



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.15

**IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS
MAYORES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15 DEL IMSS**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

JOSÉ CARLOS VIZCAYA RAMÍREZ

ASESORES DE TESIS:

ANA GLORIA TORO FONTANELL
EDUARDO VILCHIS CHAPARRO

Facultad de Medicina



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. ABRIL 2024



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.

**“IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15 DEL IMSS”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
JOSÉ CARLOS VIZCAYA RAMÍREZ

AUTORIZACIONES:

DRA. BARRIOS DOMINGUEZ LIDYA CRISTINA
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15 PRADO CHURUBUSCO

DRA. GARCIA CERVANTES NANCY
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15 PRADO CHURUBUSCO

DRA. ROCHA RODRIGUEZ MARIA YOLANDA
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15 PRADO CHURUBUSCO

**“IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15 DEL IMSS”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
JOSÉ CARLOS VIZCAYA RAMÍREZ

AUTORIZACIONES:

ASESOR DE TESIS

DRA. TORO FONTANELL ANA GLORIA
MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN ADMINISTRACION DE HOSPITALES Y SALUD PUBLICA
DOCTORA EN ALTA DIRECCION EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA EDUCACION
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA FAMILIAR
DOCTOR EN ALTA DIRECCION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

**“IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15 DEL IMSS”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
JOSÉ CARLOS VIZCAYA RAMÍREZ

DR. SANTACRUZ VARELA JAVIER
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. HERNANDEZ TORRES ISAIAS
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. LOPEZ ORTIZ GEOVANI
COORDINADOR DE INVESTIGACION
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

Identificación de Violencia en Pacientes Adultos Mayores en la Unidad De Medicina Familiar No. 15 del IMSS

Autores: José Carlos Vizcaya Ramírez¹, Ana Gloria Toro Fontanell² Eduardo Vilchis Chaparro³

1. Médico Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. UMF No. 15 "Prado Churubusco" IMSS

2. Médico Especialista en Medicina Familiar. Jefatura de Consulta Externa. UMF No. 15 "Prado Churubusco" IMSS

3. Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Medico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, CMNSXXI IMSS

Antecedentes: Violencia Familiar: Acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro(s) integrantes de la misma, sin importar si la relación sea parentesco consanguíneo, de afinidad o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra. Es una de las violaciones a los derechos humanos más flagrante, los miembros lo manifiestan de distintas formas. Existirán integrantes con mayor riesgo de sufrirlas; los grupos vulnerables: niños(as), mujeres, personas con discapacidad y adultos mayores.

Objetivo: Identificar adultos mayores que sufren violencia familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, no comparativo, Criterios de inclusión; derechohabientes de la UMF No.15, con una edad mayor de 60 años, ambos sexos, que acepten participar en el estudio y cuenten con consentimiento informado firmado. Criterios exclusión: pacientes no pertenecientes a la UMF No.15, pacientes sin consentimiento informado firmado, que no sepan leer y escribir. Criterios de eliminación: Llenado incompleto de formatos de evaluación. Muestra: 365 pacientes, IC:90%. Variables del estudio: Edad, edad en rangos, sexo, parentesco del agresor, sexo del agresor y tipo de violencia. Instrumento de medición: GMS (Geriatric Mistreatment Scale).

Recursos:

Investigador, asesores, computadora, impresora, lápices, hojas blancas, los gastos del estudio serán financiados por el autor.

Infraestructura:

Instalaciones de la UMF No.15 IMSS

Experiencia del grupo:

Los investigadores son profesionales de la salud con conocimiento y experiencia en metodología de trabajos de investigación.

**“IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA
FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS
MAYORES EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 15 DEL
IMSS”**

Agradecimientos:

A Dios, principio y fin de todo.

A Toda mi familia

A A.A.Z. por su apoyo incondicional, por quedarse cuando todos se fueron, por todos sus abrazos, por todo su amor.

A mis asesores: Dra. Ana Toro y Dr. Eduardo Vilchis por ser modelo y ejemplo a seguir desde hace ya 10 años. Mi admiración, respeto y cariño siempre.

ÍNDICE:

MARCO TEÓRICO	6
ANTECEDENTES	20
JUSTIFICACIÓN	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
OBJETIVO	23
HIPOTESIS	24
MATERIAL Y METODOS	25
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	26
POBLACIÓN, UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL	27
MUESTRA	28
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	29
VARIABLES	30
DISEÑO ESTADISTICO	31
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	32
MÉTODO DE RECOLECCIÓN	32
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	33
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	35
CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	39
RESULTADOS	40
TABLAS Y GRAFICAS	45
DISCUSIÓN	62
CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFIA	66
ANEXOS	69

I. INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema de salud y social que se ha venido naturalizando, se reproduce a través de ideologías, de las instituciones, del imaginario social. La asimetría de poder de las relaciones y las desigualdades son dos de sus principales causas que explican el por qué hay grupos más susceptibles de vivir en situación de violencia. No es casualidad que en todo el mundo las mujeres, niños, niñas, ancianos, indígenas, discapacitados y las minorías sexuales sean más vulnerables debido a su posición de subordinación que ocupan en la sociedad. ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

La forma en que se concibe a la edad genera el imaginario colectivo, donde se les valora y categoriza como poco productivas, despojándolas de sus derechos más elementales por la sociedad como lo son: el trabajo, la vivienda, la salud, entre otras formas de intolerancia similares al racismo, homofobia o sexismo por mencionar algunos ejemplos. ⁽⁴⁾

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, una de cada seis personas mayores ha sido víctima de malos tratos; sin embargo, las estadísticas están muy lejos de la realidad, pues la mayoría de las veces no se denuncian, por protección al agresor, por miedo a represalias por desconocimiento de a ¿quién o cuál autoridad acudir? o en algunos casos por ignorancia del problema. ⁽¹⁾⁽⁵⁾

La violencia a adultos mayores es un fenómeno muy extendido, afecta todas las esferas: individual, familiar, social donde se incluyen las instituciones con su consecuente impacto negativo en su salud físico y emocional que debe visibilizarse a través del personal de salud sensibilizado y capacitado para su detección, todo conforme seguimiento y cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. ⁽⁵⁾⁽⁶⁾

Es importante mencionar que en este documento se empleará el término personas mayores, por ser el que considera la convención interamericana de protección de Derechos Humanos. ⁽⁴⁾

MARCO LEGAL

La Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 establece los criterios para observar, detectar, prevenir y orientar a personas usuaria de servicios de salud muy en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar y/o sexual, así como su notificación.

La Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, define en el numeral 4.27, como violencia familiar: “el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo de afinidad, o civil mediante

matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurran.”

Así mismo también la NOM-046-SSA2-2005 identifica como grupos en condición de vulnerabilidad a los que señala la Comisión Nacional de los Derechos Humanos “son aquellos grupos o comunidades que, por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género, o discapacidad, se encuentran en situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida y no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas”.⁽⁶⁾

La violencia familiar es un importante problema de salud pública, con importantes consecuencias físicas y mentales de las víctimas, desde 1980, en Canadá se considera la violencia al adulto mayor como delito.⁽⁷⁾

ESTADISTICA:

Según datos del Consejo Nacional de Población, para el año 2017 el número de personas en el país es de 123.5 millones. Entre 1997 y 2017 la población mayor a 60 años aumento de 6.4 a 10.5 por ciento, señala además que la base piramidal es cada vez más angosta debido a la reducción de la fecundidad y aumento en la esperanza de vida, generando una proporción más alta de adultos mayores (60 y más años).⁽⁴⁾

La ciudad de México figura como la segunda entidad federativa más poblada y envejecida de todo el país, con 7.9% de su población es adulta mayor; aproximadamente 8.8 millones de habitantes.⁽⁴⁾

Las personas adultas mayores son una de las poblaciones más vulnerables y expuestas a vivir violencia esto se ha ligado a su deterioro físico y cognitivo que los limitas a ser autónomos, de acuerdo con el Instituto Nacional de Geriátría el 27% de las personas adultas mayores sufren de alguna discapacidad, de estos el 60 % sufren alguna discapacidad permanente. Esta situación se agrava en personas adultas mayores que viven solas y necesitan cuidados.

Las mujeres por su condición de género están en mayor riesgo de violencia debido a que si bien la esperanza de vida es más alta que la del hombre (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores 2020, la esperanza de vida es de 78 años para mujeres y de 73 años para hombres), por lo general la mujer adulta llega a la vejez en peores condiciones de salud, debido a que se han dedicado a trabajos de cuidado y domésticos, significándoles no haber contado con un trabajo remunerado limitando sus recursos económicos y acceso a seguridad social. De acuerdo con el Instituto Nacional de las Mujeres (2015) sólo el 8.7% de las mujeres adultas mayores está pensionada o jubilada.⁽⁴⁾

Marco Internacional:

La Organización Mundial de la Salud, clasifica a las edades por las que atraviesa una persona mayor en las siguientes etapas:

Tercera edad: entre 60 y 74 años.

Cuarta edad: 75 a 89 años.

Longevos: 90 a 99 años

Centenarios: 100 o más años. ⁽⁴⁾

La edad y ancianidad aumenta la probabilidad de que se presenten alteraciones en la salud, que implican la mayoría de las veces la dependencia eventual de un cuidador. ⁽⁸⁾

La Organización Mundial de la Salud, definió violencia como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectiva, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. ⁽¹⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

Como resultado de esta declaración, la Organización Mundial de la Salud en 2002 publicó el primer informe mundial sobre violencia y salud, donde se reportan los diferentes tipos de violencia y señala su repercusión sobre la salud y la sociedad. ⁽¹¹⁾

En 2004 se publica la Guía Previniendo la violencia donde se menciona los pasos a seguir para el desarrollo de un plan nacional antiviolencia, señalando 5 áreas de acción: 1. Recolección de datos de violencia, 2. Investigar causas, consecuencias y posible prevención de Violencia, 3. Promover la prevención primaria, 4. Promover la igualdad social, de género y la equidad como medio preventivo de violencia, 5. Fortalecer los servicios de atención y asistencia a las víctimas. ⁽¹¹⁾

La declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores, patrocinada por el gobierno de Ontario, el día 17 de noviembre de 2002 se realiza la primera definición sobre el abuso de adultos mayores como: “un acto único o repetido, o la falta de acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor”. Diseñada en una reunión de expertos, en la que se hace un llamado a la acción; el maltrato de las personas mayores es un problema universal y reducirlo requiere de un enfoque multisectorial y multidisciplinario. ⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾

Ámbito Nacional

En los últimos 30 años, México ha sido parte de tratados internacionales que son base de la protección y reconocimiento de los derechos humanos de niños, niñas, mujeres, adolescentes y adultos mayores a vivir una vida libre de violencia, estos

tratados ante la comunidad internacional han sido la base de reformas legislativas a fin de crear un ámbito jurídico de protección a los derechos humanos. ⁽⁴⁾

En México, si bien las personas adultas mayores constituyen una población prioritaria para recibir recursos por parte del estado para su supervivencia; no todas ellas reciben el recurso, por no contar con algún documento que demuestre su edad, ni su identidad, como sucede en áreas apartadas de cabeceras municipales, o bien en algunas ocasiones se les despoje de estos recursos para cubrir los gastos de una familia extensa. ⁽⁴⁾

La condición de pobreza de muchas de las personas adultas mayores agrava su condición de edad, se hacen más vulnerables a vivir violencia, no solo económica, sino también física e incluso sexual. ⁽⁴⁾

Otra de las violencias sufridas y que se ha venido en incremento por este grupo es el abandono que viven por parte de sus familiares, tanto las que viven solas como aquellas que habitan en asilos. ⁽⁴⁾

TIPOS DE VIOLENCIA:

Violencia Psicológica: Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, puede consistir en: negligencia, descuido reiterado, insultos, abandono, celotipia, humillaciones, marginación, indiferencia, devaluación, rechazo, infidelidad, comparaciones destructivas, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales llevan a la víctima a la depresión, devaluación de autoestima, aislamiento e incluso al suicidio. Es el tipo de violencia más frecuente, junto a la falta de respeto al espacio personal. Las parejas, yernos, nueras y nietos fueron identificados como principales agresores, es importante mencionar que el 76% de las víctimas no buscaron ayuda. ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

Violencia Física: Cualquier acto que inflige daño, no accidental, usando la fuerza, algún tipo de arma u objeto que pueda provocar lesiones internas, eternas o ambas. El segundo tipo de violencia más frecuente. ⁽¹⁴⁾

Para algunos autores se contempla dentro de esta el abuso sexual. ⁽¹³⁾

Violencia Patrimonial: Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta como: sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, recursos económicos o derechos patrimoniales, destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar daños a los bienes comunes o propios de la víctima.

Violencia Económica: Es toda acción u omisión que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta con limitaciones a controlar el ingreso de sus percepciones económicas. El tercero más frecuente. ⁽¹⁴⁾

Violencia Sexual: Es cualquier acto que daña o degrada el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima, atenta contra la libertad, dignidad e integridad física. El quinto tipo de violencia al adulto mayor más frecuente. ^{(4) (5) (13) (14)}

Abandono: “Es el acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.” La Organización Panamericana de la Salud también menciona este tipo de violencia como Negligencia y puede ser intencionada o no. Se considera el cuarto tipo de violencia más frecuente. ^{(4) (5) (13) (14)}

Violencia Institucional: Mencionada en la Norma Oficial Mexicana 046, como una forma específica de abuso en que las instituciones públicas o privadas de salud u otro tipo que cometen hacia las personas, incluye la negación del tratamiento, no referir a otros servicios, largas esperas injustificadas o actos de discriminación, negación de medicamentos, maltrato verbal, entre otras. Se reconoce que 1 de cada 10 adultos mayores en el mundo sufre la violencia por parte las instituciones. ⁽¹⁴⁾

FACTORES DE RIESGO

Persona mayor

- ✓ Deterioro físico, mental o emocional que produce dependencia
- ✓ Aislamiento Social
- ✓ Cohabitación con él o la agresora
- ✓ Deterioro rápido que no permite la organización familiar
- ✓ Historia previa de violencia familiar
- ✓ Cambio frecuente de domicilio
- ✓ Desconocimiento de sus derechos

Cuidadores

- ✓ Cuidado único sin ayudas
- ✓ Cuidador poco preparado (empírico)
- ✓ Cuidador con problemas personales
- ✓ Dependencia económica de la persona mayor
- ✓ Mala relación previa entre cuidador y anciano

- ✓ Abuso de alcohol, fármacos y otras drogas
- ✓ Bajo nivel de estudios Familiares
- ✓ Falta de respuesta a demandas realizadas
- ✓ Falta de soporte familiar y/o institucional
- ✓ Falta de espacio en la vivienda
- ✓ Dificultades económicas
- ✓ Mala relación familiar (familias disfuncionales)

Entorno

- ✓ Recursos insuficientes para la atención a las personas mayores
- ✓ Desigualdades sociales
- ✓ Discriminación de los mayores por la edad
- ✓ Imágenes estereotipadas de la vejez como una carga
- ✓ Incumplimiento de leyes y normas
- ✓ Falta de servicios y profesionales de atención a las personas mayores.

