



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 21
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”

TESIS:

**“ASOCIACIÓN ENTRE MALTRATO Y APEGO AL TRATAMIENTO MÉDICO
EN ADULTOS DE 60 A 74 AÑOS ADSCRITOS A LA UMF 21.”**

NUMERO DE REGISTRO:

R –2015–3703-15

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:.

RAMON ALBERTO PEÑUELAS FELIX.

ASESORES

DRA. CARMEN ZAPATA CARLIN
DRA. NORMA ANGELICA DIAZ GARCIA.



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.

1.- AUTORIZACION DE TESIS.

DRA. MARIBEL MUÑOZ GONZÁLEZ

DIRECTORA DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR N° 21, IMSS

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

COORDINADORA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21, IMSS

DR. JUAN FIGUEROA GARCÍA

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21, IMSS

ASESORAS DE TESIS:

DRA. CARMEN ZAPATA CARLIN

MEDICA CIRUJANA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESORA DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

Tel: 57686000 extensión 21407 o 21428

Dirección: Francisco del Paso y Troncoso No. 281. Col Jardín Balbuena.

C.P.15900. Delegación Venustiano Carranza

zcarlin@msn.com

DRA. NORMA ANGELICA DIAZ GARCIA.

ADSCRITA A HGZ 30

MEDICA CIRUJANA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA Y GERIATRIA.

PROFESORA AUXILIAR EN EL CURSO

DE ESPECIALIZACION

EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 21.

DIRECCION: PLUTARCO ELIAS CALLES NO. 473 COL. SANTA ANITA.

DELEGACION IZTACALCO. C.P. 08300.

TELEFONO: 56502055

nangelicad@yahoo.com.mx

DEDICATORIAS

- *Dedico esta Tesis a mis padres quienes me apoyaron todo el tiempo especialmente a mi madre que se nos adelantó en el camino pero sé que desde el cielo está orgullosa por este logro que empezamos juntos.*
- *A mi esposa quien me apoyo y alentó en todo momento a seguir adelante para terminar este sueño, y por siempre confiar y creer en mi por estar todo el tiempo a mi lado brindándome su apoyo incondicional.*
- *A mis hermanas que siempre estuvieron apoyándome*
- *A mis maestros y asesoras quienes nunca desistieron al enseñarme que depositaron su confianza y esperanza en mí.*
- *Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional.*

AGRADECIMIENTOS:

A mis maestras y asesoras, la Dra. Norma Angélica Díaz, y a la Dra. Carmen Zapata quienes siempre me brindaron su apoyo incondicional brindándome sus conocimientos en sus respectivas áreas para esta tesis, alentándome para continuar durante este camino.

A mis profesores de lo largo de la especialidad por sus enseñanzas y conocimientos aprendidos de ellos.

Así mismo a mi profesor titular y adjunto de la especialidad de medicina familiar de la UMF 21 por su apoyo incondicional en todo momento y por los jalones de orejas que merecidamente me dieron.

A todos ellos mi más sincero agradecimiento por sus palabras de aliento los conocimientos adquiridos, y palabras de aliento en situaciones de adversidad.

1.- AUTORIZACION DE TESIS	2
DEDICATORIAS	4
AGRADECIMIENTOS:.....	5
2.-RESUMEN.....	9
Objetivos específicos:.....	9
ABSTRACT	10
3.- TITULO	11
4.- MARCO TEORICO	12
4.1 Epidemiología y definición.....	12
4.2 El Abuso y Maltrato a Adultos Mayores (AM)	15
4.3 Clasificación de los tipos de Abuso.....	20
4.4 El apego al tratamiento en adultos mayores.....	25
4.5.- Factores inter-relacionados con la no adherencia.....	27
4.6.- Métodos de detección de la no adherencia al tratamiento.....	29
5.- JUSTIFICACION.....	31
6.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
7.- PREGUNTA DE INVESTIGACION:.....	33
8.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	33



Objetivos específicos:.....	34
9.- HIPOTESIS ESTADISTICA	34
10.- MATERIAL Y METODOS.	34
Tipo y características del estudio:.....	34
Definición del universo de trabajo.....	34
• Criterios de inclusión.....	35
• Criterios de exclusión.....	35
• Criterios de no inclusión.....	36
Muestreo:.....	36
11.- VARIABLES.....	37
• Variable independiente:	37
• Variables dependientes:.....	37
• Variables sociodemográficas.....	37
Operacionalización de Variables.....	38
12.-DESCRIPCION DEL ESTUDIO.....	39
Metodología, materiales y método.....	39
Recolección de Información:	40
Procesamiento y presentación de la información	40
13.-ASPECTOS ETICOS.....	41
14.-RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	42



Recursos humanos.....	42
Recursos físicos y materiales	42
Recursos financieros.	42
16.- RESULTADOS.	43
La grafica 2.....	44
Grafica 3:.....	45
Grafica 5:.....	46
Tabla 2:.....	47
17.-DISCUSION.....	49
18.-CONCLUSIONES.....	51
19.- SUGERENCIAS.....	53
20.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	54
21.-ANEXOS.....	57
Carta de consentimiento informado.....	57
Cronograma de actividades:.....	58
Cuestionario Morisky Green traducido.....	59
Cuestionario abreviado del estado mental de Pfeiffer	59
Escala geriátrica de maltrato	60
Cuestionario de aplicación para el protocolo de investigación.	61

2.-RESUMEN.

“ASOCIACION ENTRE MALTRATO Y APEGO AL TRATAMIENTO EN ADULTOS DE 60 A 74 AÑOS ADSCRITOS A LA UMF 21.”

*Dra. Carmen Zapata Carlín, **Dra. Norma Angélica Díaz García, ***Dr. Ramón Alberto Peñuelas Félix.

ANTECEDENTES:

El reconocimiento de que los viejos son diferentes de los jóvenes no es ninguna novedad. Uno de los primeros estudios publicados sobre el tema data de 1904, cuando el doctor Mechnikov (1846-1916) -Premio Nobel de Medicina- expone una teoría del envejecimiento e introduce por primera vez el término de Gerontología. En tanto, del término Geriatria aparece por primera vez en Estados Unidos en 1909, en la obra de Ignatz Leo Nasher (1863- 1944), conocida como The diseases of old age and their treatment. Hoy en día el maltrato hacia las personas adultas mayores es un tema prioritario en la agenda pública y de estudio, de ahí el interés por desarrollar la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores (EMPAM-DF), que se constituye como la primera encuesta representatividad sobre este tema en América Latina.

Objetivos específicos:

Determinar la prevalencia de mala adherencia al tratamiento farmacológico en AM de la UMF no maltratados

Determinar la prevalencia de mala adherencia al tratamiento farmacológico en AM de la UMF maltratados

El apego al tratamiento médico en los pacientes de 60 a 74 años de edad se encuentra inversamente proporcional al maltrato por lo que a mayor maltrato tenemos menor apego al tratamiento y concluimos que en nuestra unidad médica el maltrato en pacientes de 60 a 74 años de edad significa un problema de gran magnitud debido a su prevalencia, misma que en esta ocasión resulto ser el 45 % de los pacientes encuestados.

Asesor: Adscrita A La UMF 21.

Médico Cirujano Especialidad En Medicina Familiar Y Profesora De La Especialidad En Medicina Familiar.
Tel: 57686000 Extensión 21407 O 21428

**Asesor: Adscrita A HGZ 30

Médico Cirujano Especialidad En Medicina Interna Y Geriatria. Profesora Auxiliar En El Curso De Especialización De Medicina Familiar De La UMF 21.

***Médico Residente De Segundo Año De La Especialidad De Medicina Familiar UMF 21.



ABSTRACT

ASSOCIATION BETWEEN ADDICTION TREATMENT WITH ELDERLY ABUSE IN 60 TO 74
YEARS FMU # 21

*Dra. Carmen Zapata Carlín, **Dra. Norma Angélica Díaz García, ***Dr. Ramón Alberto Peñuelas Félix.

BACKGROUND:

The recognition that the old are different from young people is nothing new. One of the first studies published on the subject dates from 1904, when Dr. Mechnikov (1846-1916) Nobel Medicine- -Prize presents a theory of aging and introduces for the first time the term of Gerontology. Meanwhile, the term Geriatrics first appeared in the US in 1909, in the work of Ignatz Leo Nasher (1863 · 1944), known as The diseases of old age and Their treatment. Today the mistreatment of the elderly is a priority issue on the public agenda and study, hence the interest in developing the Survey on Abuse of Older Persons (EMPAM-DF), which constitutes the first survey representativeness on this subject in Latin America.

Specific objectives:

To determine the prevalence of poor adherence to drug treatment in the FMU AM nonmaltreated

To determine the prevalence of poor adherence to drug treatment in the FMU abused AM

Adherence to medical treatment in patients 60 to 74 years of age is inversely proportional to abuse so to greater abuse have lower adherence to treatment and concluded that in our medical unit abuse in patients 60 to 74 years old means a major problem because of its prevalence, this time it turned out to be 45% of patients.

Asesor: Adscrita A La UMF 21.

Médico Cirujano Especialidad En Medicina Familiar Y Profesora De La Especialidad En Medicina Familiar.
Tel: 57686000 Extensión 21407 O 21428

**Asesor: Adscrita A HGZ 30

Médico Cirujano Especialidad En Medicina Interna Y Geriatría. Profesora Auxiliar En El Curso De Especialización De Medicina Familiar De La UMF 21.

***Médico Residente De Segundo Año De La Especialidad De Medicina Familiar UMF 21.



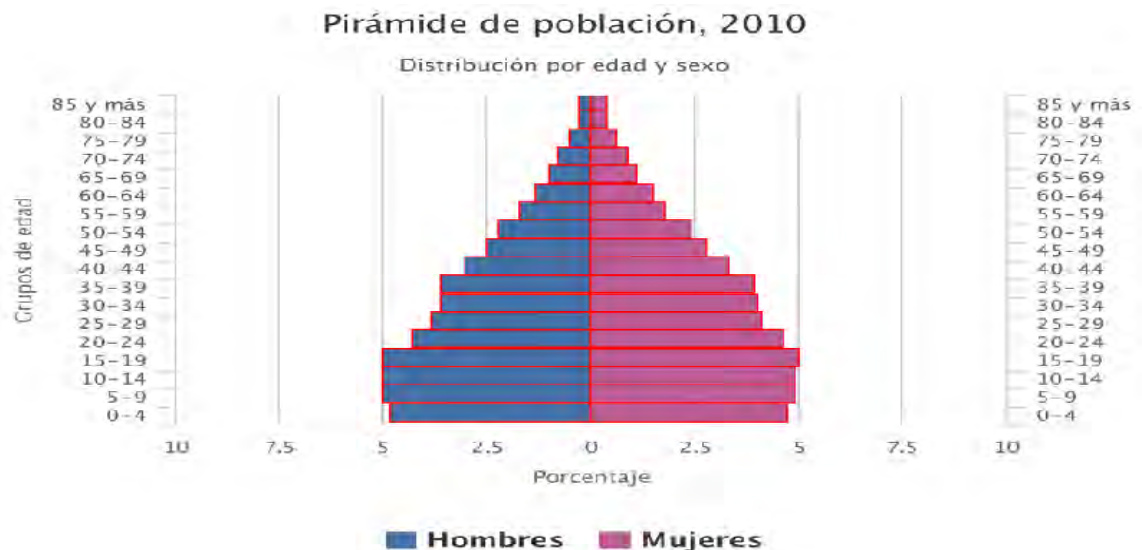
3.- TITULO

**“ASOCIACION ENTRE MALTRATO Y APEGO
AL TRATAMIENTO EN ADULTOS DE 60 A 74
AÑOS ADSCRITOS A LA UMF 21.”**

4.- MARCO TEORICO.

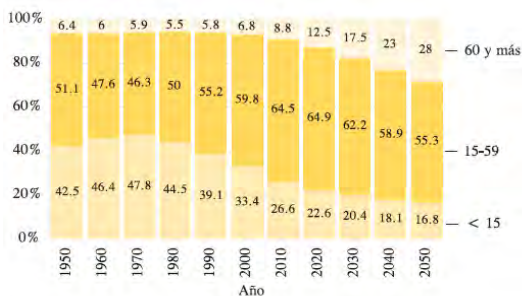
4.1 Epidemiología y definición.

