



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 N° 33
CHIHUAHUA, CHIHUAHUA.



FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF # 2 IMSS CHIHUAHUA

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA. VERÓNICA SARIÑANA ARREDONDO

ASESORES

DR. MOISÉS ALBERTO FRAIRE BALDERAS

DR. RENÉ ALBERTO GAMEROS GARDEA

CHIHUAHUA, CHIH.

FEBRERO 2017



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.

**FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF # 2 IMSS
CHIHUAHUA**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. VERONICA SARIÑANA ARREDONDO

AUTORIZACIONES

DRA. ANA MARLEND RIVAS GOMEZ
COORDINADORA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD. UMF No. 33
CHIHUAHUA, CHIH.

DR. MOISÉS ALBERTO FRAIRE BALDERAS
ASESOR DEL TEMA
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIA HGR #1 IMSS CHIHUAHUA

RENÉ ALBERTO GAMEROS GARDEA
ASESOR METODOLÓGICO
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN IMSS CHIHUAHUA, CHIH.

DRA. NAYELI LIMON GARCIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS DEL IMSS
SEDE UMF PLUS CHIHUAHUA, CHIH.

**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 UMF33 PLUS CHIHUAHUA**

**FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF # 2 IMSS
CHIHUAHUA**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. VERONICA SARIÑANA ARREDONDO

AUTORIZACIONES


DR. HUMBERTO CAMPOS FAVELA
COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACION CHIHUAHUA CHIH.


DRA. ALMA ACEVES GARCIA
COORDINADORA AUXILIAR MEDICA DE EDUCACION EN SALUD
DELEGACION CHIHUAHUA CHIH.


DR. RENÉ ALBERTO GAMEROS GARDEA
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACION CHIHUAHUA CHIH.

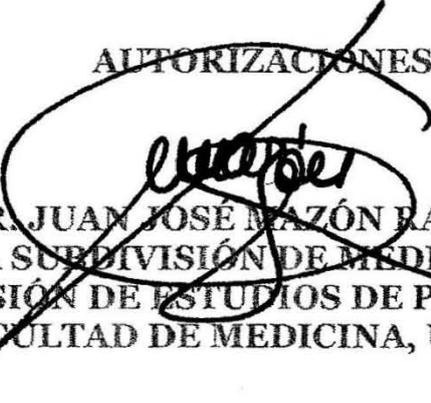
**"FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE
LA UMF # 2 IMSS CHIHUAHUA"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

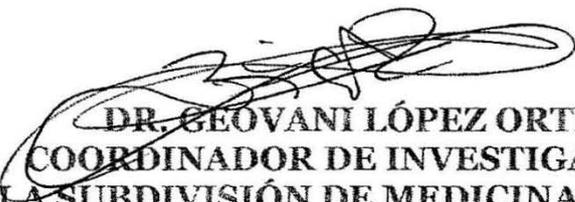
PRESENTA

DRA. VERONICA SARIÑANA ARREDONDO

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



"2014, Año de Octavio Paz"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 802
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 22/10/2014

DRA. VERONICA SARIÑANA ARREDONDO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF # 2 IMSS CHIHUAHUA

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A_U_T_O_R_I_Z_A_D_O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-802-42

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRES JUAREZ AHUMADA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

DEDICATORIA

A DIOS:

Agradezco infinitamente por darme la vida, salud, capacidad y muchas bendiciones para poder terminar esta especialidad.

A MI ESPOSO E HIJO

Moisés y Sergei, por su gran apoyo, ayuda, tolerancia, paciencia, comprensión y aliento para realizar este logro, que no solo es mío sino de los tres.
GRACIAS. LOS AMO.

A MI MADRE

Ma. Del Socorro por haberme dado la vida, por su amor, cariño, apoyo, comprensión, ya que el motivo de su existencia fue motivo de mi superación.

A MIS HERMANAS

Coco, Itzel y Lorena que siempre me han apoyado y me dieron palabras de ánimo cuando más me hicieron falta.

ESPERO SIEMPRE CONTAR CON USTEDES.

INDICE	PÁGINA
1.- Resumen.....	8
2.- Antecedentes	9
3.- Justificación.....	16
4.- Planteamiento del problema.....	17
5.- Pregunta de investigación	17
6.- Hipótesis.....	17
7.- Objetivo.....	18
7.1.- General.....	18
7.2 Especifico.....	18
8.- Material y métodos.....	19
8.1.- Tipo de estudio.....	19
8.2.- Población, lugar y tiempo de estudio.....	19
8.3.- Tipo y tamaño de la muestra	19
8.4.-Criterios de selección.....	20
8.4.1.- Criterios de Inclusión.....	20
8.4.2.- Criterios de Exclusión.....	20
8.4.3.- Criterios de Eliminación.....	20
8.5.- Variables.....	20
8.6.- Análisis estadístico.....	25
8.7.- Técnicas y procedimientos.....	25
8.8.- Consideraciones éticas.....	26
8.9.- Análisis de los resultados.....	27
8.10.- Discusión.....	39
8.11.- Conclusiones.....	41
9.- Referencias bibliográficas.....	42
10.- Anexos.....	45
10.1.- Consentimiento informado.....	45
10.2.- Hoja de recolección de datos.....	46
10.3.- Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor.....	47

1.- RESUMEN

“FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF#2 IMSS CHIHUAHUA”

Dra. Verónica Sariñana-Arredondo⁽¹⁾, Dr. Moisés A. Fraire-Balderas⁽²⁾.

Dr. René Alberto Gameros- Gardea⁽³⁾.

Introducción: El maltrato en el adulto mayor hace referencia al acto u omisión sufrida por personas de 60 años o más, único o repetitivo que vulnera su integridad física, puede ser percibida por este o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad e instituciones). Información publicada por la OMS señala una tasa de maltrato de 4 a 6% en la población de ancianos.

Objetivo General: Identificar la frecuencia de maltrato que perciben los adultos mayores derechohabientes de la UMF #2 IMSS, de la ciudad de Chihuahua, afiliados al turno vespertino.

Técnicas y Procedimientos: Mediante un estudio transversal descriptivo observacional; previa firma de consentimiento informado, se aplicó una encuesta validada “escala geriátrica de maltrato al adulto mayor” a pacientes de 60 años o más de la UMF #2 turno vespertino. Se llevó a cabo un análisis univariado y bivariado según el grupo estudiado por medio del programa STATA 11.0 para Windows.