(13) (14)

La literatura menciona que los abusos ocurren con mayor frecuencia en el ámbito doméstico por parte de los familiares de las víctimas, se identificaron como principales factores de riesgo en general: bajo nivel escolar, pertenecer a estratos socio económicos bajos, ser del sexo femenino y dependencia de la víctima a otros. Por parte del sujeto violentado se encontró como factores de riesgo la enfermedad mental y el abuso de sustancias. ^{(18) (19)}

En un estudio publicado en Colombia en el año 2012 demostró que el 45% de las personas donde se encontró violencia no registraron ingresos económicos en el último mes, por lo que es un importante factor de riesgo o gatillo de violencia al adulto mayor. ⁽²⁰⁾

DETECCIÓN:

Para poder detectar los casos de posible maltrato es necesario en primera instancia la definirlo y divulgarlo seguido de realizar sensibilización y concientización del problema. ⁽²¹⁾

Identificar factores de riesgo, así como el uso de instrumentos que permitan detectar dichos casos, teniendo en cuenta que puede existir resistencia por parte del paciente sobre informar aspectos de vida personal, por lo que en de suma importancia generar en primera instancia un ambiente de confianza. ^{(14) (22)}

Los síntomas de abuso y maltrato en personas adultas mayores pueden ser múltiples, se recomienda que ante sospecha de maltrato, se realice una evaluación por medio de examen físico y entrevista en privado. ^{(14) (22)}

Abuso físico:

- ✓ Evidencia de lesión, atención especial si son múltiples y con diferente etapa de resolución.
- ✓ Deshidratación / desnutrición.
- ✓ Fracturas sin causa aparente.
- ✓ Evidencia de heridas o lesiones no atendidas.
- ✓ Señales de haber sido atado, golpeado o amarrado.
- ✓ ETS en personas incapaces de consentirlos.

Por Medicación:

- ✓ Signos de intoxicación o ausencia de efecto por su subdosificación.

Abuso psicológico:

- ✓ Los comentarios se modifican si el paciente y cuidador se entrevistan por separado.
- ✓ Existe discurso despectivo que desvaloriza, infantiliza al adulto mayor.
- ✓ Se observa que cuenta comunicarse al paciente en presencia del cuidador.

Negligencia:

- ✓ Higiene deficiente, desnutrición, úlceras por presión hipotermia, medicamentos en valores Infraterapéuticos. ⁽¹³⁾

Es imperativo capacitar al personal de salud para identificar y gestionar los casos de sospecha de maltrato y brindar el apoyo adecuado en situaciones de riesgo. ⁽¹⁸⁾
⁽¹⁹⁾

La detección de maltrato a personas mayores es una prioridad de salud pública; se han identificado factores de riesgo para el violentado; sin embargo existen condiciones del cuidador que infringe violencia, se realizó en Barcelona un estudio para identificar estos factores: en primera instancia se identificó que el 82.2 % de los cuidadores son mujeres, con una edad promedio de 63.3 años, Los cuidadores y los cuidados vivían en el mismo hogar en un 87.4% de los casos, el 86.6 % referían tener una relación previa buena. Se encontró además que la sobrecarga de trabajo, la ansiedad y el bajo nivel educativo del cuidador como factores de riesgo para violentar adultos mayores, En otros estudios se encontró que el cuidador debido a lo anterior es más propenso a la acumulación de estrés y su asociación a un mayor riesgo de enfermar. ⁽⁸⁾ ⁽²³⁾

Mortalidad y Violencia al Adulto Mayor.

Se sospecha que la mortalidad de los adultos mayores descuidados es alta, pero realmente se sabía muy poco sobre esta situación, no existían datos duros que confirmaran estas sospechas. En 2008 se publica en *Journal of the American Medical Association* (Revista de la Asociación Médica Estadounidense) un estudio de cohorte prospectivo con al menos 9 años de seguimiento donde se tomó a 2812 adultos mayores (con al menos 65 años o más cumplidos en 1982), residentes de New Haven, donde el objetivo era investigar si existía o no asociación de mortalidad temprana con violencia en el adulto mayor.

En los primeros 9 años de inicio del estudio de cohorte, 176 miembros fueron atendidos por servicios de protección de ancianos por acusaciones verificadas de violencia; 10 de ellos (5.7%) fueron por abuso, 30 más (17%) por negligencia, 8 pacientes (4.5%) por explotación y 128 pacientes más (72.7%) por autodescuido.

Al final de 13 años de seguimiento, los miembros atendidos por maltrato tuvieron una supervivencia menor (9%), que los vistos por autodescuido (17%) y otros miembros de la cohorte no investigados (40%) ($P < 0,001$). Se concluyó entonces que el maltrato y descuido de ancianos reportados y corroborados se socia a una supervivencia más corta, incluso después del ajuste por otros factores que pueden causar mortalidad. ^{(15) (24)}

¿Violencia al Adulto Mayor y COVID-19?

Antes de la pandemia COVID-19, los casos de abuso a adultos mayores estadounidenses eran de 1 de cada 10. Se sospecha que la pandemia trajo consigo un aumento en el abuso a este grupo, en México en este mismo periodo, aumentaron a más del doble las denuncias por maltrato. El permanecer más tiempo en casa con el aumento secundario de factores estresantes, no contar con redes de apoyo por amigos externos podrían explicar el porqué de este fenómeno.

En Estados Unidos se realizó a 827 adultos mayores una prueba validada a través de 2 plataformas en línea durante el periodo de entre el 23 de abril y el 5 de mayo 2020, cuando todos los estados tenían la indicación de permanecer en casa, los resultados arrojaron que 1 de cada 5 personas mayores informo algún tipo de abuso, un aumento del 83.6% de las estimaciones previas a la pandemia. La tensión financiera se asoció con un mayor riesgo de abuso, quienes no la sufrían se encontró como factor protector para abuso a personas mayores. ⁽²⁵⁾

PREVENCIÓN:

La prevención de violencia al adulto mayor nos concierne a todos, a todas las disciplinas de salud, su incidencia es alta en todas las esferas, en un mundo que envejece es de carácter urgente dar la importancia que merece, mejorar la vigilancia y generar consciencia de este problema. ^{(14) (18) (26)}

Los profesionales de atención primaria de salud se encuentran en una posición privilegiada y oportuna para reconocer y gestionar los casos de sospecha de maltrato a personas mayores; sin embargo, existen estudios como el realizado en Coímbra Portugal donde se menciona que existe carencia de conocimientos de estos sobre la notificación obligatoria de abusos a las autoridades judiciales, algunos profesionales mencionan que este tema no estaba incluido en su plan de estudios de formación por lo que se ignora casi por completo su existencia. ⁽²⁷⁾

HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL ABUSO DE PERSONAS MAYORES.

Por medio de una revisión sistémica, Gallione Chiara, et al. Con el preámbulo de que el no reconocer la violencia en el adulto mayor podría tener grandes consecuencias para la salud del paciente. Se dieron a la tarea de revisar la eficacia y precisión de algunas herramientas de detección y medición del maltrato a adultos mayores. En esta revisión se incluyeron estudios de cohorte, observacionales, prospectivos y retrospectivos de todo el mundo, encontrando 11 herramientas de cribado dirigidas al personal de salud incluido enfermería. ⁽²⁸⁾

El primero de los instrumentos desarrollados fue H-S/EAST (Prueba de detección de abuso de personas mayores / Hwalek Sengstock), una herramienta de 15 ítems, seleccionados de un mar de más de 1000 ítems. Las preguntas de autoaplicación cubren tres temas: violación de los derechos personales o abuso directo, características de vulnerabilidad y posibles situaciones de abuso. Con un tiempo aproximado para resolverlo de 5 a 10 min. A través del análisis de chi-cuadrada, 9 de las 15 preguntas mostraron una diferencia significativa entre los grupos abusados y no abusados, a pesar de un alfa de Cronbach de 0,29 el cual según los autores sostienen que es bajo debido a que en el instrumento se abordan diferentes tipos de abuso. Es una herramienta de cribado breve, adecuada para varios entornos y siempre vista como un precursor para el desarrollo de instrumentos posteriores. A pesar de esto, todavía está en desarrollo y no ha sido completamente probado. ⁽²⁸⁾

El segundo instrumento fue VASS (Escala de detección para abuso de vulnerabilidad), representando una adaptación del instrumento anterior, para un total de 12 ítems de interés, con preguntas: (si/no), 10 de ellos del instrumento Sengstock y 2 ítems adicionales. Investigando 4 áreas principales: vulnerabilidad, dependencia, abatimiento y coerción, con 3 preguntas por tema. Se menciona que presentó alfas de Cronbach variables de 0.74 para "dependencia" y 0.31 para "coerción", lo que indica una confiabilidad interna de moderada a buena, apropiada para una herramienta de detección rápida. Ha mostrado resultados psicométricos prometedores, pero los autores reconocen que el problema sigue siendo la relación de confiabilidad y consistencia interna del factor coerción, mostrándose teóricamente consistente, pero con correlaciones modestas con variables que se hipotetizan como asociadas con factores probados. Y al igual que el previo, se sugiere continuar con su estudio. ⁽²⁸⁾

El tercer instrumento, es el canadiense, EASI (Índice de sospecha de abuso de ancianos), aplicándose en pacientes cognitivamente intactos (con test mini mental > o = de 24 puntos) capaces de entender inglés y/o francés. Consta de 6 ítems, los primeros 5 con preguntas dicotómicos (si/no) y la última basada en la observación del médico sobre la apariencia y comportamiento del paciente.

Refiriendo que la validación óptima de una herramienta de medición requiere la comparación con un estándar de oro; sin embargo, se mencionan las dificultades para crear un estándar de este tipo de estudio (abuso de personas mayores). Por lo

que se decidió complementar este instrumento con un test de trabajo social que cuenta con diferentes variables biopsicosociales, que incluyen edad, ocupación, historia social, país de origen, acontecimientos importantes de la vida, dinámica familiar, salud mental y física del sujeto, actividades de la vida diaria, actividades sociales, estado financiero entre otras, tomando en promedio para su realización 60 minutos. ^{(15) (28)}

Un cuarto instrumento, CASE (Cribado de abuso de cuidadores del anciano), de 8 ítems diseñado para evaluar la posibilidad de que un cuidador se convierta en un potencial abusador. Las preguntas se formulan para que el sujeto se sienta cómodo, respondiendo con sinceridad. Es una prueba de detección con una ejecución rápida. Las respuestas proporcionadas son dicotómicas (si/no). Una respuesta como “si” a una pregunta equivale a un punto. Una puntuación de cuatro o más puntos se considera un probable abuso; sin embargo, incluso al menos una sola respuesta afirmativa es digna de atención y estudio. ^{(15) (28)}

BASE (Cribado breve de abuso a los ancianos) es el quinto instrumento mencionado. Consta de 5 ítems, que se centran en el nivel de sospecha, el tipo de abuso y la inmediatez de la respuesta. ⁽²⁸⁾

Sexto instrumento, E-IOA (Indicadores de abuso de personas mayores), proporciona una buena validez y fiabilidad y es fácil de puntuar. Sin embargo, requiere profesionales capacitados para la administración, es débil en la identificación de áreas de abuso financiero y el tiempo de aplicación es largo (2 horas). ^{(15) (28)}

EAI (Instrumento de evaluación para ancianos), como séptimo instrumento, fue diseñado para detectar el abuso de ancianos en los departamentos de emergencia. Está específicamente validado para el personal de enfermería, quien realiza una entrevista individual y una evaluación física de la persona mayor requiriendo entre 12-15 minutos para realizarla. Consta de 41 ítems no puntuables, subdivididos en 7 áreas: valoración general, posibles indicadores de maltrato, negligencia, explotación económica, abandono, valoración final, comentarios y seguimiento. ^{(15) (28)}

El octavo instrumento, EPAS (Escala de abuso psicológico de ancianos), está culturalmente limitado a Taiwán, país donde fue realizado. Con 32 ítems orientados a la detección del maltrato, que se enfoca en la discusión, la observación activa y una entrevista con el cuidador. ⁽²⁸⁾

Como noveno instrumento, CPEABS (Escala de comportamiento de abuso psicológico del cuidador hacia el anciano), Una herramienta para la identificación del comportamiento abusivo por parte del propio cuidador. Consta de 20 ítems, calificados en una escala Likert de uno a cuatro, que van desde: “1= nunca se comporta de esta manera”, hasta: “4= a menudo se comporta de esta manera”. ^{(15) (28)}

OAPAM (Medida psicológica del abuso de adultos mayores), décimo instrumento analizado, con 31 ítems con áreas detectadas: aislamiento, insensibilidad, falta de respeto, vergüenza, culpabilización, amenazas denunciadas, intimidación y otros factores de riesgo de confianza. ⁽¹⁵⁾ ⁽²⁸⁾

Por último, el OAFEM (Medida de explotación financiera para adultos mayores), es la única prueba validada que se centra en el abuso financiero. Se evalúan 25 ítems, con respuestas si/no, resultado 12 o más es indicativo de abuso financiero. ⁽¹⁵⁾ ⁽²⁸⁾

En este estudio concluyeron que existen y se ha probado diferentes herramientas; algunos han demostrado una consistencia interna de moderada a buena y algunos han sido validados para permitir una identificación temprana. ⁽²⁸⁾

Claro que no se puede recomendar una única herramienta puesto que se debe analizar el entorno para elegir la adecuada, tomando en cuenta la población de estudio y la posibilidad de utilizar múltiples herramientas en combinación, para evaluar todos o la mayoría de los aspectos de la violencia. ⁽²⁸⁾

Es importante mencionar que nunca la aplicación de un instrumento de cribado nos puede confirmar al 100% la presencia o no de maltrato. Para confirmar un caso, es necesaria una evaluación más detallada y profunda, que incluya además de la persona mayor; al probable maltratador y desglosar el contexto de la situación. ⁽²²⁾

Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor. (GSM)

Hasta 2012, en México no existía un instrumento que midiera y evaluara el maltrato en adultos mayores, por lo que Giraldo-Rodríguez y colaboradores se dieron a la tarea de crear y validar una, así que se en primera instancia se inició con una investigación documental y cualitativa para contextualizar el fenómeno del maltrato en nuestro país, con base en esto se creó un primer instrumento de 49 ítems, posteriormente se aplicó a 626 adultos mayores residentes de la Ciudad de México, tomando una muestra representativa probabilística por conglomerados, se realizó la estadística de estos datos para la reducción de 27 ítems, y posteriormente comprobar su consistencia y validez resultando en un instrumento de 22 ítems, que evalúa tanto maltrato físico, psicológico, económico, sexual y negligencia.

Durante el proceso de validación participaron 613 individuos con una edad media igual a 71.94 +- 8. Resultado de la construcción de 22 ítems, con una consistencia por coeficiente de Cronbach de 0.83 (adecuada); para la detección de violencia a adultos mayores a nivel nacional. Con la ventaja de ser rápida, simple, bajo costo, en idioma español, además de identificar qué tipo de posible violencia está viviendo el adulto mayor. Muestra ser la mejor opción para la población en América Latina.

Durante el análisis univariado se encontró factores asociados al maltrato que se reportan como: edad >80 años o más, sexo femenino, sin pareja, mal estado de salud, problemas de memoria, dependencia funcional y depresión. ⁽²⁹⁾

II. ANTECEDENTES

Las primeras publicaciones sobre maltrato al paciente mayor surgen a partir de finales de los años 70 en gran bretaña, con publicaciones realizadas por Baker y Burston (1975) donde se mencionaba únicamente el maltrato hacia mujeres mayores, aunque se limitaba al tipo físico y producido únicamente dentro del círculo familiar.