El incremento de la población de adultos mayores es una de las consecuencias de la transición demográfica experimentada en la historia reciente de nuestro país. Tener tasas de mortalidad y de fecundidad bajas es en gran parte resultado de los avances en materia de salud, lo cual ha propiciado que la población en su conjunto pueda alcanzar edades cada vez mayores. De esta forma, la composición etaria de la población se modifica de forma paulatina conforme evolucionan los fenómenos que determinan el volumen y estructura de la población (fecundidad, mortalidad y migración). Una de esas transformaciones es la presencia cada vez más intensa (absoluta y relativa) de adultos mayores. Por lo tanto, es necesario preparar a las instituciones y a la sociedad en su conjunto para atender las necesidades y demandas de este grupo de población tradicionalmente vulnerable. Al reconocer que los adultos mayores son un grupo poblacional con características y necesidades específicas, se deben analizar conceptos e indicadores complementarios a los que se usan comúnmente para entender el panorama de la manera más amplia e integral posible. Es decir, el marco conceptual del envejecimiento debería evolucionar conforme el entendimiento del fenómeno cambia, aumenta y se profundiza. Por esta razón, considerar indicadores adicionales puede ser de gran utilidad en el estudio de este tema en México. [\(1\)](#)



El proceso de envejecimiento demográfico de México no es reversible, pues los adultos mayores de mañana ya nacieron. Las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir de 2020. Esto se refleja en el aumento de las proporciones de adultos mayores en las próximas décadas. En 2000 la proporción de adultos mayores fue de alrededor de 7.0 por ciento. Se estima que este porcentaje se incremente a 12.5 por ciento en 2020 y a 28.0 por ciento en 2050. El proceso de envejecimiento demográfico trae consigo un período o ventana de oportunidad en el que se presentan las condiciones demográficas más favorables para el desarrollo, debido al aumento de la población en edad laboral y a la reducción de la población menor de quince años, al tiempo que la población adulta mayor todavía mantiene un peso relativamente pequeño. Las ventajas que ofrece esta situación serán mayores durante el período 2005-2030, cuando el índice de dependencia total será menor a 60 personas en edades dependientes por cada cien en edad laboral. A partir de la tercera década de este siglo el incremento pronunciado de la población adulta mayor cerrará este período de oportunidad demográfica. El índice de envejecimiento de la población permite apreciar la relación numérica que hay entre niños y adultos mayores. En 2000 había 20.5 adultos por cada 100 niños; este índice se incrementará paulatinamente en el presente siglo. Se espera que el número de adultos mayores sea igual al de niños alrededor de 2034 y que el índice alcance una razón de 166.5 adultos mayores por cada 100 niños en 2050.

Distribución de la población de México por grandes grupos de edad, 1950-2050



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

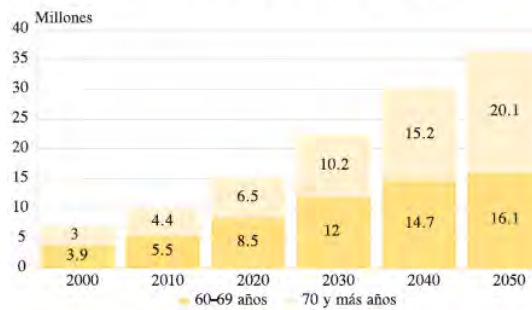
Índice de dependencia, 2000-2050



Fuente: CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2050.

En el año 2000 residían en México 6.9 millones de personas de 60 años y más, en 2030 serán 22.2 millones y se espera que para la mitad del siglo alcancen 36.2 millones. Cabe destacar que 72 por ciento de este incremento ocurrirá a partir de 2020, lo que brinda al país apenas dos décadas para preparar las condiciones que permitan encarar adecuadamente este proceso. El grupo de adultos mayores en las edades más avanzadas es el que registra mayor crecimiento. Se puede anticipar que la proporción de personas de 70 y más años respecto al total de adultos mayores aumentará de 43.0 por ciento en 2000 a 45.9 en 2030 y a 55.5 en 2050. (2)

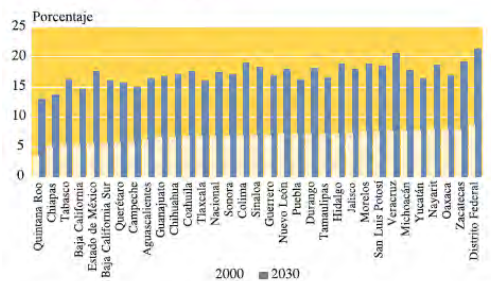
Población de adultos mayores de México, 2000-2050



Fuente: CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2050.

Los ritmos diferentes del envejecimiento entre las entidades federativas se deberán no sólo a que tienen distinto grado de avance en su transición demográfica, sino también al efecto de la migración, tanto entre los estados como hacia el exterior del país. Las entidades que presentan mayor avance del envejecimiento en el 2000 son el Distrito Federal, Zacatecas, Oaxaca, Nayarit, Yucatán, Michoacán, Veracruz y San Luis Potosí. Algunas de ellas se encuentran en una fase más avanzada de la transición demográfica, como el Distrito Federal, pero en otros, como Zacatecas y Oaxaca, el envejecimiento se debe más bien a la emigración.

Proporción que los adultos mayores representan del total por entidad federativa 2000-2030



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.



En la medida que avanza el proceso de envejecimiento se harán más pronunciadas las diferencias entre entidades federativas. Sin embargo, en 2030 sólo tres entidades tendrán una proporción de adultos mayores menor a quince por ciento, y en dos entidades —Veracruz y Distrito Federal el porcentaje será superior a 20. Quintana Roo tiene la tasa de crecimiento más alta de adultos mayores (7.2%), a pesar de que actualmente tiene la menor proporción de población en este grupo de edades. Una situación similar se registra en Baja California (5.1%), Baja California Sur (4.7%), Estado de México (4.7%) y Chihuahua (4.6%). La mayor rapidez en el ritmo de envejecimiento de las poblaciones de estas entidades se debe en buena medida al elevado número de personas en edades laborales, producto de la inmigración. (2)

4.2 El Abuso y Maltrato a Adultos Mayores (AM).

El abuso para con los ancianos ocurre probablemente desde hace siglos, recién en los últimos veinte años han aparecido publicaciones al respecto. Por lo mismo ya no se puede aceptar que este es un tema sea aún desconocido por los miembros del equipo de salud y público en general. Adquiere, además, cada día mayor relevancia por el número creciente de personas afectadas y por las consecuencias inherentes que estos malos tratos conllevan. Las primeras publicaciones al respecto en el ámbito médico aparecieron en el año 1975 cuando se describió en UK el síndrome del “samarreo del anciano” o “Granny Battering”, demostrándose además que era un problema substancial. La inicial incredulidad respecto a los reportes sobre abuso en el adulto mayor fue posteriormente reemplazada por un creciente interés sobre el tema. Es así como en USA se ha legislado al respecto y la comunicación de los casos es obligatoria en casi todos los estados cuando el abuso ocurre dentro del hogar y en todos los estados cuando tiene lugar dentro de instituciones. Actualmente sabemos que este síndrome se caracteriza por: daño físico, emocional o psicológico causado a un adulto mayor, en general se produce por acciones deliberadas, pero también por no deseadas. (4)

Fue en la década de 1970 que el problema de abuso de ancianos fue primero dado a conocer y una década más tarde el tema provocó el interés de la comunidad científica. Desde entonces, varios estudios que nos permite comprender mejor este fenómeno.

Maltrato en personas mayores y otras formas de violencia se han convertido en problemas relacionados con la salud pública y la justicia penal, así como a la violación de los derechos humanos. Su incidencia diagnosticada va en aumento como resultado del envejecimiento de la población y la invisibilidad del fenómeno, lo que conduce a la ausencia de medidas preventivas y de intervención. (18)

En cuanto a la prevalencia, en Australia, Canadá, el Reino Unido y otros países, 03.10% de los adultos mayores se han encontrado para tener experimentado casa. En un conjunto más amplio de investigaciones, la prevalencia estimada es de 3 a 27,5% 0,6 Recientemente, las tasas de prevalencia se han calculado con muestras de hogares representativos de la población de edad avanzada. Por ejemplo, en 2004 la fi primera encuesta nacional sobre el maltrato y descuido encontró que 18,4% de los encuestados experimentaron al menos un tipo de maltrato durante los 12 meses antes de la entrevista. En México, como en otros países de América Latina, hay no hay datos sobre este indicador; sólo hay unas pocas estimaciones basadas en estudios locales o quejas captadas de servicios jurídicos y sociales. Los datos corresponden a personas de 60 años o mayores que viven permanentemente en sus hogares dentro de los límites de la Ciudad de México. Una muestra probabilística fue diseñado con una de dos etapas y un esquema de muestreo por conglomerados, teniendo la población total de la ciudad de México a partir del Censo Nacional de Población 2000. (18)

En Chile no existe una legislación específica sobre abuso o maltrato en el adulto mayor y prácticamente no se conocen registros, ni estimaciones de la dimensión de este problema. Este tema ha ido tomando importancia en distintos países del mundo, ya en 1986 se realizaron las primeras reuniones

multidisciplinarias en Israel donde se trabajó en torno al estrés, conflictos y abusos en el adulto mayor. En USA según estudios realizados en la Universidad de Hampshire, cada año, alrededor de 1.000.000 de americanos de edad avanzada son lesionados físicamente o que sufre apremio psicológico o abandono por algún miembro de la familia. (4)

La población mundial de adultos de 60 años o más está previsto que aumente de 542 millones en 1995 a 1.2 mil millones en 2025, y se espera que la tercera edad a formar el 27% de la población de Canadá en 2025, frente al 14% en 2009.

Se llevó a cabo un estudio en el cual se buscaron a partir de 1975 a marzo de 2012 para los artículos que contenían las siguientes frases: "el abuso físico anciano", "abuso de adultos mayores", "maltrato de personas mayores", "abuso geriátrica", "trauma geriátrica", para valorar el sitio de daño más frecuente en estos pacientes. La conclusión: El contexto social en el que las lesiones tienen lugar sigue siendo crucial para la identificación precisa de abuso. Esto incluye una cultura de la violencia en la familia; una víctima demente, debilitado, o deprimido y aislado socialmente; y un perfil de autor de enfermedad mental, abuso de alcohol o drogas, o emocional y / o dependencia. Publicaciones clínicas y legales en la materia reconocen generalmente 5 tipos de abuso: la negligencia, psicológicos o emocionales, físicos, financieros o materiales, y el abuso sexual. En 2008, la prevalencia global de 1 año de maltrato a personas mayores en los Estados Unidos fue de 17.1%, con la prevalencia de maltrato físico informó en el 1,6% en la misma población. Según un informe de Estadísticas de Canadá, se reportaron 7.900 incidencias de maltrato a personas mayores a la policía en 2009, un aumento del 14% a partir de 2004 [16].

Un documental de investigación cualitativa para contextualizar el fenómeno maltrato realizado en México en el que Cada tema se incluyó en la versión preliminar si se obtiene el 80% o más de acuerdo en hombres (validez de contenido). La escala preliminar (49 ítems) se aplicó a 626 adultos mayores con una muestra probabilística representativa de los adultos mayores que viven en la



Ciudad de México. Luego de un proceso estadístico se llevó a cabo para reducir el número de elementos, probar su consistencia y asociaciones internas con otras mediciones. En este se concluye que la escala geriátrica de maltrato 22-item tenían una consistencia interna aceptable; la relación con otras mediciones fue significativa de acuerdo con las hipótesis. Por lo tanto, se recomienda el GMS para la selección de los cinco diferentes tipos de maltrato de personas mayores. (18)

CHAP (Proyecto para la salud y Envejecimiento de Chicago) es un estudio poblacional prospectivo de cohortes que se inició en 1993. Un subconjunto de estos participantes matriculados entre 1993 y 2005 se había informado de maltrato a personas mayores a las agencias de servicios sociales (n = 113). La mortalidad se determinó durante el seguimiento y con el Índice Nacional de Defunciones. Concluyo que El riesgo de mortalidad asociado con el abuso de ancianos fue más prominente entre las personas con mayores niveles de síntomas depresivos y niveles más bajos de la red social y el compromiso social. (19)

El cuidado a la vejez en México recae principalmente en la familia, por lo que la composición del hogar en el que residen los adultos mayores puede incidir en forma importante en su bienestar físico y emocional. En 2000 había 22.3 millones de hogares en México, de los cuales uno de cada cuatro tenía la presencia de al menos un adulto mayor (5.2 millones de hogares) y uno de cada cinco tenía como jefe de hogar una persona con 60 años o más. El porcentaje de hogares donde sólo residen adultos mayores es bastante menor (5.4%), lo que indica que la mayoría de los adultos mayores en México residen con otros familiares de menor edad. (2)

La preocupación por la calidad de vida de las personas adultas mayores en México ha ido creciendo y se ha diversificado en múltiples áreas que cada día nos permiten profundizar y complejizar los temas relacionados a la vejez y al envejecimiento. En esa lógica surge el estudio sobre los malos tratos que realizó la Mtra. Liliana Giraldo con el apoyo del Instituto de Investigaciones Sociales (UNAM) y El Colegio de México.

