



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

HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETRÓLEOS MEXICANO

**TAMIZAJE DE MALTRATO FAMILIAR DE ACUERDO A LA “ESCALA
GERIÁTRICA DE MALTRATO” APLICADA EN PACIENTES DE LA
CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES, HOSPITAL CENTRAL
NORTE DE PETRÓLEOS MEXICANOS**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:**

GERIATRÍA

**PRESENTA
DRA. VIANEY GÓMEZ GUZMÁN**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. ALEJANDRO URIBE HERNÁNDEZ**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

JUNIO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**TAMIZAJE DE MALTRATO FAMILIAR DE ACUERDO
A LA “ESCALA GERIÁTRICA DE MALTRATO”
APLICADA EN PACIENTES
DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES
HOSPITAL CENTRAL NORTE
DE PETRÓLEOS MEXICANOS
MARZO – JUNIO 2016**

DEDICATORIA

A MIS PADRES

Por ser los pilares más importantes en mi vida.

A MIS HERMANAS

Por ser mi mayor ejemplo a seguir.

A MI FUTURO ESPOSO

Por tu comprensión, amor y entrega.

A MI FAMILIA Y AMIGOS

Por su apoyo incondicional

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas las personas que contribuyeron a mi formación en el Hospital Central Norte por ayudarme a lograr este objetivo, que me brindaron su sabiduría, apoyo, consejos y su invaluable tiempo.

Gracias a mis maestros asesores de tesis, por orientarme, y darme su apoyo en todo momento.

ÍNDICE

GLOSARIO	1
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACIÓN	14
HIPÓTESIS	15
OBJETIVO GENERAL	15
MATERIAL Y MÉTODOS	16
<i>Diseño del estudio</i>	<i>16</i>
<i>Operacionalización de variables</i>	<i>17</i>
<i>Universo de trabajo y muestra</i>	<i>19</i>
<i>Instrumento de investigación</i>	<i>20</i>
<i>Desarrollo del proyecto</i>	<i>20</i>
<i>Límite de tiempo y espacio</i>	<i>21</i>
<i>Cronograma</i>	<i>21</i>
ANÁLISIS DE RESULTADOS	22
IMPLICACIONES ÉTICAS	32
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
CONCLUSIÓN	35
RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	40

GLOSARIO

HCN	Hospital Central Norte
PEMEX	Petróleos Mexicanos
CENETEC	Centro Nacional de Experiencia Tecnológica en Salud
NOM	Norma Oficial Mexicana
et al	Y colaboradores
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INGER	Instituto Nacional de Geriátria
EMPAM	Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores
OMS	Organización Mundial de la Salud
SAGE	Estudio de la OMS sobre envejecimiento y salud de los adultos
GSM	Escala Geriátrica de Maltrato
AMAAS	American Medical Association Abuse Screen
EASI	Elder Abuse Suspicion Index
HS-EAST	Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test
BASE	Brief Abuse Screen for the Elderly
EAI	Elder Assessment Instrument
VASS	Vulnerability to Abuse Screening Scale

RESUMEN:

Contexto: El maltrato a las personas de edad avanzada es un problema social y de salud pública cada vez más frecuente, determinado por los patrones culturales de cada comunidad, por su momento histórico y su entorno sociocultural. Habitualmente los adultos mayores tienen una situación de desventaja, física, social y/o psicológica; haciéndolos proclives de recibir maltrato.

El **Instituto Nacional de Geriátria (INGER)** en el año 2006 reportó que 16.7% de los adultos mayores sufren algún tipo de maltrato. La “Escala Geriátrica de Maltrato” en el año 2013 fue validada por la Maestra Giraldo, como una herramienta para aplicarse a población mexicana como tamizaje de los 5 diferentes tipos de maltrato en el anciano.

Objetivo: Analizar los resultados del tamizaje realizado en el **Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos** mediante la “Escala Geriátrica de Maltrato”.

Métodos: Se realizó una **investigación** mediante entrevistas aplicadas a 630 adultos mayores, que acudieron a la torre de especialidades de consulta externa del HCH PEMEX en un periodo del 1 de marzo al 30 de mayo del 2016, utilizando una encuesta estructurada sociodemográfica y la “Escala geriátrica de maltrato”; para el análisis estadístico de los resultados se utilizó el programa SPSS versión 22.

Resultados: La edad promedio de los adultos mayores estudiados fue de 72.78 ± 8.5 años, de los cuales fueron 232 hombres y 398 mujeres donde se encontró 485 (77%) adultos mayores sin maltrato y se identificaron 145 (23%) adultos mayores con sospecha de maltrato. El tipo de maltrato que se presentó con más frecuencia fue el psicológico con 69 casos (11%), seguido de maltrato económico 30 casos (4.8%), físico 20 casos (3.2%), negligencia y abandono 17 casos (2.7%) y abuso sexual 9 casos (1.4%). Recibiendo maltrato en más de una ocasión el 69% de los casos. En 51% ocurre desde hace más de un año. El 57.9% de los maltratadores son hombres y el 37.9% sus propios hijos.

Conclusiones: El tipo de maltrato más frecuentemente encontrado fue psicológico seguido por el económico; resultado paralelo al obtenido en la última encuesta realizada en 2006 EMPAM-DF por la Maestra Giraldo.

ABSTRACT:

Background: The mistreatment of the elderly is an increasingly prevalent social and public health problem, determined by the cultural patterns of each community, for its historical moment and its sociocultural environment. Usually older adults have a disadvantage, physical, social and / or psychological; making them likely to receive abuse.

In 2006 it was reported that 16.7% of older adults suffer from some form of abuse. The "Geriatric Abuse Scale" was developed in 2013 and is the only tool validated in Mexico to apply to Mexican population as screening of 5 different types of abuse in the elderly.

Objective: To analyze the results of screening performed by the "Geriatric Mistreatment Scale".

Methods: An investigation was conducted through interviews applied to 630 elderly, who came to the tower specialty outpatient HCH PEMEX in a period from March 1 to May 30, 2016 using a demographic structured survey and "Geriatric Mistreatment Scale"; for statistical analysis of the results the SPSS version 22 program was used.

Results: The average age of seniors studied was 72.78 ± 8.5 years, of which 232 were men and 398 women where it was found 485 (77%) older adults without abuse and 145 (23%) were identified older adults with suspected abuse. The type of abuse that occurred more frequently was the psychological with 69 cases (11%), followed by financial abuse 30 cases (4.8%), physical 20 cases (3.2%), neglect and abandonment 17 cases (2.7%) and sexual abuse 9 cases (1.4%). Receiving abuse in more than one occasion 69% of cases. In 51% it occurs for more than a year ago. 57.9% of abusers are men and 37.9% their own children.

Conclusions:

The type of abuse was most commonly found psychological followed by economic; Parallel to that obtained in the last survey in 2006 EMPAM-DF by Giraldo result.

INTRODUCCIÓN:

En la literatura científica se pueden encontrar diversas definiciones de maltrato y/o violencia hacia las personas adultas mayores. En México no existe una definición específica de maltrato de personas adultas mayores, sin embargo, en la legislación se utiliza el término de violencia. Así, la Norma Oficial Mexicana de la Secretaría de Salud, NOM-190, de prestación de servicios de salud y los criterios para la atención médica de la violencia familiar, define la violencia como el “acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder –en función del sexo, la edad o la condición física–, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, económico, sexual o abandono.”^{1, 2, 3.}

En México M.L.Giraldo en el año 2006 se realizó una primera encuesta sobre maltrato a 618 personas adultas mayores de la Ciudad de México, la cual reportó que 16.7% de los adultos mayores sufren algún tipo de maltrato, siendo el maltrato psicológico el más común en un 12.2%, seguido de maltrato económico en un 3.9%, físico en un 3.7%, negligencia y abandono en un 3.5% y abuso sexual en un 0.9%.⁴

La “Escala Geriátrica de Maltrato” fue desarrollada en el año 2013 y es la única herramienta validada en México para aplicarse a población mexicana como tamizaje de los 5 diferentes tipos de maltrato en el anciano. Esta herramienta está siendo utilizada en diferentes países de América Latina ya que las escalas realizadas previamente presentan la limitante de la traducción al idioma español y no cuentan con la universalidad aplicable a nuestra población.⁵

En el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos no se cuenta con estudios actualizados respecto a la prevalencia de maltrato a los adultos mayores. Este estudio tiene la intención de contribuir con dicha información para mejorar la atención médica a todo paciente geriátrico.

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento y la urbanización de la población son resultado de un desarrollo humano exitoso durante el siglo pasado. La prolongación del promedio de vida es el fruto de avances críticos en la salud pública y las condiciones de vida. El mundo está envejeciendo rápidamente: para el año 2050 el número de personas de 60 años de edad y más como proporción de la población global se habrá duplicado, de 11% en el 2006 al 22%. ^{1, 2, 3.}

El envejecimiento de la población también constituye un desafío importante para el siglo actual y se está convirtiendo en un problema mundial que tendrá un importante impacto en las políticas y programas de salud. El Estudio de la OMS sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo (SAGE), se basa en muestras representativas de personas adultas mayores de China, Rusia, Ghana, India, México y Sudáfrica; reporta que se logrará una cobertura de salud efectiva del 21 % específicamente en México. ^{6, 7, 8}

El maltrato al anciano emerge como problema social hace pocos años y no porque antes no existiera, sino porque siempre ha sido un problema “oculto”. En ocasiones los ancianos no aceptan reconocerse como víctimas de malos tratos por temor a represalias, o al confinamiento en instituciones, o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta incómoda; por otra parte, los familiares o los cuidadores, no van a dar facilidades en la detección, ya que generalmente el maltrato es realizado por ellos mismos ⁹

El maltrato de las personas mayores se define como: “un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona mayor, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que ocurre en una relación basada en la confianza”. ^{10, 11}

Al margen de las diferencias que se puedan establecer en las definiciones y los términos que encierran, existe un mayor consenso sobre los tipos y formas o comportamientos de maltrato que se ejercen hacia las personas adultas mayores.

Maltrato físico: que incluye los actos realizados con la intención de causar dolor físico o lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o el uso de drogas.

Incluye comportamientos como Golpear, abofetear, dar puñetazos, patear, empujar, estrangular, pellizcar, zarandear, arañar, morder quemar, tirar del pelo, golpear con objetos, emplear un arma, alimentar a la fuerza, confinar (no permitirle salir), envenenar, uso inadecuado de la medicación por exceso o defecto. Las consecuencias del maltrato físico incluyen indicadores físicos (abrasiones, laceraciones, contusiones, fracturas, marcas por uso de sujetadores, quemaduras, disminución de la movilidad, Dolor) y manifestaciones psicológicas visibles (Depresión, ansiedad, confusión y delirium con o sin empeoramiento de estados demenciales previos) ,y otro tipo de alteraciones del comportamiento. ^{12, 13, 14, 15.}

Maltrato psicológico o emocional: que se define como los actos realizados con la intención de causar dolor, sufrimiento o trauma psíquico-emocional. incluyen palabras e interacciones que denigran a las personas de edad y que hieren y disminuyen su identidad, dignidad y autoestima.