Sufren mayor violencia de los 70 años en adelante ⁽³⁾

III.- JUSTIFICACIÓN

Gracias a los avances de la ciencia y medicina la esperanza de vida en años es cada vez mayor; sin embargo, las funciones físicas y cognitivas no siempre se conservan o no en su totalidad, esto hace al adulto mayor más vulnerable y susceptible de ser violentado. Se estima que para 2050 los Adultos mayores sean la base de la pirámide poblacional.

Los casos de Violencia al Adulto Mayor que encuentra el médico de primer contacto son cada vez más, no precisamente como motivo de consulta; si no por lo que refiere el paciente desde su arribo a la unidad, el desarrollo de su atención hasta su salida de la primera.

La violencia al adulto mayor es un problema de salud pública y es necesario su estudio, su medición, identificar sus factores de riesgo y protectores.

La Norma Oficial Mexicana 046 es muy clara: se debe prevenir, detectar precozmente, identificar, orientar y notificar cualquier tipo de acto u omisión que involucre situaciones de violencia dentro de los miembros de la familia independientemente del espacio físico donde ocurra.

El presente estudio persigue evidenciar de manera objetiva un fenómeno social ya conocido por la *vox pupilli*, sus variables, sus actores principales y su tiempo de evolución, con un instrumento de bajo costo, validado para población mexicana, de bajo costo, y de fácil aplicación.

Estudios previos en el resto del mundo han arrojado datos duros que han servido para identificar y dar seguimiento a los casos de violencia en el adulto mayor, al realizar este estudio dentro la población de la Unidad de Medicina Familiar 15, podremos comprobar nuestra hipótesis, comparar los resultados con estudios previos antes mencionados, además de la posibilidad de poder identificar áreas de oportunidad para la población general, el personal de salud y así evitar su incidencia en un futuro.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia familiar en los adultos mayores siempre ha existido; pero ha pasado desapercibida y se ha tomado como algo aparentemente normal por lo común que son los actos de acción o inacción que se presentan día a día; en la mayoría de las veces no es identificado por el personal de salud, la familia, ni por el propio paciente; por lo que no se busca solución a un problema que no se sabe que existe; sin embargo la literatura médica, la estadística nacional e internacional apuntan a que es tan real que existen consecuencias para el paciente, familia y sociedad.

Tomando esta información como referencia, surge la pregunta de investigación de este trabajo:

¿Existen casos de violencia a adultos mayores en la UMF 15 del IMSS?

V.- OBJETIVOS

Objetivo general:

- Identificar adultos mayores que sufren violencia familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 15 del IMSS.

Objetivos específicos:

- Identificar el tipo de violencia familiar más frecuente.
- Identificar la prevalencia de género de los adultos mayores que sufren violencia familiar.
- Identificar el género y parentesco familiar más frecuente del agresor respecto de la víctima.

VI.- HIPOTESIS DE TRABAJO

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

Hipótesis de trabajo

- Los pacientes adultos mayores de la UMF #15 presentan al menos algún tipo de violencia familiar.
- Los pacientes adultos mayores de la UMF #15 que presentan violencia familiar, predomina la del tipo negligencia.

Hipótesis nula (H_0)

- Los pacientes adultos mayores de la UMF #15 no presentan algún tipo de violencia familiar.

Hipótesis alterna (H_1)

- Los pacientes adultos mayores de la UMF #15 que presentan violencia familiar en su mayoría son mujeres.

VII.- MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Este es un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional

- a) **DESCRIPTIVO:** Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados.
- b) **TRANSVERSAL:** Según el numero de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio.
- c) **PROSPECTIVO:** Según proceso de tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información.
- d) **OBSERVACIONAL:** Ya que la investigación solo va a describir el fenómeno estudiado.

CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE LLEVARÁ ACABO EL ESTUDIO

Se realizará en la Ciudad de México en la Unidad de Medicina Familiar número 15 Prado Churubusco del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Delegación Coyoacán, habilitado para atender consultas de primer nivel de atención, y que cuenta con área de Atención Médica Continua (AMC) las 24 horas del día, de lunes a Domingo la cual tiene 3 consultorios y uno destinado para identificación de priorización de la atención, así como sala de observación con 5 camas de observación para adultos y 3 para pacientes pediátricos. Cuenta también con una sala para realizar vasectomías sin bisturí de manera ambulatoria y área para curaciones.

Esta unidad cuenta además con 32 consultorios de medicina familiar en turnos matutino y vespertino, servicio de unifila en ambos turnos, área de planificación familiar, trabajo social, Medicina Preventiva, Epidemiología, Consultorio de Nutrición clínica, Central de equipos y esterilización (CEyE) Consultorio de estomatología y laboratorio de análisis clínicos y Rayos X, farmacia, oficinas administrativas y archivo clínico.

Es una unidad céntrica con accesos disponibles para todos los usuarios (rampas y barandales para pacientes con discapacidades).

Según el censo poblacional del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, las alcaldías Iztapalapa y Coyoacán, de las cuales forma parte la población de la UMF 15, cuentan con 1,835,486 y 614,447 de habitantes respectivamente. Con base en la información obtenida del área de epidemiología, la unidad de medicina familiar no. 15 cuenta con una población de 59, 500 pacientes mayores de 60 años y de estos, 23, 868 son hombres y 35, 628 son mujeres.

Diseño y tipo de estudio: Transversal, prospectivo, observacional y descriptivo.

Universo de trabajo: Pacientes mayores de 60 años de edad, que acudan a consulta externa mensual en un periodo del 1º de Febrero al 30 de septiembre de 2024 en la unidad de medicina familiar no. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tamaño de la muestra: Se realizó el estudio aplicando la fórmula de proporciones finitas con un índice de confianza del 95% dando un total de 59, 550 participantes que corresponden a pacientes mayores de 60 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 15 en el periodo correspondiente del 01 de marzo de 2022 hasta el 30 de septiembre de 2023.

Se empleará una fórmula de estimación para una proporción y población finita.

Técnica de muestreo: No probabilística por conveniencia.

Tamaño de muestra total =

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

n= tamaño de la muestra que se requiere.

N=Total de la población

$Z_{\alpha}^2=1.96^2$ (nivel de seguridad del 95%)

p= Proporción esperada de la enfermedad

Q= 1 – P (complementario, sujetos que tienen una variable en estudio).

i= magnitud del error dispuesto a aceptar.

$$N= 59, 550$$

$$Z_{\alpha}^2=1.96^2 \text{ (nivel de seguridad del 95\%)}$$

$$p= 40\%=0.4$$

$$Q= 1 - 40\%=60\%=0.6$$

$$i= 5\%=0.05$$

$$\begin{aligned} n &= \frac{1.96^2(59550)(0.4)(0.6)}{0.05^2(59550 - 1) + 1.96^2(0.4)(0.6)} = \frac{(3.8416)(59550)(0.4)(0.6)}{(0.0025)(59549) + (3.8416)(0.4)(0.6)} \\ &= \frac{54904.1472}{148.8725 + 0.9219} = \frac{54904.1472}{149.7944} = 366.53 \approx 366 \end{aligned}$$

Tamaño de muestra: 366 pacientes

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 15.
- Con una edad mayor de 60 años
- Ambos sexos
- Que acepten participar en el estudio y cuenten con consentimiento informado firmado

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes no pertenecientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 15.
- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que no sepan leer y escribir.
- Pacientes menores de 60 años

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que contesten de forma inadecuada o incompleta los instrumentos de evaluación.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable independiente: Adulto mayor

Variable dependiente: Violencia familiar

VARIABLES UNIVERSALES:

- Edad
- Sexo
- Parentesco del agresor
- Sexo del agresor
- Tipo de violencia

DISEÑO Y OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Edad	Intervalo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual.	Años cumplidos por el paciente y anotados en el cuestionario.	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
Edad en rangos	Intervalo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual.	Años cumplidos en rangos por el paciente y anotados en el cuestionario.	Cualitativa Discreta	1. 60-70 años 2. 71-80 años 3. 81 o más años
Sexo	Variable Biológica y genética que divide a los seres humanos en 2 posibilidades.	Con base a lo registrado en el cuestionario.	Cualitativa Nominal	1. Hombre 2. Mujer
Parentesco del Agresor	Lazo que se constituye por consanguinidad, adopción o afinidad	El paciente indicará en el cuestionario que lazo constituye con el agresor.	Cualitativa nominal	1. Pareja 2. Hijos 3. Hermanos 4. Yerno / Nuera 5. Otros
Sexo del Agresor	Variable Biológica y genética que divide a los seres humanos en 2 posibilidades.	Con base a lo registrado en el cuestionario.	Cualitativa Nominal	1. Hombre 2. Mujer
Tipo de Violencia	El uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectiva, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.	Con base a lo registrado en el cuestionario. A partir del instrumento: "GSM"	Cualitativa Nominal	1. Físico 2. Psicológico 3. Negligencia 4. Económico 5. Sexual

Elaboró: José Carlos Vizcaya Ramírez

DISEÑO ESTADÍSTICO

Terminada la recolección de información del test GMS, se realizará una base de datos en un libro de Excel, se recodificarán las respuestas y se hará una migración de datos al programa: IBM SPSS 22, posterior a esto se realizará lo siguiente:

- ✓ En el primer nivel de análisis se realizará estadística descriptiva para medidas de tendencia central, así como medidas de dispersión.
- ✓ Se realizarán tablas de frecuencia y porcentajes según las categorías de las variables en estudio.
- ✓ En el segundo nivel se realizará razón de momios para asociar factores y variables del estudio.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

La GMS (Geriatric Mistreatment Scale), es un instrumento para medir y evaluar el maltrato al adulto mayor, validado por Giraldo-Rodríguez y Rosas-Carrasco (México, INGER-2012), creado a partir de una exhaustiva investigación documental, cualitativa y cuantitativa, con una aceptable consistencia interna y adecuada validez predictiva, recomendable para la evaluación e identificación de los diferentes tipos de maltrato: físico, psicológico, negligencia, económico y sexual. Nace debido a la inexistencia de un instrumento con suficiente validez en habla hispana para medir e identificar el tipo de violencia vivido por los adultos mayores.

La escala geriátrica de maltrato (GMS) nos permite detectar a partir de 22 ítems dándole valor de 1 punto a cada uno; si al menos contiene una respuesta afirmativa se considera un posible maltrato, clasificándolo además por tipo de maltrato.

Dentro de sus múltiples ventajas podemos mencionar que: se puede aplicar con facilidad por los pocos requerimientos que necesita como lo es el formato impreso, pluma, un espacio físico de preferencia libre de distracciones y con un tiempo de aplicación muy breve que va de los 5 a los 10 minutos. Además, al ser un cuestionario dirigido (heteroaplicación), las limitaciones auditivas y visuales en el adulto mayor disminuyen el sesgo por un posible mal entendimiento o llenado del cuestionario.

La consistencia interna de la escala geriátrica de maltrato es adecuada con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.83.

Sus puntos de corte son los siguientes:

1. Posible Violencia Física: 1 Punto
2. Posible Violencia Psicológica: 1 Punto
3. Posible Violencia Negligencia: 1 Punto
4. Posible Violencia Económica: 1 Punto
5. Posible Violencia Sexual: 1 Punto

VIII.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Dentro de la Unidad de Medicina Familia No. 15 se identificarán en la consulta externa y Atención Medica Continua a pacientes adultos mayores de 60 años cumplidos, hombres y mujeres independientemente de las comorbilidades que padezca, se realizará test de heteroaplicación previo consentimiento informado y de manera privada, se capturarán los resultados de los mismos, se construirá una base de datos en un paquete estadístico y posteriormente se realizará el análisis de datos estadístico. Se elaborará la presentación oral para exponer ante las autoridades correspondientes los resultados obtenidos. Se realizará durante el periodo del 1º de marzo al 31 de diciembre de 2023 en la Unidad de Medicina Familiar No. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social. El instrumento de medición utilizado para conocer si existe y el tipo de violencia será la GMS (Geriatric Mistreatment Scale), tal instrumento es de heteroaplicación, de libre acceso y validados para la población mexicana.

Control de sesgos de información:

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.
- El formato para la recolección de los datos fue sometido a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de datos.

Control de sesgos de selección:

- Se elegirán grupos representativos con base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Control de sesgos de medición:

- Se aplicará el instrumento de medición denominada Escala Geriátrica de Maltrato (GMS) el cual está validado para la población mexicana.

Control de sesgos de análisis:

- Para minimizar errores en el proceso de captura de información, se verificarán los datos recabados.
- Los resultados serán analizados mediante el programa validado SPSS versión 22 de Windows, que servirá para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtendrán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor

máximo) estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza.
Además de frecuencias y porcentajes.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos humanos:

- Investigador: José Carlos Vizcaya Ramírez
- Directora de protocolo: Ana Gloria Toro Fontanell
- Aplicador de encuestas: José Carlos Vizcaya Ramírez
- Recolector de datos: José Carlos Vizcaya Ramírez
- Asesor metodológico: Eduardo Vilchis Chaparro

Físicos:

- Unidad de Medicina Familiar Numero 15 “Prado Churubusco”, en el área de consulta externa y atención médica continua.

Materiales:

- Instrumento GMS
- Computadora PC
- Lápices, borradores, plumas, engrapadora, grapas, hojas de papel para fotocopias

Financieros:

- Los gastos que se generen en este estudio se llevarán a cabo con recursos propios del investigador.

TÍTULO	TIPO	NÚMERO	COSTO (\$)
RECURSOS HUMANOS	Encuestador	1	
RECURSOS MATERIALES	Computadora	1	8000
	Impresora	1	1500
	Tinta para impresora	1	1000
	Hojas blancas	800	750
	Lápices	10	30
	Internet	1	800
	Fotocopias	800	800
	Calculadora	1	250
	Programa SPSS	1	7500
	Diccionario	1	500
FINANCIAMIENTO	El estudio fue financiado por el investigador.		21130

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México, toda la información se manejó de forma confidencial y con fines de investigación. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación

El estudio está bajo la consideración del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Ley General de Salud

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación.

Según el Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en su artículo 17 esta investigación se considera del Tipo I: sin riesgo, pues no se realiza algún tipo de modificación y/o alteración en las variables psicológicas, psicológicas ni sociales; por lo tanto, no hay riesgo de consecuencias negativas o daño alguno a los sujetos de estudio.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4º. De la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, 3º. Fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 47 fracciones III y IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 2º. fracción VII, 3º. fracciones I, II y IX, 13 apartado A fracciones I, II y IX, 45, 48, 78, 79, 81, 96, 98, 99, 100, 101, 102 y 103 de la Ley General de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3º., 4º., 5º., 22, 62, 78, 108, 115, 116 y 119 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; 2º. apartado A fracción I, 8º. fracción V y 9º. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Conflictos de Interés

Para la realización de este estudio es importante mencionar que ninguno de los participantes del grupo de investigadores tuvo conflicto de interés, ya que no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ÓRGANO DE OPERACIONES ADMINISTRATIVAS DESCONCENTRADAS DF SUR
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15 "PRADO CHURUBUSCO"
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION EN SALUD

TITULO: Identificación De Violencia Familiar En Pacientes Adultos Mayores En La Unidad De Medicina Familiar No. 15 Del IMSS.

