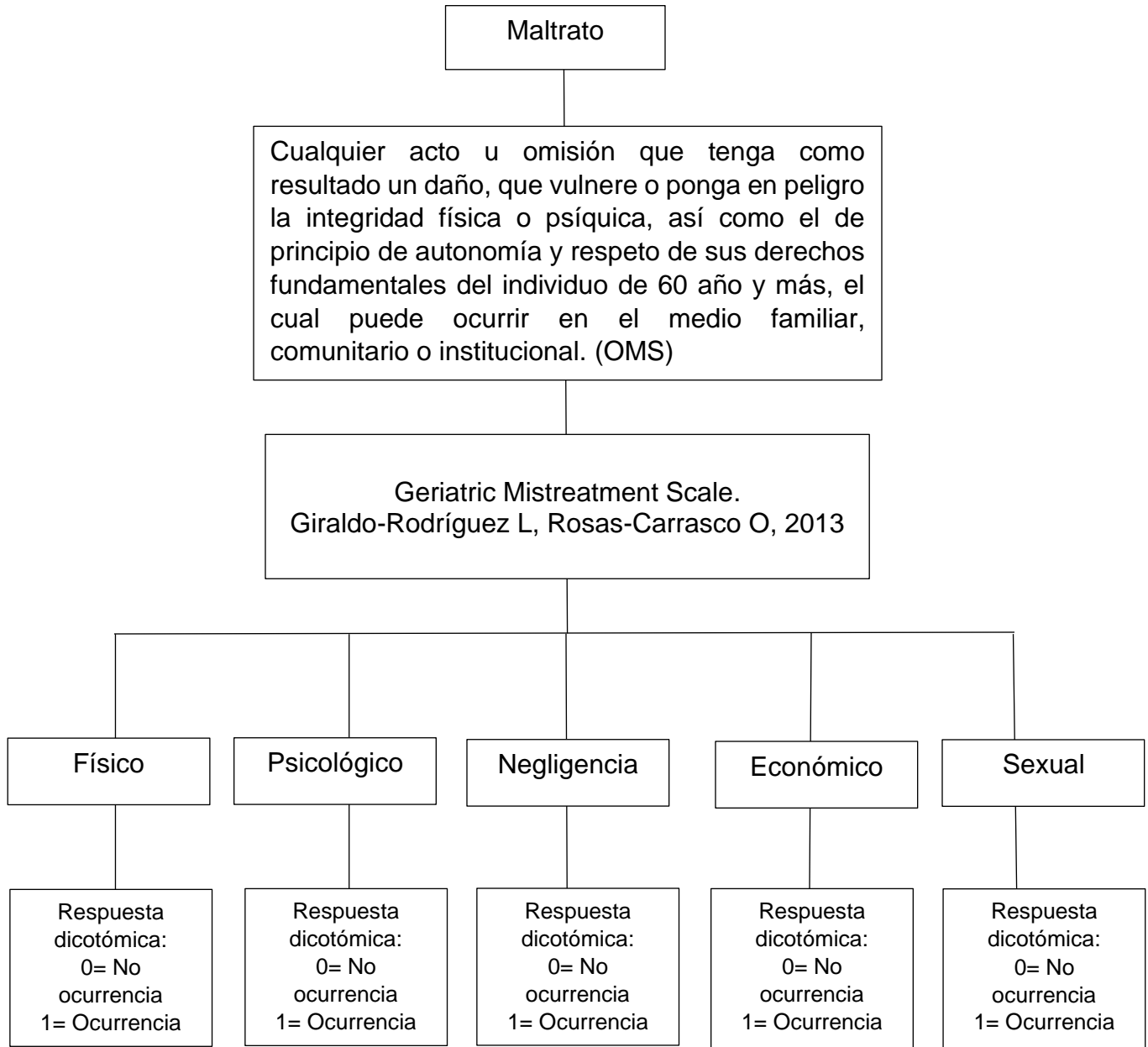
10. Hom Nath Chalise. "Elderly abuse: A Neglected Issue in Developing Countries". Jacobs Journals of Gerontology. Published: 2017 [Virtual magazine] Available online: https://www.academia.edu/31857266/Elderly_abuse_A_Neglected_Issue_in_Developing_Countries
11. Naranjo Hernández Ydalsys, Concepción Pacheco José Alejandro, Rodríguez Larreynaga Miriam. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 Dic [citado 2019 Mar 28] ; 19(3): 89-100. Disponible en línea: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
12. Gomez Crespo, José Manuel; Herrero Jaén, Sara. "Representacion formal de los ambientes incompatibles con la vida: su repercusion en el cuidado humano". Universidad de Alcalá. Fecha de publicación 23 noviembre 2017 [Revista virtual] citado 23 mayo 2019 Disponible en línea: <http://scielo.isciii.es/pdf/ene/v11n3/1988-348X-ene-11-03-741.pdf>
13. Silva Meza, Ingrid Lissette; Parrales Anzules, Anggie Lilibeth. "Autocuidado en pacientes con Tuberculosis Pulmonar que reciben tratamiento antituberculoso en un centro de salud del norte de la ciudad de Guayaquil". Universidad católica de Santiago de Guayaquil. Fecha de publicación: 2017 [internet] Citado 23 mayo 2019 Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7580/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-357.pdf>
14. Aponte Daza, Vaneska Cindy. (2015). CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 13(2), 152-182. Recuperado el 28 de marzo de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545456006>
15. Pabón Poches, Daysy Katherine; Delgado Meza, Jesús Armando. "Maltrato en la población adulta mayor: una revisión" Fecha de publicación: Abril-Junio 2017 (Revista Virtual) Citado 22 mayo 2019. Disponible en línea: <https://www.redalyc.org/html/122/12252818014/>
16. Herrera Lema, Ángel Oswaldo. El maltrato al anciano, causas, consecuencias. Fecha de publicación Mayo 2017 (Revista virtual) Citado 22 mayo 2019. Disponible en línea: https://issuu.com/angelherrera351/docs/el_maltrato_al_anciano_causas_con
17. Condori Barrera, Jackelin Rocio; Hermoza Quispe, Janet. "Causas, consecuencias de maltrato en el adulto mayor" Instituto de medicina legal. Publicado: 2015 [Internet] Arequipa, Perú. Citado 11 Julio 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/1789>
18. Agudelo-Cifuentes, M.C., Cardona, D., Segura, A., Segura, A., Muñoz, A., & Restrepo-Ochoa, D. "Características sociales y familiares asociadas al maltrato al adulto mayor de Pasto, Colombia 2016". *Revista CES Psicología*. Publicado: 2018. (Revista virtual) Disponible en línea: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4387>
19. Xin Qi Dong. "Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice". From the Rush Institute for Healthy Aging, Rush University