Este tipo de maltrato supone la deshumanización de la persona adulta mayor a través del miedo, las amenazas, el abuso verbal, etc. El maltrato psicológico provoca que la persona adulta mayor se siente mentalmente angustiada. El uso abusivo del lenguaje (insultos, críticas constantes, acusaciones, mentiras), amenazas de castigo, intimidación, falta de comunicación, aislamiento social (encerrar o inmovilizar), hablar en un tono desagradable, ignorar, privar de contactos sociales y familiares, hacer comentarios humillantes, infantilizar, infundir miedo, acosar (perseguir, quedarse observando fuera del domicilio, realizar llamadas telefónicas, cartas o comunicaciones no deseadas o solicitadas), falta de respeto por sus pertenencias, correr de la casa, no respetar sus decisiones, dejar de hablarle, hacerle sentir que es un estorbo. Durante la atención médica de estos pacientes se pueden identificar signos sutiles de intimidación, como solicitar aprobación para contestar preguntas al abusador potencial que puede manifestarse como baja autoestima, depresión, ansiedad o una combinación de ellas. ^{12, 16, 17, 18}

Maltrato económico, consiste en la apropiación indebida o en forma ilícita de dinero, propiedades o recursos de la persona mayor.

Robo: tomar, emplear, vender o transferir dinero, propiedad u otros bienes, apropiación del inmueble y firma de documentos sin el consentimiento de la persona adulta mayor.

Falsificación: retirar dinero de cuentas bancarias sin el consentimiento de la persona.

Fraude: estafar dinero o propiedades mediante engaño, subterfugio o falsedad.

Coerción: influencia, intimidación o amenazas indebidas para obligar a la persona a hacer algo en contra de su voluntad. No emplear los ingresos eficazmente para cuidar de la persona mayor. Prometer cuidados de por vida con la esperanza de recibir fondos del adulto mayor.

Puede manifestarse como la incapacidad para pagar medicamentos, comida, renta, u otras necesidades. Empeoramiento Inexplicable de enfermedades crónicas. Falta de adherencia al medicamento o tratamiento. Desnutrición, pérdida de peso, o ambos, sin una causa médica evidente. Depresión, ansiedad. Facturas de servicios públicos sin pagar que conducen a la pérdida de estos servicios o estar bajo procedimientos de desalojo. ^{12, 16, 17, 18}

Negligencia: reconocida como la falta de acciones para satisfacer las necesidades de un adulto mayor dependiente, entre ellas, la presencia de un cuidador. También, se entiende como el negarse a cumplir con la obligación de atender a un adulto mayor. Esto puede entrañar o no la tentativa, consciente e intencional, de causar sufrimiento físico o emocional al adulto mayor. Consiste en la no administración de cuidados necesarios al adulto mayor, en relación a la

alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados. Negar los cuidados y supervisión adecuados, no proporcionar alimento, cobijo, ropa, cuidado médico, medicación, higiene dental, aseo personal, cuidado del entorno inmediato, privar de asistencia en las actividades diarias, no proporcionar objetos como lentes, audífonos, dentaduras o artículos ortopédicos, negar el acceso al inmueble, abandonar intencionalmente. Puede observarse en la exploración úlceras de decúbito, Desnutrición, Deshidratación, Mala higiene, La falta de adherencia al régimen de medicación, delirium con o sin empeoramiento de demencia o demencia relacionada con alteraciones de conducta. ^{15, 18, 19, 20}

Abuso sexual: incluye cualquier contacto sexual no deseado en el que el adulto mayor es utilizada como medio para obtener estimulación o gratificación sexual. Incluidos la violación, el atentado al pudor y el acoso sexual. Obligar o presionar a una persona adulto mayor para que tenga actividades o contactos sexuales no deseados, molestar a la persona mayor, obligarle a ver material pornográfico, tocamientos y besos insinuantes, violación, acoso sexual, voyeurismo, exhibicionismo, prácticas genitales dañinas (lavado excesivo, uso inapropiado de enemas o cremas, inspección innecesaria de genitales). Clínicamente se hacen evidentes hematomas, abrasiones, laceraciones en el área anogenital o abdomen. Enfermedades de transmisión sexual de reciente adquisición, especialmente en hogar de ancianos residentes (y especialmente en brotes) Infecciones del tracto urinario. ^{12, 13, 14, 15}

Los factores de riesgo, en general, son características (personales, familiares, laborales, sociales o culturales) cuya presencia hace que aumente la probabilidad de que se produzca un fenómeno determinado. Debido a su dificultad para encontrar los factores de riesgo, es necesario buscar en la persona afectada, en el responsable y en el ambiente. Los factores de riesgo de maltrato, en particular, son variables que ponen al sujeto en una posición de vulnerabilidad hacia las conductas y actitudes violentas. ^{21,22, 23, 24}

La investigación sobre los factores de riesgo incluyen fragilidad, edad avanzada, sexo femenino en una proporción 2 a 1, dependencia del abusador, ser casadas, deterioro cognitivo, demencia, enfermedad de Alzheimer o los problemas de comunicación, incapacidad de realizar actividades de la vida diaria, problemas de comportamiento y aislamiento. Por el contrario, los factores que predisponen a los cuidadores para maltratar a alguien incluyen la presencia de estrés del cuidador, mala salud mental, enfermedad psiquiátrica, alcoholismo, drogas, dependencia financiera y ser hombre ^{25,26,27}

Se ha señalado al estrés como un elemento importante para generar episodios de maltrato que pueden incluir abuso, ya sea por la omisión de hechos o la omisión traducida en negligencia; no obstante, otros estudios han señalado que, si bien el estrés puede ser una de las causas que generen episodios de maltrato, la subjetividad de los cuidadores será el elemento más importante para que existan o no tales conductas. ^{28,29,30}

Factores de riesgo comunitario y social: El modo más insidioso de maltrato hacia los ancianos radica en las actitudes negativas hacia ellos y en los estereotipos que se tienen de los adultos mayores y del propio proceso de envejecimiento. Si se sigue desvalorizando y marginando de la sociedad a las personas ancianas, seguirán sufriendo una falta de identidad propia e irán quedando expuestos a la constante discriminación y a las más diversas formas de maltratos y abusos. La dependencia económica se puede agregar a la carga y el estrés que sufren los familiares cuidadores de adultos mayores y desempeña una función en el abuso de ancianos. Cuando esto se combina con una reducción en la independencia en la vida adulta, puede exponer a los adultos mayores a maltrato, negligencia o ambos. Por el contrario, un alto nivel de apoyo social puede representar un factor de protector. ^{31,32}

Las normas culturales y las tradiciones, así como los prejuicios contra la vejez y la cultura de la violencia, también desempeñan una función importante. Los adultos mayores tienden a ser vistos como una carga social y por esto están en riesgo de ser consideradas menos merecedoras que otros grupos vulnerables de los programas de apoyo gubernamental e incluso de la atención familiar. ^{33,34}

En México, las transformaciones políticas y económicas, desempleo, insuficiencia de servicios de salud y exteriorización de una actitud agresiva, en especial de parte de los jóvenes, han creado condiciones que aumentan el riesgo de maltrato del anciano. La discriminación por motivo de edad y de género también influye en la vulnerabilidad de las personas mayores (edadismo). El deterioro de los valores familiares y los cambios en el tamaño de la familia afectan su capacidad para cuidar de los ancianos. Estos factores se agravan cuando existen políticas de segregación basadas en la edad, que limitan el acceso de las personas de edad al empleo y cuando no hay sistemas de pensiones suficientes. El maltrato hacia las personas mayores no es el resultado de un solo factor de riesgo, sino la consecuencia de la combinación entre factores de riesgo de diversa índole (personales, familiares, sociales, estructurales y culturales). Desde esta perspectiva se asume, que la causa del maltrato hacia las personas mayores es por lo general multidimensional y sucede dentro del ámbito domiciliario. ^{35,36, 37}

Consecuencias del maltrato a los ancianos

El maltrato de las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación. La función física es la piedra angular de la medicina geriátrica, y el deterioro se ha asociado con la morbilidad y la mortalidad. Sin embargo, la comprensión actual de la relación entre la función física y el maltrato a adultos mayores ha sido incompleta ^{10, 32}

Se han descrito diferentes cuadros clínicos y síndromes geriátricos que, en ausencia de una causa conocida que los justifique, pueden estar en relación directa con el maltrato en sus diferentes formas, como depresión, inmovilidad, úlceras por presión, caídas, entre otras. ^{12, 38}

Diferentes estudios plantean una mayor mortalidad como consecuencia directa del maltrato. Además de estas consecuencias para el anciano, existen consecuencias para la sociedad al aumentar los costos sanitarios y una mayor frecuencia de institucionalización.^{39, 40}

En un estudio se investigó si el abuso emocional, físico o sexual se asocia con síntomas emocionales (p. ej., ansiedad, depresión), los resultados demostraron que cada tipo de maltrato aumenta la probabilidad de informar síntomas emocionales, siendo un predictor significativo⁴¹

La exposición al maltrato verbal, incluso sin el maltrato físico, tuvo un fuerte efecto en la salud psicológica. Este dato pone de relieve los efectos nocivos del maltrato verbal en la salud mental, que a menudo no es reconocido.⁴²

Otro de los desenlaces del maltrato puede ser el suicidio relacionándose con: la muerte de un ser querido, sobre todo un cónyuge, una enfermedad terminal con un dolor incontrolable, miedo a la prolongación de la vida sin dignidad, las pérdidas económicas y emocionales, el aislamiento social, o las situaciones de dependencia física o psíquica en la que las personas mayores se sienten humillados. Las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad en uno y otro sexo. La más elevada se registró entre los hombres de 60 años o más: era más de dos veces superior a la de las mujeres de la misma edad⁴³

Dado que la detección temprana de maltrato al anciano resulta una situación crítica se ha considerado realizar un tamizaje sistemático, desafortunadamente, existen pocos estudios sistematizados de tamizaje aplicados en la práctica clínica. Los clínicos frecuentemente ven a sus pacientes ancianos más de 5 veces al año; lo que le permite desarrollar una relación de oportunidad con estos pacientes para identificar cambios en su cognición, funcionalidad, salud mental, esfera social, económica y de vivienda.⁴⁴

Aunque no se ha demostrado que aplicar de manera rutinaria herramientas de tamizaje durante la valoración geriátrica integral, estas deberían ser administradas en el contexto de un paciente con factores de riesgo para maltrato. Actualmente se cuenta con gran cantidad de pruebas estandarizadas que podrían ser aplicadas una o 2 veces al año acompañadas de un monitoreo y vigilancia de los cambios que sufra el anciano durante visitas médicas subsecuentes.⁴⁵