Aunque no hay una definición ampliamente aceptada sobre el abuso en el adulto mayor, o también llamado maltrato puede ser definido como una "situación no accidental, en la cual una persona sufre un trauma físico, depravación de necesidades físicas básicas o injuria mental, como resultado de acto u omisión por un cuidador. (14)

La preocupación por la ausencia de una definición generalmente aceptada de maltrato a personas mayores fue articulada en la primera Conferencia de Investigación de Abuso de Ancianos y Negligencia en la Universidad de New Hampshire en 1986 y reforzada en Panel del Consejo Nacional de Investigación para el Examen de Riesgo y Prevalencia en 2003. En 2011, la definición de maltrato a personas mayores era la prioridad principal en el consenso del Taller de Investigación-a-Práctica en Nueva York. (17)

Como todo esfuerzo académico existen muchas personas e instituciones que contribuyeron a su ejecución. Es el caso de las asesorías técnicas y estadísticas de El Colegio de México, En materia de apoyo financiero es sustantivo señalar el apoyo de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal, ambos creyeron en este esfuerzo y lo apoyaron.

Varios términos son utilizados en la literatura para describir situaciones insatisfactorias hacia el buen cuidado de los ancianos: pobre calidad de cuidado, maltrato, negligencia, abuso y victimización. Estos términos, son usados a veces en forma similar y algunas veces como fenómenos diferentes. Desde el punto de vista de salud, generalmente se habla de "pobre calidad de cuidado" que es definida como una mezcla de fallas en las técnicas de cuidado y del arte de cuidar. Las dimensiones técnicas del buen cuidado se relacionan al uso de instrumentos diagnósticos y terapéuticos correctos. El arte de cuidar se refiere a la atmósfera de cuidado y a la comunicación entre el cuidador y el receptor. La calidad del cuidado puede ser medida por indicadores directos de calidad como equipamiento apropiado, extensión o aumento de personal entrenado. También esta calidad de cuidado puede ser medido con relación a estándares previamente establecidos, como son la limpieza personal, higiene oral, resolución de problemas visuales con

el uso de anteojos. Es básico comprender que el buen cuidado, es la realización de todo lo que un anciano necesita dentro de su hogar o de una institución. (14)
(17)

4.3 Clasificación de los tipos de Abuso.

GENERAL:

- **Físico:** Es el uso de fuerzas físicas no accidentales para coercionar. Es la forma más obvia y fácil de definir pero una de las menos comunes. Se pueden apreciar por la existencia de heridas, golpes, bofetones, golpes con objetos contundentes, etc. En general se relaciona más con las características del abusador y no tanto del abusado. Se ha correlacionado también con la ingesta excesiva de alcohol, deterioro de la personalidad y escasa comunicación.
- **Verbal:** Depende en gran medida de las malas relaciones interpersonales previas a la situación mórbida actual. Se asocia con depresión y ansiedad de los cuidadores. Por ejemplo la agresión verbal crónica, los insultos repetidos y las amenazas.
- **Psicológico:** Intimidación verbal, humillación y la infantilización del residente. En general ocurre junto a otras formas de abuso.
- **Financiero:** Es la forma inapropiada o ilegal de usar el dinero, propiedades y otros bienes del anciano a favor del abusador.
- **Abandono:** Es la deprivación de las necesidades básicas de servicios como comida, medicamentos, transferencia al baño, aseo personal, acceso a la salud y otras.
- **Abuso sexual:** Sodomía, copulación oral, penetración de objetos extraños, incesto, violación.

SEGÚN SEAN LOS ACTOS:

- **Actos por omisión** Negligencia Pasiva Negligencia Activa
- **Actos por omisión Abuso:** Físico Psicológico Violencia de los Derechos y Libertades o por Explotación: Financiero Personal. (4)

El maltrato es un problema que puede presentarse en cualquier etapa de la vida, Aunque no hay una definición ampliamente aceptada sobre el abuso en el adulto mayor, o también llamado maltrato puede ser definido como una “situación no accidental, en la cual una persona sufre un trauma físico, deprivación de necesidades físicas básicas o injuria mental, como resultado de acto u omisión por un cuidador” generalmente en personas vulnerables, está relacionado con el género, edad y condición física. El maltrato hacia este sector daña también a la familia, a la sociedad y a las instituciones, pues el impacto negativo en su salud física y emocional es inmediato y su atención integral representa un costo económico considerable. Las estadísticas sobre el maltrato en la vejez son datos alejados de la realidad, debido a que la mayoría de los adultos mayores que lo viven no lo denuncian. Esta situación tiene su origen en distintas razones: no aceptan que están siendo maltratados, tienen temor a las represalias; pues es el único familiar con el que cuentan; creen que es temporal; no quieren que su familiar o cuidador vaya a la cárcel; desconocen con qué autoridad deben dirigirse o su condición física o cognitiva no le permiten realizar una denuncia. (13)

La conjunción de estos aspectos hace de este tema un asunto complejo. Por fortuna las perspectivas de derechos humanos y de género se han sumado al estudio de este fenómeno favoreciendo su conocimiento y atención. Sumado a ello, el interés de las asociaciones civiles, las instituciones públicas y privadas que trabajan violencia (desde la teoría y la atención directa), han favorecido la generación de nuevas políticas públicas orientadas a combatirlo. (5, 6)

A pesar de que el maltrato es un fenómeno multicausal, se han logrado identificar los aspectos que hacen del adulto mayor una persona más vulnerable a esta situación:

- Ser mujer
- Mayor edad el riesgo aumenta
- Cuando existe deterioro de salud y/o discapacidad
- Dependencia emocional

- Depresión
- Ansiedad
- Baja autoestima o demencia
- Aislamiento social
- Antecedentes de maltrato doméstico.

Para que una situación de maltrato se consolide, se necesita de una víctima (que permita la situación) y de un agresor (que ejecute la agresión), sin olvidar que estos papeles son dinámicos e intercambiables.

Características del agresor:

Es importante considerar que el trato inadecuado hacia los adultos mayores, no siempre es porque la persona sea "mala", existen factores que predisponen esta situación, como:

- Sobrecarga en la persona que se le asignó (o asumió) el cuidado del adulto mayor.
- Presenta trastornos emocionales
- Dependencia emocional o financiera
- Escasos recursos de apoyo social.
- Hay antecedentes de mala relación familiar. [\(5\)](#)

En México existe un escaso número de estudios sobre la violencia intrafamiliar, principalmente en la violencia ejercida contra el adulto mayor, por esta razón, es necesario contar con instrumentos validados, confiables y fáciles de aplicar en la práctica del médico familiar. Es imprescindible valorar la presencia de trastornos emocionales, el fenómeno del abandono y la funcionalidad de las familias, en los casos de maltrato a los ancianos. En nuestro país el maltrato es más frecuente en las mujeres y el maltratador regularmente es algún miembro de la familia. En el año 2006 se realizó una encuesta a personas adultas mayores de la ciudad de México la cual es el resultado de la preocupación y del interés de las instituciones de gobierno y académicas. Su mayor contribución no sólo radica en

su vanguardia en los estudios sobre el tema en América Latina sino que permite visualizar con mayor detalle y complejidad una realidad silenciada por el deterioro de nuestros valores humanos. Es la ocasión de que este problema social del maltrato en persona mayores tome cauce y se incorpore con prioridad al conjunto de problemas por resolver por parte de la sociedad civil, las instituciones públicas y privadas, así como las familias y los propios individuos que envejecen en aras de contribuir a su empoderamiento. La encuesta reportó que 16.7% de los adultos mayores sufren algún tipo de maltrato, siendo el maltrato psicológico el más común con un 12.2 % seguido del maltrato económico 3.9%, maltrato físico 3.7%, negligencia y abandono 3.5%, y abuso sexual 0.9%. [\(6.\)](#) [\(7.\)](#)

Los profesionales de la salud especialmente en el primer nivel de atención deberíamos analizar los factores condicionantes que puedan provocar abandono en el adulto mayor tales como las enfermedades crónico-degenerativas, [\(7-12\)](#) las cuales pueden provocar desgaste del "cuidador" o de toda la familia -con el consecuente abandono del anciano. Por lo que el médico familiar debería identificar a familias en donde el abandono de los ancianos represente un alto riesgo. Para este propósito, resulta imprescindible valorar factores asociados como: la personalidad del anciano, longevidad, evolución de las enfermedades crónico-degenerativas, disfunciones familiares, estrés del cuidador, problemas económicos, falta de apoyo familiar, deterioro funcional, abuso de drogas o alcohol y la historia previa de violencia en la familia. Por eso lo ideal es siempre prevenir, para ello hay que anticiparse antes de la crisis. Las actividades de prevención deben incluir educación poblacional masiva, consejos prácticos a los familiares y adultos mayores, asistencia lo más personal posible. Actualmente además, hay un mayor énfasis para lograr alivio de los cuidadores e intervención pronta en las crisis. Por último, cabe resaltar que este es un tema actual y en que la investigación gerontológica juega un rol muy importante para un mejor diagnóstico y futura educación al público en general. [\(7\)](#) [\(12\)](#)

En el 2006 se realizó un estudio transversal seleccionando aleatoriamente a adultos mayores de 60 años y más adscritos al Hospital Rural IMSS-



Oportunidades de Ocozocoautla (Chiapas, México). Mediante una entrevista domiciliaria, se recabó información sobre: características sociodemográficas, función familiar, red social, presencia de enfermedades, estado cognitivo, función física y violencia familiar. El funcionamiento familiar se definió en términos de cohesión (vinculación emocional entre los miembros de la familia e incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido) y adaptabilidad (habilidad de la familia para cambiar su estructura de poder, las relaciones de papeles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales). Para su medición se utilizó la versión en español de la Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar (Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales [FACES] III, Para determinar su funcionalidad, se aplicó el Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke UND-11, 16,17. Este cuestionario tiene 11 items. Con valores de 1 a 5. (Puntuación de 1 a 5; red social funcional ≥ 33 puntos). Para la funcionalidad física, se empleó el índice de Katz para las actividades de la vida diaria (Katz Index of Independence Activities of Daily Living [ADL], por sus siglas en inglés, validez fundamentalmente de contenido y de constructo) que evalúa 6 actividades en términos de independencia y asigna puntuaciones de cero a uno. Respecto a la medición del estado cognitivo, se utilizó el Mini examen Cognitivo de Folstein (Mini-Mental Examination Status [MMSE], por sus siglas en inglés; puntuación máxima (30 puntos [sin deterioro cognitivo ≥ 24 puntos; deterioro cognitivo moderado 16-23 puntos; deterioro cognitivo grave ≤ 15 puntos]). En este estudio se utiliza la definición de violencia familiar emitida en la Norma Oficial Mexicana y se determinó utilizando la versión en español modificada de la Escala de Conflictos Tácticos Revisada de Strauss (CTS2-R, por sus siglas en inglés El instrumento hace referencia al abuso físico (12 preguntas), psicológico (8 preguntas), sexual (3 preguntas) y económico (5 preguntas), con opciones de respuesta tipo Likert (0-7), y permite la creación de la prevalencia durante la vida. El análisis incluye frecuencias simples, χ^2 , odds ratio (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95% y regresión logística en el cual se concluyó que este estudio demuestra que la prevalencia de violencia familiar en el medio rural no es despreciable (8,1%). Los factores que se encontraron asociados a este episodio

permiten crear un esquema de ayuda al personal que trabaja con adultos mayores, ya sea en el nivel de los servicios sociales o los sanitarios. [\(8\)](#)

Se realizó una investigación documental y cualitativa para contextualizar al fenómeno de maltrato en México. Dando como resultado la creación de un instrumento con 49 ítems. Esta escala preliminar se administró a 626 adultos mayores mediante una muestra probabilística, en dos etapas y por conglomerados representativa de los adultos mayores residentes de la Ciudad de México. Posteriormente se realizó un procedimiento estadístico para la reducción de ítems, comprobar sus consistencia interna y validez de constructo, se reporta la versión final del GMS de 22 ítems que evalúa maltrato físico, psicológico, negligencia, económico y sexual. En el proceso de validación participaron 613 individuos con una edad media igual a 71.94 ± 8 . El resultado de la construcción del instrumento fue una escala de 22 ítems que sirve para medir y evaluar cinco tipos de maltrato. El GMS de 22 ítems creado mediante una exhaustiva investigación documental, cualitativa y cuantitativa tuvo una aceptable consistencia interna y adecuada validez predictiva, recomendable para la evaluación de los cinco diferentes tipos de maltrato en adultos mayores.