Resultados: Se estudiaron un total de 300 pacientes con una frecuencia de maltrato en el adulto mayor de 11.33%, predominando el género femenino (24 mujeres 70.8%); en edades entre los 60-65 años (12.39%), amas de casa más afectadas (42%). En relación a enfermedades asociadas con maltrato, la hipertensión fue la más común con un (51.66%) y el estado civil en casados (12.10%) χ^2 de Pearson = 13.38 y valor de $P=0.010$). En relación al nivel educativo las personas que sufren maltratos son las que cursaron primaria 60.33%, el maltrato con mayor frecuencia es el de tipo psicológico 55.88% y generado por los hijos 64.70%.

Conclusiones: la frecuencia de maltrato encontrado en el estudio fue mayor que la reportada por la OMS 11.33 vs 4 %, siendo menor que lo reportado en estudios nacionales. Ser mujer, en edades entre los 60 a 65 años de edad, casada, ama de casa, con primaria, hipertensa, y con hijos, fueron los factores más frecuentemente encontrados para su asociación con maltrato.

Palabras claves: Maltrato, adulto mayor.

2.- ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional ha impuesto un nuevo reto para los sistemas de salud de los diferentes países. Actualmente lo más importante no es que las poblaciones sean longevas, sino mejor cualitativamente la salud y el bienestar de estas con una esmerada atención al grupo poblacional de la tercera edad, lo cual le permitirá alcanzar una mayor calidad de vida ⁽¹⁾.

Se prevé que para el año 2050 los mayores de 85 años serán el doble del número actual y que en el 2020 habrá más personas mayores de 65 años que niños ⁽²⁾.

Las víctimas del maltrato o violencia se encuentran en todos los grupos etarios, siendo especialmente reconocido el maltrato a las mujeres, niños y ancianos.

El maltrato es considerado un problema de Salud Pública. Está presente en distintos ámbitos del desarrollo del ser humano; e incluso se percibe como parte de la condición humana.

Comprende agresiones psicológicas, físicas y sexuales, abandono, y especialmente en los ancianos, se agrega el abuso económico o patrimonial por parte de familiares u otras personas ajenas a la familia. La vulnerabilidad biológica, psicológica y social del anciano, como también el hecho de que no siempre es autovalente – por lo que depende del cuidado de otros, miembros de su familia o terceros-, favorecen los malos tratos.

El maltrato vulnera los derechos y la dignidad como consecuencia del abuso del poder hacia una persona que se encuentra en una situación de desventaja e inferioridad debido a sus limitaciones, ya sea por razón de edad, género o pérdida de capacidades ⁽³⁾.

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

todo individuo mayor de 60 años de le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

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

Información publicada por la OMS señala una tasa de maltrato de 4 a 6% en la población de ancianos ⁽⁴⁾.

Si bien los ancianos han sido venerados y respetados como seres con una vasta experiencia, el abuso contra los mismos se remonta desde el siglo XI antes de nuestra era en Mesopotamia y algunas tribus del África del Sur y del Centro, donde eran sacrificados cuando arribaban a ese período de la vida.

La vejez es una etapa de la vida donde se tiende a la creciente dependencia de los otros. La manera de atacar a los ancianos van desde muy sutiles, como una frase incisiva y humillante, hasta el abuso físico, emocional, psicológico, financiero, sexual, desatención, negación a brindarle ayuda, abandono, intimidación, injurias orales, golpes, episodios criminales; aspectos que son causantes de nerviosismo, temores, depresión, baja autoestima, aislamiento, inactividad, entre otras. Los ancianos con deterioro cognitivo son los más vulnerables.

Mientras más longevo, el anciano con limitaciones físicas o enfermedades crónicas suele ser blanco fácil de la agresiones. Por encima de los hombres, las mujeres son frecuentemente las víctimas, en especial aquellas abuelas complacientes y pasivas que, en algunos casos, todavía se mantienen esclavizadas con las tareas domésticas ⁽⁵⁾.

La violencia se define como “la fuerza con que a uno se le obliga a hacer lo que no quiere”. Maltrato es “tratar mal a uno de palabra y obra” ⁽⁶⁾

El maltrato a los ancianos se expuso por primera vez en el año 1975 en una carta publicada por G.R Burston en la revista The British Medical bajo el título "Granny battering" (abuela golpeada), seguida por un artículo de Robert N. Butters titulado "¿Por qué sobrevivir? Ser anciano en América", donde se

describe por primera vez el Síndrome de la anciana apaleada, para llegar al de "maltrato de personas mayores" en 1993 (Bennett y Kingston) ⁽⁷⁾.

Para Álvarez (1997), en igual sentido es: "toda acción voluntaria, accidental y fortuita que conduzca a una ofensa o descuido físico, psicológico, emocional, social o económico, infringido a una persona mayor de 60 años por los hijos, hermanos, familiares, terceros, la sociedad o por el medio en el cual se desenvuelve.

A su vez, los autores Wolf y Pillemer clasificaron lo malos tratos en:

-Maltrato físico: causar daño o dolor físico, abuso sexual y/o contención física.

-Maltrato psicológico: infringir angustia mental.

-Negligencia activa: rechazo o incumplimiento de la aceptación de las obligaciones en los cuidados ⁽⁸⁾.

J. Lowick R. (1999) define los tipos de maltrato o violencia al adulto mayor en: a) Violencia física: Implica alguna forma de brutalidad física que normalmente va en incremento e incluye desde un empujón, golpes, bofetadas, tironeo de pelo, sacudimiento, quemaduras, amenaza con uso de arma blanca, hasta la muerte, con las consecuencias de incapacidad temporal o permanente, desfiguraciones, mutilaciones, cicatrices, etc.

b) Violencia emocional o psicológica: Están vinculadas a acciones u omisiones destinadas a degradar o controlar las acciones, formas de comportamientos, creencias y decisiones por medio de la humillación, intimidación, manipulación, amenazas directas o indirectas, aislamiento u otra conducta que entrañen daño a la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal. Son actos que conducen a la desvalorización o el sufrimiento del afectado. Se manifiesta en la exigencia de la obediencia, tratando de convencer a la víctima de que es culpable de cualquier problema. Asimismo incluye agresiones verbales como insultos, gritos, ridiculizaciones, amenazas, control de las salidas, etc.

c) Violencia financiera o económica: Consiste en controlar abusivamente de finanzas, imponer castigos monetarios, impedirles trabajar o negarles el sustento. Es control de los gastos económicos familiares. No permitir tomar parte en la decisión de cómo o en qué se empleará el dinero. No facilitar el dinero suficiente para los gastos de la familia o personales.

Utilizar el dinero ajeno para beneficio propio.