Los distintos cambios en la funcionalidad, cognición y ánimo del paciente deberán ser notificados, vigilados e investigados a profundidad en busca de maltrato como una posible contribución al cambio en el estado de salud del anciano. Los profesionales de la salud deberán tener una conducta escéptica ante la presencia de accidentes de repetición en los adultos ya que una proporción de estas lesiones podrían estar relacionados a maltrato.⁴⁵

Social e históricamente muchos adultos mayores eligen no informar si están siendo maltratados por temor a recibir mayor maltrato o vergüenza y otros tantos son incapaces de comunicar tales incidentes por deterioro cognitivo. Los cuidadores y pacientes deben ser interrogados por separado y los proveedores de salud deben brindar un ambiente de confianza para evitar que el adulto mayor, pueda sentirse temeroso, agredido o inseguro. Pueden realizarse preguntas de forma neutral ¿está sucediendo algo en su domicilio de lo que quiera hablar?, ¿alguien le ha tratado de forma grosera?, ¿te han golpeado o herido? ¿alguien ha tomado tus objetos de valor como dinero o auto, sin tu permiso?, ¿alguien te grita o te humilla?, ¿alguien ha herido tus sentimientos? lo que nos brindara información indicativa de potencial maltrato. ^{45, 46}

La información obtenida en el interrogatorio, debe ser complementada con lo que se observa en la víctima, como labilidad emocional, ansiedad, depresión, estrés o trauma, en cuyo caso deberá sospecharse maltrato al adulto mayor, si además se identifica que el cuidador insiste en contestar las preguntas realizadas al paciente, minimizar sus respuestas, se rehúsa a dejar al paciente solo para continuar el interrogatorio o cancela la atención, la sospecha de maltrato debe ser mayor. ^{45, 47}

A continuación describiremos brevemente las pruebas de tamizaje más relevantes:

Instrumento de Maltrato al Anciano (Elder Assessment Instrument “**EAI**”):

Es un instrumento de 41 items, que contiene siete secciones. Las primeras 5 secciones identifican manifestaciones clínicas y subjetivas relacionadas al maltrato, más específicamente maltrato, negligencia, explotación y abandono, dando como resultado una evaluación cuantitativa de cada dominio. La sexta sección provee una orientación a la presencia individual del abuso y la última sección provee un plan de seguimiento y manejo.

Ésta herramienta cuenta con un constructo válido y buena sensibilidad 0.71 y especificidad 0.93, desafortunadamente no puede ser aplicable en clínicas con alta demanda de trabajo, por su tiempo de aplicación. ^{13,14}

Tamizaje Brief de abuso en ancianos (Brief Abuse Screen for the Elderly “**BASE**”):

Esta herramienta cuenta con sólo 5 items, tiene una buena correlación, pero sólo contiene evaluación psicométrica; requiere un minuto completar la prueba y aunque es necesario entrenamiento para su aplicación, permite discriminar entre si los cuidadores son o no maltratadores pero no incluye identificar autonegligencia ^{13, 48}

Tamizaje de maltrato a ancianos Hwalek-Sengestock (Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test “**HS-EAST**”):

Este test ha sido reducido a 6 items de maltrato doméstico y vulnerabilidad para abuso físico. Esta escala es de utilidad durante la atención médica, como una herramienta de tamizaje y ha demostrado que puede ser adaptado culturalmente a población portuguesa pero no cuenta con adecuada reproducibilidad ^{13,48}

Índice de sospecha de Maltrato al Anciano (Elder Abuse Suspicion Index “**EASI**”): Es un índice de 6 ítems, este toma aproximadamente 2 minutos y fue validada en consultorios de atención médica familiar ambulatorios, su sensibilidad y especificidad son de 0.47 y 0.75 respectivamente, lo que sugiere que no siempre se logrará identificar la ocurrencia del maltrato. Las primeras 5 preguntas son realizadas directamente al paciente y cubren actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, negligencia, abuso emocional, explotación financiera y abuso sexual. La última pregunta es respondida por los clínicos respecto al paciente y sus características de posible abuso, incluyendo labilidad emocional, pobre contacto visual, malnutrición, pobre higiene, vestido inapropiado y falta de medicación. El responder positivamente a cualquiera de las preguntas, indica maltrato potencial. ^{13, 47}

Tamizaje de la asociación médica americana (American Medical Association Abuse Screen “**AMAAS**”):

Es una prueba breve que consta de nueve preguntas, están dispuestas en dominios como aislamiento social, explotación financiera, abuso sexual, negligencia, abuso emocional y psicológico. Las preguntas resultan un tanto escuetas y cualquier respuesta afirmativa a estas preguntas supone una mayor intervención. ^{48, 49}

Escala de vulnerabilidad al Maltrato (Vulnerability to Abuse Screening Scale “**VASS**”):

Es una escala con 12 ítems y 4 dominios que cubren vulnerabilidad, dependencia, abatimiento y coacción. combina 10 preguntas del HS-EAST y 2 preguntas que incluyen si alguien es agresivo con ellos y si tienen temor a alguna persona de su familia. La fiabilidad de los diferentes dominios es adecuada de 0.31 a 0.74. ^{13,48}

Escala Geriátrica de maltrato (Geriatric Mistreatment Scale **GMS**):

Es una escala de 22 ítems divididos en los 5 tipos de maltrato a ancianos. Cada pregunta hace referencia a los 12 meses previos a la entrevista. Los dominios incluyen maltrato físico, psicológico, negligencia, económico y sexual. También pregunta quién es el responsable del maltrato. En 2013 el Instituto Nacional de Geriátrica realiza una investigación cualitativa con la finalidad de desarrollar, evaluar y validar en la población mexicana. La Escala Geriátrica de Maltrato que previamente constaba de 49 ítems con los siguientes resultados: cuenta con una buena consistencia global interna con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.83. La consistencia de cada dominio es psicológico de 0.82, físico 0.72, económico 0.55, negligencia 0.8 y abuso sexual 0.87. Tiene adecuado nivel de consistencia, exceptuando al económico. Por lo que es recomendada para su aplicación en materia de investigación. ^{13,50}

En México en el año 2006 se realizó una primera encuesta sobre maltrato a 618 personas adultas mayores de la Ciudad de México, la cual reportó que 16.7% de los adultos mayores sufren algún tipo de maltrato ⁴

En Estados Unidos el tipo de maltrato más común es la negligencia 37.2% seguido del maltrato psicológico 14.8%, financiero 14.7%. En España el 66% presenta maltrato psicológico, 23% negligencia, y el 3% físico. En América Latina se estima la proporción de incidentes que se denuncian varía entre el 15% y el 30%. (12,13,14,15,16) En los Estados Unidos se estima una prevalencia entre el 4 a 10%. En países como Australia la incidencia es del 6%. En España, se han publicado cifras que oscilan entre el 4,7% y el 12%. ^{13,51,52,53}

Partiendo de lo anteriormente expuesto, se reconoce que la población derechohabiente del sistema de Salud de Petróleos Mexicanos es una población envejecida con una expectativa de vida de 82 años y que actualmente representa el 24% del total de la población atendida. Por lo que aplicar una herramienta de tamizaje de maltrato validada en población mexicana tendrá repercusiones positivas en las políticas sanitarias de la empresa y los efectos negativos del maltrato a los adultos mayores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sistema de Salud de PEMEX se enfrenta al logro de una mayor expectativa de vida de sus derechohabientes. Actualmente atiende una población envejecida (24% del total de derechohabientes) muy similar a los países europeos respecto a niveles de calidad de vida y sobrevida (82 años).

Los adultos mayores son proclives de recibir maltrato que habitualmente es subdiagnosticado y causa incremento en la morbimortalidad de este grupo de edad, por ello se analizará cual es la constante más frecuente de maltrato en los adultos mayores atendidos en el Hospital Central Norte De Pemex de acuerdo a la escala geriátrica de maltrato

Pregunta de investigación:

¿Cuál es el tipo de maltrato más frecuente de acuerdo al tamizaje realizado mediante la “Escala Geriátrica de Maltrato” aplicada en pacientes de consulta externa de especialidades del Hospital Central Norte De Petróleos Mexicanos?

JUSTIFICACIÓN

En el año 2006 se realizó una primera encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores de la Ciudad de México, la cual reportó que 16.7% de los adultos mayores sufren algún tipo de maltrato, siendo el maltrato psicológico es el más común 12.2%, seguido de maltrato económico 3.9%, físico 3.7%, negligencia y abandono 3.5% y abuso sexual 0.9%.

La **“Escala Geriátrica de Maltrato”** fue desarrollada en el año 2013 y es la única herramienta validada en México para aplicarse a población mexicana como **tamizaje** de los 5 diferentes tipos de maltrato en el anciano.

No existe un reporte epidemiológico actualizado lo cual dificulta la identificación, manejo y seguimiento de los casos de maltrato en adultos mayores.

Académica: Obtener el grado de especialista en Geriatria

HIPÓTESIS

El tipo de maltrato más encontrado de acuerdo a la “Escala geriátrica de maltrato” es el Psicológico.

OBJETIVO GENERAL

Analizar los resultados del tamizaje realizado mediante la “Escala geriátrica de maltrato”.

Objetivo Específicos

- Identificar la predisposición de maltrato por género
- Establecer si existe un predominio etario
- Identificar la predisposición de maltrato acuerdo al estado civil del encuestado
- Analizar la predisposición de maltrato acuerdo al tipo de derechohabencia
- Conocer si ha sido un episodio único o repetido de maltrato
- Identificar el tiempo de evolución del maltrato
- Conocer la predisposición por género de la persona que maltrata al adulto mayor
- Conocer el parentesco que tiene la persona que maltrata con el adulto mayor

MATERIAL Y METODOS

Se realizó el presente estudio en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos considerado un Hospital Central de alta concentración. Cuenta con los siguientes servicios de atención consulta externa, hospitalización, urgencias, centro de transfusión, densitometrías óseas, diálisis peritoneal y hemodiálisis, ecocardiografía, electrocardiografía, electroencefalografía, inhaloterapia, laboratorio de análisis clínicos, laboratorio de anatomía patológica, quimioterapia, radiología e imagen, tomografía, farmacia, transportes.

La torre de especialidades de consulta externa tiene alta demanda de pacientes ya que en el hospital actualmente se cuenta con un 24% de población adulta mayor que en muchos casos demanda diferentes tipos de atención.