4.4 El apego al tratamiento en adultos mayores.

La medición de la adherencia a los tratamientos es necesaria, sin embargo aunque las herramientas con este propósito son diversas, la mayoría de ellas no cumplen su cometido a la perfección. La adherencia engloba dos conceptos: cumplimiento de dosis y forma de administración y persistencia en la duración del tratamiento prescrito.

El avance en el tratamiento de las enfermedades se ha basado en la formación continuada de los facultativos, la mejora de las técnicas de diagnóstico y el desarrollo de nuevas terapias.

Medir la adherencia al tratamiento es necesario si se quiere optimizar el manejo terapéutico de las enfermedades. Las herramientas con este propósito

son diversas, sin embargo, la mayoría de ellas no cumplen su cometido a la perfección. La adherencia engloba dos conceptos: cumplimiento de dosis y forma de administración y persistencia en la duración del tratamiento prescrito. Según ambos conceptos, se pueden identificar diversos métodos de medición. (9)

Los pacientes que inadvertidamente omiten varias dosis y los médicos que atribuyen a falta de eficacia del medicamento pueden no ser conscientes que el problema subyacente es una pobre adherencia con el tratamiento prescrito. La complejidad del fenómeno de no-adherencia a la terapia involucra factores asociados al paciente, a la enfermedad, al ambiente, al medicamento y a la interacción médico-paciente, que requiere un abordaje multidimensional. (15)

La no-adherencia es un fenómeno mundial de graves consecuencias; pérdida del control de la enfermedad, altos costos en el sistema de salud por incremento en ingresos y readmisiones hospitalarias, altos costos familiares, pérdida de calidad de vida. Es un problema que se presenta en todas las edades, desde los niños hasta los ancianos. Se observa en casi todas los estados de las enfermedades crónicas y tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia.

Se hizo una revisión sistemática de la literatura científica publicada en inglés y español durante el periodo comprendido entre 1990 y 2005 en relación a la “no-adherencia” al tratamiento y las consecuencias derivadas de su incumplimiento. Para ello se realizó una búsqueda sistemática en internet a través de la base de datos Medline, al no existir el término “non adherence” en el Medical Subject Heading (MESH). Se desarrollaron parámetros de inclusión y exclusión según los criterios de la revista de la Asociación Médica Americana (JAMA) sobre revisiones sistemáticas de literatura (2) y se usó en la interfase de PubMed los términos “non adherence AND noncompliance and elderly”, obteniéndose 61 citaciones. Para la búsqueda en idioma español, se utilizaron la base de datos Lilacs, empleando los términos “adherencia al tratamiento farmacológico”, obteniéndose siete referencias.

La adherencia se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para:

- Asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital)
- Tomar los medicamentos como se prescribieron
- Realizar los cambios de estilo de vida recomendados
- Completar los análisis o pruebas solicitadas.

Se define como “no-adherencia” la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; un ejemplo de ello son los problemas relacionados con los medicamentos. [\(10\)](#)

El consumo diario medio por anciano oscila entre dos y tres medicamentos y más del 75% los consume de forma crónica; si se tiene en cuenta la automedicación, éste asciende a más de 5 medicamentos. Distintos trabajos indican que entre un tercio y la mitad de los ancianos tratados no realizan correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las prescritas por su médico. La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública [\(11\)](#) [\(20\)](#)

4.5.- Factores inter-relacionados con la no adherencia.

Factores asociados al paciente:

Deterioro sensorial. La pérdida de la visión y/o audición, puede conducir a que el paciente no obtenga la información adecuada cuando le imparten instrucciones verbales o escritas. La limitación para desplazarse, la pérdida de destreza para abrir envases con protección de seguridad para niños.

Deterioro cognoscitivo y estados alterados del ánimo llevan a que la información no se procese o se elabore de manera alterada, por ejemplo: demencias, depresiones, ansiedad. En estos casos las distracciones y la

información atropellada pueden representar una sobrecarga, que altera significativamente el aprendizaje, generando diversas formas de procesamiento de la información:

- Omisión parcial o total del contenido
- Filtración de acuerdo con creencias personales
- Aprendizaje incorrecto
- Aprendizaje fuera de tiempo
- Aprendizaje incompleto, al procesar sólo una pequeña parte de la información.

Aspectos de la enfermedad.

En ocasiones el paciente se adapta a los síntomas o a la condición en la que se encuentra y prefiere vivir con síntomas leves que seguir el esquema de tratamiento. Hay menos adherencia cuando se toma el medicamento de modo preventivo, en el caso de enfermedades asintomáticas o cuando no hay consecuencias inmediatas. La adherencia a la terapia es especialmente difícil en el caso las enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo, por ejemplo en las enfermedades mentales, en las cuales la adherencia a la terapia es un verdadero reto para el cuidador, quien depende de la cooperación del paciente.

Factor ambiental.

El paciente que vive solo (en la mayoría mujeres) con frecuencia falla en cumplir con la adherencia al tratamiento. Pueden ser factores a tener en cuenta; el aislamiento social, las creencias sociales y los mitos en salud (tomar medicinas solo cuando no se siente bien y suspenderlas cuando se siente mejor, o darse el caso que, si la dosis dada es buena, una dosis mayor es mejor).

Factor asociado al medicamento.

En general se considera que hay alta adherencia al tratamiento cuando éste es corto o por tiempo limitado. La adherencia al medicamento disminuye en los siguientes casos:

- Procesos crónicos.
- Polifarmacia, cuando varios medicamentos deben ser tomados al mismo tiempo
- Cuando el esquema de dosis es complicado
- Cuando la vía de administración requiere personal entrenado • Cuando el medicamento exhibe eventos adversos de consideración.

Factor de interacción médico/paciente

Es muy importante la calidad y claridad de las instrucciones dadas por el médico tratante con relación a la duración, forma y horarios de la medicación. (10)

4.6.- Métodos de detección de la no adherencia al tratamiento.

Los métodos disponibles para medir la adherencia al tratamiento se clasifican en:

– **Métodos objetivos directos.** Se basan en la determinación del fármaco, de sus metabolitos o de sustancias trazadoras en algún fluido biológico, frecuentemente sangre u orina. En general, son muy objetivos y específicos y obtienen índices de incumplimiento más elevados que los métodos indirectos. En atención primaria tienen poca utilidad ya que son caros, se disponen para un escaso número de fármacos y necesitan de una infraestructura sofisticada.

– **Métodos objetivos indirectos.** Valoran el incumplimiento a partir de circunstancias que se relacionan con él y con el grado de control de la enfermedad. Los más utilizados son:

- a) Recuento de comprimidos.
- b) Monitores electrónicos acoplados al envase de los medicamentos (MENS).
- c) Valoración de la asistencia a las citas previas programadas.
- d) Control de las visitas a enfermería para recoger recetas incluidas en “Cartilla de Largo Tratamiento (CTL).
- e) Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada.
- f) Valoración de los efectos adversos de los medicamentos.-

– **Métodos subjetivos.** Valoran las conductas y los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento que tienen los pacientes. Son sencillos, económicos y los más adecuados cuando la población a valorar es amplia; pero son poco objetivos ya que la información que utilizan suele provenir del propio enfermo, de un familiar, o del médico lo que hace que, en general, sobreestimen la adherencia al tratamiento. Los más utilizados son:

- a) Juicio del médico.
- b) Técnicas de entrevista.
 - a. Cuestionarios que analizan el “grado de conocimiento” que el enfermo tiene sobre su enfermedad; se basan en que un mayor conocimiento acerca de ella mejora la adherencia.
 - b. Cuestionario de Morisky-Green pretende valorar si el enfermo “adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica” de su enfermedad, asumiendo que si esas decisiones son correctas el enfermo es buen cumplidor de la medicación. No es útil en prescripciones “a demanda”.
 - c. Cuestionario de “comunicación del autocumplimiento” propuesto por “Haynes y Sackett para valorar el cumplimiento en el tratamiento antihipertensivo, es el más sencillo para utilizar en atención primaria. (11). (9)

Test de Morisky-Green Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine⁸ para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con

hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades⁹⁻¹⁵. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad⁴; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento.

TABLA I	
CUESTIONARIO DE AUTOCUMPLIMIENTO	
-	¿Tiene alguna dificultad para tomar las pastillas? <i>(Do you have difficulty in taking the tablets?)</i>
-	¿Cuántas pastillas ha olvidado en el último mes? <i>(How many tablets have you missed in the last month?)</i>

TABLA II	
CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN (TRADUCIDO)	
-	¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?
-	¿Toma la medicación a la hora indicada?
-	Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
-	Si alguna vez se sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?

5.- JUSTIFICACION.

En México no existen estudios realizados sobre la asociación entre el maltrato y el apego al tratamiento en adultos mayores jóvenes. Existen estudios relacionados para medir la calidad de vida en los pacientes ancianos, así mismo el apego al tratamiento en estos pacientes, y el abuso hacia ellos. Pero ninguno como el que se plantea realizar dado que este estudio muestra un alto impacto en la población de ancianos adscritos en la UMF # 21 ya que con este tipo de estudios se puede determinar si existe una relación entre el abuso y maltrato de los

pacientes ancianos con el apego al tratamiento, o de qué manera influye el maltrato en este tipo de pacientes para el desapego al tratamiento médico.

El siguiente estudio se plantea realizar dada la problemática y la necesidad actual de los adultos mayores para una mejor atención médica, donde existe un incremento en la población de dichos pacientes, y de un aumento en el número de adultos mayores que acude a la consulta de medicina familiar debido a la inversión de la pirámide poblacional, ocasionando un gran impacto en su familia y en su cuidador primario.

En general este estudio posee una gran trascendencia y un impacto en la población de la UMF # 21. Así como pretenderá apoyar y ayudar a los adultos mayores por medio de redes de apoyo o grupos de ayuda para mejorar su calidad de vida.

6.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años ha existido un aumento en la cantidad de pacientes ancianos en la población del país, y por consiguiente un aumento en el número de consultas otorgadas a dichos pacientes y en general en toda la población por la inversión de nuestra pirámide poblacional. Las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir de 2020. Esto se refleja en el aumento de las proporciones de adultos mayores en las próximas décadas. En 2000 la proporción de adultos mayores fue de alrededor de 7.0 por ciento. Se estima que este porcentaje se incremente a 12.5 por ciento en 2020 y a 28.0 por ciento en 2050. El proceso de envejecimiento demográfico trae consigo un período o ventana de oportunidad en el que se presentan las condiciones demográficas más favorables para el desarrollo, debido al aumento de la población en edad laboral y a la reducción de la población menor de quince años, al tiempo que la población adulta mayor todavía mantiene un peso relativamente pequeño. Las ventajas que ofrece esta situación serán mayores durante el período 2005-2030,

En México existe un escaso número de estudios sobre la violencia intrafamiliar, principalmente en la violencia ejercida contra el adulto mayor, por esta razón, es necesario contar con instrumentos validados, confiables y fáciles de aplicar en la práctica del médico familiar. Es imprescindible valorar la presencia de trastornos emocionales, el fenómeno del abandono y la funcionalidad de las familias, en los casos de maltrato a los ancianos. En nuestro país el maltrato es más frecuente en las mujeres y el maltratador regularmente es algún miembro de la familia.

Así mismo. La adherencia a los tratamientos es fundamental para el bienestar de los pacientes ancianos y es un componente importante de su salud. En los ancianos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario. Con escasas excepciones, los estudios describen resultados inconsistentes acerca del perfil del paciente anciano incumplidor. Aunque la edad no es un factor predictivo de la adherencia a los tratamientos, las peculiaridades que caracterizan la utilización de medicamentos en el anciano sí lo son; los datos disponibles sugieren que el aumento de médicos prescriptores, la polimedicación, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo son los principales determinantes de la no adherencia en el anciano.

7.- PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Existe asociación entre el maltrato de los pacientes adultos mayores y la adherencia terapéutica?

8.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Conocer cuál es la asociación entre maltrato y apego al tratamiento en adultos de 60 a 74 años adscritos a la UMF 21.