La OMS define el abuso financiero de ancianos como “la explotación o uso ilegal o indebido de los fondos u otros recursos de la persona anciana”, en 2002 urgió a todos los países a desarrollar políticas y estrategias para prevenir el maltrato del anciano, incluido el abuso económico ⁽⁹⁾.

d) Violencia sexual: Es la exigencia a mantener relaciones sexuales por medio de amenazas o la fuerza. Es la imposición (generalmente del hombre) para realizar el acto sexual (tocamiento, caricias, penetración oral, vaginal o anal) en contra de la voluntad del otro (generalmente la mujer), ocasionándole daño físico y psicológico. Esta no se limita a las relaciones físicas entre mujeres y hombre, también existe violencia sexual siempre que la mujer no sea autónoma, ni libre, cuando se le convierte en un ser pasivo, se le trate como un objeto, como blanco de la iniciativa sexual de otros. Esta es ejercida de varias formas, desde el piropo, rozamientos, toqueteos en contra de su voluntad hasta la agresión sexual.

e) Negligencia o Abandono: Se define como el acto injustificado de desamparo hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tiene obligaciones que derivan de la disposición legal y que ponen en peligro la salud o la vida ⁽¹⁰⁾.

La violencia intrafamiliar en el adulto mayor hace referencia al maltrato por acto u omisión sufrida por personas de 60 años o más, único o repetitivo que vulnera su integridad física, psíquica, sexual y económica, su principio de autonomía o un derecho fundamental; y puede ser percibida por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad e instituciones) ⁽¹¹⁾.

El maltrato intrafamiliar tiende a transmitirse de una generación a otra, por esta razón se puede afirmar que los niños procedente de hogares donde este se practica, pueden ser considerados “maltratantes en potencia”; es decir, que pueden llegar a ser futuros padres, cónyuges, hermanos y nietos maltratantes, pues aprenden a interiorizar una serie de creencias y valores negativos referidos a las relaciones con los otros, especialmente sobre las relaciones

familiares y la legitimidad del uso de maltrato como método válido para la solución de conflictos (12 y 13).

Es considerada la violencia al adulto mayor, el trato indebido o negligente a un anciano por otra persona que le cause daño o lo exponga al riesgo de sufrir daño a su salud, su bienestar o sus bienes.

Existen factores de riesgo que hacen del adulto mayor una persona vulnerable frente al maltrato: Edad avanzada, Deficiente estado de salud, Incontinencia, Deterioro cognitivo, Alteraciones conductuales, Dependencia física y conductual, Aislamiento social, Analfabetismo, Baja escolaridad, Ingresos económicos bajos, Pérdida del rol social, Baja autoestima (14).

Así como factores que contribuyen al maltrato de las personas adultas mayores, tales como:

- La presencia de ciertas dinámicas familiares (violencia familiar, falta de comunicación, inversión de roles).
- La naturaleza y la calidad de la relación que se establece entre la persona mayor y quien le cuida en el entorno familiar.
- La descalificación, falta de reconocimiento a la sabiduría y la experiencia de las personas mayores de 60 años. La sociedad tiene un culto muy elevado por la juventud y tiende a excluir y marginar a las personas mayores (14).

Solamente el artículo 619 del Código Penal hace referencia específica a las personas mayores estableciéndose que “No prestar asistencia o auxilio a una persona de edad avanzada que se encuentra desvalida y dependa de sus cuidados: Pena de multa de 10 a 20 días” (15).

MAGNITUD DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR

Información publicada por la OMS señala una tasa de maltrato de 4 a 6% en la población de ancianos, pero probablemente esta cifra está subestimada y en la medida que aumenten los estudios y registros al respecto, ella será por lo menos doblada en su frecuencia.

En el mundo actual hay una tendencia creciente a la violencia. En América Latina los países con mayor índice son en orden descendiente: Colombia, Brasil y Panamá, donde se reportan anualmente más de 102 mil casos de extrema violencia, de los cuales un 37.15% de los maltratados constituyen ser ancianos.

Alrededor de un 8% de la población mayor de 65 años es maltratada en los Estados Unidos, sin embargo lo más escalofriante constituye el hecho de que más del 20% de los ancianos no sólo son maltratados en sus hogares, sino también en diversas instituciones nacionales destinadas a su cuidado y en centros donde laboran largas horas de trabajo ⁽¹⁴⁾.

Un estudio en Canadá sobre violencia doméstica, observo que el 7% de las personas mayores había experimentado alguna forma de maltrato emocional, el 1% de maltrato físico, y el 1% de maltrato económico ⁽¹⁶⁾.

En México el crecimiento poblacional del grupo de 60 años y más ha tenido un crecimiento vertiginoso, para el 2010 ya aportaba 10.5% de la población total ⁽¹⁷⁾.

En México se ha reportado una prevalencia de maltrato en el adulto mayor del 25.9% en la cual no hubo información que reflejara si la edad había constituido un factor de riesgo para el maltrato al igual que el género; el tipo de abuso que predominó fue el psicológico y la negligencia o abandono ⁽¹⁸⁾.

La prevalencia de casos de abusos del adulto mayor no es fácil de obtener debido a varios factores: Miedo a la familia o al cuidador, vergüenza, sentimiento de culpa, la demencia como patología coadyuvante ⁽¹⁹⁾.

En relación con la personalidad del maltratador se plantea que los agresores suelen venir de hogares violentos, suelen padecer trastornos psicológicos y muchos de ellos utilizan el alcohol y las drogas, lo que produce que se potencie su agresividad. Tiene un perfil determinado de inmadurez, dependencia efectiva, inseguridad, suelen ser emocionalmente inestables, impacientes e impulsivos ⁽²⁰⁾.

El diagnóstico y tratamiento del abuso del adulto mayor suele generar disyuntivas éticas de difícil solución, ya que este tipo de problema no es aceptado por la mayoría de las personas y se considera que este problema solo ocurre dentro de las instituciones al cuidado de los ancianos. Para los

médicos que nos llegamos a ver inmersos en casos de abuso existe la similitud a la asociación con una caja de pandora, por lo que muchos clínicos quizá no diagnostiquen el abuso porque en última instancia los podría poner en conflicto con el paciente y obviamente con el cuidador ⁽²¹⁾.

Si bien el abuso para con los ancianos ocurre probablemente desde hace siglos, recién en los últimos cuarenta años han aparecido publicaciones al respecto. Por lo mismo, ya no se puede aceptar que este 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. Consideramos que la prevención junto con la educación, son primordiales para evitar toda forma de maltrato ⁽²²⁾.

3.- JUSTIFICACION

En México existe poca información sobre la temática de violencia o maltrato intrafamiliar, principalmente en el maltrato ejercido contra el adulto mayor, el marco legal es relativamente nuevo. La violencia en contra del adulto mayor se encuentra en fuentes o estudios aislados que no reflejan objetivamente la magnitud y trascendencia del problema.