INVESTIGADORES: Ana Gloria Toro Fontanell JDC UMF15 Matricula: 99379059 Correo Electrónico: ana.toro@imss.gob.mx, Eduardo Vilchis Chaparro Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, CMNSXXI Matricula: 99377278 Correo Electrónico: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx, José Carlos Vizcaya Ramírez R3MF UMF 15 Matricula 97383989 Correo electrónico: karlosv29@gmail.com. P=PROGRAMADO R=REALIZADO

FECHA	MAR 2020	ABR 2020	MAY 2020	JUN 2020	JUL 2020	AGO 2020	SEP 2020	OCT 2020	NOV 2020	DIC 2020	ENE 2021	FEB 2021
TITULO	P R											
ANTECEDENTES	P R											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	P R											
OBJETIVOS		P R										
HIPOTESIS		P R										
PROPOSITOS			P R									
DISEÑO METODOLOGICO				P R								
ANALISIS ESTADISTICO					P R							
CONSIDERACIONES ETICAS						P R						
RECURSOS							P R					
BIBLIOGRAFIA								P R	P R			
ASPECTOS GENERALES										P R	P R	
ACEPTACION												P R

FECHA	MAR 2021	ABR 2021	MAY 2021	JUN 2021	JUL 2021	AGO 2021	SEP 2021	OCT 2021	NOV 2021	DIC 2021	ENE 2022	FEB 2022
PRUEBA PILOTO	N/A											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		P R	P R	P R								
RECOLECCION DE DATOS					P R	P R	P R	P R	P R			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									P R			
ANALISIS DE DATOS									P R			
DESCRIPCION DE DATOS										P R		
DISCUSIÓN DE DATOS											P R	
CONCLUSION DEL ESTUDIO											P R	
INTEGRACION Y REVISION FINAL											P R	
REPORTE FINAL											PR	
AUTORIZACIONES												PR
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												P R
PUBLICACION												P R

Elaboró: José Carlos Vizcaya Ramírez

RESULTADOS

Se estudió un total de 366 pacientes hombres y mujeres de 60 años de edad cumplidos o más, derechohabientes de la UMF No. 15, obteniendo la media de edad de 71.27 años, con una mediana de 70.5 años y una moda de 63 años. Además, cuenta con una desviación estándar de 7.740 años, varianza de 59.96 años, un rango de edad de 29 años, con un valor mínimo de 60 años y un valor máximo de 89 años. (Véase Tabla y Gráfica 1)

De acuerdo con la variable: sexo, se encontró que, de los 366 pacientes encuestados, 108 (29.5%) eran hombres, 258 (70.55%) eran mujeres. (Véase Tabla y Gráfica 2)

Se observó que, de los 366 pacientes entrevistados, 223 (60.9%) era habitantes de la alcaldía Iztapalapa, y 143 (39.1%) eran habitantes de la alcaldía Coyoacán. (Véase Tabla y Gráfica 3)

Con respecto a la sección de rango de edad en pacientes entrevistados, observamos 183 (50%) con rango de edad de 60 a 70 años, 128 (35%) de 71 a 80 años y 55 (15%) de 80 o más años. (Véase Tabla y Gráfica 4)

Se identificó que, en cuanto al rubro de violencia física de 366 pacientes entrevistados, 28 (7.7%) tuvieron algún episodio de este tipo y 338 (92.3%) no la presentaron. (Véase Tabla y Gráfica 5)

En cuanto al rubro de violencia psicológica se encontró que, de los 366 pacientes entrevistados, 76 (20.8%) tuvieron algún episodio de este tipo de violencia y 290 (79.2%) no la refirieron. (Véase Tabla y Gráfica 5)

De acuerdo con los datos obtenidos respecto a negligencia del total de encuestados, 37 (10.1%) refirió haber presentado un episodio de este tipo y 329 (89.9%) no la señalaron en la prueba GSM. (Véase Tabla y Gráfica 5)

En el tipo de violencia económica se obtuvo que, del total de entrevistados (366), 36 (9.8%) tuvieron algún evento de este tipo y 330 (90.2%) no la tuvieron según sus respuestas de la prueba GSM. (Véase Tabla y Gráfica 5)

Se encontró además que, en cuanto al tipo de violencia sexual valorado por el cuestionario GSM al total de nuestra muestra, 3 (0.8%) refirieron haber tenido algún episodio de este tipo y 363 (99.2%) no la refirieron según sus respuestas. (Véase Tabla y Gráfica 5)

De acuerdo con el Cuestionario GSM aplicado al total de nuestra muestra, identificó como responsable de violencia a la pareja en 51 ocasiones (13.9%), a los hijos en 67 ocasiones (18.35%), Hermanos 4 (1.1%), y en 4 ocasiones a otro tipo de persona (1.1%). (Véase Tabla y Gráfica 6)

En cuanto al sexo del agresor se identificó que 81 (22.1%) eran hombres y 45 (12.3%) resultaron según las encuestas; mujeres. (Véase Tabla y Gráfica 7)

En la categoría sexo y violencia física en pacientes entrevistados mayores de 60 años de la UMF-15, se visualizó que los hombres 7 (1.9%) tienen violencia física y 101 (27.6%) no la tienen, las mujeres 21 (5.7%) tiene violencia física y 237 (64.8%) no la refieren. Prueba Chi cuadrada p: 0.586 (Véase Tabla y Gráfica 8)

Con relación al sexo y violencia psicológica se observó que los hombres 25 (6.8%) refirieron violencia física y 83 (22.7%) no la tienen, las mujeres 51 (13.9%) refirieron violencia psicológica y 207 (56.6%) no la refieren. Prueba Chi cuadrada p: 0.467 (Véase Tabla y Gráfica 8)

En la variable sexo y violencia económica se encontró que los hombres 10 (2.7%) sufrieron violencia económica y 98 (26.8%) no la sufrieron con base a las respuestas del GSM Test. Las mujeres 26 (7.1%) refirieron haber tenido violencia económica, y 232 (63.4%) no la tuvieron. La Prueba Chi cuadrada de p: 0.811 (Véase Tabla y Gráfica 8)

En el apartado sexo y violencia sexual se analizó que 0 hombres (0%), no la mencionaron y 3 (0.8%) mujeres la sufrieron mientras que 255 (69.7%) no lo hicieron. La prueba Chi cuadrada de p: 0.260 (Véase Tabla y Gráfica 8)

Respecto a sexo y negligencia se detectó que los hombres 10 (2.7%) mencionaron Negligencia y 98 (26.8%) no hicieron mención de esta, 27 (7.4%) mujeres mencionaron sufrir negligencia y 231 (63.1%) refieren no haberla sufrido. Con una prueba Chi cuadrada p: 0.727 (Véase Tabla y Gráfica 8)

En lo referente a alcaldía y violencia física se encontró que en Iztapalapa 18 (4.9%) pacientes refirieron que existía violencia física y 205 (56%) refirieron que no existía. En la alcaldía Coyoacán se encontró que 10 (2.7%) pacientes refirieron que existía violencia física y 133 (36.3%) no existía. La prueba Chi cuadrada resultante fue p: 0.0705 (Véase Tabla y Gráfica 9)

En la valoración de alcaldía y violencia psicológica se documentó que en Iztapalapa en 42 (11.5%) encuestas se mencionó violencia psicológica y 181 (49.5%) no lo hicieron. En Coyoacán se mencionó en 34 (9.3%) ocasiones referentes a violencia psicológica y 109 (29.8%) no lo hicieron. Chi cuadrada p: 0.255 (Véase Tabla y Gráfica 9)

En el módulo de alcaldía y violencia económica con el cuestionario GSM se demostró que en Iztapalapa 24 (6.6%) contestaron tener violencia económica y 199 (54.4%) no la tuvieron, en Coyoacán contestaron 12 (3.3%) contestaron tener violencia económica y 131 (35.8%) contestaron no tenerla. La prueba Chi cuadrada p: 0.457 (Véase Tabla y Gráfica 9)

En la categoría alcaldía y violencia sexual en Iztapalapa, 2 (0.5%) encuestados comentaron tener violencia sexual y 221 (60.4%), comentaron no tener violencia sexual. En la alcaldía Coyoacán 1 (0.3%) de encuestados contestaron tener violencia sexual y 142 (38.8%) contestaron no tener violencia sexual. La Chi cuadrada fue de p: 0.838 (Véase Tabla y Gráfica 9)

Se analizaron y cruzaron los apartados alcaldía y negligencia y se halló que en Iztapalapa 19 (5.2%) encuestados mencionaron haber tenido negligencia y 204 (55.7%) mencionaron no haber tenido negligencia. En Coyoacán 18 (4.9%)

mencionaron haber tenido negligencia y 125 (34.2%) mencionaron no haber tenido negligencia. La Chi cuadrada fue de: 0.218 (Véase Tabla y Gráfica 9)

Con relación a la edad por rangos y violencia física se observó que 18 (4.9%) encuestados con una edad de entre 60 y 70 años reportaron haber tenido violencia física y 165 (45.1%) no la tuvieron, con respecto al rango de edad de entre 71 y 80 años de edad 5 (1.4%) reportaron tener violencia física y 123 (33.6%) no la tuvieron. En cuanto a la edad por rango de 80 o más años refirieron 5 (1.4%) tener violencia física y 50 (13.7%) no la tuvieron. La Chi cuadrada fue de p: 0.140 (Véase Tabla y Gráfica 10)

En las variables edad por rangos y violencia psicológica se encontró que 41 (11.2%) encuestados con una edad de entre 60 y 70 años reportaron haber tenido violencia psicológica y 145 (38.8%) no reportaron violencia psicológica, con respecto al rango de edad de entre 71 y 80 años de edad 24 (6.6%) reportaron tener violencia psicológica y 104 (28.4%) no reportaron violencia psicológica. En cuanto a la edad por rango de 80 o más años 11 (3.0%) refirieron tener violencia psicológica y 44 (12.0%) no refirieron violencia psicológica. La prueba de Chi cuadrada p: 0.728 (Véase Tabla y Gráfica 10)

Con base a las respuestas de la prueba GSM. En el apartado de edad por rangos y violencia económica se analizó y observo que 23 (6.3%) encuestados con una edad de entre 60 y 70 años reportaron haber tenido violencia económica y 160 (43.7%) no la tuvieron, con respecto al rango de edad de entre 71 y 80 años de edad 9 (2.5%) reportaron tener violencia económica y 119 (32.5%) no la tuvieron. En cuanto a la edad por rango de 80 o más años refirieron 4 (1.1%) refirieron tener violencia económica y 51 (13.9%) no la tuvieron. Prueba Chi cuadrada de p: 0.214 (Véase Tabla y Gráfica 10)

Respecto edad por rangos y violencia sexual se detectó que 3 (0.8 %) encuestados con una edad de entre 60 y 70 años reportaron haber tenido violencia sexual y 180 (49.2%) no tuvieron violencia sexual, con respecto al rango de edad de entre 71 y 80 años 0 (0%) reportaron tener violencia sexual y 128 (35.0%) no tuvieron violencia sexual. En cuanto a la edad por rango de 80 o más años 0 (0%) refirieron tener violencia sexual y 55 (15.0%) no tuvieron violencia sexual. Chi cuadrada de p: 0.220 (Véase Tabla y Gráfica 10)

En lo referente a edad por rangos y negligencia se halló que 19 (5.2%) de los encuestados con una edad de entre 60 y 70 años reportaron haber tenido negligencia y 164 (44.8%) no tuvieron negligencia, con respecto al rango de edad de entre 71 y 80 años de edad 14 (3.8%) reportaron tener negligencia y 114 (31.1%) no tuvieron negligencia. En cuanto a la edad por rango de 80 o más años refirieron 4 (1.1%) refirieron tener negligencia y 51 (13.9%) no tuvieron negligencia. Con una Chi cuadrada reportada de: 0.741 (Véase Tabla y Gráfica 10)

En la valoración y cruce de la variable responsable y violencia física se visualizó que la pareja en 14 (3.8%) de los encuestados reportaron haber tenido violencia física y 37 (10.1%) encuestados no tuvieron violencia física, siendo como responsable hijos en 12 (3.3%) de los encuestados reportaron tener violencia física

y 55 (15%) no tuvieron violencia física. En cuanto a responsable hermanos refirieron 0 (0%) tener violencia física y 55 (15%) mencionaron no tuvieron violencia física, otros en 2 (0.5%) encuestados mencionaron haber tenido violencia física y 2 (0.5%) no mencionaron haber tenido violencia física. La prueba de Chi cuadrada p: 0.000 (Véase Tabla y Gráfica 11)

En el módulo de responsable y violencia psicológica se encontró que la pareja en 41 (11.2%) de los encuestados reportaron haber tenido violencia psicológica y 10 (2.7%) encuestados no tuvieron violencia psicológica, siendo como responsable hijos en 27 (7.4%) de los encuestados reportaron tener violencia psicológica y 40 (10.9%) no tuvieron violencia psicológica. En cuanto a responsable hermanos refirieron 4 (1.1%) tener violencia psicológica y 0 (0%) mencionaron no tuvieron violencia psicológica, otros en 4 (1.1%) encuestados mencionaron haber tenido violencia psicológica y 0 (0%) no mencionaron haber tenido violencia psicológica, con datos obtenidos del cuestionario GSM. Prueba Chi cuadrada de p: 0.000 (Véase Tabla y Gráfica 11)

En la categoría responsable y violencia económica, se halló que la pareja en 17 (4.6%) de los encuestados reportaron haber tenido violencia económica y 34 (9.3%) de los encuestados no tuvieron violencia económica, siendo como responsable hijos en 15 (4.1%) de los encuestados reportaron tener violencia económica y 52 (14.2%) no tuvieron violencia económica. En cuanto a responsable hermanos refirieron 0 (0%) tener violencia económica y 4 (1.1%) mencionaron no tuvieron violencia económica, otros en 4 (1.1%) encuestados mencionaron haber tenido violencia económica y 0 (0%) no mencionaron haber tenido violencia económica. La prueba de Chi cuadrada p: 0.000 (Véase Tabla y Gráfica 11)

Se analizaron y cruzaron responsable y violencia sexual se identificó que la pareja en 2 (0.5%) de los encuestados reportaron haber tenido violencia sexual y 49 (13.4%) de los encuestados no tuvieron violencia sexual, siendo como responsable hijos en 1 (0.3%) de los encuestados reportaron tener violencia sexual y 66 (18%) no tuvieron violencia sexual. En cuanto a responsable hermanos refirieron 0 (0%) tener violencia sexual y 4 (1.1%) mencionaron no tuvieron violencia sexual, otros en 0 (0%) encuestados mencionaron haber tenido violencia sexual y 4 (1.1%) no mencionaron haber tenido violencia sexual. Chi cuadrada de p: 0.076 (Véase Tabla y Gráfica 11)