Objetivos específicos:

Determinar la prevalencia de mala adherencia al tratamiento farmacológico en AM de la UMF no maltratados

Determinar la prevalencia de mala adherencia al tratamiento farmacológico en AM de la UMF maltratados

Determinar la prevalencia y tipos de maltrato en AM de la UMF

9.- HIPOTESIS ESTADISTICA

H0 Los pacientes de 60 a 74 años adscritos a la UMF 21 con maltrato no tienen asociación con adherencia terapéutica.

H1 Los pacientes de 60 a 74 años adscritos a la UMF 21 con maltrato tienen asociación con la adherencia terapéutica.

Hipótesis de trabajo. La adherencia terapéutica depende de la presencia de maltrato.

10.- MATERIAL Y METODOS.

Tipo y características del estudio:

Se planea realizar un estudio Transversal analítico en grupos de pacientes de cualquier sexo de 60 a 74 años, con diagnóstico de cualquier padecimiento derechohabientes de la UMF 21

Definición del universo de trabajo.

a) **Lugar de estudio:** El estudio será realizado a pacientes de la UMF 21

b) **Población blanco:** Derechohabientes de cualquier sexo de 60 a 74 años que acepten participar en el estudio.

Población de estudio: Derechohabientes adscritos a la Unidad de medicina familiar # 21 de 60 a 74 años de cualquier sexo con en tratamiento de cualquier patología ya sea crónico degenerativa o no.

c) Periodo del estudio.

El estudio se realizará de marzo 2015 a Octubre 2015.

d) Fuente de información.

Población adscrita a la UMF 21 de 60 a 74 años, censo ARIMAC.

Guía de práctica clínica Maltrato adultos mayores.

Cuestionario. Morrisky Green,

Cuestionario abreviado del estado mental de Pfeiffer,

Escala geriátrica de maltrato.

• **Criterios de inclusión.**

- Derechohabientes adscritos a la UMF 21.
- Hombres y mujeres de 60 a 74 años de edad
- Que estén en tratamiento de cualquier patología sea crónica degenerativa o no.
- Pacientes de consulta subsecuente o de primera vez.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

• **Criterios de exclusión.**

- Pacientes mayores de 74 años.
- Pacientes menores de 60 años.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes con alguna discapacidad mental.
- Pacientes que pertenezcan a otra UMF.
- Pacientes que fallezcan durante el estudio

- **Criterios de no inclusión.**

- Pacientes con demencia
- Pacientes con hipoacusia severa o amaurosis
- Pacientes que no acepten participar

Muestreo:

El muestreo se realizara por la fórmula de muestras finitas del total pacientes censados por el servicio de ARIMAC adscritos a la UMF 21. De 60 a 74 años de nuestra unidad, se obtuvo un total de 21,095 pacientes adscritos a la UMF #21 ambos turnos tanto matutino como vespertino.

a) Tamaño de Muestra. Pacientes de 60 a 74 años 21,095

b) Tipo de muestreo: Probabilístico.

Formula: Para determinar el tamaño de muestra se acudió al servicio de ARIMAC para conocer la totalidad de personas de 60 a 74 años adscritos a la UMF 21, se determinó por medio de la fórmula de proporciones para una población finita de la siguiente manera:

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

N = 21,095 población de pacientes de 60 a 74 años

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

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

p = 0.1 Prevalencia estimada

q = 1-0.1 = 0.9

Resolviéndose de la siguiente manera:



$$n = \frac{21,095 (1.96)^2 [(0.1) (1-0.1)]}{(0.05)^2 (21,095-1) + (1.96)^2 [(0.1) (1-0.1)]}$$

$$n = \frac{21,095 (3.8416) (0.09)}{(0.0025) 21,094 + 3.8416 [(0.09)]}$$

$$n = \frac{81038 (0.09)}{52.735 + 0.345744}$$

$$n = \frac{7293.42}{53.0807} = 137.4 \approx 137$$

Muestra: 137 pacientes.

11.- VARIABLES.

- **Variable independiente:**

- Maltrato en adultos mayores de 60 a 74 años adscritos a la UMF # 21.

- **Variables dependientes:**

- Apego al tratamiento médico en pacientes de 60 a 74 años adscritos a la UMF # 21.

- **Variables sociodemográficas.**

- Edad, escolaridad, Estado civil, ocupación

Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Con medición de años.	Años cumplidos que marca el expediente electrónico.	Cuantitativa discreta	Años cumplidos (dos dígitos)
Genero	Es la identidad sexual, que está determinada biológicamente.	Sexualidad que refiere el ó la paciente, y la registrada en el expediente electrónico.	Cualitativa nominal	1=Masculino 2=Femenino
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Condición conyugal recabada en la encuesta para este estudio.	Cualitativa nominal	1= Casado 2= Soltero. 3= Divorciado 4=Unión Libre. 5= Viudo
Ocupación	Es el trabajo realizado por una persona en virtud de un contrato a cambio de remuneración económica.	Trabajo que realiza el paciente	Cualitativa nominal	1=Obrero. 2=Campesino. 3=Empleado 4=Comerciante 5=Jubilado 6=Pensionado 7=Ningna
Apego al tratamiento	Medición de la adherencia a los tratamientos médicos y farmacológicos.	Estudio de la adherencia al tratamiento mediante escala de Morisky Green. .	Cualitativa ordinal	1=SI 2=NO
Maltrato Físico.	Implica una acción (golpear, abofetear, quemar, encerrar a una persona mayor,	Situación no accidental con daño físico hacia un adulto mayor recabado en la encuesta para este estudio	Cualitativa nominal	0=No 1=Si
Maltrato Psicológico	Toda acción humana física o verbal, ejercida por una o varias personas sobre otra u otras.	Intimidación verbal, humillación y la infantilización del residente.	Cualitativa nominal	0=No 1=Si
Maltrato por Negligencia	Deserción de un individuo que ha asumido el papel del cuidador.	Es la depravación de las necesidades básicas de servicios como comida, medicamentos, transferencia al baño, aseo personal, acceso a la salud y otras.	Cualitativa nominal	0=No 1=Si
Maltrato Económico	Medidas u omisiones que afecten la sobrevivencia del adulto mayor despojar destruir o hacer uso ilegal de sus bienes personales propiedades o recursos.	Es la forma inapropiada o ilegal de usar el dinero, propiedades y otros bienes del adulto mayor a favor del abusador.	Cualitativa nominal	0=No 1=Si
Maltrato Sexual	Contacto sexual no consentido lastimar insultar obligarlo a participar en acciones de tipo sexual	Sodomía, copulación oral, penetración de objetos extraños, incesto, violación.	Cualitativa nominal	0=No 1=Si
Maltrato	Acción única o repetida o falta de respuesta apropiada que ocurre dentro de cualquier relación donde existe expectativa de confianza	Daño físico, emocional o psicológico causado a un adulto mayor, en general se produce por acciones deliberadas, pero también por no deseadas.	Cualitativa nominal	0=No 1=Si

12.-DESCRIPCION DEL ESTUDIO.

Metodología, materiales y método.

1. El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar # 21 del IMSS, Delegación 4 sur de la ciudad de México durante el segundo semestre de 2015. Con el objetivo de determinar la asociación entre maltrato y apego al tratamiento médico en pacientes ancianos jóvenes (de 60 a 74 años) adscritos a la Unidad de medicina Familiar # 21.
2. Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema estudiado logrando determinar la importancia que existe identificar a pacientes ancianos jóvenes con maltrato así como determinar la relación con el apego al tratamiento. .
3. Se inició a construir el marco de referencia y el diseño del estudio, se solicitó por escrito permiso para la obtención de la información estadística sobre la población derechohabiente de 60 a 74 años de ambos turnos adscritos a la UMF 21.
4. Para la recolección de datos, inicialmente se realizó una entrevista individual, utilizando un guion semiestructurado sobre datos sociodemográficos, edad en años, género (masculino, femenino), estado civil (soltero (a), unión libre, viudo(a), casado (o), divorciado(a), nacionalidad del individuo, Ocupación, Escolaridad (primaria, Secundaria, Preparatoria, Licenciatura, Posgrado), Se realizó un consentimiento informado para la aplicación de un cuestionario sociodemográfico que cuenta con dos instrumentos de evaluación auto aplicables. La primera escala de evaluación es un cuestionario para determinar grado de maltrato, una segunda escala para la valoración de apego al tratamiento.
5. La persona quién realiza este estudio explicará a los pacientes el motivo del estudio, dará un consentimiento informado por escrito y aplicará los

instrumentos en un tiempo aprox. de 15 minutos aproximadamente previa autorización de comité local del protocolo.

6. Los pacientes a quién se les aplicó dichos instrumentos se seleccionarán conforme lleguen a la sala de espera en la UMF 21, en el servicio de la consulta externa en ambos turnos, y que cumplan con los criterios de inclusión.
7. La aplicación de dichos instrumentos se iniciará a partir del mes de Junio y dependerá de la cantidad de pacientes que acudan a este servicio, por lo que su duración de la recolección de información será de 2 meses

Recolección de Información:

1. Una vez obtenida la autorización por parte del Comité de Investigación de UMF No. 21, se procedió de la manera más ordenada y respetando los lineamientos éticos a recolectar la información.
2. Una vez recolectada la información, se realizó una base de datos en Excel; estos se analizaron y se presentaron los resultados obtenidos en la investigación en forma de tesina al Director de esta unidad y al departamento investigación en salud de esta unidad.
3. Los resultados obtenidos se reportaron en cuadros y gráficos, y se utilizó el programa IPSS para el análisis estadístico así como Epi-Tools.

Procesamiento y presentación de la información

1. Este Se llevó a cabo en tablas y se analizaron los datos. utilizando medidas de tendencia central como son moda, mediana, desviación estándar y se utilizara un programa para el análisis estadístico.
2. Se dividió de acuerdo a grupo de edad y sexo y posteriormente de acuerdo a las áreas en las que se detecte mayor problema.

13.-ASPECTOS ETICOS.

La realización del presente trabajo Se considera esta investigación como de bajo riesgo y se adecua a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Se aplicara un cuestionario previamente realizado el cual contiene datos sociodemográficos del paciente. Se aplicaran instrumentos para valorar el abuso o maltrato, así como para determinar el apego al tratamiento (Morinsky Green). A los adultos mayores de 60 a 74 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS de la delegación Sur del Distrito Federal.

Para que un paciente sea incluido en el presente estudio, es indispensable que lo haga de manera voluntaria y formalice su aceptación con la firma del consentimiento informado (Ver Anexos), previa información y aclaración de dudas sobre las características de la investigación; proceso realizado por el investigador. En todo momento de la investigación se tomarán las medidas necesarias para respetar la privacidad del paciente (la información del trabajo solo será conocida por los investigadores; se mantendrán en custodia a través del acceso restringido y el uso de códigos para respetar privacidad, estrictamente anónima y respetando los principios fundamentales de respeto a las personas, beneficencia, justicia, no maleficencia).

Los procedimientos propuestos anteriormente están de acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y Códigos y Normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Se apega, a las normas y reglamentos institucionales. La seguridad y el bienestar de los pacientes se respetaran cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el código de Núremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmonte, el código de reglamentos federales de Estados Unidos Mexicanos.



14.-RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

Los procedimientos de la investigación serán efectuados por personas calificadas y competentes desde el punto de vista clínico. La responsabilidad del estudio recae en el investigador principal, quien cuenta con los recursos técnicos y científicos para hacerlo clínicamente competente.

Recursos humanos.

- Pacientes que deseen y acepten participar en estudio
- El propio investigador
- Asesor metodológico.
-

Recursos físicos y materiales

- Computadora, papelería de oficina.
- Software Windows 8.1, paquete estadístico. Microsoft office 2013.
- Cuestionarios y base de datos.
- Paquete estadístico. SPSS.
- Paquete estadístico Epi-tools Android.

Recursos financieros.

Financiado por el propio investigador

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.

No aplica

16.- RESULTADOS.