Información publicada por la OMS señala una tasa de maltrato de 4 a 6% en la población de ancianos, pero probablemente esta cifra está subestimada y en la medida que aumenten los estudios y registros al respecto, ella será por lo menos doblada en su frecuencia.

Existe la percepción de que el maltrato al adulto mayor es de índole privado y no puede ni debe ser abordado como un fenómeno fuerte vinculado con la salud. A este tema se le ha catalogado como una enfermedad nueva, no porque no haya existido, sino porque siempre ha sido un “problema sin importancia”.

La escasa cantidad de reportes y por ende, información sobre este tema, hace que sea desconocida su verdadera dimensión ante la sociedad, por lo que se requiere concientizar a los profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería, trabajo social, etc.) a realizar de manera oportuna y eficaz la identificación del maltrato al adulto mayor, para que sean atendidos de manera integral al ser referidos con el profesional correspondiente, ofertando así una atención holística.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El anciano con limitaciones físicas o enfermedades crónicas suele ser blanco fácil de la agresiones. Por encima de los hombres, las mujeres son frecuentemente las víctimas, en especial aquellas abuelas complacientes y pasivas que, en algunos casos, todavía se mantienen esclavizadas con las tareas domésticas.

El maltrato vulnera los derechos y la dignidad como consecuencia del abuso del poder hacia una persona que se encuentra en una situación de desventaja e inferioridad debido a sus limitaciones, ya sea por razón de edad, género o pérdida de capacidades.

La violencia comprende agresiones psicológicas, físicas y sexuales, abandono, y especialmente en los ancianos, se agrega el abuso económico o patrimonial por parte de familiares u otras personas ajenas a la familia por lo que depende del cuidado de otros, miembros de su familia o terceros. Dado lo anteriormente descrito llegamos a la siguiente pregunta de investigación.

5.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia y los tipos de maltrato que percibe el adulto mayor derechohabiente de la UMF # 2 (turno vespertino) de la ciudad de Chihuahua?

6.- HIPOTESIS

Dado que es un estudio descriptivo no amerita hipótesis.

7.- OBJETIVOS

7.1.- OBJETIVO PRINCIPAL O GENERAL

Identificar la frecuencia de maltrato que perciben los adultos mayores derechohabientes de la UMF #2 IMSS, de la ciudad de Chihuahua, afiliados al turno vespertino

7.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS O SECUNDARIOS

- Determinar la frecuencia del maltrato al adulto mayor derechohabiente de la UMF #2
- Identificar los tipos de maltrato percibido por el adulto mayor: físico, psicológico, negligencia, económico, y sexual.
- Definir el parentesco de la persona quien realiza el maltrato intrafamiliar al adulto mayor.
- Conocer las principales características socio-demográficas (edad, género, estado civil, ocupación, nivel educativo) y enfermedades asociadas de los adultos mayores derechohabientes de la UMF #2.

8.- MATERIAL Y METODOS

8.1.- TIPO DE ESTUDIO: Diseño transversal descriptivo observacional.

8.2.- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO: Adultos mayores (60 años y más) derechohabientes del IMSS UMF # 2 turno vespertino, que acudan a consulta con su médico familiar o médico general -previo consentimiento informado- en el periodo comprendido de noviembre del 2014 a octubre del 2015.

8.3.- TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

8.3.1- MUESTREO: Se evaluaron los casos consecutivamente por fecha de interrogatorio, por lo que el muestreo fue secuencial no probabilístico.

8.3.2- CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

- ^{1.} Utilizando el programa estadístico de Epidat 4.0 de la Xunta de Galicia y Organización Panamericana de la Salud con una población estimada de 5500 pacientes en edad de 60 años y más (Área de informática médica y archivo clínico de la UMF 2), con una proporción esperada del evento del 6% OMS "Informe Mundial sobre Violencia y la salud. El maltrato de las personas mayores". 2003. Capitulo V², un nivel de confianza al 95%, un efecto de diseño de 1.0 y una precisión del 3%. El cálculo de tamaño de muestra fue de 231 pacientes (se cierra el número en 235 pacientes).

8.4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN:

8.4.1.- Criterios de Inclusión:

- Mayores de 60 años de edad, derechohabientes de IMSS, de la UMF#2, afiliados al turno vespertino.
- Sexo masculino o femenino.
- Que acudieron a consulta con el médico familiar o médico general.
- Con o sin patología adyacente.
- Que acepten participar voluntariamente.
- Con autonomía mental para responder al cuestionario.

8.4.2.- Criterios de Exclusión:

- Pacientes cuyas enfermedades asociadas no permiten o interfieren con el raciocinio para realizar el adecuado llenado de la encuesta o el proceso de interrogación.

8.4.3.- Criterios de Eliminación:

- Pacientes con encuestas incompletas.

8.5- VARIABLES

8.5.1 Dependiente: Frecuencia de Maltrato.

a) Definición conceptual. Frecuencia: cantidad de veces que se repite un determinado valor de una variable. El maltrato intrafamiliar es la acción u omisión que un integrante de una familia ejerce contra otro integrante y le produce un daño.

b) Definición operacional: Para fines de este estudio, para frecuencia, por número de veces que se repita la variable maltrato en hoja de recolección de datos. El maltrato es la acción u omisión reportada en la Información que se

podrá obtener del interrogatorio directo al paciente, llenando el instrumento validado sobre maltrato al adulto mayor (anexo 3).

c) Tipo y escala:

Frecuencia: cuantitativa discreta

Indicador: porcentaje.

Maltrato: Cualitativa, Nominal.

d) indicador: maltrato: si no

8.5.2 Variables universales.

8.5.2.1 Estado Civil:

a) Definición Conceptual: Clase o condición de una persona en el orden social.

b) Definición Operacional: Información que se podrá obtener del Interrogatorio directo al paciente.