DISEÑO

Se realizó una investigación de tipo prospectivo, transversal mediante entrevistas aplicadas a 630 adultos mayores, que acudieron a la torre de especialidades de consulta externa del HCH PEMEX en un periodo del 1 de marzo al 30 de mayo del 2016 utilizando una encuesta estructurada sociodemográfica y la “Escala geriátrica de maltrato”.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable	Definición Teórica	Definición operacional	Nivel de medición	Indicadores
Sospecha de Maltrato en el paciente geriátrico	Presencia de maltrato	Respuesta positiva a alguno de las preguntas	Cualitativa Nominal	1. SI 2. NO 3. *No respondió
Tipo de Maltrato sospechado	Identificado como la variedad de maltrato en el anciano	Respecto a la pregunta positiva podrá evaluarse el tipo de maltrato	Cualitativa Nominal	1. Físico 2. Psicológico 3. Económico 4. Sexual 5. Negligencia
Tiempo de evolución del maltrato	Periodo transcurrido desde el inicio del maltrato a la fecha	Años de evolución del maltrato	Cuantitativa Discreta	1. un año o menos 98. No recuerda
Sospecha de Maltrato en el paciente geriátrico	Presencia de maltrato	Respuesta positiva a alguno de las preguntas	Cualitativa Nominal	1. SI 2. NO
Tipo de Maltrato sospechado	Identificado como la variedad de maltrato en el anciano	Respecto a la pregunta positiva podrá evaluarse el tipo de maltrato	Cualitativa Nominal	1. Físico 2. Psicológico 3. Económico 4. Sexual 5. Negligencia
Tiempo de evolución del maltrato	Periodo transcurrido desde el inicio del maltrato a la fecha	Años de evolución del maltrato	Cuantitativa Discreta	1. un año o menos 98. No recuerda
Predisposición por género de la persona que maltrata	Atributos considerados apropiados para los hombres y las mujeres	Determinación del sexo biológico de los maltratadores.	Cualitativa Nominal	F. Femenino M. Masculino

Parentesco que tiene la persona que maltrata	Vínculo que existe entre 2 personas por consanguinidad	Relación entre parientes	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cónyuge 2. Hijo/Hijastro 3. Hermano 4. Nuera/Yerno 5. Cuidador formal 6. Otro 99. No respondió
Repetición del evento de maltrato	Patrón de presentación episódica del Maltrato	Veces que ha ocurrido el evento	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. una vez 2. pocas veces 3. muchas veces 99. No recuerda
Estado Civil	Presencia o ausencia de vínculo entre 2 personas por afinidad	Relación conyugal	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casado 2. Soltero 3. Viudo/Divorciado/separado
Género	Conceptos sociales, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para hombres y mujeres	Determinación del sexo biológico de los cuidadores.	Cualitativa Nominal	<p>F. Femenino</p> <p>M. Masculino</p>
Grupo de Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Años de vida del entrevistado	Cuantitativa Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. 60-80 Años 2. >80 Años
Derechohabencia	Persona que tiene derecho a recibir prestaciones sanitarias	Relación de derechohabencia	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. JUBILADO 2. TRABAJADOR 3. FAMILIAR

UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA

En el HCN PEMEX se cuenta con una población total mayor de 60 años de 11,721 derechohabientes de los cuales 9,250 son adultos de 60 a 80 años y 2,471 adultos mayores de 80 años.

La muestra probabilística con un valor de confianza de 99% y una muestra representativa de **630** sujetos de estudio elegidos al azar

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes adultos mayores de 60 años.
- Personas con deseo de participar en el estudio
- Personas que comprendan y firmen el consentimiento anónimo de participación en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con deprivación sensorial auditiva, visual o afasia que imposibilite la aplicación de la escala.
- Pacientes mayores de 60 años con deterioro cognitivo que afecte la calidad de las respuestas. (Test de Pfeiffer con más de 3 errores).
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INVESTIGACIÓN

Para la realización del estudio de las características demográficas se llenó una hoja con los 4 apartados siguientes:

1. Edad
2. Sexo
3. Estado civil
4. Derechohabencia

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Escala Geriátrica de Maltrato. En 2013 validada para su aplicación en la población mexicana por la maestra M.L.Giraldo. Es una escala de 22 ítems divididos en los 5 tipos de maltrato a ancianos. Cada pregunta hace referencia a los 12 meses previos a la entrevista. Los dominios incluyen maltrato físico, psicológico, negligencia, económico y sexual. La escala también pregunta quién es el responsable del maltrato. La escala cuenta con una buena consistencia global interna con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.83. LA consistencia de cada dominio es psicológico de 0.82, físico 0.72, económico 0.55, negligencia 0.8 y abuso sexual 0.87. Por lo que todos los dominios cuentan con un adecuado nivel de consistencia.

DESARROLLO DEL PROYECTO

Se identificó pacientes que se encontraron en espera de atención en consulta externa en la torre de especialidades, que tuvieron más de 60 años que contaran con una prueba de cognición satisfactoria (Pfeiffer menos de 3 errores) a quienes se les solicitó por escrito su consentimiento anónimo para participar en el estudio y se les realizó una encuesta estructurada por; características sociodemográficas y la “Escala geriátrica de maltrato”

Se realizó la captura de la encuesta geriátrica de maltrato y variables sociodemográficas investigadas y para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 22.

LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO

Recabar información de encuestados de la consulta externa de 3er nivel del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos en el periodo comprendido de marzo de 2016 a mayo de 2016.

CRONOGRAMA

Fecha de inicio ENERO DE 2016

Fecha de término JUNIO 2016

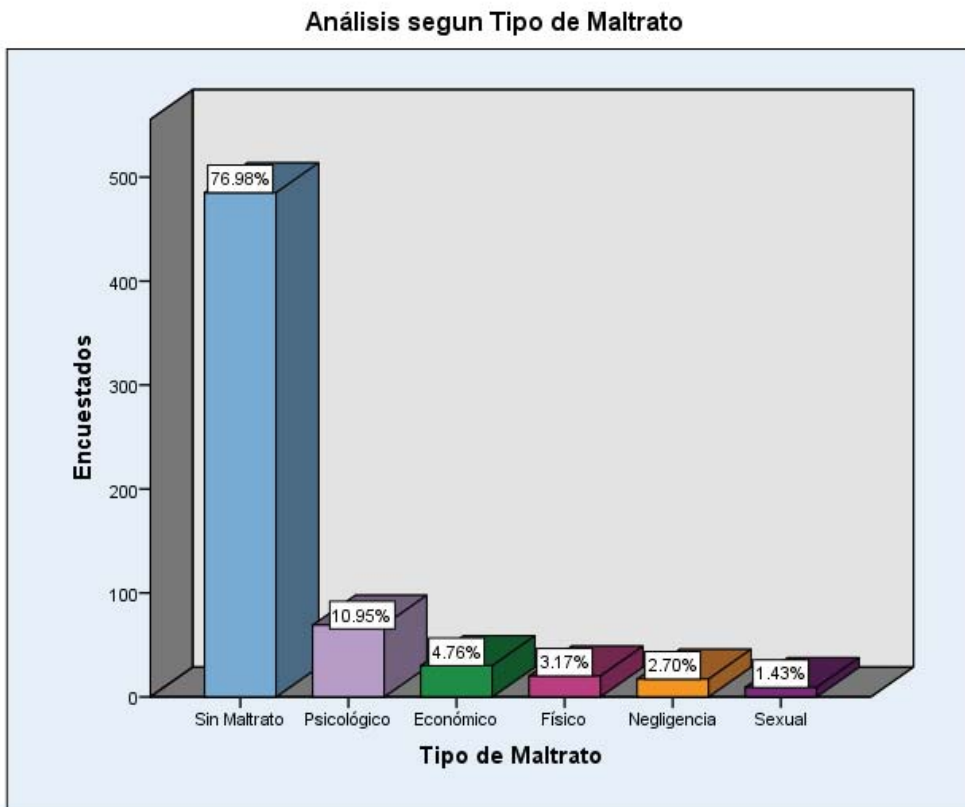
Actividades 2016-2017		ene-16	feb-16	mar-16	abr-16	may-16	jun-16	jul-16	ene-17
Proyecto de Protocolo	Selección y Dererminación del Tema								
	Planteamiento de Problema								
	Hipótesis								
	Marco Teórico								
	Justificación								
	Metodología								
Realización de Protocolo	Presentación ante Comité de Bioética								
	Captación de Participantes y Encuestas								
	Análisis								
	Resultados								
	Conclusión y Discusión								
Etapa de evaluación	Recomendaciones al Hospital								
	Revisión de Tesis								
	Aprobación de Tesis								
	Presentación de Tesis								

ANÁLISIS DE RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO:

El análisis estadístico de las 630 personas adultas mayores entrevistadas en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos en el periodo de 1ro de marzo al 31 de mayo del año 2016 se encontró que la edad promedio de los adultos mayores estudiados fue de 72.78 ± 8.5 años. De los 630 encuestados fueron 232 hombres y 398 mujeres. Se entrevistó a 312 jubilados, 310 familiares de trabajadores y 8 trabajadores activos. Respecto al estado civil de los 630 fueron encuestados 409 casados, 40 solteros y 181 viudos/divorciados.

Tipo de Maltrato

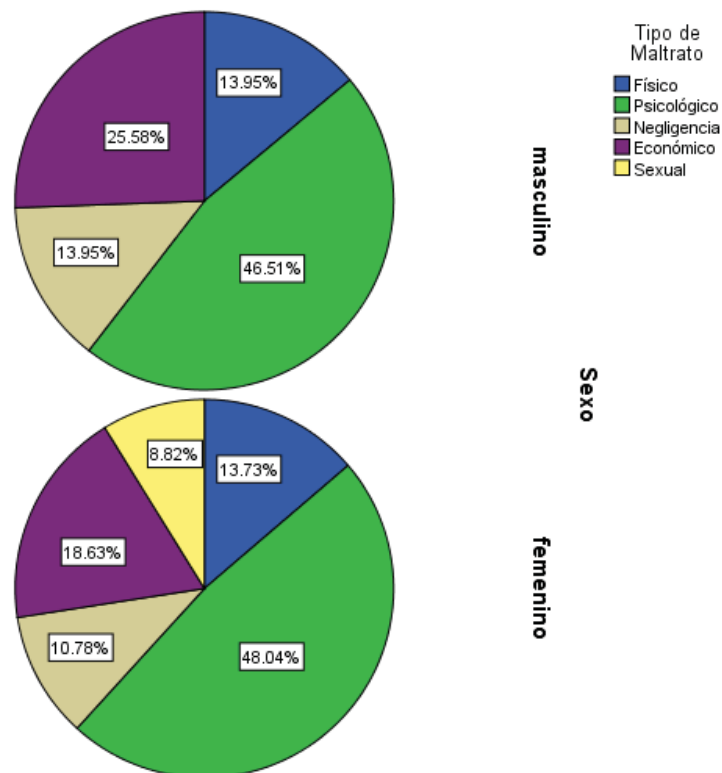


Tipo de Maltrato

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Sexual	9	1.4	1.4	1.4
Económico	30	4.8	4.8	6.2
Negligencia	17	2.7	2.7	8.9
Psicológico	69	11.0	11.0	19.8
Físico	20	3.2	3.2	23.0
Sin Maltrato	485	77.0	77.0	100.0
Total	630	100.0	100.0	

En la Tabla 1 se describen los tipos de maltrato encontrados en las personas encuestadas, donde se puede ver claramente que el 77% no presentaron maltrato de ningún tipo. Dentro de estos resultados se encontró que el 23% recibieron maltrato de los cuales el tipo más frecuente es el maltrato psicológico con un 11%.