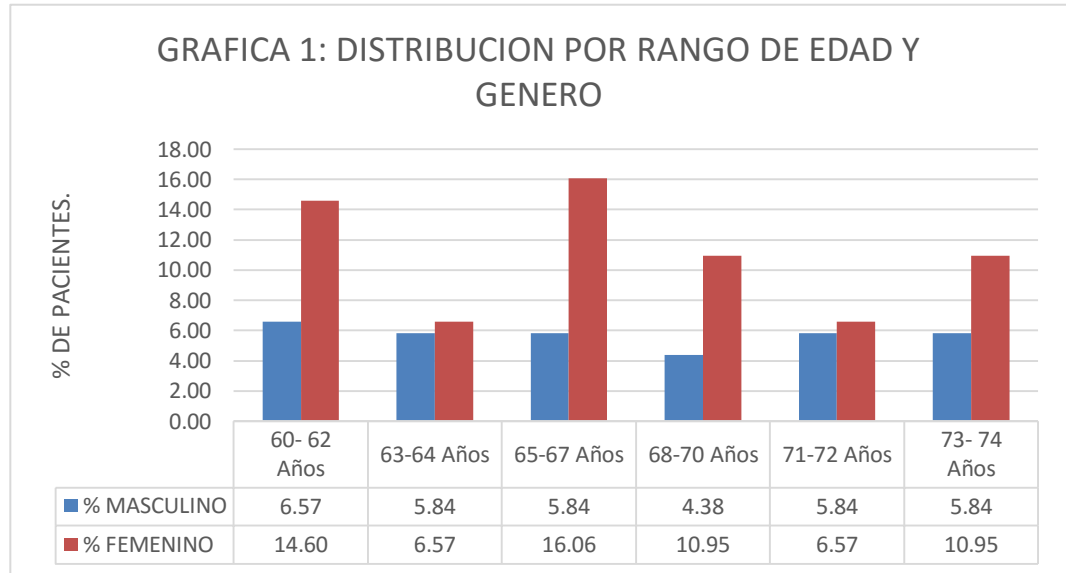
Se realizó un estudio transversal analítico en grupos de pacientes de cualquier sexo de 60 a 74 años, con diagnóstico de cualquier padecimiento en derechohabientes de la UMF 21 en tratamiento de cualquier patología ya sea crónico degenerativa o no, en un periodo de tiempo de marzo a octubre del 2015. Se realizó la evaluación a un grupo de 137 pacientes y los datos recolectados de cada encuesta fueron, la edad, el sexo, escolaridad, apego al tratamiento, maltrato físico, maltrato psicológico, maltrato por negligencia, maltrato económico y sexual así como la presencia de maltrato en general con los datos recabados en las encuestas, se elaboró una base de datos, con los puntos a identificar en el programa Microsoft Excel y utilizando el programa estadístico SPSS se representaron los resultados obtenidos mediante el uso de gráficas y tablas,

En la **Tabla 1** se presentan el número de pacientes encuestados por rango de edad en donde se tiene que la mayor prevalencia de pacientes encuestados se encuentra en el rango de 65 a 67 años con 30 pacientes, encontrándose con menos cantidad de pacientes los grupos de 63-64 y 71-72 ambos grupos con un número de 17 pacientes encuestados.

TABLA 1: NUMERO DE PACIENTES POR RANGO DE EDAD Y GENERO					
Rango de edad	MASCULINO	FEMENINO	% MASCULINO	% FEMENINO	TOTAL
60- 62 Años	9	20	6.57	14.60	29
63-64 Años	8	9	5.84	6.57	17
65-67 Años	8	22	5.84	16.06	30
68-70 Años	6	15	4.38	10.95	21
71-72 Años	8	9	5.84	6.57	17
73- 74 Años	8	15	5.84	10.95	23
TOTAL	47	90	34.31	65.69	137

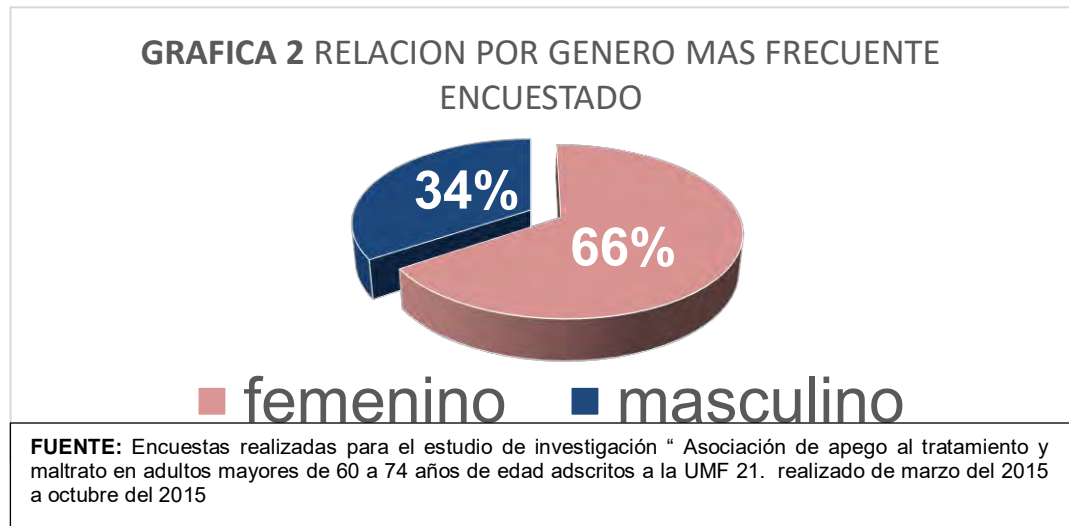
Fuente: Encuestas realizadas para el estudio de investigación "Asociación de apego al tratamiento y maltrato en adultos mayores de 60 a 74 años de edad adscritos a la UMF 21. realizado de marzo del 2015 a octubre del 2015

En la **gráfica 1** tenemos la distribución de pacientes por edad y genero encuestados en el estudio de investigación en donde se tiene mayor predominio en el rango de 65 a 67 años con un total de 30 pacientes encuestados, que representan el 21.9%. Siendo el 5.8% de pacientes de género masculino y 16.06% de pacientes de género femenino.

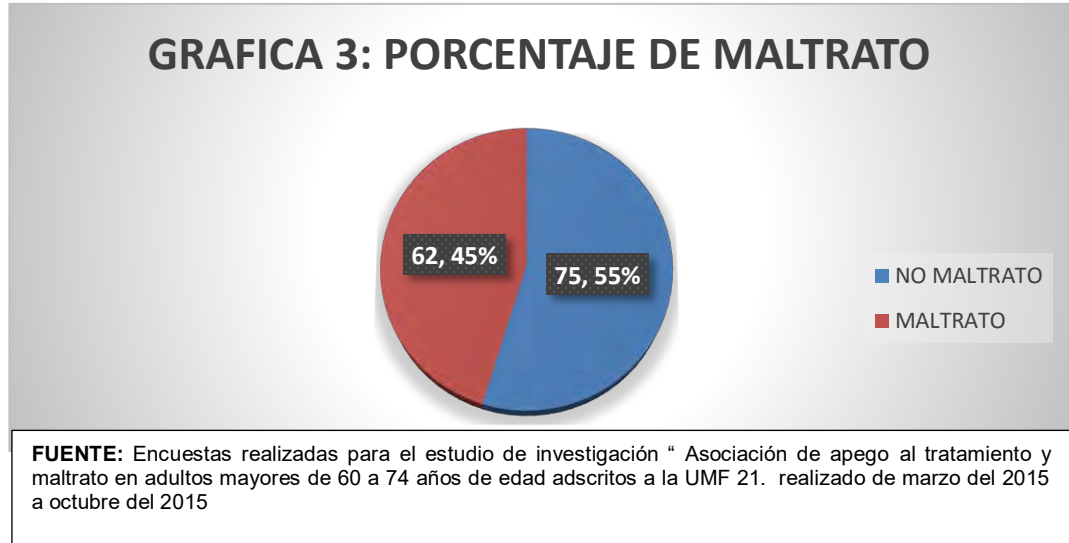


FUENTE: Encuestas realizadas para el estudio de investigación “ Asociación de apego al tratamiento y maltrato en adultos mayores de 60 a 74 años de edad adscritos a la UMF 21. realizado de marzo del 2015 a octubre del 2015

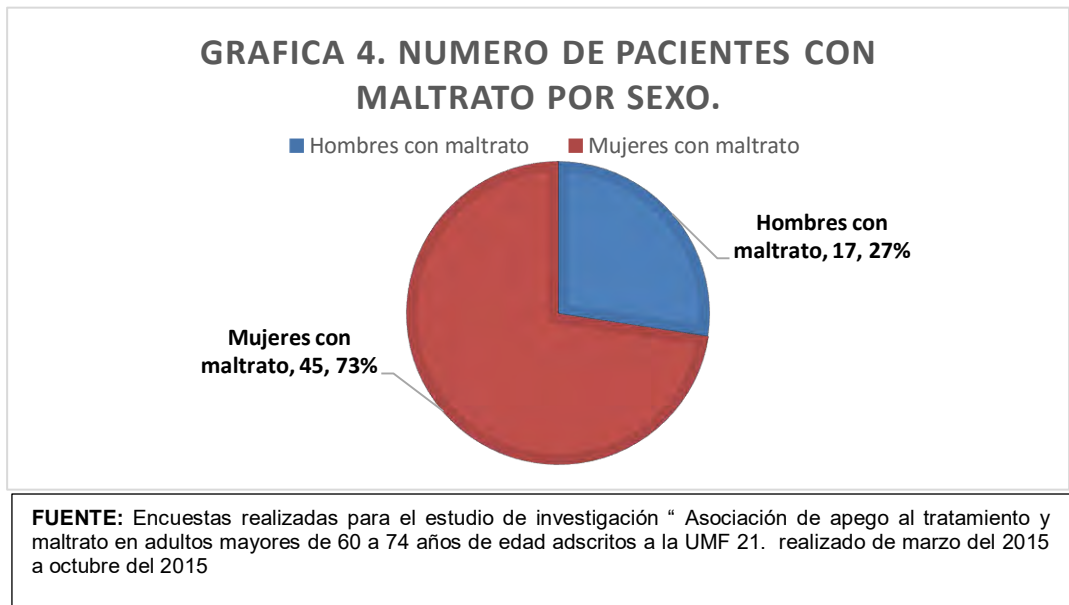
La grafica 2 muestra la relación de pacientes encuestados por género, siendo mayor el género femenino con un 66 % del total de pacientes encuestados.



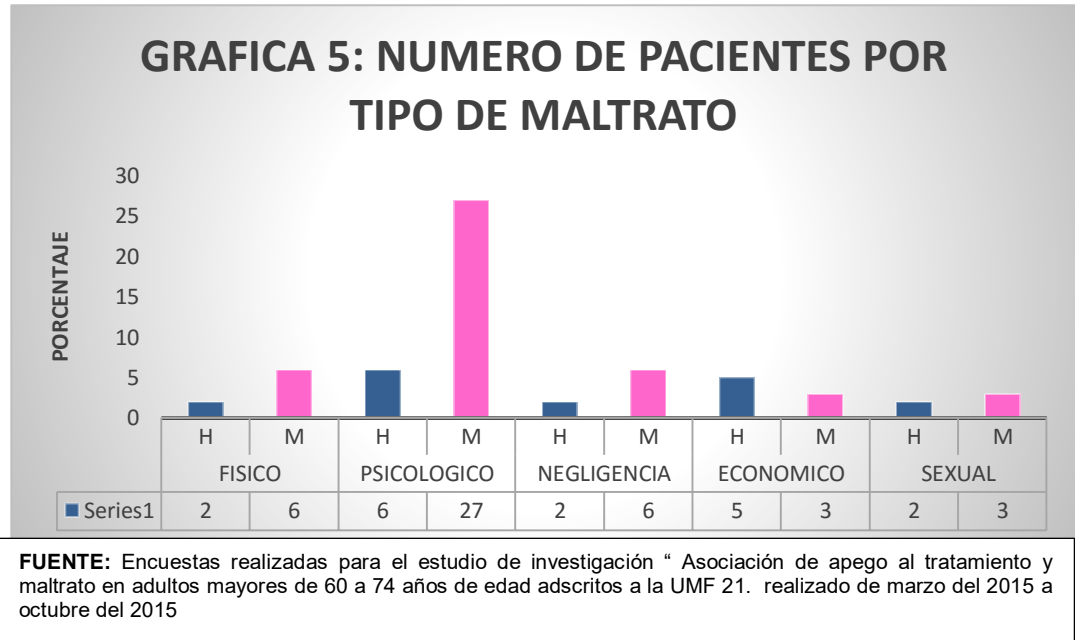
Grafica 3: En la gráfica 3 se muestra que de 137 pacientes que es la muestra el 62 de ellos recibieron algún tipo de maltrato durante los 12 meses previos a la entrevista lo que corresponde al 45 %.