1. soltero (a)

2. casado (a)

3. viudo (a)

4. divorciado (a)

5. unión libre

c) Tipo y escala: Cualitativa, Nominal.

d) indicador:

8.5.2.2 Parentesco:

a) Definición Conceptual: Es el lazo establecido a raíz de consanguinidad, afinidad u otro vínculo estable.

b) Definición Operacional: Para fines de este estudio, se consideran los lazos consanguíneos o no consanguíneos que unen al agresor con el adulto mayor. Información que se podrá obtener del interrogatorio directo al paciente, llenando la hoja e recolección de datos (anexo 2).

c) Tipo y escala: Cualitativa, Nominal.

d) indicador:

1. cónyuge o compañero (a),
2. hijo (a),
3. hijastro (a)
4. hermano (a)
5. hermanastro (a)
6. nieto (a)
7. bisnieto (a)
8. tío (a)
9. sobrino (a)
10. primo (a)
11. nuera o yerno
12. cuñado (a)
13. concuño (a)
14. ahijado (a)
15. compadre o comadre
16. pariente lejano u otro parentesco
17. huésped,
18. inquilino (a)
19. vecino (a)
20. cuidador (a)
21. otra persona no familiar
99. no respondió

8.5.2.3 Ocupación:

a) Definición Conceptual: Actividad consiente en la que una persona participa cotidianamente y que puede tener una remuneración económica o no.

b) Definición Operacional: Información que se podrá obtener del interrogatorio directo al paciente, llenando la hoja de recolección de datos (anexo 2).

c) tipo y escala: categórica, nominal.

d) indicador:

1. empleado
 2. jubilado
 3. ama de casa
 4. otro
 5. sin ocupación
- c) Tipo: Cuantitativa.
- d) Escala: Nominal.

8.5.2.4 Nivel Educativo:

- a) Definición Conceptual: Grado de escolaridad más alto al cual ha llegado la persona de acuerdo con los niveles del sistema educativo formal.
- b) Definición Operacional: Para fines de este estudio, se considera el grado escolar más alto al cual ha llegado el adulto mayor, Información que se podrá obtener del interrogatorio directo al paciente, llenando la hoja de recolección de datos (anexo 2).
- c) Tipo y escala: Cualitativa, Ordinal.
- d) indicador:
1. analfabeta
 2. primaria
 3. secundaria
 4. bachillerato
 5. carrera técnica
 6. licenciatura
 7. maestría
 8. doctorado

8.5.2.5. Enfermedades Asociadas:

- a) Definición Conceptual: Son aquellas alteraciones de la salud que ocurren o coexisten durante el mismo periodo de tiempo.
- b) Definición Operacional: Para fines de este estudio, se consideran las enfermedades que se encuentran agregadas al adulto mayor, información que

se podrá obtener del interrogatorio directo al paciente, llenando la hoja de recolección de (anexo 2).

c) escala y tipo: cualitativa, nominal.

d) indicador:

0. Hipertensión Arterial sistémica
1. Diabetes mellitus
2. Cardiopatías
3. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
4. Cáncer
5. Alcoholismo
6. Osteoartritis
7. Depresión
8. Enfermedad de Parkinson
9. Enfermedad cerebrovascular.

8.5.2.6. Adulto mayor:

a) definición conceptual: término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprenden personas que tienen más de 60 años de edad.

b) definición operacional: descrito en el momento de la encuesta al momento de anotar la edad en años (>60 años).

c) escala de medición: cualitativa dicotómica.

d) adulto mayor: si no.

8.6.- ANALISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico se realizó con el programa STATA 9.0 para Windows. (Stata Corp. Statistical software. Release 9.0 College Station, TX:Stata). Inicialmente se revisó la calidad y cantidad de los registros.

En el análisis univariado, utilizamos medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, tablas de frecuencias y porcentajes en las cualitativas.

En el análisis bivariado según la distribución de normalidad en el grupo estudiado utilizamos pruebas paramétricas o no paramétricas.

Se consideró una diferencia significativa cuando el valor de p sea igual o < 0.05 .

8.7.- TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se realizó en el periodo comprendido de noviembre del 2014 a octubre del 2015, a la población de adultos mayores seleccionados, derechohabientes del IMSS UMF # 2 afiliados al turno vespertino, que acudían a consulta con su médico familiar o médico general.

En todos los casos y para dar inicio a la encuesta, se leyó y explicó el contenido de la carta de consentimiento informado, estando de acuerdo firmaron o plasmaron su huella digital en el consentimiento informado.

Se realizaron 300 encuestas, abarcando ficha de identificación (anexo 2) la cual incluyó características universales de los participantes, además del instrumento para detectar el maltrato al adulto mayor (anexo 3), mediante el interrogatorio directo a los adultos mayores. Los registros fueron anotados a una base de datos expresamente realizada para el protocolo en hoja de Excel, para su posterior análisis estadístico.

8.8.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se considera un estudio de riesgo mínimo.

Se tomaron en consideración los lineamientos éticos señalados en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México (Artículo 17 en su fracción 2), la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (18 asamblea médica) y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos Vigentes.

En todos los casos y para dar inicio a la encuesta, se leyó el contenido de la carta de consentimiento informado (anexo 1) a los que no saben leer, y a los que sepan se les proporcionó la carta para que la leyeran con detenimiento, estando de acuerdo firmaron el consentimiento informado.

Para los que no podían leer ni escribir, se llevó un cojín con tinta para que plasmaran su huella digital.

Los datos serán publicados como resultados respetando la confidencialidad e integridad de cada paciente.

RECURSOS

- Humanos: El médico (tesista) quien realizó la encuesta en forma directa al paciente.
- Financieros: fueron cubiertos por el tesista y el investigador principal.
- Materiales: Se utilizaron hojas de consentimiento informado (anexo 1), hoja de ficha de identificación (anexo 2) y hoja del instrumento del maltrato al adulto mayor (anexo 3).

Se utilizó para la realización del trabajo:

- Computadora personal HP, con procesador Pentium 5
- Impresora HP Deskjet
- Material de escritorio (lápices, plumas, borradores, hojas de máquina, carpetas, clips, grapadora, etc.).
- Infraestructura de la unidad de medicina familiar num.2