Con relación al responsable y negligencia se observó que la pareja en 12 (3.3%) de los encuestados reportaron haber tenido negligencia y 39 (10.7%) encuestados no tuvieron negligencia, siendo como responsable hijos en 22 (6%) de los encuestados reportaron tener negligencia y 45 (12.3%) no tuvieron negligencia. En cuanto a responsable hermanos refirieron 0 (0%) tener negligencia y 4 (1.1%) mencionaron no tuvieron negligencia, otros en 2 (0.5%) encuestados mencionaron haber tenido negligencia y 2 (0.5%) no mencionaron haber tenido negligencia. La Chi cuadrada fue de p: 0.000 (Véase Tabla y Gráfica 11)

En las variables sexo del agresor y violencia física se encontró que el agresor hombre 26 (7.1%) realizaron violencia física y 55 (15%) no la realizaron, las

agresoras mujeres 2 (0.5%) realizaron violencia física y 43 (11.7%) no la realizaron. La prueba de Chi cuadrada p: 0.000 (Véase Tabla y Gráfica 12)

En la valoración de sexo del agresor y la violencia psicológica se visualizó que el agresor hombre 55 (15%) realizaron violencia psicológica y 26 (7.1%) no la realizaron, las agresoras mujeres 21 (5.7%) realizaron violencia psicológica y 24 (6.6%) no la realizaron. Chi cuadrada obtenida de p: 0.000 (Véase Tabla y Gráfica 12)

En el apartado de sexo del agresor y violencia económica se halló que el agresor hombre 19 (5.2%) realizaron violencia económica y 62 (16.9%) no la realizaron, las agresoras mujeres 16 (4.4%) realizaron violencia económica y 29 (7.9%) no la realizaron. Prueba Chi cuadrada de p: 0.000 (Véase Tabla y Gráfica 12)

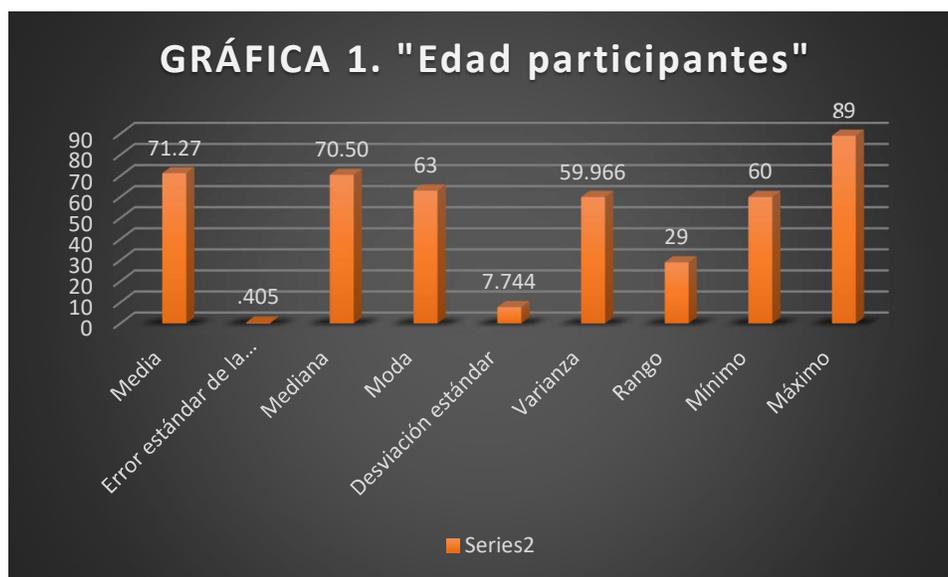
Respecto sexo del agresor y violencia sexual se detectó que el agresor hombre 3 (0.8%) realizaron violencia sexual y 78 (21.3%) no la realizaron, las agresoras mujeres 0 (0%) realizaron violencia sexual y 45 (12.3%) no la realizaron. Chi cuadrada de p: 0.005 (Véase Tabla y Gráfica 12)

En lo referente a sexo del agresor y negligencia y se descubrió que el agresor hombre 17 (4.6%) realizaron negligencia y 64 (17.5%) no la realizaron, las agresoras mujeres 19 (5.2%) realizaron negligencia y 26 (7.1%) no la realizaron. Con una Chi cuadrada reportada de: 0.000 (Véase Tabla y Gráfica 12)

TABLA 1. Medidas de tendencia central y dispersión de la variante Edad.

M.T.C.	EDAD
Media	71.27
Error estándar de la media	.405
Mediana	70.50
Moda	63
Desviación estándar	7.744
Varianza	59.966
Rango	29
Mínimo	60
Máximo	89

Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

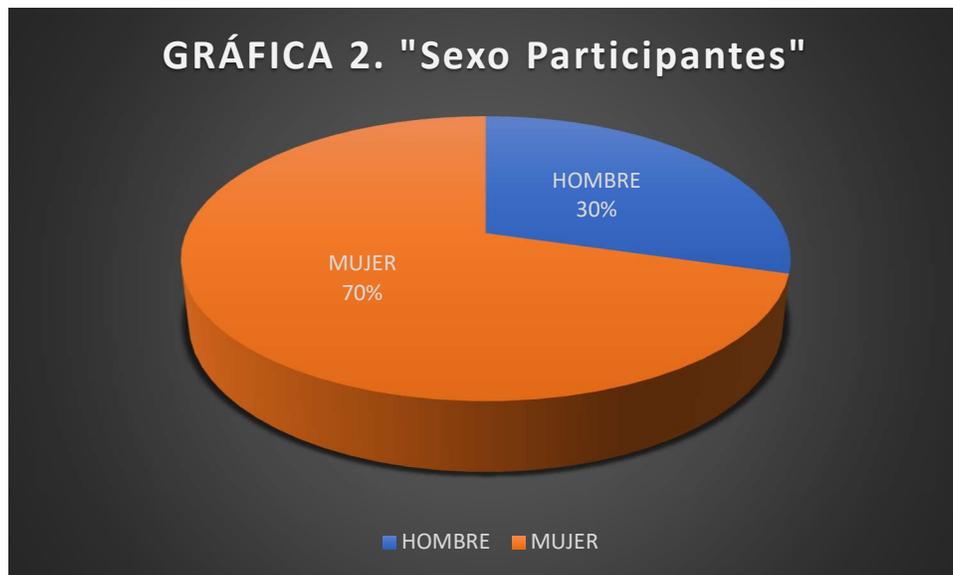


Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

TABLA 2. Frecuencia y porcentaje del Sexo de los Participantes.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
HOMBRE	108	29.5
MUJER	258	70.5
Total	366	100.0

Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

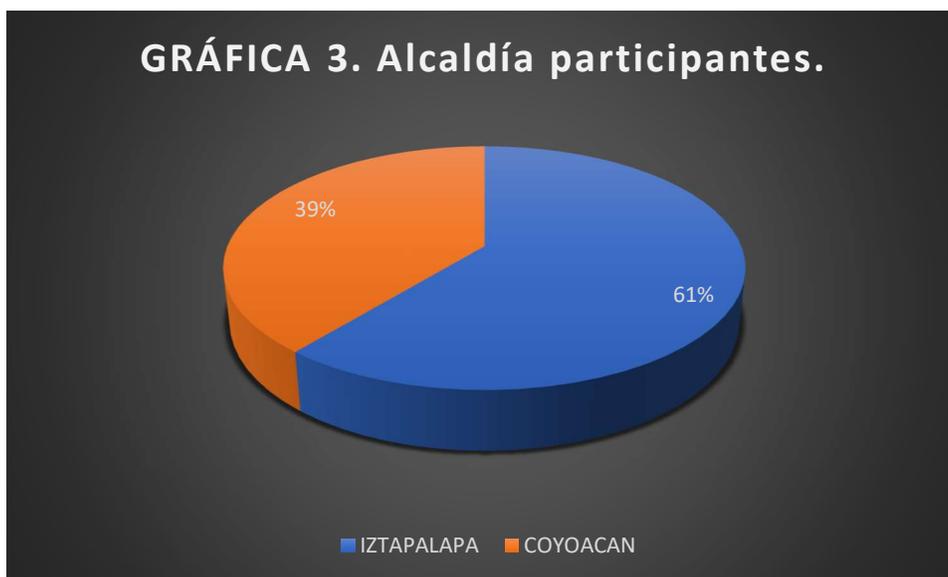


Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

TABLA 3. Frecuencia y porcentaje de la Alcaldía de los Participantes.

Alcaldía	Frecuencia	Porcentaje
IZTAPALAPA	223	60.9
COYOACÁN	143	39.1
Total	366	100.0

Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

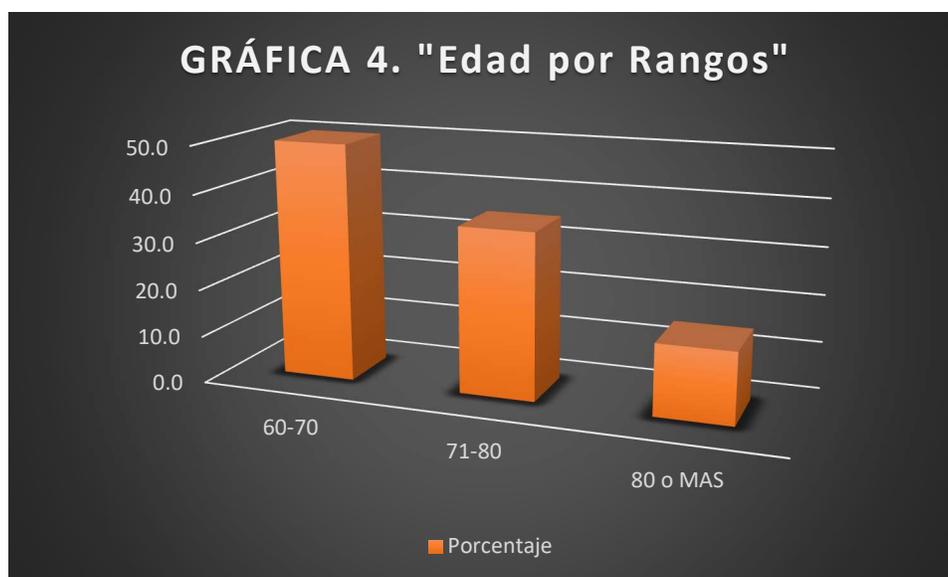


Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

TABLA 4. Frecuencia y porcentaje de Edad por Rangos de los Participantes.

Edad Rangos	Frecuencia	Porcentaje
60-70 AÑOS	183	50.0
71-80 AÑOS	128	35.0
80 o MÁS AÑOS	55	15.0
Total	366	100.0

Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

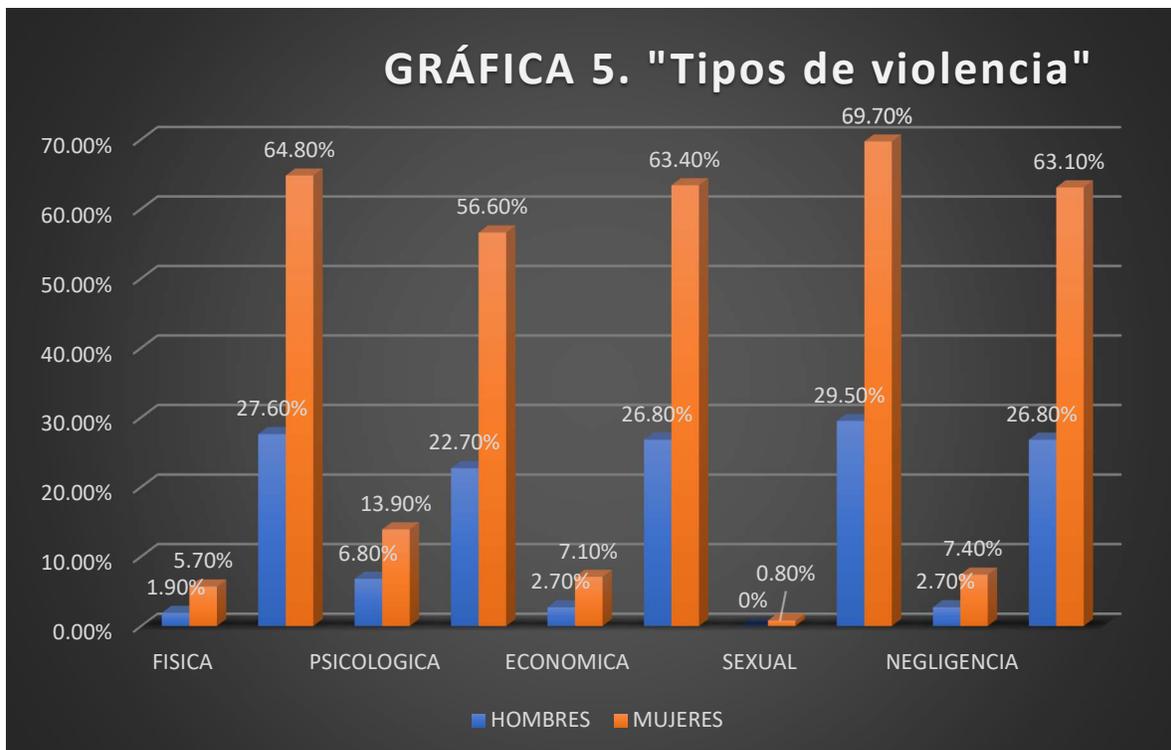


Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

TABLA 5. Porcentaje de Tipos de Violencia.

Violencia		Hombres	Mujeres
FISICA	TIENE	1.90%	5.70%
	NO TIENE	27.60%	64.80%
PSICOLOGICA	TIENE	6.80%	13.90%
	NO TIENE	22.70%	56.60%
ECONOMICA	TIENE	2.70%	7.10%
	NO TIENE	26.80%	63.40%
SEXUAL	TIENE	0%	0.80%
	NO TIENE	29.50%	69.70%
NEGLIGENCIA	TIENE	2.70%	7.40%
	NO TIENE	26.80%	63.10%

Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022



Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

TABLA 6. Frecuencia y porcentaje Parentesco del Responsable.