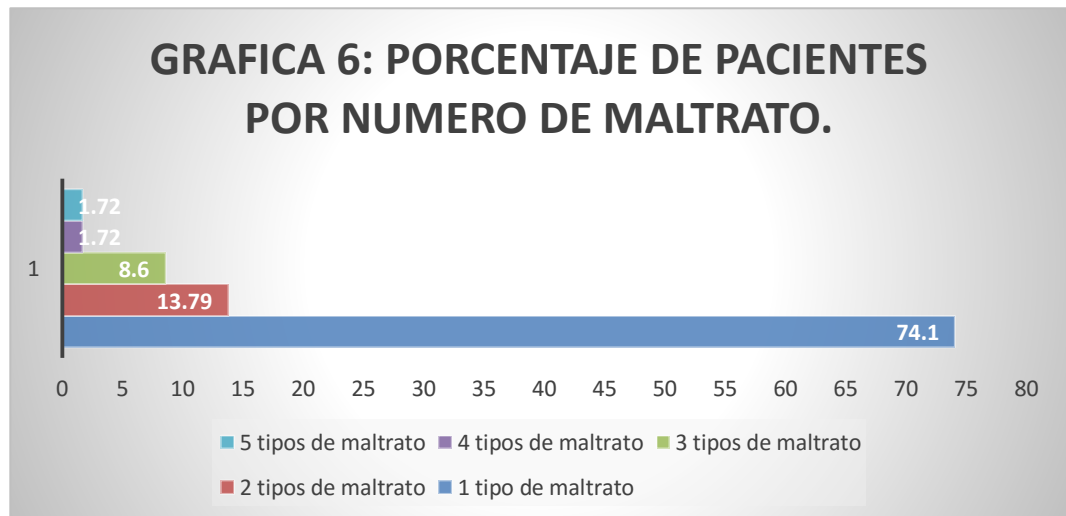
Grafica 4: En esta grafica se muestra que de 62 pacientes con maltrato el sexo que tiene mayor porcentaje es el femenino con 45 pacientes en cambio el sexo masculino solo 17 pacientes del total lo que corresponde al 73% y 27% respectivamente



Grafica 5: De acuerdo a las encuestas el tipo de maltrato encontrado más frecuentemente en los adultos mayores de 60 a 74 años de edad de la UMF 21 es el maltrato psicológico con un 67.2 % siendo el sexo femenino el más afectado con 48.2% del total de pacientes con maltrato.



Gráfica 6: En esta grafica se muestra que el 74 % de los pacientes con maltrato presenta 1 tipo de maltrato. Mientras que solo el 25.8 % de los pacientes con maltrato presento 2 o más tipos de este.



FUENTE: Encuestas realizadas para el estudio de investigación “ Asociación de apego al tratamiento y maltrato en adultos mayores de 60 a 74 años de edad adscritos a la UMF 21. realizado de marzo del 2015 a octubre del 2015



Tabla 2: La muestra de nuestra población fue de 137 pacientes. Las características de nuestros pacientes son: la media de edad fue de 67.1 con una Desviaciones Estándar de 4.3 y un rango de 60 a 74 años. El nivel de estudios más prevalente fue el de secundaria con un 46 % de la población. En cuanto el estado civil el más prevalente fue el de casado con un 64.2%. En cuanto a la ocupación la de empleado prevaleció con un 16.1 % los pacientes jubilados siendo la ocupación menos frecuente campesino con 2.2 %.

TABLA 2: Características sociodemográficas de la población del estudio

Edad	N: 137	Media	Desviación Estándar	Rango
		67.1	4.3	60-74
Escolaridad.		FRECUENCIA	PROPORCION.	
	Primaria	63	46.0 %	
	Secundaria	38	27.7 %	
	Preparatoria.	22	16.1 %	
	Licenciatura.	13	9.5 %	
	Maestría.	1	0.7 %	
Estado Civil		FRECUENCIA	PROPORCION.	
	Casado	88	64.2 %	
	Soltero	18	13.1 %	
	Divorciado.	3	2.2 %	
	Unión Libre.	5	3.6 %	
	Viudo.	23	16.8 %	
Ocupación		FRECUENCIA	PROPORCION.	
	Obrero	7	5.1 %	
	Campesino	3	2.2 %	
	Empleado.	17	12.4 %	
	Comerciante	4	2.9 %	
	Jubilado	22	16.1 %	
	Pensionado	19	13.9 %	
	Ninguno.	65	47.4 %	

FUENTE: Encuestas realizadas para el estudio de investigación " Asociación de apego al tratamiento y maltrato en adultos mayores de 60 a 74 años de edad adscritos a la UMF 21. realizado de marzo del 2015 a octubre del 2015

Análisis estadístico.

Como prueba de asociación se utiliza la prueba de chi cuadrada o la cual nos sirve en este caso para determinar si una variable está asociada a otra variable. Con un grado de libertad de 4. En la cual nos da por resultado

Valor de chi cuadrado calculado. 139.2

Valor de chi cuadrada tabulada. 9.48

Por lo tanto Como Chi cuadrada calculada es mayor a la Chi cuadrada tabulada se rechaza hipótesis nula H0 y se acepta hipótesis alterna. H1 Los pacientes de 60 a 74 años adscritos a la UMF 21 con maltrato tienen asociación con la adherencia terapéutica.

	APEGO SI	APEGO NO	TOTAL
MALTRATO SI	25	34	59
MALTRATO NO	30	48	78
TOTAL	55	82	137

OR: 1.18

95% Índice de confianza con $p= 0.05$

Por lo tanto ya que el OR es mayor a la unidad el maltrato es un factor de riesgo para el apego al tratamiento.

17.-DISCUSION

El incremento de la población de adultos mayores es una de las consecuencias de la transición demográfica experimentada en la historia reciente de nuestro país por lo que es necesario preparar a las instituciones y a la sociedad en su conjunto para atender las necesidades y demandas de este grupo de población tradicionalmente vulnerable. El proceso de envejecimiento demográfico de México no es reversible, pues los adultos mayores de mañana ya nacieron. Las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir de 2020. El abuso para con los ancianos ocurre probablemente desde hace siglos y adquiere, además, cada día mayor relevancia por el número creciente de personas afectadas y por las consecuencias inherentes que estos malos tratos conllevan.

En el Artículo de las Nuevas propiedades psicométricas de la escala geriátrica de maltrato de Liliana Giraldo- Rodríguez y Oscar Rosas-Carrasco del instituto Nacional de geriatría del 2013 se comenta que en el 2004 la primera encuesta nacional sobre el maltrato y descuido encontró que 18,4% de los encuestados experimentaron al menos un tipo de maltrato durante los 12 meses antes de la entrevista. En nuestro estudio encontramos que el 45 % de pacientes encuestados en la Unidad de Medicina familiar # 21 sufrió de algún tipo de maltrato en los últimos 12 meses previos a la encuesta. Y de ese porcentaje el 74.1 % sufrió de solo un tipo de maltrato mientras que el 25.8 % sufrió dos tipos de maltrato o más. En nuestro país como en otros datos de América Latina no hay datos con certeza sobre este indicador, pero si hay estimaciones basadas en estudios locales o quejas captadas de servicios sociales.

En un artículo de la revista de la asociación canadiense de radiólogos del año 2013 de los autores Kieran Murphy y Sheila Waa, Hussein Jaffer, se llevó a cabo una revisión de literatura sobre los hallazgos encontrados en maltrato físico en las personas mayores en donde se buscó desde el año de 1975 hasta marzo del 2012 artículos que contenían frases sobre el abuso físico del anciano para valorar el sitio de daño más frecuente en estos pacientes, en donde se concluyó

que dos terceras partes de los pacientes sufrieron daño en las extremidades superiores y en la articulación maxilofacial.

En México el cuidado de la vejez recae principalmente en la familia y es esta la que puede incidir en forma importante en el bienestar físico y emocional de los adultos mayores ya que en la actualidad la tasa de población de adultos mayores ha ido en aumento al igual que la preocupación por la calidad de vida de ellos.

El maltrato es un problema que puede presentarse en cualquier etapa de la vida, sin embargo las estadísticas sobre el maltrato en la vejez son datos alejados de la realidad debido a que la mayoría de los adultos mayores que lo viven no lo denuncian. Se ha logrado identificar los aspectos que hacen del adulto mayor una persona más vulnerable entre los que destacan sexo femenino, a mayor edad aumenta también el riesgo, deterioro de salud o incapacidad, dependencia emocional, depresión, ansiedad, baja autoestima o demencia.

En el año 2006 se llevó a cabo una encuesta a personas adultas mayores en donde se documentó que el 16.7 % de los adultos mayores sufren algún tipo de maltrato, siendo el maltrato psicológico el más común con un 12.2 % seguido del maltrato económico con el 3.9% y el maltrato físico con el 3.7%. Coincidiendo con nuestro estudio ya que en nuestro estudio de 62 pacientes que presentaron maltrato 33 de ellos sufren maltrato psicológico, representando el 53 % del total de pacientes con maltrato seguido por el maltrato físico, negligencia y económico.

La medición de la adherencia a los tratamientos es necesaria, sin embargo aunque las herramientas con este propósito son diversas, la mayoría de ellas no cumplen su cometido a la perfección.

La adherencia se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud.

18.-CONCLUSIONES.

El incremento de la población de adultos mayores es una de las consecuencias de la transición demográfica experimentada en la historia reciente de nuestro país. Por lo tanto, es necesario preparar a las instituciones y a la sociedad en su conjunto para atender las necesidades y demandas de este grupo de población tradicionalmente vulnerable. Al reconocer que los adultos mayores son un grupo poblacional con características y necesidades específicas, se deben analizar conceptos e indicadores complementarios a los que se usan comúnmente para entender el panorama de la manera más amplia e integral posible.

El abuso para con los ancianos ocurre probablemente desde hace siglos, recién en los últimos veinte años.

Concluimos que en nuestra unidad médica el maltrato en pacientes de 60 a 74 años de edad significa un problema de gran magnitud debido a su prevalencia, misma que en esta ocasión resulto ser el 45 % de los pacientes encuestados, En nuestro país, no se cuenta con demasiada información al respecto, pero en Estados Unidos y algunos países de América Latina se han realizado algunos estudios de maltrato en adultos mayores y comparándolos con nuestros resultados, concluimos que se encuentra subdiagnosticado en nuestra población debido a que los pacientes no lo denuncian por miedo generalmente y que además los adultos mayores de 60 a 74 años de edad adscritos a nuestra Unidad que presentan algún tipo de maltrato, es un factor de riesgo para el apego al tratamiento médico adecuado.

Obtuvimos así mismo las siguientes conclusiones.

- La media de edad de nuestra muestra fue de: 67.1 años.
- El nivel de estudios más prevalente fue el de primaria con de 46 %.
- El estado Civil más frecuente fue casado con 64.2 %.
- EL 47.4 % de los pacientes encuestados se encuentra sin ocupación al momento del estudio.
- La prevalencia de maltrato en adultos mayores de 60 a 74 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 21 fue de 62 de 137 pacientes con una proporción de 45 % siendo predominantemente mayor en mujeres con 72.5 % de los pacientes con maltrato.
- De los pacientes con maltrato, el 74 .1% ha sufrido 1 tipo de maltrato. Mientras que solamente el 1.72% han sufrido 4 o los 5 tipos de maltrato principales.
- El maltrato psicológico fue el tipo de maltrato mayormente encontrado en nuestro estudio con una proporción de 53.2%. de los cuales 43.5 % fue en el sexo femenino y 9.6% fue en el sexo masculino.
- Mediante el análisis estadístico por medio de la prueba de Razón de Momios concluimos que el maltrato es un factor de riesgo para el apego al tratamiento en adultos mayores de 60 a 74 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina familiar # 21.
- Mediante la prueba de Chi. Cuadrado concluimos que Los pacientes de 60 a 74 años adscritos a la UMF 21 con maltrato tienen asociación con la adherencia terapéutica.

19.- SUGERENCIAS

- Llevar a cabo una valoración geriátrica integral. La cual nos permitirá tener un concepto más amplio sobre el estado cognitivo del paciente y su entorno.
- Construir un formato en el cual se pueda evaluar de manera indirecta el apego al tratamiento por parte de los pacientes geriátricos, y de no ser así como médicos de primer nivel buscar la causa de la no adherencia terapéutica.

20.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Hernández L. María Felipa, Murguía S. María Verónica, Hernández Vázquez Mario René. Envejecimiento prospectivo y su relación con la discapacidad en México. La situación demográfica de México 2014: 25-38

- 2.- Transición Demográfica De México. El envejecimiento de la población en México: 19 – 44.