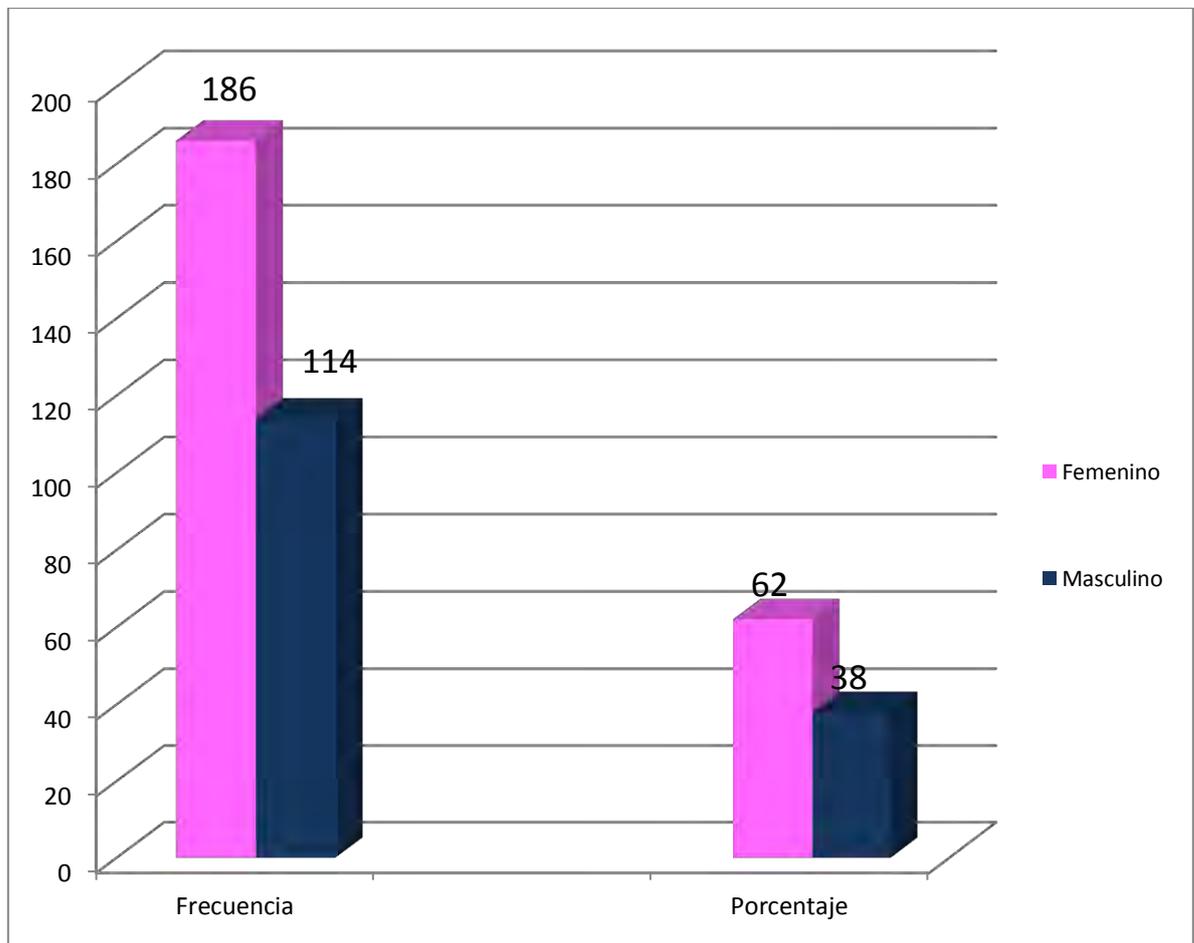
8.9 ANALISIS DE RESULTADOS

En el periodo comprendido de noviembre del año 2014 a octubre del año 2015, se les realizó una encuesta a 300 pacientes adultos mayores, derechohabientes del IMSS UMF # 2 afiliados al turno vespertino, que acudieron a consulta con su médico familiar o médico general.

Se realizó el análisis estadístico que mostró los siguientes datos:

Los pacientes del sexo femenino fueron 186 (que corresponde al 62 %) y 114 pacientes del sexo masculino (que corresponde al 38%).

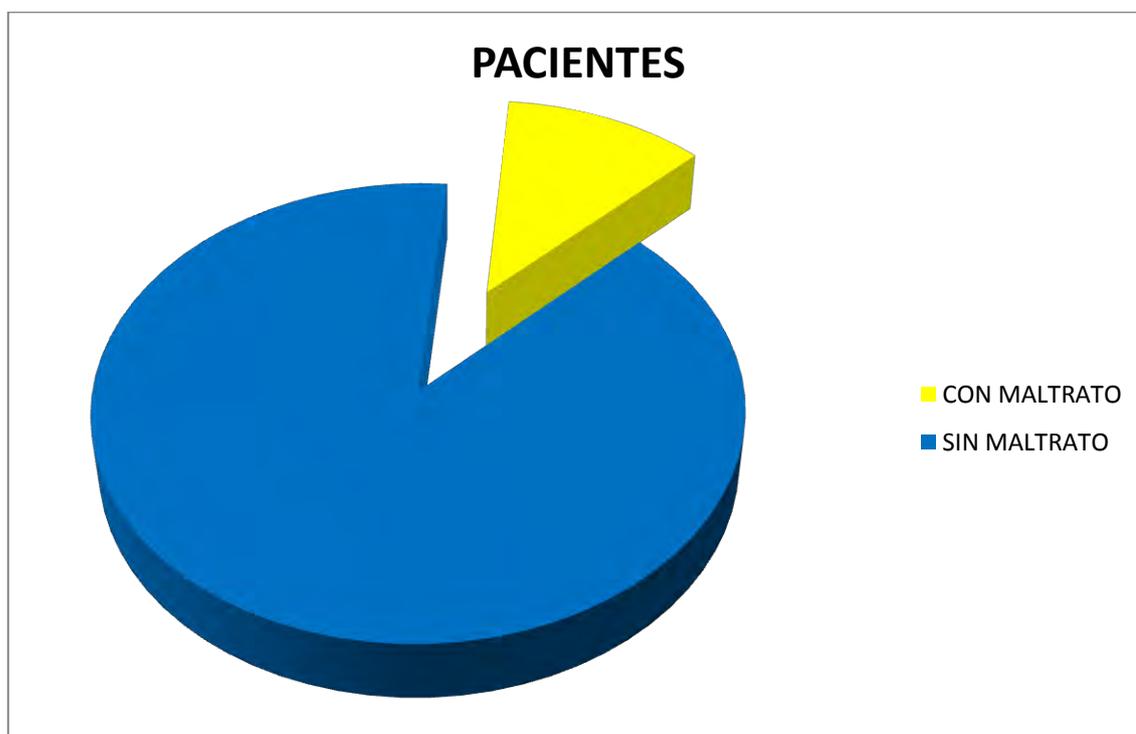
Gráfico 1. DISTRIBUCION POR GÉNERO



La edad de los pacientes varió desde los 60 hasta los 88 años, con una media de 67.80 años \pm 5.95 años.