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
PAREJA	51	13.9
HIJO-HIJA	67	18.3
HERMANOS	4	1.1
OTROS	4	1.1
NO APLICA	240	65.6
Total	366	100.0

Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

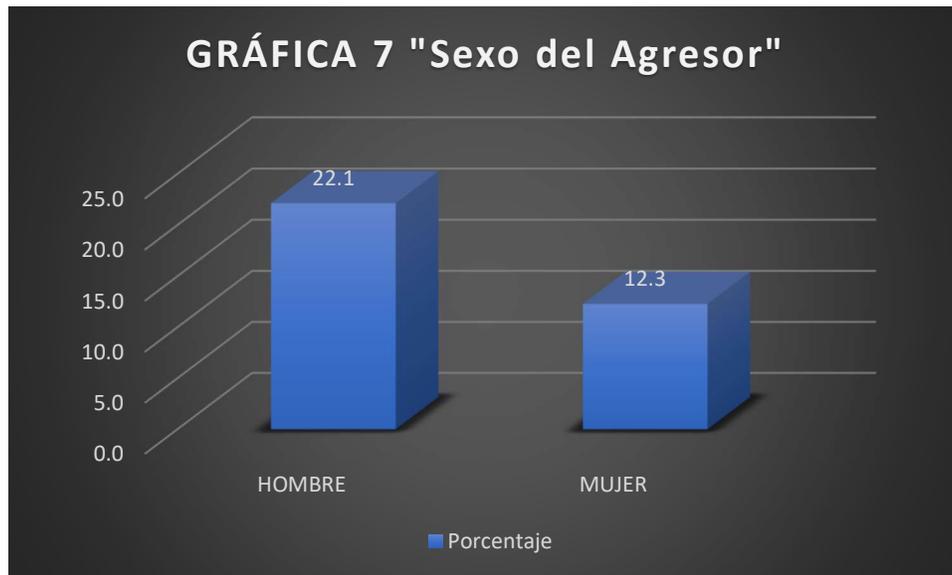


Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

TABLA 7. Frecuencia y porcentaje Sexo del Agresor.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
HOMBRE	81	22.1
MUJER	45	12.3
Total	366	100.0

Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

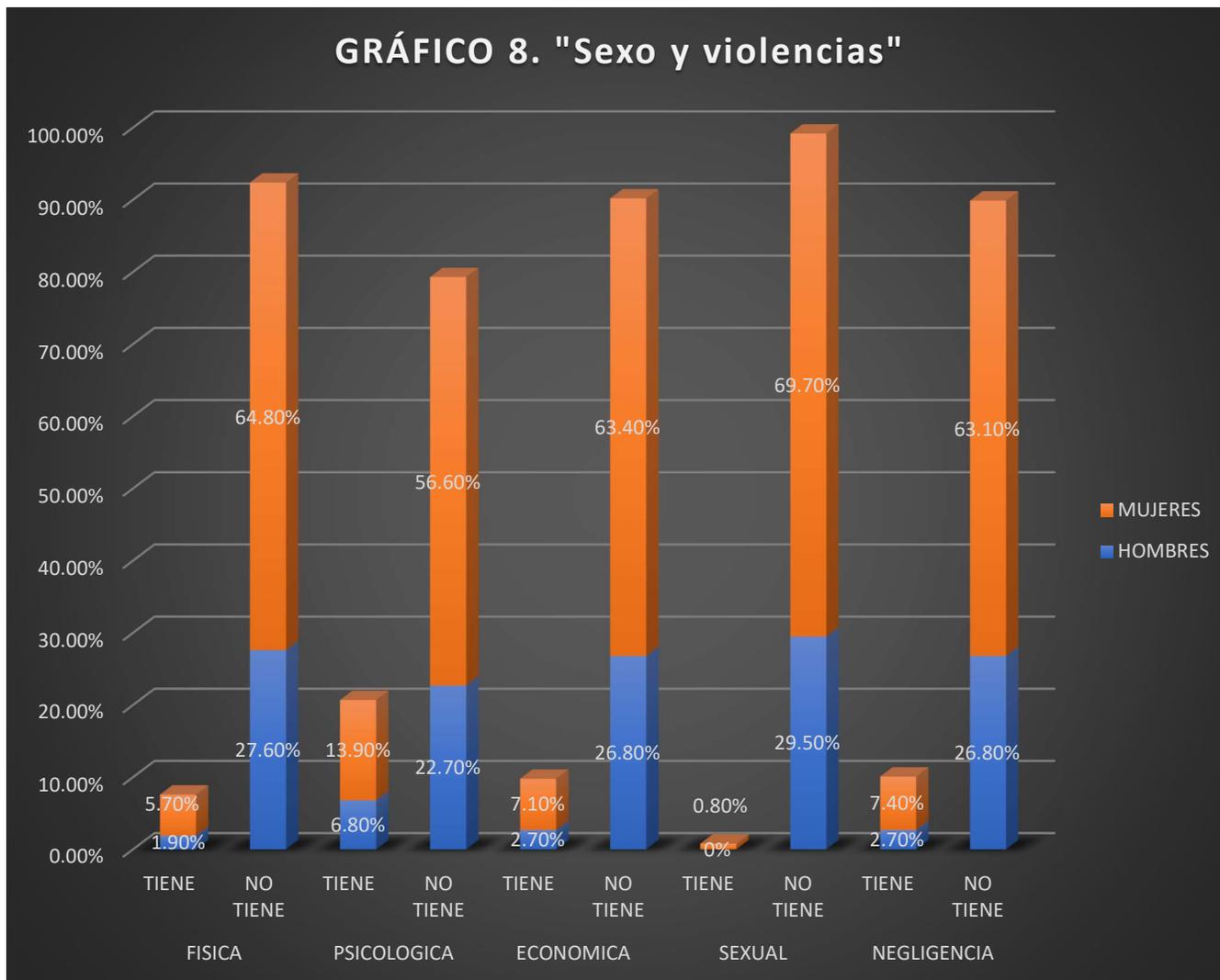


Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

TABLA 8. Sexo y Violencias.

Violencia			Hombre	Mujeres	p
FISICA	TIENE	N	7	21	0.586
		%	1.9%	5.7%	
	NO TIENE	N	101	237	
		%	27.6%	64.8%	
PSICOLOGICA	TIENE	N	25	51	0.467
		%	6.8%	13.9%	
	NO TIENE	N	83	207	
		%	22.7%	56.6%	
ECONOMICA	TIENE	N	10	26	0.811
		%	2.7%	7.1%	
	NO TIENE	N	98	232	
		%	26.8%	63.4%	
SEXUAL	TIENE	N	0	3	0.260
		%	0%	0.8%	
	NO TIENE	N	108	255	
		%	29.5%	69.7%	
NEGLIGENCIA	TIENE	N	10	27	0.727
		%	2.7%	7.4%	
	NO TIENE	N	98	231	
		%	26.8%	63.1%	

Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

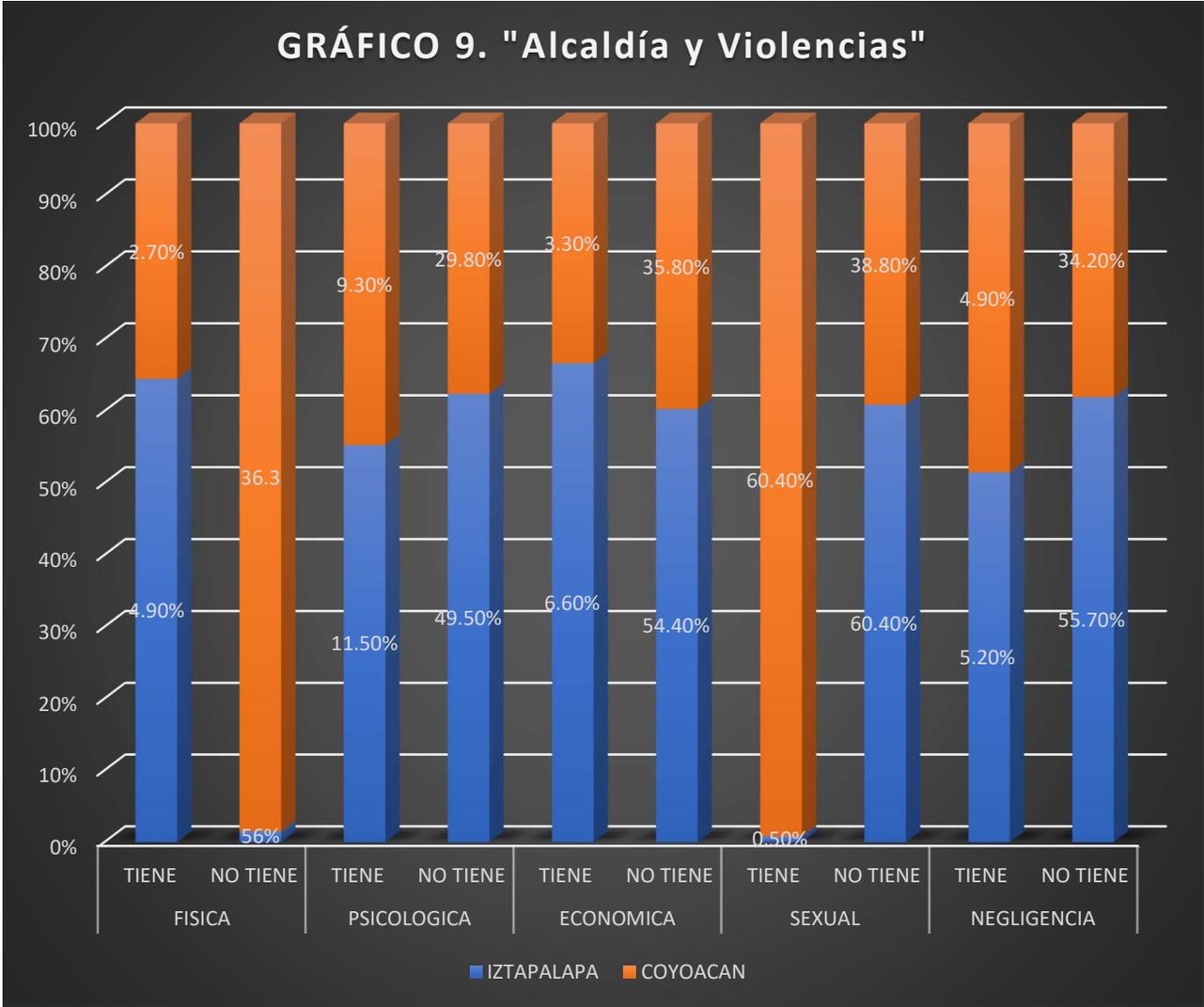


Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

TABLA 9. Alcaldía y Violencias.

Violencia			Iztapalapa	Coyoacán	p
FISICA	TIENE	N	18	10	0.705
		%	4.9%	2.7%	
	NO TIENE	N	205	133	
		%	56%	36.3	
PSICOLOGICA	TIENE	N	42	34	0.255
		%	11.5%	9.3%	
	NO TIENE	N	181	109	
		%	49.5%	29.8%	
ECONOMICA	TIENE	N	24	12	0.457
		%	6.6%	3.3%	
	NO TIENE	N	199	131	
		%	54.4%	35.8%	
SEXUAL	TIENE	N	2	221	0.838
		%	0.5%	60.4%	
	NO TIENE	N	221	142	
		%	60.4%	38.8%	
NEGLIGENCIA	TIENE	N	19	18	0.208
		%	5.2%	4.9%	
	NO TIENE	N	204	125	
		%	55.7%	34.2%	

Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

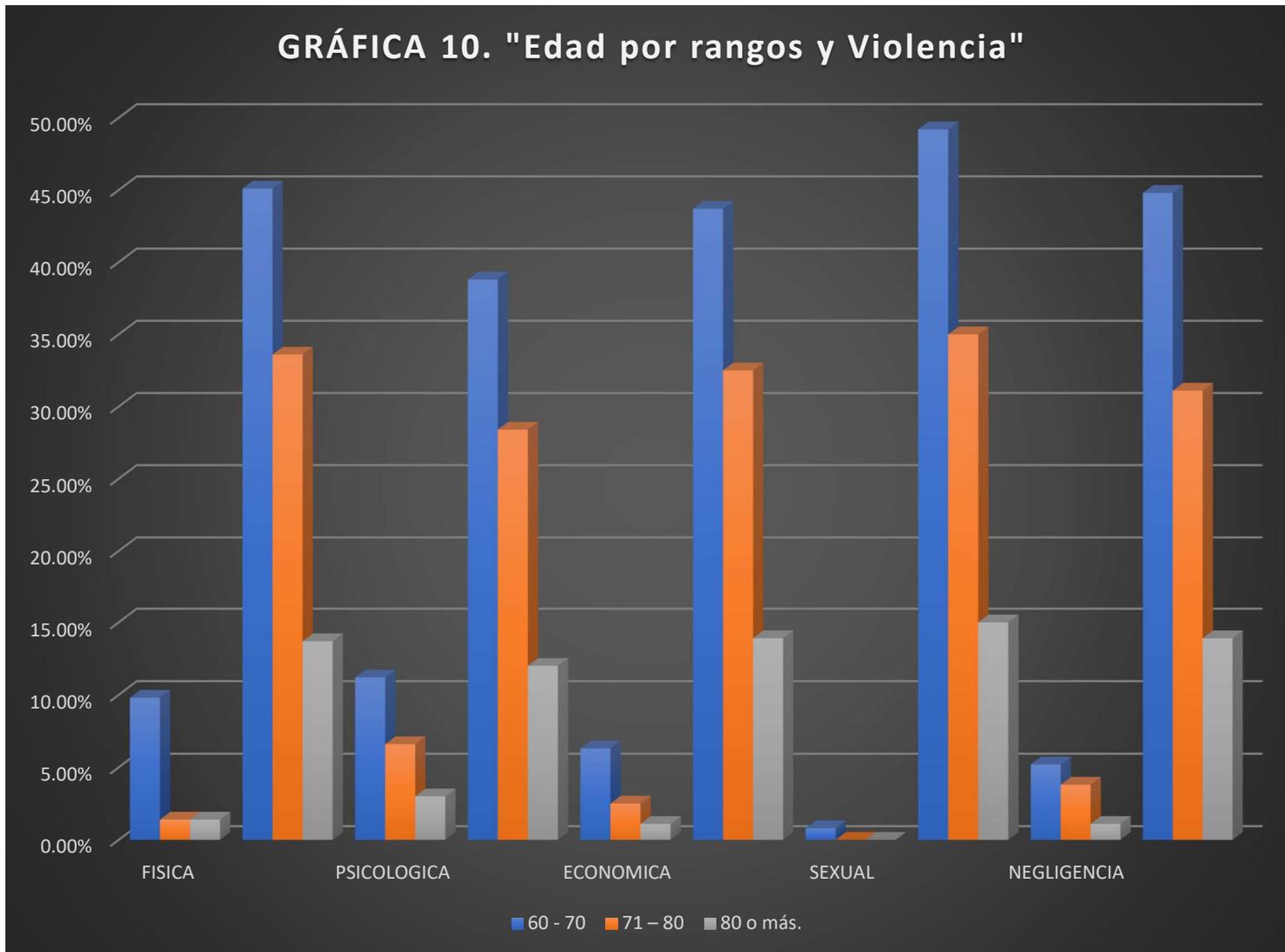


Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

TABLA 10. Edad por Rangos y Violencias

Violencia			60 – 70 años	71 – 80 años	80 o más años	p
FISICA	TIENE	N	18	5	5	0.140
		%	9.8%	1.4%	1.4%	
	NO TIENE	N	165	123	50	
		%	45.1%	33.6%	13.7%	
PSICOLOGICA	TIENE	N	41	24	11	0.728
		%	11.2%	6.6%	3%	
	NO TIENE	N	142	104	44	
		%	38.8%	28.4%	12%	
ECONOMICA	TIENE	N	23	9	4	0.214
		%	6.3%	2.5%	1.1%	
	NO TIENE	N	160	119	51	
		%	43.7%	32.5%	13.9%	
SEXUAL	TIENE	N	3	0	0	0.220
		%	0.8%	0%	0%	
	NO TIENE	N	180	128	55	
		%	49.2%	35%	15%	
NEGLIGENCIA	TIENE	N	19	14	4	0.741
		%	5.2%	3.8%	1.1%	
	NO TIENE	N	164	114	51	
		%	44.8%	31.1%	13.9%	

Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS”. 2022



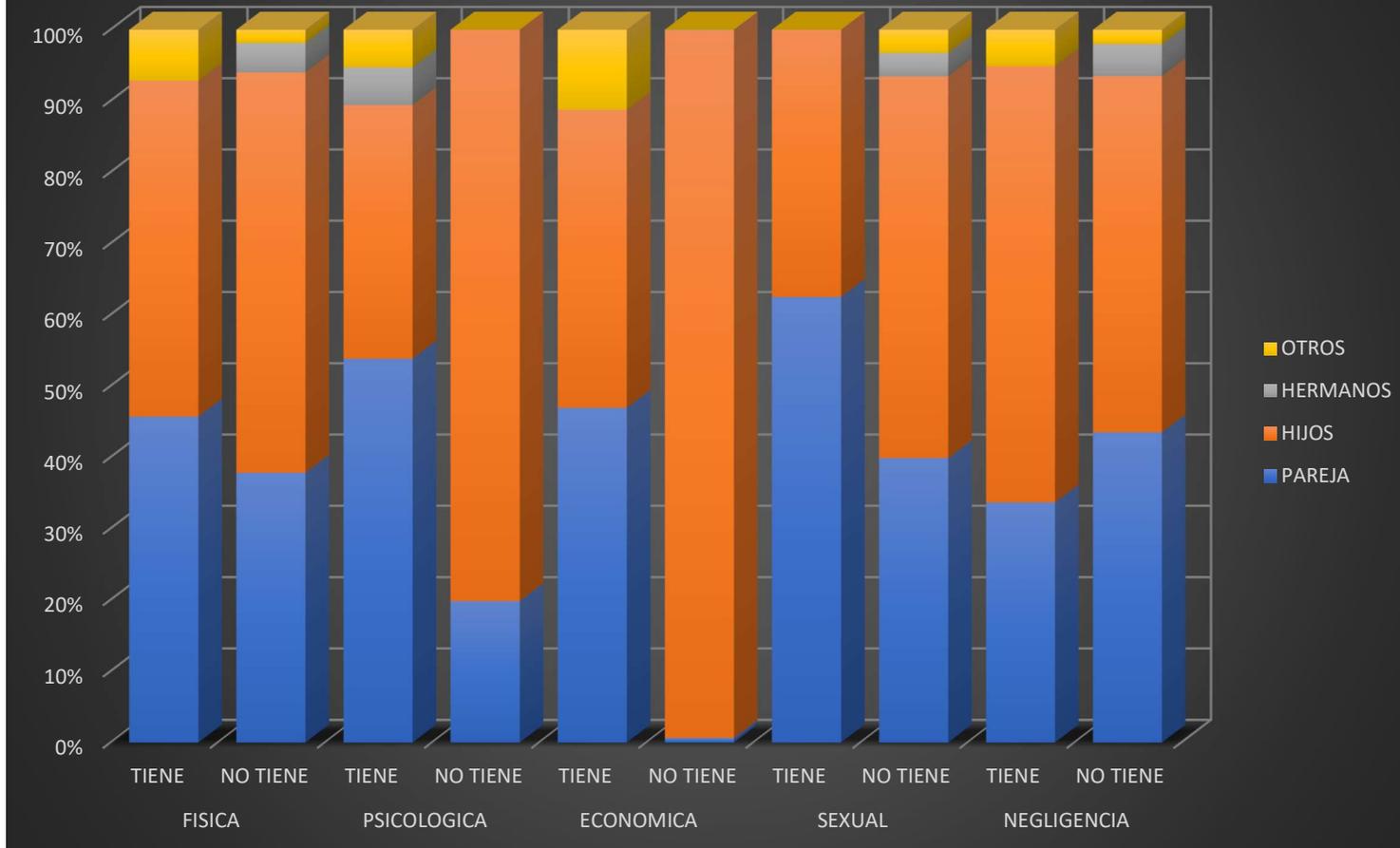
Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

TABLA 11. Responsable y Violencias.

Violencia			Pareja	Hijos	Hermanos	Otros	p
FISICA	TIENE	N	14	12	0	2	0.000
		%	3.2%	3.3%	0%	0.5%	
	NO TIENE	N	37	55	4	2	
		%	10.1%	15%	1.1%	0.5%	
PSICOLOGICA	TIENE	N	41	27	4	4	0.000
		%	11.2%	7.4%	1.1%	1.1%	
	NO TIENE	N	10	40	0	0	
		%	2.7%	10.9%	0%	0%	
ECONOMICA	TIENE	N	17	15	0	4	0.000
		%	4.6%	4.1%	0%	1.1%	
	NO TIENE	N	34	52	4	0	
		%	9.3%	14.2	1.1%	0%	
SEXUAL	TIENE	N	2	1	0	0	0.076
		%	0.5%	0.3%	0%	0%	
	NO TIENE	N	49	66	4	4	
		%	13.4%	18%	1.1%	1.1%	
NEGLIGENCIA	TIENE	N	12	22	0	0	0.000
		%	3.3%	6%	0%	0.5%	
	NO TIENE	N	39	45	4	2	
		%	10.7%	12.3%	1.1%	0.5%	

Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

TABLA 11. "Responsable y Violencias"

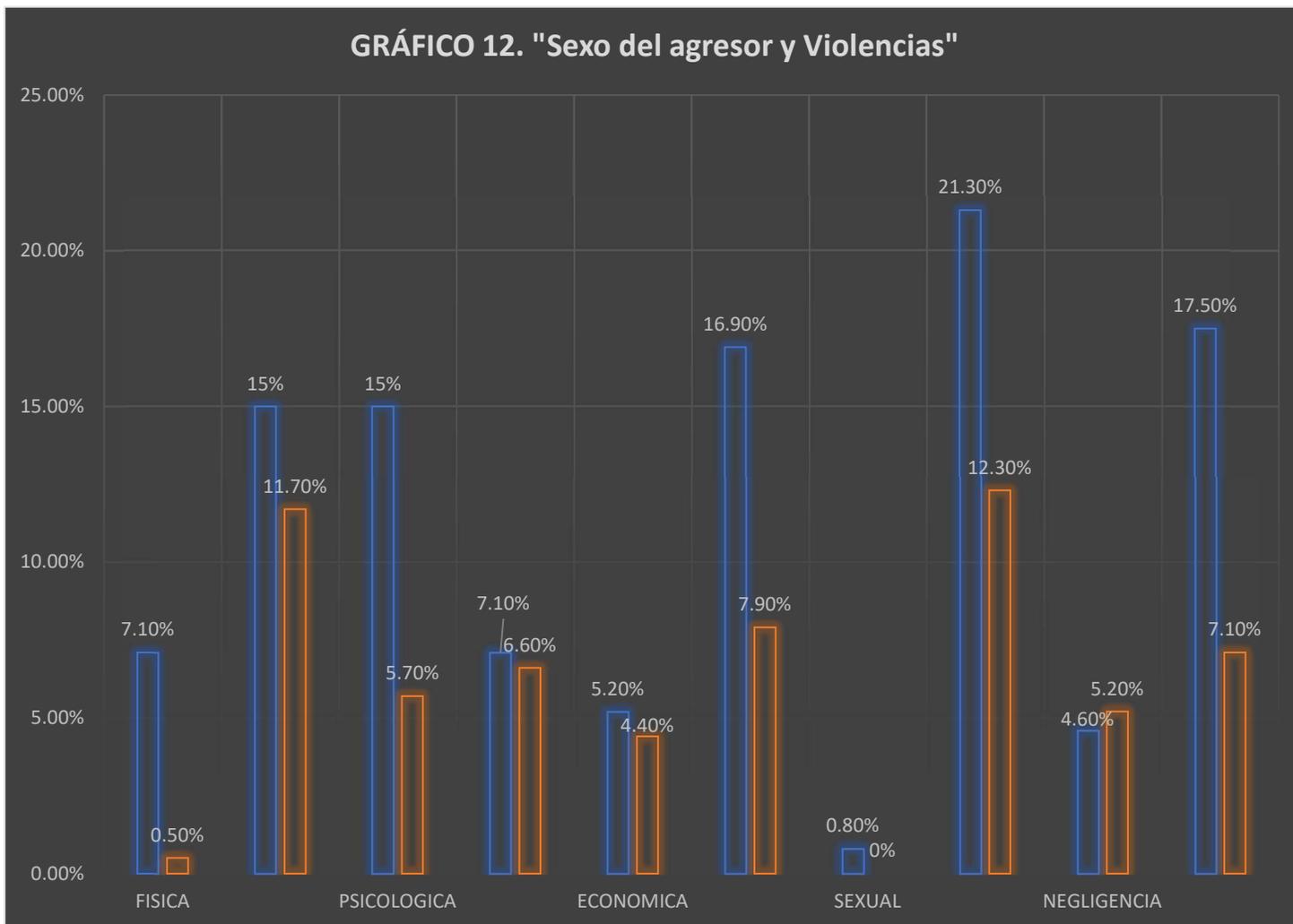


Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

TABLA 12. Sexo del Agresor y Violencias.

Violencia			A. Hombre	A. Mujer	p
FISICA	TIENE	N	26	2	0.000
		%	7.1%	0.5%	
	NO TIENE	N	55	43	
		%	15%	11.7%	
PSICOLOGICA	TIENE	N	55	21	0.000
		%	15%	5.7%	
	NO TIENE	N	26	24	
		%	7.1%	6.6%	
ECONOMICA	TIENE	N	19	16	0.000
		%	5.2%	4.4%	
	NO TIENE	N	62	29	
		%	16.9%	7.9%	
SEXUAL	TIENE	N	3	0	0.005
		%	0.8%	0%	
	NO TIENE	N	78	45	
		%	21.3%	12.3%	
NEGLIGENCIA	TIENE	N	17	19	0.000
		%	4.6%	5.2%	
	NO TIENE	N	64	26	
		%	17.5%	7.1%	

Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022



Fuente: n=366 pacientes. Identificación de violencia familiar en pacientes adultos mayores en la UMF-15 del IMSS". 2022

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó la existencia o no de violencia y su tipo en pacientes hombres y mujeres adultos mayores de 60 años o más, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.15, donde se empleó el cuestionario GSM, además se obtuvieron datos como: sexo de la probable víctima, parentesco del agresor, sexo del agresor, además de la alcaldía en que sucede con mayor o menor frecuencia.

Castilla Mora R. y Colaboradores en su estudio, El maltrato a personas mayores en el ámbito familiar. Aproximación a la situación en Málaga (España), hace mención a los pioneros Baker y Burston en 1975 quienes en su investigación hacen referencia únicamente al maltrato hacia mujeres mayores por considerar en ese entonces ser las únicas víctimas. En nuestro estudio la distribución de violencia según sexo lo lidera el sexo femenino en un 57% seguido del sexo masculino con un 43%; sin embargo, al cruce de datos con los diferentes tipos de violencia no mostro relevancia estadística. Hoy día el riesgo de sufrir algún tipo de violencia según sexo es el mismo.

Fernández Núñez D, en su estudio, *La violencia al adulto mayor un problema en un área de salud granmense*, publicado en 2012 mencionan que relación existe entre el agresor y el adulto mayor destacando en un primer lugar con un 56% a los hijos, 10% nietos, pareja en un 33%, nuera en un 16%, yerno en un 2%, hermanos 3% y otros familiares en un 3%. El Tipo de Violencia que predomino en un 92% fue la psicológica, seguida del abandono y negligencia en un 25%, física en un 18% y, por último; financiero en un 7%, no aparecieron en este estudio ningún caso de víctima por violencia sexual. En el presente estudio el parentesco del agresor a los hijos con un 18.35%, pareja en 13.9%, yerno nuera en un 0%, hermanos y otro tipo de persona en un 1.1%. Además, también en nuestro estudio destacó como tipo de violencia más frecuente la psicológica con un 20.8%, negligencia 10.1%, violencia económica en un 9.8%, violencia física con el 7.7% y sexual 0.8%. La distribución de violencia según sexo lo lidera el sexo femenino en un 6.44% seguido del sexo masculino con un 2.82% en promedio de todos los tipos de violencia.

Datos muy similares en proporciones con relación al estudio de Fernández Núñez; algunas variables son similares que se pueden comparar por ser sinónimos; cabe destacar que en nuestro estudio no se hizo mención alguna de parentesco del agresor: yerno / nuera. Podría ser por algún tipo de sesgo geográfico, cultural, tradicional o incluso de tipología familiar.

Según datos de la *WHO Global Consultation on violence and Health. Violence: s public health priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996*, 1 de cada 6 adultos mayores son víctimas de violencia, en nuestro estudio esta relación cambia a 1 de cada 3. Según datos de E-Shien Chang y Colaboradores en su estudio, *High Prevalence of Elder Abuse During the COVID-19 Pandemic: Risk and Resilience Factors*, publicado en 2020, en Estados Unidos reportó que 1 de cada 5 adultos mayores son víctimas de violencia, con un aumento del 83%, respecto al mismo periodo prepandemia. En este estudio no contamos con datos prepandemia; por lo tanto, no es posible comparar este dato.

De acuerdo con los datos cruzados de las variables: responsable y violencia física, psicológica, económica y negligencia resultaron ser estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$); por lo tanto, existe una relación entre el responsable y tipo de violencia exceptuando el tipo sexual.

Con los datos obtenidos de las variables: sexo del responsable y violencia física, psicológica, económica, sexual y negligencia resultaron ser estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$); por lo que podemos afirmar existe una relación entre el sexo del responsable y cualquier tipo violencia estudiada en este estudio.

El resto de los datos no mostro datos estadísticamente significativos.

Durante la investigación fue difícil encontrar personas que desearan participar en la investigación y firmar el consentimiento informado, la frase: “violencia al adulto mayor”, provoca “ruido” a la población, y en primera instancia genera negativa, y/o rechazo a la participación.

El instrumento utilizado en este estudio: Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor, (GSM) validado en 2012 y con un alfa de Cronbach de 0.83, tiene importantes ventajas por ello se escogió; sin embargo, durante el estudio pudimos observar que: las personas adultas mayores, en su mayoría acuden acompañadas de familiares como apoyo o auxilio en el traslado o atención, al solicitar que la persona adulta mayor se quedara sola para la aplicación del instrumento, había cierto descontento del familiar y cierta prisa y/o incomodidad del estudiado, lo que probablemente nos generó sesgos de tipo sistemático al seleccionar los participantes.

El tiempo de aplicación es mucho mayor a 10 minutos para realmente tener respuestas concretas y certeras, al ser preguntas directas en un tema delicado las respuestas podrían ser poco confiables, probablemente por las mismas razones que no se denuncian este tipo de acciones violentas.

En cuanto al rubro de frecuencia de los acontecimientos violentos, las probables respuestas podrían ser un poco más específicas. Cabe mencionar además que en el menú de opciones de: ¿Desde hace cuántos años ocurre esto?, solo existen 2 opciones: “1 año o menos” y “No recuerda”, no hay cabida para otro tipo de respuestas por lo que podría ser también un poco más específicas y mencionar rangos en años de inicio. Por lo anterior no se estudiaron estas variables además de no ser objetivo de esta investigación. Probablemente se pudo caer en un tipo de sesgo de memoria.

Respecto a la Violencia de tipo Negligencia: cabe hacer mención que en algunas situaciones las respuestas están basadas en juicios de valor, de género o de rol, como ejemplo: en algunos casos, el hombre con aparente buen estado funcional considera que la mujer al no suministrar sus medicamentos es una negligencia, por ser esta una obligación. Otro ejemplo es la pregunta: “¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc.?”. Las respuestas de igual manera variaban mucho partiendo probablemente desde el estrato social aparente, la escolaridad, tradiciones y costumbres. Generando un posible sesgo de confusión.