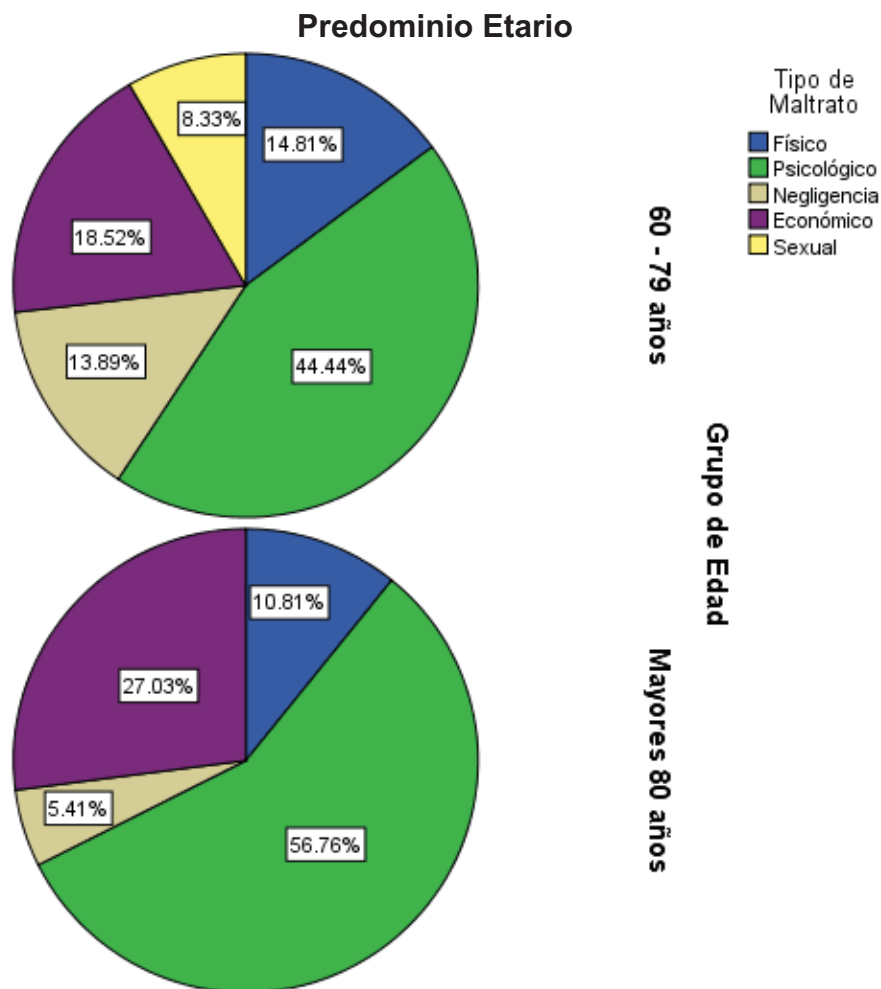
Predisposición de Maltrato por Género



Tipo de Maltrato

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sexual	9	1.4	1.4	1.4
	Económico	30	4.8	4.8	6.2
	Negligencia	17	2.7	2.7	8.9
	Psicológico	69	11.0	11.0	19.8
	Físico	20	3.2	3.2	23.0
	Sin Maltrato	485	77.0	77.0	100.0
	Total	630	100.0	100.0	

En esta Tabla 2 se observa la frecuencia de maltrato por género obteniendo como resultado una predisposición al maltrato físico, seguido por el económico. También se hace evidente que el maltrato sexual únicamente lo presenta el género femenino.



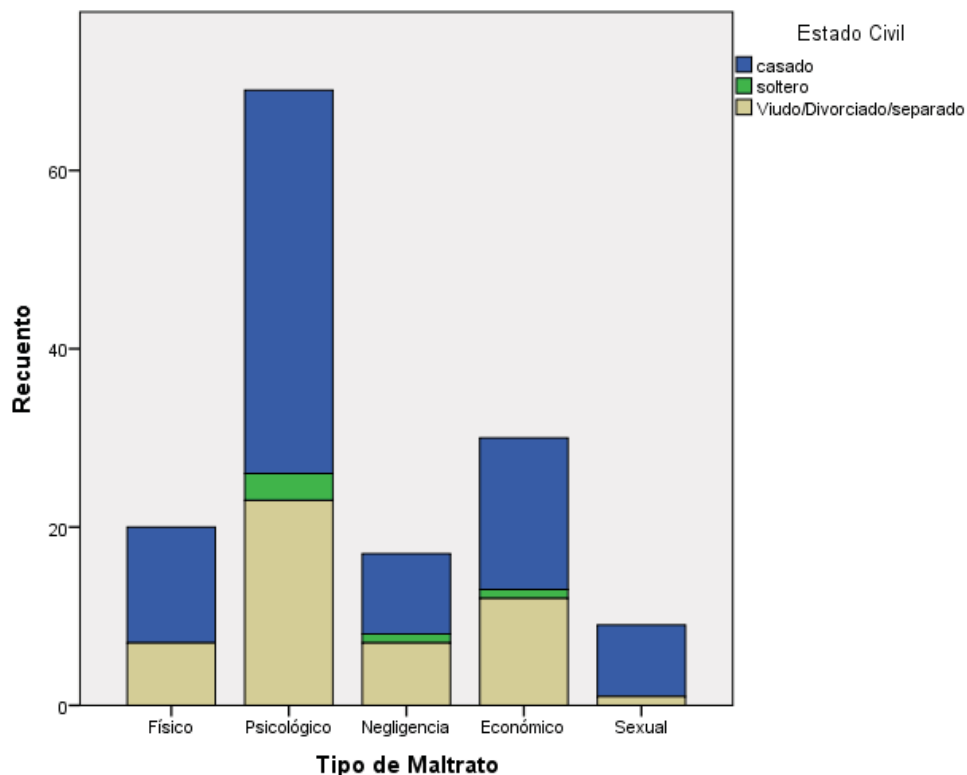
Grupo de Edad*Tipo de Maltrato tabulación cruzada

Recuento

	Tipo de Maltrato					Total
	Físico	Psicológico	Negligencia	Económico	Sexual	
Grupo de Edad de 60 - 79 años	16	48	15	20	9	108
Mayores 80 años	4	21	2	10	0	37
Total	20	69	17	30	9	145

En la Tabla 3 se observa que no existe predisposición de algún tipo de maltrato por grupo de edad. Sin embargo el maltrato sexual solo se encontró en el grupo de 60 a 79 años.

Maltrato Acuerdo al Estado Civil del Encuestado



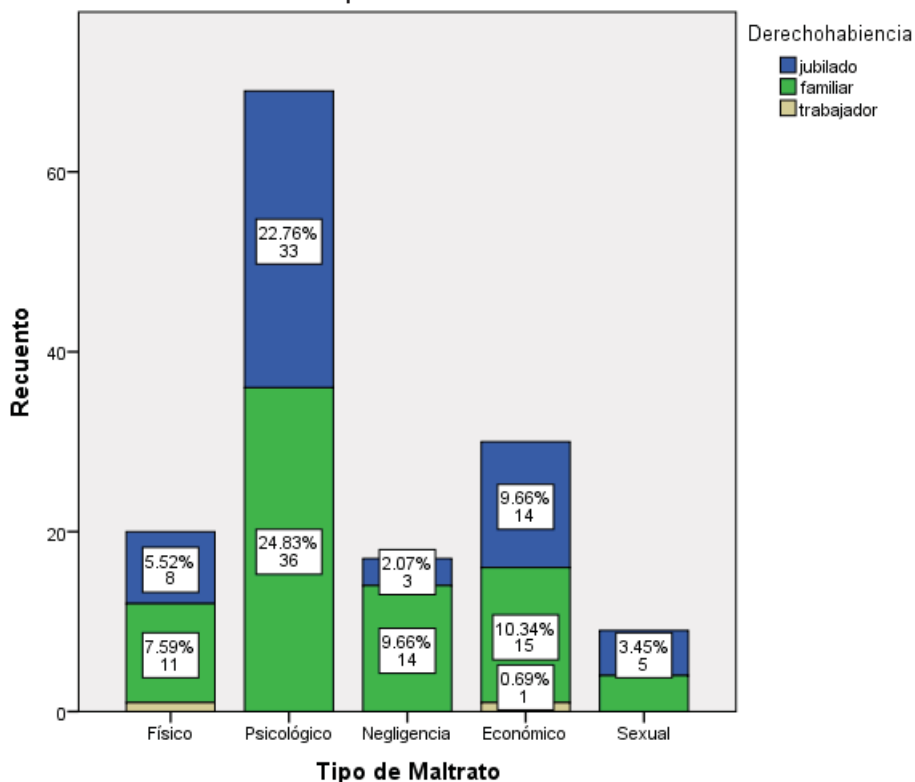
Tipo de Maltrato Estado Civil

Recuento

		Estado Civil			Total
		casado	soltero	Viudo/Divorciado	
Tipo de Maltrato	Físico	13	0	7	20
	Psicológico	43	3	23	69
	Negligencia	9	1	7	17
	Económico	17	1	12	30
	Sexual	8	0	1	9
Total		90	5	50	145

En la Tabla/Grafica 4 se describe la predisposición por estado civil de los encuestados dando que son similares excepto el sexual donde los encuestados son casados en un 86%