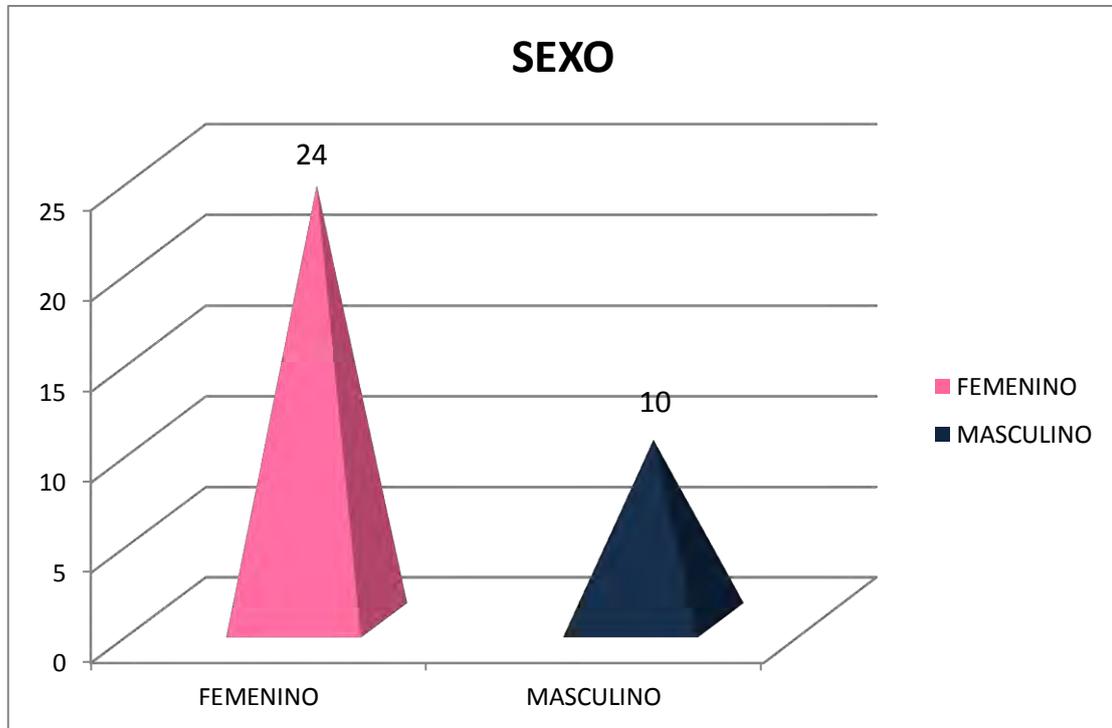
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándart
Edad	300	60	88	67.88	5.95

Gráfico 2. PACIENTES CON MALTRATO



Se encontraron 34 pacientes adultos mayores que estaban recibiendo algún tipo de maltrato, los cuales corresponden al 11.33% del total de pacientes estudiados.

Gráfico 3. ASOCIACION DE GÉNERO CON MALTRATO

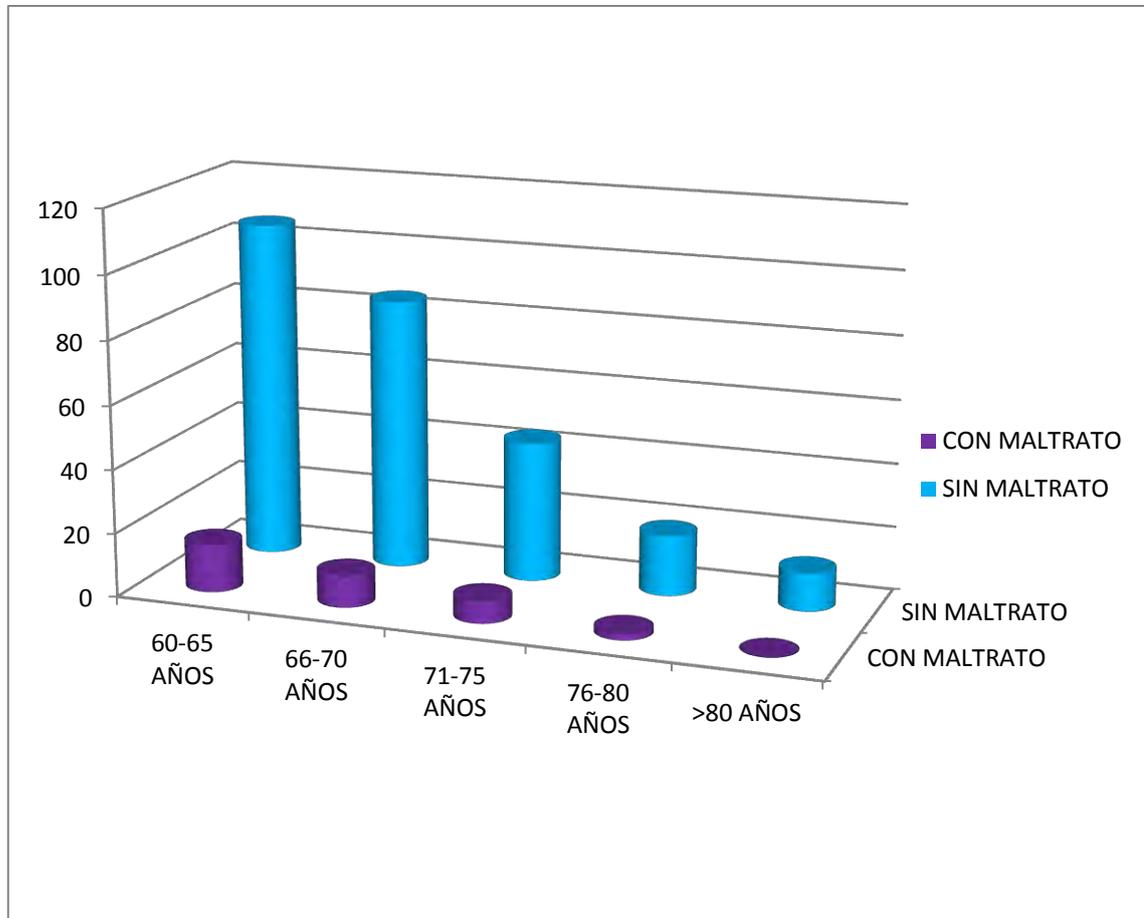


X^2 de Pearson = 1.2005, P = 0.273

Fuente: UMF 2

Existe mayor número de pacientes maltratados del sexo femenino (24 pacientes) que corresponden al 70.58% del total de pacientes maltratados, sin embargo no se asocian significativamente el sexo con el maltrato (X^2 de Pearson = 1.2005 y con un valor de P = 0.273).