Un dato más a comentar de nuestra observación subjetiva al realizar las encuestas fue en el apartado a evaluar tipo de violencia sexual, donde la situación se volvía incomoda o molesta, (hasta cierto punto inherente) en su mayoría mujeres al ser entrevistador - investigador hombre. Un tipo de sesgo probablemente atribuido al investigador.

Todas ellas debilidades o limitantes de nuestro estudio.

Dentro de las fortalezas podemos decir que: a todos los participantes se les seleccionó que estuvieran en un estado neurológico integro, para evitar un tipo de sesgo de obtención de información.

Quien tuviera alguna limitación de función sensorial tipo auditivo o visual, se les excluía del estudio para evitar sesgos de información y/o confusión.

Se explicó el objetivo de la investigación, y que sus datos serían de tipo anónimo y en ningún momento existirían represalias de ninguna índole, personal, institucional o penal.

A todos los participantes se les entrevisto en privado, con el tiempo necesario para que las preguntas fueran lo más claras posibles.

La violencia al adulto mayor es un tema poco sabido e investigado, pocos datos con que comparar y pocos instrumentos que utilizar, la población en general pareciera desconocerla, ejercerla, aplicarla o incluso heredarla por impronta, el hecho de ser común se hace ver como "normal". Este estudio desea dar a conocer el tema como lo que es; un problema de salud pública. Capacitar a los profesionales de la salud, educar y sensibilizar a la población, se vuelve imperativo.

Estudios como el de Yaffe Mark y cols. *Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)*. Publicado en 2008 menciona una supervivencia más corta de los adultos mayores que sufren violencia. ¿Cuál será ese dato en México?, ¿cuánto nos está costando la violencia al adulto mayor? Por lo anterior es un tema que al se debe dar prioridad de investigación.

A partir de esta investigación habrá datos que comparar en un futuro, podría ser base para la creación de algún nuevo instrumento, o alguna nueva variante de investigación; la etiología de la violencia al adulto mayor, por ejemplo, para que en su momento no solo nos limitemos a identificar sino en prevenir y ¿Por qué no?, erradicar.

Como Médicos Familiares al realizar los estudios de salud familiar una vez creado un ambiente de confianza en una 4ta o 5ta sesión, teniendo una visión más amplia del entorno y funcionalidad familiar, la aplicación del GSM podría darnos datos más certeros, identificar áreas de oportunidad y canalización temprana a servicios de asistencia social, psicológicos y/o psiquiátricos.

La violencia en un país como México, plagado de conductas, acciones, roles, costumbres y tradiciones machistas parece ser un elemento que hace difícil medirla, como ejemplo: ¿Realmente el Hombre sufre menos de violencia? o ¿Sus respuestas negativas dependen de las conductas antes mencionadas?

CONCLUSIONES

En la presente investigación con una muestra de 366 derechohabientes de la UMF No. 15, se cumplió con el objetivo general. Se identificó únicamente con fines educativos que una tercera parte de los participantes adultos mayores sufren algún tipo de violencia, comprobándose así nuestra hipótesis de trabajo e hipótesis nula.

El sexo predominante en esta población fue el femenino en casi 2/3 partes de nuestra muestra, de las cuales más de la mitad sufren algún tipo de Violencia, comprobándose así nuestra hipótesis alterna.

El tipo de violencia más frecuente es la psicológica, el sexo y parentesco del agresor más frecuente fueron: hombre y pareja, respectivamente. Cumpliendo así nuestros objetivos específicos.

Sabiendo que existen casos de violencia al adulto mayor en nuestra unidad, sería importante sensibilizar al personal para detectar de manera oportuna señales de probable violencia, desde el ir o no acompañado, habitus exterior, realizar escucha activa de su discurso, si menciona conductas o tratos violentos de cualquier tipo y en caso de ser probables víctimas derivar oportunamente con programas asistenciales como Trabajo Social, GERIATRIMSS, y/o la institución legal correspondiente, pero sobre todo dar apoyo y seguridad, pues los datos presentados pudieran estar fuera de la realidad por la misma razón que no se denuncian; miedo a represalias.

Derivado de los resultados encontrados, estos pueden llegar a ser orientativos del panorama actual de la percepción y frecuencia de violencia al adulto mayor, sus variantes, que sirvan como antecedente de futuras investigaciones como el estudiar a los agresores, sus características, identificar factores estresores o gatillo que detonen la violencia.

La familia es el primer punto de protección, satisfacción y cuidados para el adulto mayor; sin embargo, esto no sucede en todos los casos, es necesario e imperativo realizar más estudios e instrumentos más precisos, que nos permitan darle voz a todos esos adultos mayores que aún sufren en silencio.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) WHO Global Consultation on violence and Health. Violence: s public health priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud,1996, documento inédito WHO/EHA/SPI.POA.2).
- (2) Rueda Estrada JD, Martín Martín FJ. El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. Alternativas, 2011; pp. 7-33.
- (3) Castilla Mora R, Palma García MO. El maltrato a personas mayores en el ámbito familiar. Aproximación a la situación en Málaga (España). Trabajo Social Global. Revista de Investigación en Intervención Social. 2014; 4 (7), 20-35.
- (4) Álvarez P. Estudio sobre la discriminación hacia las personas mayores en el acceso a la justicia en la ciudad de México, [Internet] 2017 [acceso 5 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5bb/d1c/754/5bbd1c7540b44006787638.pdf>
- (5) Prevención del Maltrato hacia las personas Adultas Mayores, INAPAM [Internet] 2008 [acceso 5 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/122517/Maltrato_cuadernillo.pdf
- (6) Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Diario Oficial de la Federación, primera sección 16 de abril de 2009. pp. 27-41.
- (7) Préville M, Mechakra Tahiri SD, Vasiliadis HM, Mathieu V, Quesnel L, Gontijo Guerra S, et al. Family Violence Among Older Adult Patients Consulting in Primary Care Clinics: Results From the ESA (Enquête sur la santé des aînés) Services Study on Mental Health and Aging. La Revue canadienne de psychiatrie 2014; 59(8): 426-433. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Family+Violence+Among+Older+Adult+Patients+Consulting+in+Primary+Care+Clinics%3A+Results+From+the+ESA+\(Enqu%C3%AAt+sur+la+sant%C3%A9+des+a%C3%AEn%C3%A9s\)+Services+Study+on+Mental+Health+and+Aging](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Family+Violence+Among+Older+Adult+Patients+Consulting+in+Primary+Care+Clinics%3A+Results+From+the+ESA+(Enqu%C3%AAt+sur+la+sant%C3%A9+des+a%C3%AEn%C3%A9s)+Services+Study+on+Mental+Health+and+Aging)
- (8) Bertel de la Hoz AM. Riesgo a enfermar y sobrecarga del cuidador principal del anciano dependiente. Revista ciencias biomédicas. 2012; 3(2):77-85. Disponible en: <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1082>

- (9) Maltrato de las personas mayores. OMS. [Internet] 2021 [acceso 5 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- (10) Sarabia Silvana, Violencia: una prioridad de salud pública, Rev Neuropsiquiatr. 2018; 81(1): 1-2.
- (11) Krug, Etienne G., Mercy, James A., Dahlberg, Linda L., Zwi, Anthony B., El informe mundial sobre la violencia y la salud. Biomédica [Internet]. 2002; 22 (Su2): 327-336. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84309602>
- (12) Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato a las Personas Mayores [Internet]. 2002 nov [acceso 8 de noviembre de 2021]. Disponible en: http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf
- (13) Manual OPS, Abuso (Maltrato) y Negligencia (Abandono) de Adultos Mayores. [Internet] 2021 [acceso 5 de noviembre de 2021]. Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Alzheimer/MODULO_IV/UNIDAD_3/ManualOPS.pdf
- (14) Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton C, Huber M, Sethi D. *The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis*. European Journal of Public Health 2018; 58 - 67
- (15) Yaffe M, Wolfson C, Litwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). J Elder Abuse Negl. 2008;20(3): 276-300. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18928055>
- (16) Fernández Núñez D, Gallardo Sánchez Y, Hadad Rodríguez D, Paz Castillo KL, Gallardo Arzuaga RL. La violencia al adulto mayor un problema en un área de salud granmense. Facultad de ciencias médicas Celia Sánchez Manduley. III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana CIMF. 2012
- (17) Ribot VC, Rousseaux E, García TC, Arteaga E, Ramos ME, Alfonso M. Psychological the Most Common Elder Abuse in a Havana Neighborhood. MEDICC Review. 2015; 17(2):[39-43].
- (18) Yongjie Yon, Christopher R Mikton, Zachary D Gassoumis, Kathleen H Wilber. Lancet Glob Health 2017; 5:147–156
- (19) Cardoso Núñez O, Mejías Álvarez NM, Macías Peña JJ, Amaro Hernández F. Caracterización del maltrato en el anciano. AMC, 2008; 8(1): 33-41.

(20) Cano SM, Garzón MO, Segura AM, Cardona D. Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia, 2012. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [revista en Internet] 2015; 33(1): [67-74].

(21) Torres Prados MT, Estrella González IM. Sensibilización y detección del maltrato en el anciano: hacia una atención primaria adaptada a los mayores. Gerokomos . 2015; 26(3): 79-83.

(22) Pérez-Rojo Gema, Sancho Castiello María, Aranda Jaquotot María, Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43(3):180-8

(23) Orfila F, Coma Solé M, Cabanas M, Cegri Lombardos F, Moleras Serra A, Pujol Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. BMC Public Health 2018; 18(1):167. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29357866>

(24) Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME *The mortality of elder mistreatment*. 1998;280(5):428-32.

(25) Chang ES, Levy BR. *High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: risk and resilience factors*. Chang ES, Levy BR. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2021; 1152-1159

(26) Martín Rendón MC, Chana Franco C, Moreno Ortega JA. Maltrato en el anciano: protocolo sanitario. Rev Paraninfo Digital, 2015; 22.

(27) Ferreira M, Santos CL, Vieira DN. Detection and Intervention Strategies by Primary Health Care Professionals in Suspected Elder Abuse. ActaMed Port, 2015; 28(6):687-694. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26849751>

(28) Gallione C, Dal Molin A, Cristina FVB, Ferns H, Mattioli M, Suardi B. Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review. J Clin Nurs. 2017; 26(15-16):2154-2176

(29) Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O. Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor (GMS). Geriatr Gerontol Int. 2013;13(2):466-74

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Características sociodemográficas		
1. Edad	2. Género	3. Alcaldía
_____ años	(1) Femenino (2) Masculino	_____

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

GMS (GERIATRIC MISTREATMENT SCALE)

Identificación De Violencia Familiar En Pacientes Adultos Mayores En La Unidad De Medicina Familiar No. 15 Del IMSS.

Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor

Se sabe que hay situaciones difíciles que normalmente no se platican pero que afectan mucho a las personas adultas mayores, conocer lo que pasa permitirá tomar las medidas necesarias para que en un futuro ya no suceda. Dígame si usted ha vivido alguno de los siguientes problemas en el último año, dentro o fuera del hogar.

	A Sí su respuesta es sí pase a B	B ¿Esto ocurrió...	C ¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	D Quién fue el responsable? PARENTESCO	E ¿Es hombre o mujer?
¿Durante los últimos 12 meses usted...	0 No 1 Sí*	1 una vez? 2 pocas veces? 3 mucha veces?	1 Un año y menos 98 No recuerda	Registre el parentesco que tiene con la persona mayor	1 Hombre 2 Mujer
FÍSICO					
1. ¿Le han golpeado?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. ¿Le han dado puñetazos o patadas?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. ¿Le han aventado algún objeto??	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSICOLÓGICO					
6. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. ¿Le han hecho sentir miedo?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. ¿No han respetado sus decisiones?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. ¿Le han prohibido salir o que la visiten?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NEGLIGENCIA					
12. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. ¿Le han negado protección cuando la necesita?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. ¿Le han negado acceso a la casa que habita?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ECONÓMICO					
16. ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. ¿Le han quitado su dinero?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXUAL					
21. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Total: /22

Maltrato: Sí 1
No 0



CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Identificación De Violencia Familiar En Pacientes Adultos Mayores En La Unidad De Medicina Familiar No. 15 Del IMSS.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, marzo de 2021
Número de registro:	En tramite
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que el presente estudio tiene como finalidad determinar la prevalencia con se presenta la presencia de violencia en paciente mayores de 60 años de edad. Por lo que entiendo que el objetivo del trabajo al final es específicamente establecer estrategias de identificación y sensibilización de violencia en este grupo de pacientes.
Procedimientos:	Estoy enterado que se me realizará una encuesta para determinar si eh vivido algún tipo de violencia.
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que esta encuesta no representa ningún riesgo para mí y entiendo que no está relacionada con mi padecimiento de fondo o el tratamiento que recibo y que no habrá una intervención por parte de los investigadores, quizás solo el tiempo que tardare en responder la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entiendo que en este momento yo no obtendré un beneficio específico, solamente que contribuiré a que se obtenga información que ayude a mejorar la atención médica
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha explicado que sobre mi enfermedad hay información que deberé recibir de mi médico tratante y que el objetivo de este estudio no requiere que reciba tratamiento adicional en relacionan a mi enfermedad.
Participación o retiro:	Sé que mi participación es voluntaria, por lo que podré al final de la encuesta por decisión propia no participar en el estudio, sin que esto afecte la atención medica que recibo por parte del instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que no se mencionará mi nombre, ni se me identificará de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado del mismo.

En caso de colección de material biológico: NO APLICA

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: Debido a que se trata solamente de analizar información mediante una encuesta entiendo que los beneficios se tendrán para un futuro para los usuarios de la unidad medica.

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

Investigador Responsable: Ana Toro Fontaneil UMF 15 Matrícula 99379059 Correo Electrónico: ana.toro@imss.gob.mx, Fax: No Fax

Colaboradores: Eduardo Vilchis Chaparro, CMN SXXI Matrícula: 99377278 Correo Electrónico: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx Fax: No Fax

José Carlos Vizcaya Ramírez UMF 15 Matrícula 97383989 Cel. 55 5953 2556 Correo Electrónico: karlosv29@gmail.com Fax: No Fax

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

José Carlos Vizcaya Ramírez

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD

OOAD D.F. SUR

PRESENTE:

Por medio de la presente, manifiesto que NO EXISTE INCONVENIENTE en que se lleve a cabo el proyecto "Identificación De Violencia Familiar En Pacientes Adultos Mayores En La Unidad de Medicina Familiar No. 15 del IMSS". Dicho proyecto que se llevará a cabo será seleccionando pacientes de la consulta externa del área de Medicina Familiar y Atención Medica Continua hombres y mujeres mayores de 60 años, de los cuales se recabarán datos correspondientes a variables sociodemográficas, bajo la responsabilidad de los investigadores: Ana Gloria Toro Fontanell, Matricula: 99379059, Eduardo Vilchis Chaparro, Matricula: 99377278 y José Carlos Vizcaya Ramírez, Matrícula 97383989. Médico Residente de la especialidad en Medicina Familiar.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente.

Lidya Cristina Barrios Domínguez

Directora UMF-15