- Medical Center, Chicago, Illinois Published: june 2015. [Virtual magazine]
 Available online: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/07/9.pdf>
20. Schofield, Margot. "Screening for Elder Abuse: Tools and Effectiveness". Publicado Febrero 2017 [internet] Disponible en línea: https://www.researchgate.net/publication/313962746_Screening_for_Elder_Abuse_Tools_and_Effectiveness
 21. Giraldo-Rodriguez, Liliana; Rosas-Carrasco O. "Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale". PubMed. National Institute Of Geriatrics. Published: 2013 (Virtual magazine) Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22694594>
 22. Mena Aragón Edel, Sánchez Sarduy Milagro, Reyes Quintana Yolanda, García Martín Dinora. Eficacia de intervención educativa en conocimientos de cuidadores para prevenir el maltrato del adulto mayor. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2016 Jun [citado 2019 Jul 15]; 32(2): 237-245. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200010
 23. Arroyo Romero, José David. Actuación de enfermería ante el maltrato a mayores. Fecha de publicación: noviembre 2014.[Internet] Citado: 15 Julio 2019 Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DActuaci%C3%B3n+de+enfermer%C3%ADa+ante+el+maltrato+a+mayores.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalSuresite&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352873238331&ssbinary=true>
 24. NANDA International, Herdman, T.H. (2012). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. 6th ed. Barcelona: Elsevier
 25. Bulechek, G. M.; Butcher, H. K.; McCloskey-Dochterman J. (2014) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), (6ª ed.). Madrid: Elsevier
 26. Vilar-Compte M and Gaitán-Rossi "Syndemics of Severity and Frequency of Elder Abuse: A Cross-Sectional Study in Mexican Older Females". Frontiers in Psychiatry. Published: 18 december 2018 (Revista virtual) Disponible en línea: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30618852>
 27. Torres-Castro, Sara; Szlif, Caludia; Parra-Rodríguez, Lorena; Rosas-Carrasco Oscar. "Association Between Frailty and Elder Abuse in Community-Dwelling Older Adults in Mexico City". The American Geriatric Society Journal compilation. Published: September 2018 (Virtual magazine) Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30094814>
 28. Huaynate Cabanilla, Elva. "Violencia intrafamiliar en el adulto mayor del asentamiento humano 19 de noviembre comas 2018". Facultad de ciencias médicas, Universidad César Vallejo. Lima, Perú. Publicado: 2018 [Internet] Disponible en línea: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/18013>