Maltrato acuerdo a tipo de Derechohabiencia del Encuestado



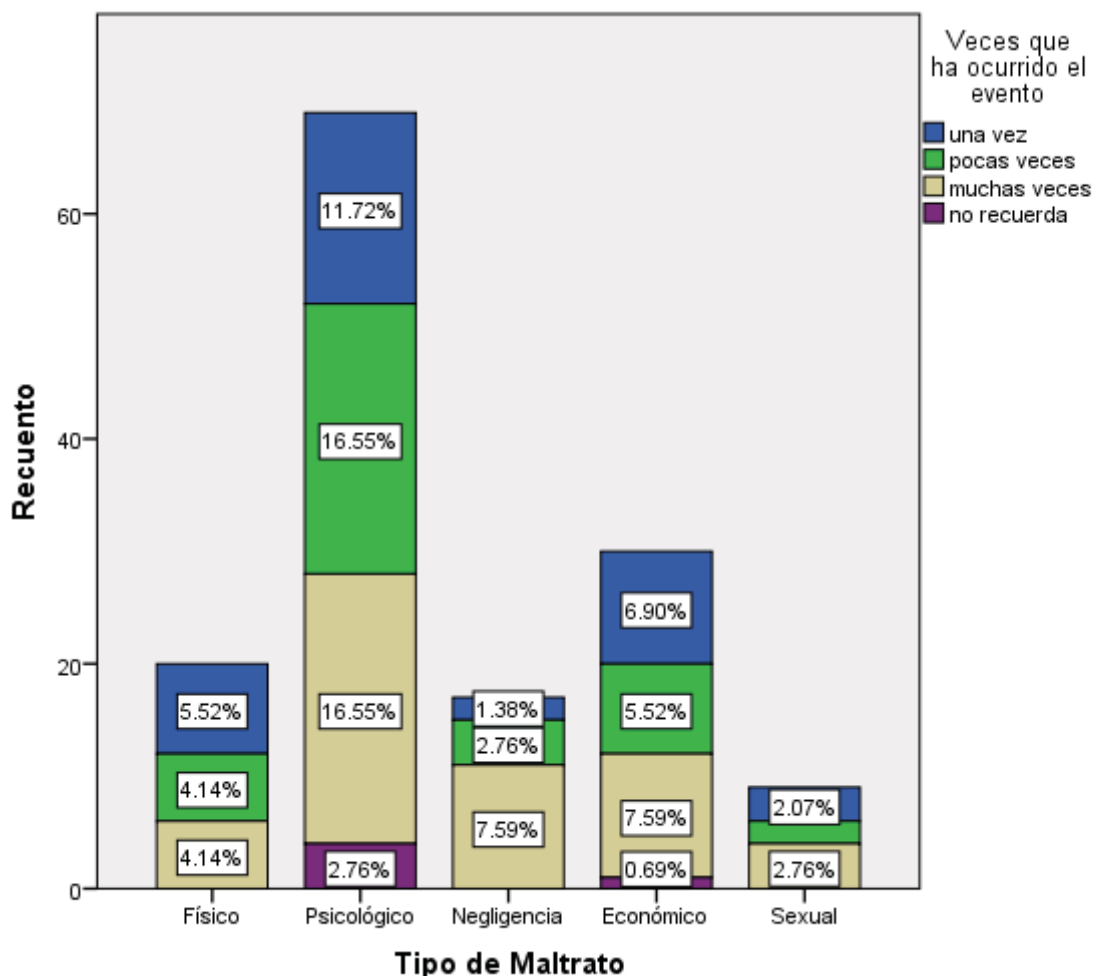
Tipo de Maltrato*Derechohabiencia tabulación cruzada

Recuento

		Derechohabiencia			Total
		Jubilado	Familiar	trabajador	
Tipo de Maltrato	Físico	8	11	1	20
	Psicológico	33	36	0	69
	Negligencia	3	14	0	17
	Económico	14	15	1	30
	Sexual	5	4	0	9
Total		63	80	2	145

La tabla/grafica 6 muestra que los jubilados tienen mayor frecuencia de maltrato físico, económico y negligencia en comparación con los familiares y trabajadores activos.

Frecuencia del Maltrato



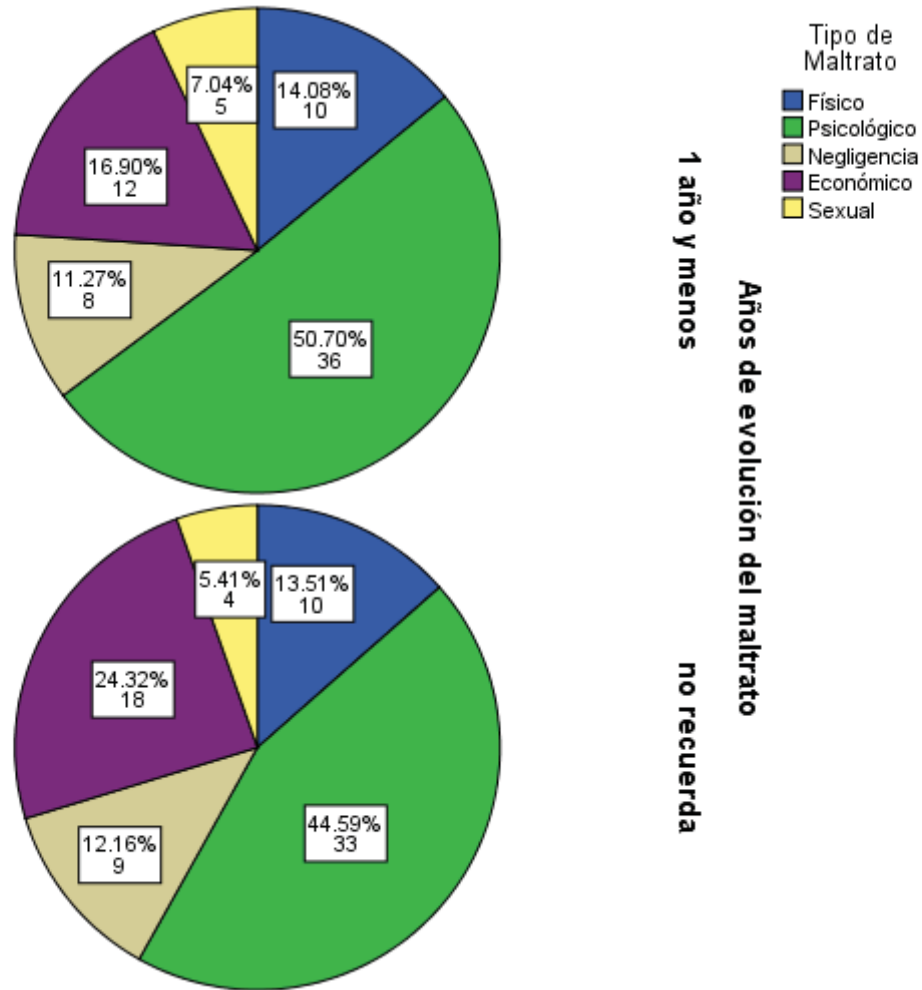
Tipo de Maltrato*Veces que ha ocurrido el evento tabulación cruzada

Recuento

		Veces que ha ocurrido el evento				Total
		una vez	pocas veces	muchas veces	no recuerda	
Tipo de Maltrato	Físico	8	6	6	0	20
	Psicológico	17	24	24	4	69
	Negligencia	2	4	11	0	17
	Económico	10	8	11	1	30
	Sexual	3	2	4	0	9
Total		40	44	56	5	145

En la Tabla/Grafica 7 se describe que el encuestado ha sido maltratado muchas veces en todos los tipos de maltrato.

Tiempo de Evolución del Maltrato



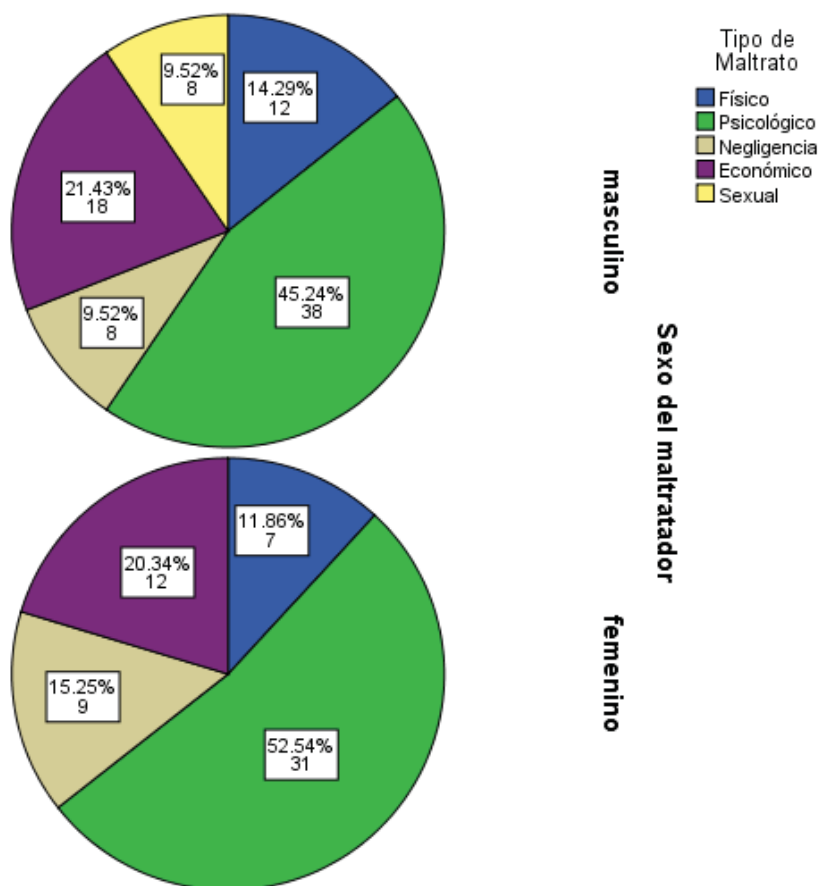
Tipo de Maltrato*Años de evolución del maltrato tabulación cruzada

Recuento

		Años de evolución del maltrato		Total
		1 año y menos	no recuerda	
Tipo de Maltrato	Físico	10	10	20
	Psicológico	36	33	69
	Negligencia	8	9	17
	Económico	12	18	30
	Sexual	5	4	9
Total		71	74	145

En la Tabla/Grafica 8 se evidencia que la mitad de los encuestados ha sufrido algún tipo de maltrato durante el último año.

Predisposición por Género de la Persona que Maltrata al Adulto Mayor



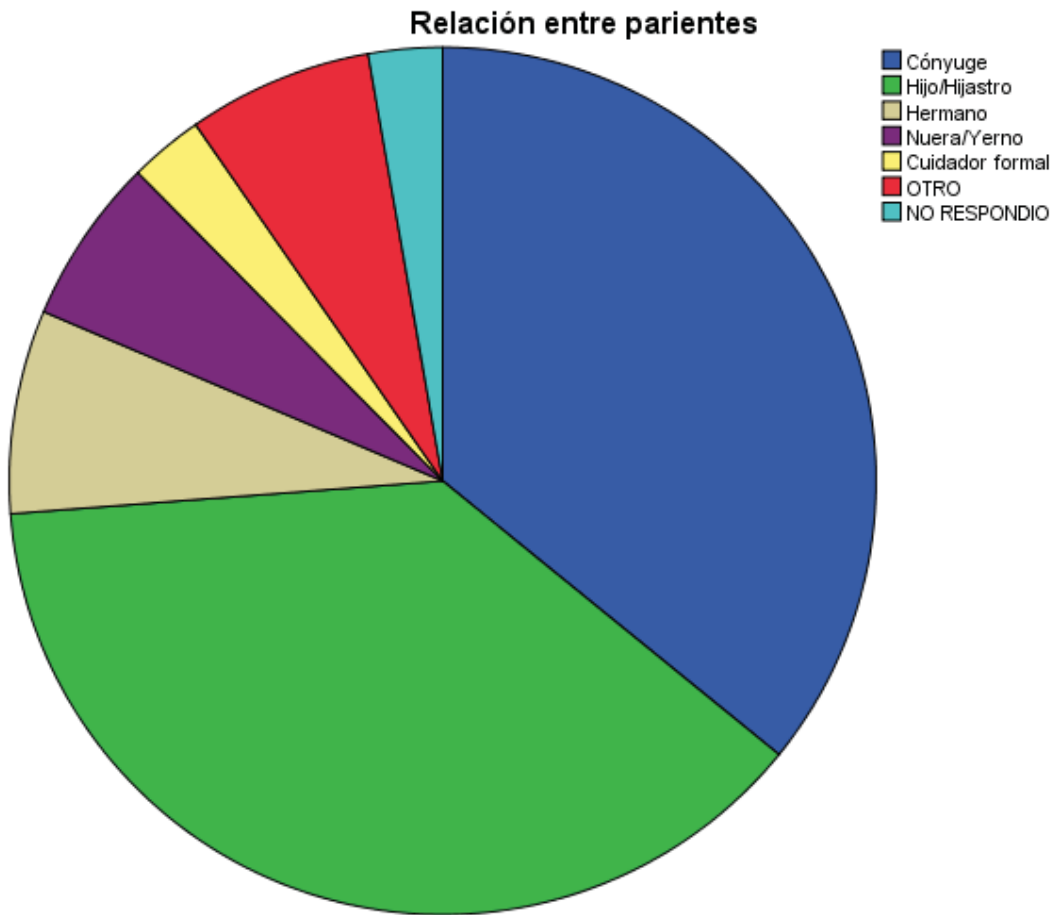
Tipo de Maltrato*Sexo del maltratador tabulación cruzada