3. Giraldo R. Martha Liliana. Análisis De La Información Estadística. Encuesta Sobre Maltrato A Personas Adultas Mayores. El Distrito Federal 2006.

- 4.- Abuso o Maltrato en el Adulto Mayor. 2008: 1 – 5.

- 5.- Prevención Del Maltrato Hacia Las Personas Adultas Mayores, Dirección De Atención Geriátrica. Departamento De Enseñanza, Investigación e Información.

- 6.- Espíndola L. José Antonio, Montes de Oca Juan, Hernández A. Lucia, López R. Ana Hortencia. Guía De Práctica Clínica Detección Y Manejo Del Maltrato En El Adulto Mayor Evidencias Y Recomendaciones., Actualización 2013 Catalogo De Maestro De Guías De Práctica Clínica IMSS.

7. Félix Ruiz C, Hernández Orozco MI. El abandono del adulto Mayor como manifestación de Violencia intrafamiliar. Archivos En Medicina Familiar Vol. 11 (4) Octubre-Diciembre 2009. 146-149.

- 8.- Gómez R. Licely Angélica, Rodríguez A. Gabriela, Kung LI. Ernensto. Prevalencia Y Factores Asociados A Violencia Familiar En Adultos Mayores De Ocozocoautla. De Salud Pública. Rev. Exp. Geriátricos, Gerontológicos. 2007: 42 (1): 27 – 34.

9. Nogués Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An Med Interna (Madrid) 2007; 24: 138-141.
- 10.- Silva German Enrique, Galeano Esmeralda, Correa Jaime Orlando. Adherencia al tratamiento (Implicaciones de la no-adherencia). ACTA MÉDICA COLOMBIANA VOL. 30 N° 4 ~ OCTUBRE-DICIEMBRE ~ 2005: 268-273
- 11.- Larrea Palop, Martínez Mir. P. Adherencia al tratamiento en el paciente Anciano. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2004; 28: 113-120
- 12.- Adam j. Geroff, MD. Elder Abuse. Department of Emergency Medicina, Boston Medical Center, 1 Boston Medical Center Place, MA 02188-2393.
- 13.- Joshi Seema, Joseph H. Flaherty, MD. Elder Abuse and Neglect in Long term Care. Clinics in geriatrics Medicine 21 (2005): 333 – 354
- 14.- Mark S lachs, Karl Pillemer, Elder Abuse. Lancet2004; 364: 1263–1272
- 15.- Fernández Alonso, Velázquez S. Herrero. Maltrato en el Anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria. Medicina de Familia y maltrato. Atención Primaria.2006; 37(1):56-59
- 16.- Kieran Murphy, Mb Bch, Frcpc, Fsir*, Sheila Waa, Mbchb, Mmed, Hussein Jaffer, Mhs, Agnes Sauter, Ma, Amanda Chan, A Literature Review of Findings in Physical Elder Abuse. Canadian Association of Radiologists Journal 64 (2013) 10—14
- 17.- Georgia J. Netzberguer. An Update on the Nature and Scop of Elder Abuse. Journal of The American Society on Anging. Fall 2012 • Vol. 36 (3): 12 – 21.

- 18.- Rodríguez G. Liliana, Rosas C. Oscar. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment scale. *Geriatr Gerontol Int* 2013; 13: 466–474.
- 19.- XQ. Dong, M.A Simon, C. Farrah. Elder Abuse and Mortality: The Role of Psychological and Social Wellbeing. *Gerontology* (2011); 57:549–558
- 20.- Martin J. Gorbien, Amy R. Einsten. Elder Abuse And Neglect. *Clinics in Geriatric Medicine* 21 (2005) 279-292.
- 21.-De paul Community Services, Elder Abuse and Neglect: assessment Tools, interventions, and recommendations for effective service Provision. *Treatment Foster Care department, Cedar Bluff, Virginia USA.*
- 22.- Kathleen Quinn, Holly Zielke. Elder Abuse, NEglect and Exploitation Policy Issue. *Clinics in Geriatrics Medicine*. 2005, 449 – 457.
- 23.- Julie A Switzer, E. Michienz. Elder Abuse: An Update on Prevalence, Identification, And Reporting for the orthopaedic Surgeon. 2012; 20: 788-794
- 24.- Aileen Fraser. Preventing Abuse of Older people. October 2010 | Volume 17 Number 6 *Nursing management*. 29 – 29
25. Yadollah Abolafath, Tenggu Aizan. Theories and measures of the Elder abuse. *Psychogeriatrics* 2013, 13: 182 – 188.

21.-ANEXOS.

Carta de consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "Asociación entre maltrato y apego al tratamiento en adultos de 60 a 74 años adscritos a la UMF 21."

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

México D.F. 2015

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

En México no existen estudios realizados sobre la asociación entre el maltrato y el apego al tratamiento en adultos mayores jóvenes. Existen estudios relacionados para medir la calidad de vida en los pacientes ancianos, así mismo el apego al tratamiento en estos pacientes, y el abuso hacia ellos. Pero ninguno como el que se plantea realizar dado que este estudio muestra un alto impacto en la población de ancianos adscritos en la UMF # 21 ya que con este tipo de estudios se puede determinar si existe una relación entre el abuso y maltrato de los pacientes ancianos con el apego al tratamiento, o de qué manera influye el maltrato en este tipo de pacientes para el desapego al tratamiento médico.

El siguiente estudio se plantea realizar dada la problemática y la necesidad actual de los adultos mayores para una mejor atención médica.

Posibles riesgos y molestias:

Ninguna

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Evaluar la asociación que existe entre maltrato y apego al tratamiento en adultos mayores de 60 74 años de edad adscritos a la UFM # 21 del IMSS delegación Sur DF..

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se harán a través del investigador principal directo al paciente

Participación o retiro:

De manera voluntaria del paciente ingresara al estudio.

Privacidad y confidencialidad:

Según los lineamientos éticos establecidos.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Evaluar la asociación que existe entre maltrato y apego al tratamiento en adultos mayores de 60 74 años de edad adscritos a la UFM # 21 del IMSS delegación Sur Df..

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

Investigador Responsable:

Dra. Carmen Zapata Carlin: correo electrónico. zcarlin@msn.com

Colaboradores:

Dra. Norma Angélica Díaz García. Correo electrónico. nangelicad@yahoo.com.mx

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. T teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

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



Cronograma de actividades:




**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 21.
FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO.**

“Asociación entre maltrato y apego al tratamiento médico en adultos de 60 a 74 años adscritos a la UMF 21.”

*Dra. Carmen Zapata Carlín, **Dra. Norma Angélica Díaz García, ***Dr. Ramón Alberto Peñuelas Félix.

	Marco Teórico y Planteamiento del Problema	Hipótesis y Definición de Variables	Cálculo del tamaño muestra	Aprobación de Protocolo de Investigación	Realización y Aplicación de Cuestionarios	Organización y recolección de datos	Análisis de resultados	Conclusiones
ene-15	Realizado							
feb-15	Realizado							
mar-15		Realizado						
abr-15			Realizado	Realizado				
may-15				Realizado				
jun-15					Realizado			
Julio-15					Realizado			
ago-15						Realizado		
sep-15						Realizado		
oct-15							Realizado	
nov-15							Realizado	
dic-15								Realizado

 Realizado

 No Realizado

Cuestionario Morisky Green traducido.

Tabla 1. Cuestionario de Morisky-Green

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Cuestionario abreviado del estado mental de Pfeiffer

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE O SPMSQ DE PFEIFFER (1975)

Paciente _____ Edad _____ Sexo H M

	► PUNTOS y FECHA	
• ¿Qué día es hoy (mes/día/año)?	1	
• ¿Qué día de la semana es hoy?	1	
• ¿Dónde estamos ahora (lugar o edificio)?	1	
• ¿Cuál es su número de teléfono o cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)	1	
• ¿Cuántos años tiene?	1	
• ¿En qué día, mes y año nació?	1	
• ¿Cómo se llama el rey de España?	1	
• ¿Quién mandaba antes del rey actual?	1	
• ¿Cómo se llamaba (o se llama) su madre?	1	
• ¿Si a 20 le restamos 3 quedan 3? Y si le restamos 3?	1	
Total de aciertos:		
Total de ERRORES:		

Puntuación normal: 0 - 2 errores.
 Deterioro cognitivo leve: 3 - 4 errores.
 Deterioro cognitivo moderado (patológico): 5 - 7 errores.
 Deterioro cognitivo importante: 8 - 10 errores.

Sensibilidad: 68%. Especificidad: 96%.
 Falsos positivos: pacientes psiquiátricos o analfabetos.
 Falsos negativos: pacientes con Parkinson.

► **Nota:** El SPMSQ de Pfeiffer (10 ítems): es un test de detección de deterioro cognitivo de aplicación muy rápida (5 minutos) que valora 4 parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo. Esta es una versión traducida y validada al castellano en una muestra muy seleccionada. Se introduce una corrección según el nivel de escolarización del individuo. Podría estar indicado cuando dispone de poco tiempo y se trate de población muy anciana y/o analfabeta y/o con limitación sensorial.

Figura 23. Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ).

Escala geriátrica de maltrato

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?					
2 ¿Le han dado puñetazos o patadas?					
3 ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?					
4 ¿Le han aventado algún objeto?					
5 ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?					
PSICOLOGICO					
6 ¿Le han humillado o se han burlado de usted?					
7 ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?					
8 ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?					
9 ¿Le han hecho sentir miedo?					
10 ¿No han respetado sus decisiones?					
11 ¿Le han prohibido salir o que la visiten?					
NEGLIGENCIA					
12 ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc?					
13 ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?					
14 ¿Le han negado protección cuando la necesita?					
15 ¿Le han negado acceso a la casa que habita?					
ECONOMICO					
16 ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?					
17 ¿Le han quitado su dinero?					
18 ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?					
19 ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?					
20 ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?					
SEXUAL					
21 ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?					
22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?					
Total				Maltrato: Si (1) No (0)	
	/22				

Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O, Geriatr Gerontol Int. 2013 Apr;13(2):466-74 (martha.giraldo@salud.gob.mx)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

Cuestionario de aplicación para el protocolo de investigación.
"ASOCIACION ENTRE MALTRATO Y APEGO AL TRATAMIENTO EN
ADULTOS DE 60 A 74 AÑOS ADSCRITOS A LA UMF 21."

INSTRUMENTO.

Se aplicara el instrumento a las personas que cumplan con las siguientes características.

- Derechohabientes adscritos a la UMF 21.
- Hombres y mujeres de 60 a 74 años de edad
- Que estén en tratamiento de cualquier patología sea crónica degenerativa o no.
- Pacientes de consulta subsecuente o de primera vez.
- Pacientes que acepten participar en el estudio

1 FOLIO _____

2 Fecha (dd/mm/aa) ____ / ____ / ____

3
Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

4 Edad: _____ años cumplidos 5 Sexo: 1.- Hombre () 2.- Mujer ()

6 ESTADO CIVIL
1. Casado () 2. Soltero () 3. Divorciado () 4. Unión libre () 5. Viudo(a) ()

7 ESCOLARIDAD
1.- Primaria () 2.- Secundaria () 3.-Preparatoria () 4.-Licenciatura () 6.- Maestría ()

8 OCUPACIÓN 1. Obrero () 2. Campesino () 3. Empleado () 4. Comerciante ()
5. Jubilado () 6. Pensionado () 7. Ninguno ()

9 ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes y año).



10	¿Qué día de la semana es hoy? _____
11	¿Cuál es el nombre de este lugar? _____
12	¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono, preguntar su dirección) _____
13	¿Qué edad tiene? _____
14	¿Cuándo nació (día, mes y año)? _____
15	¿Quién es ahora el presidente del gobierno? _____
16.	¿Cuál es el nombre de soltera de su madre? _____
17.	Reste de 3 en 3 a partir de 20.* _____
18.	¿Tiene alguna dificultad para tomar las pastillas? _____
19.	¿Cuántas pastillas ha tomado en el ultimo mes? _____
20.	¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento? _____
21.	¿Toma el medicamento a la hora indicada? _____
22.	Cuando se encuentra bien ¿Deja alguna vez de tomar el medicamento? _____
23.	Si alguna vez se siente mal ¿Deja de tomar el medicamento? _____

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 Si 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 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maltrato: Si (1) No (0)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> /22					

Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O, Geriatr Gerontol Int. 2013 Apr;13(2):466-74 (martha.giraldo@salud.gob.mx)