29. Serra Valdés Miguel, Cordero López Girelda, Viera García Marleny. El maltrato a los ancianos o el no mejor trato. Realidad y retos. Medisur [Internet]. 2018 Abr [citado 2019 Jul 26] ; 16(2): 233-240. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000200006
30. Organización Mundial de la Salud. “Envejecimiento y ciclo de vida. El maltrato de los ancianos”. [Internet] Citado 21 mayo 2019. Disponible en línea: https://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/?fbclid=IwAR3pUYLpa77XRrT9B_m4IXGeVLQMCcbxIEaqYuj3DFfu-5fJP11IXH8rZM4
31. Gancedo Baranda A. Abordaje integral del maltrato infantil. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 535-43. Disponible en línea: https://www.aepap.org/sites/default/files/535-544_abordaje_maltrato_infantil.pdf
32. Arriaga Ramos, Rosalinda. Tipos de maltrato y grado de funcionalidad familiar en adultos mayores de la UMF no. 75, Nezahualcóyotl, Estado de México” Universidad Autónoma del Estado de México. Fecha de Publicacion: 2013. [Internet] Citado: 17 julio 2019. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14016/396874.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Hernandez-Sampieri, Roberto; Mendoza Torres, Christian Paulina. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ed. Sexta. México. McGrawHill. Publicado: 15 Junio 2018

Apéndices

A. Operacionalización de variables



B. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A.C.
Incorporada a la UNAM
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave 8859-62
Con fecha de 06-08-2013 y acuerdo CIREyTG
36/13



Número de registro _____

MAYO DEL 2019

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
 PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio: Prevalencia de maltrato en adultos mayores según escala Geriatric Mistreatment Scale en asilos del sur de Veracruz.

Lugar: Casa de los abuelos Santa Felicitas Asilo Irsharai Asilo de Jesús

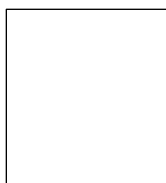
Estimado/a señor/a:

Usted ha sido invitado a participar en un proyecto de investigación, el cual pretende demostrar la Prevalencia de maltrato en adultos mayores según escala Geriatric Mistreatment Scale en asilos del sur de Veracruz. Así mismo, proporcionar información local sobre la situación actual del maltrato en los adultos mayores en una institución de cuidado gracias a las posibles cifras encontradas se tomará consciencia no solo en el personal de salud sino en la población general. El objetivo general es determinar la prevalencia de maltrato en adultos mayores.