Recuento

		Sexo del maltratador		Total
		Masculino	Femenino	
Tipo de Maltrato	Físico	12	7	19
	Psicológico	38	31	69
	Negligencia	8	9	17
	Económico	18	12	30
	Sexual	8	0	8
Total		84	59	143

La tabla/grafica 9 muestra que el género masculino es con mayor frecuencia el que maltrata con el 57.9% de los maltratadores eran hombres y 41.4% mujeres con una predisposición similar por tipo de maltrato.

Parentesco que tiene a Persona que Maltrata con el Adulto Mayor



Tipo de Maltrato*Relación entre parientes tabulación cruzada

Recuento

		Relación entre parientes							Total
		Cónyuge	Hijo/Hijastro	Hermano	Nuera/Yerno	Cuidador formal	OTRO	NO RESPONDIO	
Tipo de Maltrato	Físico	10	5	2	1	0	1	1	20
	Psicológico	22	28	6	3	1	7	2	69
	Negligencia	4	8	3	2	0	0	0	17
	Económico	6	13	4	2	3	2	0	30
	Sexual	7	1	0	0	0	0	1	9
Total		49	55	15	8	4	10	4	145

IMPLICACIONES ÉTICAS

Este estudio de no intervención se manejó con estricto apego a las especificaciones de confidencialidad y anonimato de los sujetos participantes de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, descritas en el Título Sexto de Ejecución de la Investigación en las Instituciones de Atención a la Salud, así como el manejo del expediente clínico según la Norma Oficial Mexicana (NOM-004-SSA3-2012).

En todo momento se actuó sin discriminación de tipo lesiva acuerdo a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal con atención especial al Capítulo II artículo 5, fracción A en relación a los derechos a una vida integra, digna, libre de discriminación y de violencia.

No se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, manteniendo en todo momento la confidencialidad de la información por parte del grupo de investigadores y personal involucrado en este estudio.

Durante el desarrollo de la investigación se actuó conforme a la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

El generar nuevos conocimientos no tendrá primacía sobre los derechos y los intereses de las personas que participaron en la investigación, promoviendo y asegurando el respeto a todos los seres humanos, para proteger su salud y sus derechos individuales. Por lo que los pacientes en el estudio no fueron sometidos a ningún riesgo conocido debido a la naturaleza descriptiva del presente estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Este apartado tiene gran relevancia para el trabajo de tesis ya que a través de la encuesta y entrevista realizada a la muestra representativa del total de los derechohabientes de la tercera edad del HCN PEMEX y cuya finalidad fue el estudio sobre el maltrato intrafamiliar que sufre esta población debido a su situación de desventaja por sus múltiples comorbilidades, nivel de dependencia, deterioro cognitivo, sensorial y funcional donde surge como inquietud la necesidad de analizar dicho fenómeno pues la atención médica geriátrica es un ámbito de oportunidad para generar confianza en el temprano diagnóstico y atención de sus graves implicaciones en la morbimortalidad de los adultos mayores.

De acuerdo a la teoría analizada se estudiaron casos realizados en México y otros países encontrándose que existe coincidencia entre estos con la aplicación de la “Escala Geriátrica de Maltrato” misma que se utilizó en este caso. Por ello se presentan de manera abreviada los resultados obtenidos en ellos:

En la última investigación realizada a cargo del INGER la prevalencia del maltrato hacia personas mayores fue de 10.3% y afectó hasta a 32% de las personas mayores con discapacidad. El maltrato psicológico es el más común, seguido del físico y del abuso económico.⁵⁴

En Estados Unidos el tipo de maltrato más común es la negligencia 37.2% seguido del maltrato psicológico 14.8%, financiero 14.7%. En España el 66% presenta maltrato psicológico, 23% negligencia, y el 3% físico. Australia 29% maltrato psicológico, 25% maltrato físico, 16% negligencia, 13% económico.

En América Latina se estima la proporción de incidentes que se denuncian varía entre el 15% y el 30%. En los Estados Unidos se estima una prevalencia entre el 4 a 10%. En países como Australia la incidencia es del 6%. En España, se han publicado cifras que oscilan entre el 4,7% y el 12%.

Como ya se hizo mención anteriormente la edad promedio de los adultos mayores entrevistados fue de 72.78 ± 8.5 años, de los cuales fueron 232 hombres y 398 mujeres. 312 de ellos eran jubilados, 310 familiares de trabajadores y 8 trabajadores activos. Respecto al estado civil de los 630 fueron encuestados 409 casados, 40 solteros y 181 viudos/divorciados. Del total de entrevistados se encontró 485 (77%) adultos mayores sin maltrato y se identificaron 145 (23%) adultos mayores con sospecha de maltrato. El tipo de maltrato que se presentó con más frecuencia fue el psicológico con 69 casos (11%), seguido de maltrato económico 30 casos (4.8%), físico 20 casos (3.2%), negligencia y abandono 17 casos (2.7%) y abuso sexual 9 casos (1.4%). Recibiendo maltrato en más de una ocasión el 69% de los casos. En 51% ocurre desde hace más de un año. El 57.9% de los maltratadores son hombres y el 37.9% sus propios hijos.

El análisis de los datos arroja que el género masculino es con mayor frecuencia el que maltrata con el 57.9%, la mitad de los encuestados ha sufrido algún tipo de

maltrato durante el último año lo cual es compatible con estudios previos al presente.

Se encontró que los jubilados tienen mayor frecuencia de maltrato económico y negligencia en comparación con los familiares y trabajadores activos.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo se llevó a referencia por la observación realizada a través de la formación profesional en la especialidad de Geriatría surgiendo la necesidad de hacer el estudio de pacientes, en relación al Tamizaje de Maltrato Familiar de acuerdo a la “Escala Geriátrica de Maltrato” aplicada en pacientes de la consulta externa de especialidades, del H.C.N. PEMEX. Cuyo objetivo fue analizar el Tamizaje de Maltrato familiar mediante dicha escala; para ello se aplicó la metodología sustentada en entrevistas, la aplicación de encuestas, utilizando una muestra de 630 adultos mayores en un tiempo de tres meses y el análisis estadístico en el programa SPSS versión 22.

Este trabajo se manejó con estricto apego al anonimato y confidencialidad de los participantes, tomando en cuenta el “Reglamento de la Ley Gral. de Salud”, y el manejo de expediente clínico según la Norma Oficial Mexicana vigilando siempre el respeto a sus derechos de vida íntegra, digna, libre de discriminación y de violencia.

Según la Hipótesis emitida donde se afirma que el Tipo de Maltrato más común en los pacientes adultos mayores del H.C.N. PEMEX es el Psicológico , el planteamiento del problema, los objetivos general y específicos o particulares determinantes así como las variables dependientes e independientes y su operacionalización para encontrar la afirmación o discriminación de la misma, apoyada con la aplicación de una prueba de cognición y la encuesta estructurada, dieron resultados similares a estudios realizados con antelación por otros autores investigadores y aplicados en diversos ámbitos y países.

En este caso específicamente se observa que es notable la existencia de maltrato en sus diversos tipos, encontrando presencia de maltrato en el 23% de los adultos mayores, principalmente en los mayores de 80 años considerando que este problema es debido al incremento de dependencia de éstos, a la familia o personas cercanas (cuidadores).

El análisis y reflexión estudiados estadísticamente determina que la Hipótesis hecha es cierta pues los datos ya vertidos anteriormente en el contenido de esta investigación, hacen énfasis en que el maltrato del tipo Psicológico es la constante y que por ende representa el mayor problema y objeto de deterioro de la salud física y mental de los adultos mayores.

RECOMENDACIONES

Los profesionales de la salud tienen un papel importante en el reconocimiento del maltrato al adulto mayor, sin embargo, están poco sensibilizados y capacitados para identificar el problema. El personal de salud debe contar con la capacidad para aplicar las 3 “R” (Reconocer, Responder y Reportar) de acuerdo a la “Guía de Práctica Clínica para la Detección y Manejo del Maltrato al Adulto Mayor”. Los recursos sociales para dar solución a este problema son escasos y no existe una intervención interdisciplinaria en estos casos.⁵⁵

La intención de estas recomendaciones es tener un impacto directo en la morbimortalidad de los adultos mayores y en los costos secundarios a la atención médica, los servicios sociales, los costos legales y los de investigación, entre otros.

Durante la aplicación de entrevistas y encuestas de este estudio de investigación, surgió en varias ocasiones la inquietud por parte del entrevistado en torno al maltrato institucional, por lo que sería importante considerarlo dentro de otra línea de investigación futura para mejorar el servicio brindado por esta institución.

Al contar con los datos estadísticos arrojados en este trabajo de investigación, se puede plantear la intervención con los derechohabientes, brindándoles información entendible, dinámica y concreta en forma de talleres y pláticas grupales de promoción a la salud del adulto mayor con énfasis en la identificación de situaciones de maltrato y cómo prevenirlo.

Considerar a la brevedad, la realización de cursos a los cuidadores de adultos mayores con gran dependencia funcional, sobre todo, a aquellos con datos de colapso de cuidador o múltiples factores de riesgo.

De forma prioritaria, se recomienda la realización de programas de prevención de maltrato al adulto mayor, dirigidos a médicos generales, especialistas, enfermeras, trabajadores sociales y asistentes médicos del HCN PEMEX para la sensibilización y capacitación en el reconocimiento de este problema, brindándoles información sistematizada, organizada y actualizada para poder detectar, prevenir y actuar ante el maltrato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Norma Oficial Mexicana de la Secretaría de Salud, NOM-190-SSA1-1999. De la Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención medica de la violencia familiar.
2. Delgado A, Navalez K. Violencia en el adulto mayor. Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. 2009 (3):2-28
3. Elder abuse. Geneva: World Health Organization; 2014 (Fact Sheet No. 357; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>, accessed 5 June 2015).
4. Giraldo M. Encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores en el Distrito Federal 2008. EMPAM-DF (1):4- 53.
5. Giraldo M, Rosas C. Development and psychometric properties of the geriatric mistreatment scale. *Geriatr Gerontol Int* 2013;13:466–74.
6. Kowal P, Chatterji S, Naidoo N, et al.; SAGE Collaborators. Data resource profile: the World Health Organization Study on global Ageing and adult health (SAGE). *Int J Epidemiol*. 2012 Dec;41(6):1639–49.
7. Pérez V, Sierra F. Biología del Envejecimiento. Barshop Institute for Longevity and Aging Studies, the University of Texas Health Science 2009 (137): 296- 302.
8. Gamboa C. Envejecimiento Demográfico y vejez del sistema de salud en México. Asociación Latinoamericana de Población ALAP 2008. (4): 472-475.
9. Espíndola J, Flores J, López A, Et al. Guía de Práctica Clínica, Detección y manejo del maltrato en el adulto Mayor en el primer nivel de atención, México Secretaria de Salud Ed. Centro de Excelencia tecnológica en salud. 2008 (1): 1-45
10. Lithwick M, Wolfson C, Jewish D. A Global response to Elder Abuse and Neglect: World Health Organization 2008 (2): 2-50.
11. Elder abuse. Geneva: World Health Organization; 2015 (Fact Sheet No. 357; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>)
12. Lachs M, Pillemer K. Elder Abuse. *N Engl J Med* 2015;373:1947-56. DOI: 10.1056/NEJMra1404688
13. Gibbs L, Mosqueda L. 2014 Medical Implications of Elder Abuse and Neglect. USA. Elsevier
14. Bond M, Butler K. Elder Abuse and Neglect Definitions, Epidemiology, and Approaches to Emergency Department Screening. *Clin Geriatr Med* 2013;29(1) 257–273
15. Martina M, Norberto V, Miljanovich M, Bardales. Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima-Perú, 2009 *Revista Peruana da epidemiologia* 2010 (14),3:01-07
16. Moya A, Barbero J. Malos tratos a personas Mayores. Guía de actualización Colección Manuales y Guías. Madrid España. 2007. 1: 2-36
17. Bond MC, Butler KH. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. *Clin Geriatr Med* 2013;29: 257–73.
18. Charland J C. Elder Abuse, Neglect, and Exploitation. *American Journal Preventative Medicine* September of 2007, (14):264-273. 43
19. Dong X, Simon M, Mendes de Leon C, Fulmer T, Beck T, Hebert L, et al. Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *JAMA*. 2009 Aug 5;302(5):517–26.

20. N. Macklai, C. Salas. Older People in emergencies: Considerations for action And Policy development. David hutton World Health Organization 2008 (4): 2- 48
21. Iborra I: Maltrato de personas mayores en la familia en España. 2008. Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia (Centro Reina Sofía).
22. Pillemer KA, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse. *Gerontologist*. 2016.
23. Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63(6):1214–1238.
24. Yaffe MJ, Tazkarji B: Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician* 2012;58(12):1336-1340, e695-698).
25. Dong X, Chen R, Simon MA. Elder abuse and dementia: a review of the research and health policy. *Health Aff* . 2014 Apr;33(4):642–9.
26. Poznyak V, Buthart A. Elder abuse and alcohol. *World Health Organization* 2007 (6): 3-9
27. Dong X, Simon MA. Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA Intern Med*. 2013;173(10):911–7.
28. Francisco R, Sánchez G: “Maltrato en pacientes neurológicos”. *Anales de Psicología, España* 2011:256-264.
29. Ruedas M, Salgado G. Factores asociados con el Auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. *Revista Chilena Salud Publica* 2009 (13), 2:90- 99.
30. Pérez G, Izal M, Montorio I. Identificación de Factores de Riesgo de maltrato Hacia Personas Mayores en el Ámbito comunitario. *Inter J of Clin and Psy*, 2008. (8) 1: (105-117).
31. Perez G, Navarro R. Mistreatment of older people. Institute for the Elderly and Social Services (IMSERSO) Spanish Society of Geriatrics and Gerontology (SEGG) *World Health Organization (WHO)* 2008, (2):1-27
32. Dong X, Simon MA: Is impairment in physical function associated with increased risk of elder mistreatment? Findings from a community-dwelling Chinese population. *Public Health Rep* 2010;125(5):743-753.
33. Melchiorre M, Chiatti C, Lamura G. Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse among Older People in Seven European Countries. *PLoSOne* 2013;8(1):548-556.
34. Dong X, Simon MA: Is Greater Social Support a Protective Factor against Elder Mistreatment? *Gerontology* 2008;7.).
35. Ham R: El envejecimiento en México, el siguiente reto de la transición demográfica. El colegio de la Frontera Norte y Miguel A. Porrúa Eds. México D.F., 2003:219.).
36. Giraldo Rodríguez ML. Estereotipos y discriminación a las personas adultas mayores. *Realidades y expectativas frente a la nueva vejez*. México: UNAM; 2015, pp. 53- 74.
37. Gutiérrez Robledo LM, Giraldo Rodríguez ML. Los mexicanos vistos por sí mismos. *Los grandes temas nacionales: Realidades y expectativas frente a la nueva vejez*. México: UNAM; 2015, pp. 53- 74.
38. Cohen M. Screening Tools for the identification of Elder Abuse. *Clinical Review*. June 2011 18 (6):261-279.

39. Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: a 12-year prospective investigation. *J Am Geriatr Soc*. 2013 May;61(5):679–85.
40. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA. Adult protective service use and nursing home placement. *Gerontologist*. 2002 Dec;42(6):734–9.
41. Cisler JM, Begle AM, Amstadter AB, Acierno R: Mistreatment and self-reported emotional symptoms: results from the National Elder Mistreatment Study. *J Elder Abuse Negl* 2012;24(3):216-230
42. Mouton CP, Rodabough RJ, Rovi SL. Psychosocial effects of physical and verbal abuse in postmenopausal women. *Ann Fam Med* 2010;8(3):206-213.
43. Minayo MC, De Souza F, Gonçalves C: Suicide among the elderly: a literature review. *Rev. Public Health*. Aug 2010, 44(4):750-757.
44. Yaffee MJ, Bachir T. Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician* 2012;58:1336–40.
45. Burnett J. Murphy KP. Achenbaum WA. Prevention and Early Identification of Elder Abuse. *Clin Geriatr Med* 2014;30: 743–759.
46. Bond MC, Butler KH. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. *Clin Geriatr Med* 2013;29: 257–73.
47. Perez S, Levin I. Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level. *World Health Organization*. 2008 (3):1-17
48. Dong X. Screening for Elder Abuse in Healthcare Settings: Why Should We Care, and Is It a Missed Quality Indicator? *Ame Ger Soc* 2015;63: 1686-1692
49. Bond MC, Butler KH. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. *Clin Geriatr Med* 2013 Jun;29(8): 257–73.
50. Giraldo RL, Rosas CO. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatr Gerontol Int*. 2013 Apr;13(2):466-74.
51. Risco C, Vicioso M, Jiménez G, Poblador M, Molina L, Buitrago F. Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. *Medicina Clínica Barcelona* 2008; 25 (2): 5-51.
52. Cifuentes M, Landaeta W, Rodríguez R, Martínez P, Sandoval M, Salazar B, Prevalencia de maltrato en adultos mayores en la comunidad del Est. Bolivia. Cifuentes y Col. *Medicina. Sociedad Venezolana de medicina interna* 2007 (23): 245-250.
53. Urrusuno F, Rodríguez R, Vázquez I, Rodríguez R. Violencia doméstica en la tercera edad. *Revista Cubana de Salud Pública* 2010 36 (2):189-191
54. Giraldo M, Rosas O, Mino L. Abuse in Mexican Older Adults with Long-Term Disability: National Prevalence and Associated Factors. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63:1594-1600.
55. Guía de Práctica Clínica Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013 http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf

ANEXOS

ANEXO NO. 1

Test de Pfeiffer

	(+)	(-)
1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? o... ¿cuál es su dirección? (si no tiene tlf)		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)		
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?		
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?		
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?		
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0		
Puntuación Total.....		

ANEXO NO. 2

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	B	C	D	E
	Si su respuesta es sí pase a B	¿Esto ocurrió...	¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	Quién fue el responsable? PARENTESCO	¿Es hombre o mujer?
¿Durante los últimos 12 meses a usted ...	0 No 1 Si → * No respondió	1. una vez? 2. pocas veces? 3. muchas veces? 99. no respondió	01 un año y menos 98 no recuerda	Registre el parentesco que tiene con la persona mayor	1. Hombre 2. Mujer
FISICO					
1 ¿Le han golpeado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2 ¿Le han dado puñetazos o patadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3 ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4 ¿Le han aventado algún objeto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5 ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
PSICOLOGICO					
6 ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7 ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8 ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9 ¿Le han hecho sentir miedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10 ¿No han respetado sus decisiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11 ¿Le han prohibido salir o que la visiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
NEGLIGENCIA					
12 ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13 ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14 ¿Le han negado protección cuando la necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15 ¿Le han negado acceso a la casa que habita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ECONOMICO					
16 ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
17 ¿Le han quitado su dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
18 ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
19 ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
20 ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
SEXUAL					
21 ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
22 ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Total	Maltrato: Si (1) No (0)				
	_____/22				

ANEXO NO. 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Yo _____, certifico que he sido informado con claridad y veracidad debida respecto a la investigación "prevalencia y tipos de maltrato familiar en derechohabientes mayores de 60 años de acuerdo a la escala geriátrica de maltrato al adulto mayor aplicada en la consulta externa de 3er nivel del hospital central norte de petróleos mexicanos" que la Dra. Vianey Gómez Guzmán, residente de 4to año de la especialidad médica de Geriátria del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, me ha invitado a participar; que actúo en pleno uso de mis facultades mentales, consciente, libre y voluntariamente como colaborador aceptando contribuir en esta investigación.

Conozco la autonomía que poseo para retirarme u oponerme a la investigación cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que se respetará la buena fe y confiabilidad e intimidad de la información por mi sea suministrada

En el enterado que la encuesta y los resultados de la investigación serán manejados de forma Anónima y confidencial.

Si la escala aplicada durante esta investigación orientará a que pudiese estar recibiendo maltrato de algún tipo, se me hará la invitación a acudir con mi médico familiar o Trabajo social para mayor orientación si esa es mi decisión y voluntad.

Nombre del Participante _____ Firma _____

Firma del Investigador _____

Firma de Testigo _____

Firma de Testigo _____