Si usted accede a participar es necesario que considere que la investigación no contiene ningún tipo de riesgo, ya que solo se plantearán distintas preguntas sobre el trato que usted recibe en esta institución; los datos proporcionados serán totalmente confidenciales y se utilizarán solo con el propósito antes mencionado. Para consentir participar en dicha investigación solo deberá proporcionar su huella o firma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a los investigadores responsables: C. Saraí Gutiérrez Mancilla y C. Óscar Oswaldo Sánchez Carrillo, estudiantes de licenciatura en enfermería en la Universidad de Sotavento.

Colaboradores: Claudia Alicia Vigil Pérez (Subjefe de Educación e Investigación en Enfermería y Áreas Técnicas) y Kevin Mujica Armenta (Académico de la facultad de enfermería de la Universidad de Sotavento).



 FIRMA DEL PARTICIPANTE

HUELLA DEL PARTICIPANTE

C. _____
FIRMA DEL INVESTIGADOR 1 FIRMA DEL INVESTIGADOR 2

Cédula de Datos Personales

Edad: _____

Sexo: Hombre Mujer

Tiempo de estancia: _____

Dependencia: NO SI

Indique: _____

D. Geriatric Mistreatment Scale (GMS)



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A.C.
 Incorporada a la UNAM
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
 Clave 8859-62
 Con fecha de 06-08-2013 y acuerdo CIREyTG 36/13



ESCALA GERIATRICA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR					
	A Si su respuesta es sí pase a B	B ¿Esto ocurrió...	C ¿Desde hace cuantos años ocurre esto?	D Quien fue el responsable PARENTESCO	E ¿Es hombre o mujer?
Durante los últimos meses a usted...	0 No 1 Sí *No respondió	1.Una vez 2.Pocas veces 3.Muchas veces 99.No respondió	01 un año y menos 98 no recuerda	<i>Registrar parentesco que tiene con la persona mayor</i>	1.Hombre 2.Mujer
FISICO					
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?					

ESCALA GERIATRICA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR					
	A Si su respuesta es sí pase a B	B ¿Esto ocurrió...	C ¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	D Quien fue el responsable PARENTESCO	E ¿Es hombre o mujer?
Durante los últimos meses a usted...	0 no 1 sí *No respondió	1.Una vez 2.Pocas veces 3.Muchas veces 99.No respondió	01 un año y menos 98 no recuerda	<i>Registrar parentesco que tiene con la persona mayor</i>	1.Hombre 2.Mujer
PSICOLOGICO					
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 le visiten?					
NEGLIGENCIA					
12. ¿Le han dejado de proporcionar ropa, calzado, etc?					
13.¿Le han dejado de suministrar medicamentos que necesita?					
14. ¿Le han negado protección cuando la necesita?					
15.¿Le han negado acceso a la casa que habita?					

ESCALA GERIATRICA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR					
	A Si su respuesta es si pase a B	B ¿Esto ocurrió	C ¿Desde hace cuantos años ocurre esto?	D Quien fue el responsable PARENTESCO	E ¿Es hombre o mujer?
Durante los últimos meses a usted...	0 No 1 Sí *No respondió	1.Una vez 2.Pocas veces 3.Muchas veces 99.No respondió	01 un año y menos 98 no recuerda	<i>Registrar parentesco que tiene con la persona mayor</i>	1.Hombre 2.Mujer
ECONOMICO					
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 de su propiedad de su pertenencia sin su conocimiento?					
20.¿Le han presionado para que deje de ser usted propietario de su casa o de alguna otra propiedad?					
SEXUAL					
21.¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?					
22.¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?					
TOTAL	_____ /22 Maltrato: Si ① No ②				
<i>Fuente: Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O, Geriatr Gerontol Int. 2013 Apr;13(2)</i>					