Gráfico 4. ASOCIACION GRUPOS DE EDAD CON MALTRATO

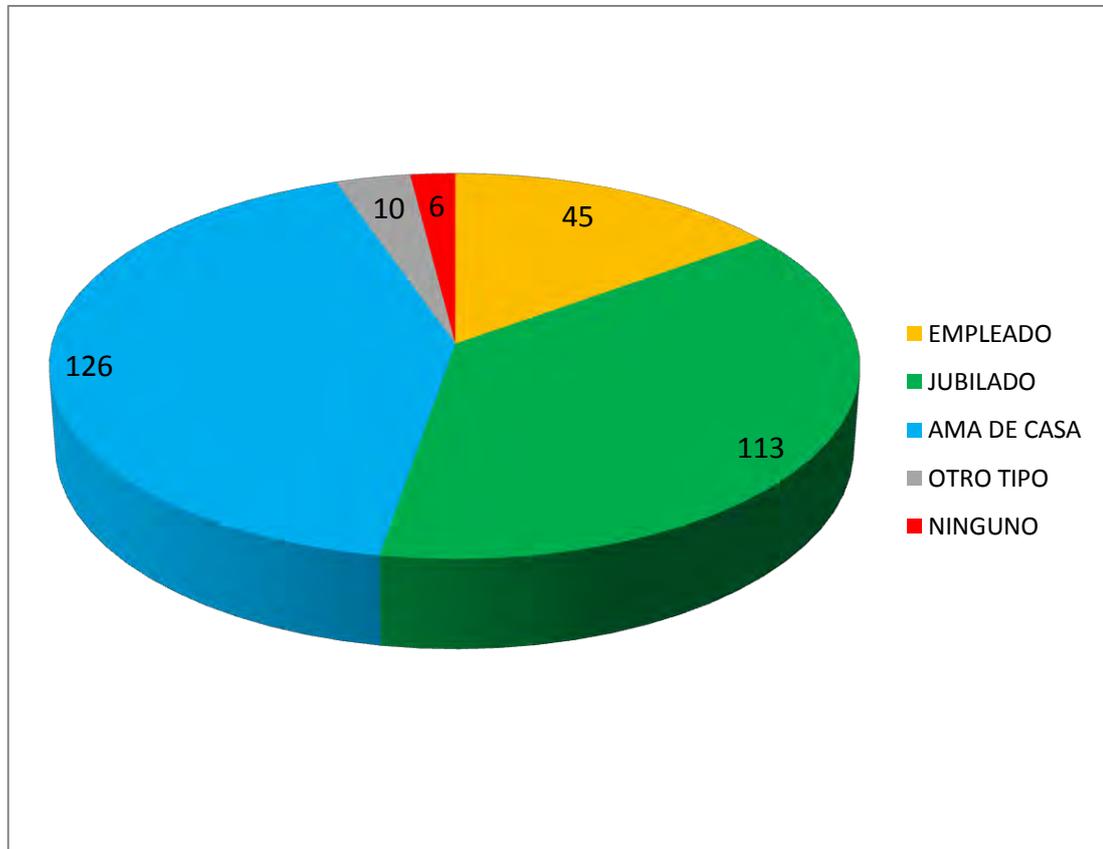


X^2 de Pearson = 2.09, P= 0.71

Fuente: UMF 2

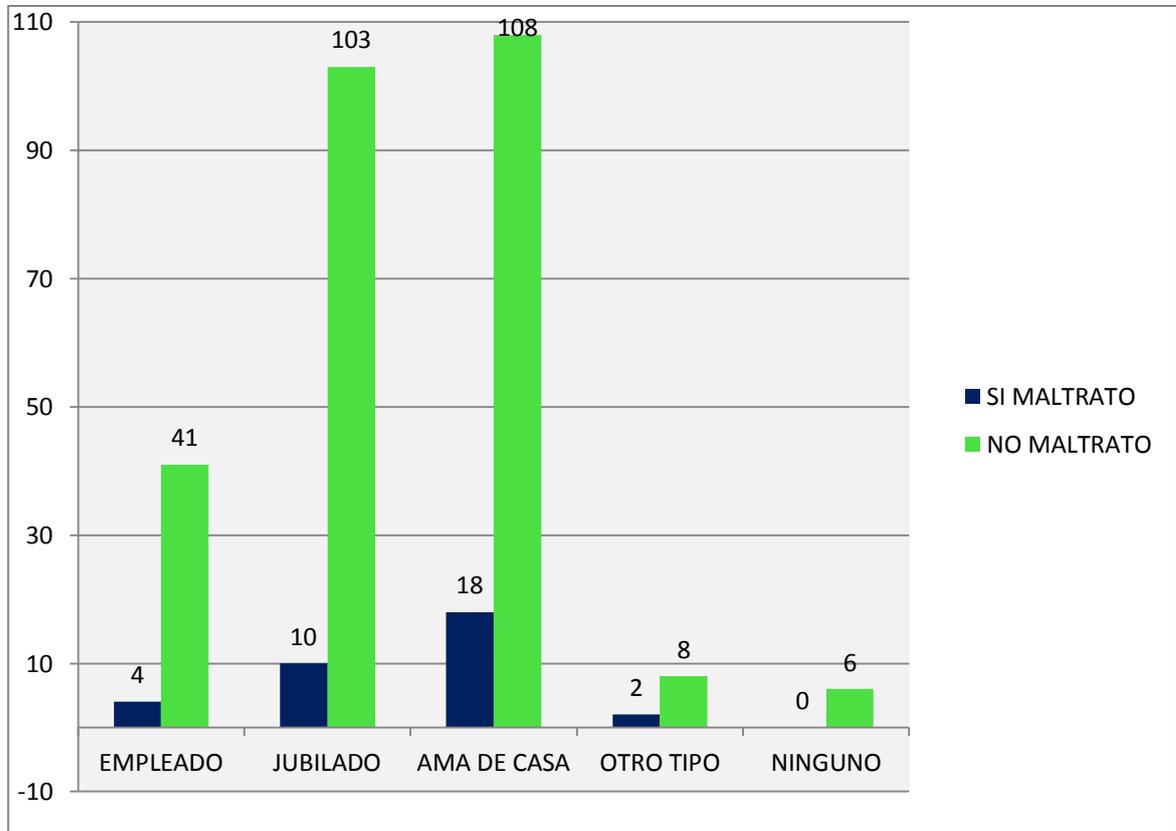
Se realizó una división por grupo de edad, en donde se observó una mayor asociación de maltrato en el grupo de edad comprendida entre los 60-65 años (121 pacientes), con un total de 15 personas maltratadas (correspondiendo al 12.39%), la cual no es estadísticamente significativa (X^2 Pearson = 2.09 y con un valor de P= 0.71).

Gráfico 5. OCUPACION DE LOS ADULTOS MAYORES



La ocupación del adulto mayor que más predominó fue la de “AMA DE CASA”, 126 pacientes (que representa el 42%), seguido de los pacientes “JUBILADOS” 113 pacientes (representando el 37.66%).

Gráfico 6. ASOCIACION DE OCUPACION CON MALTRATO

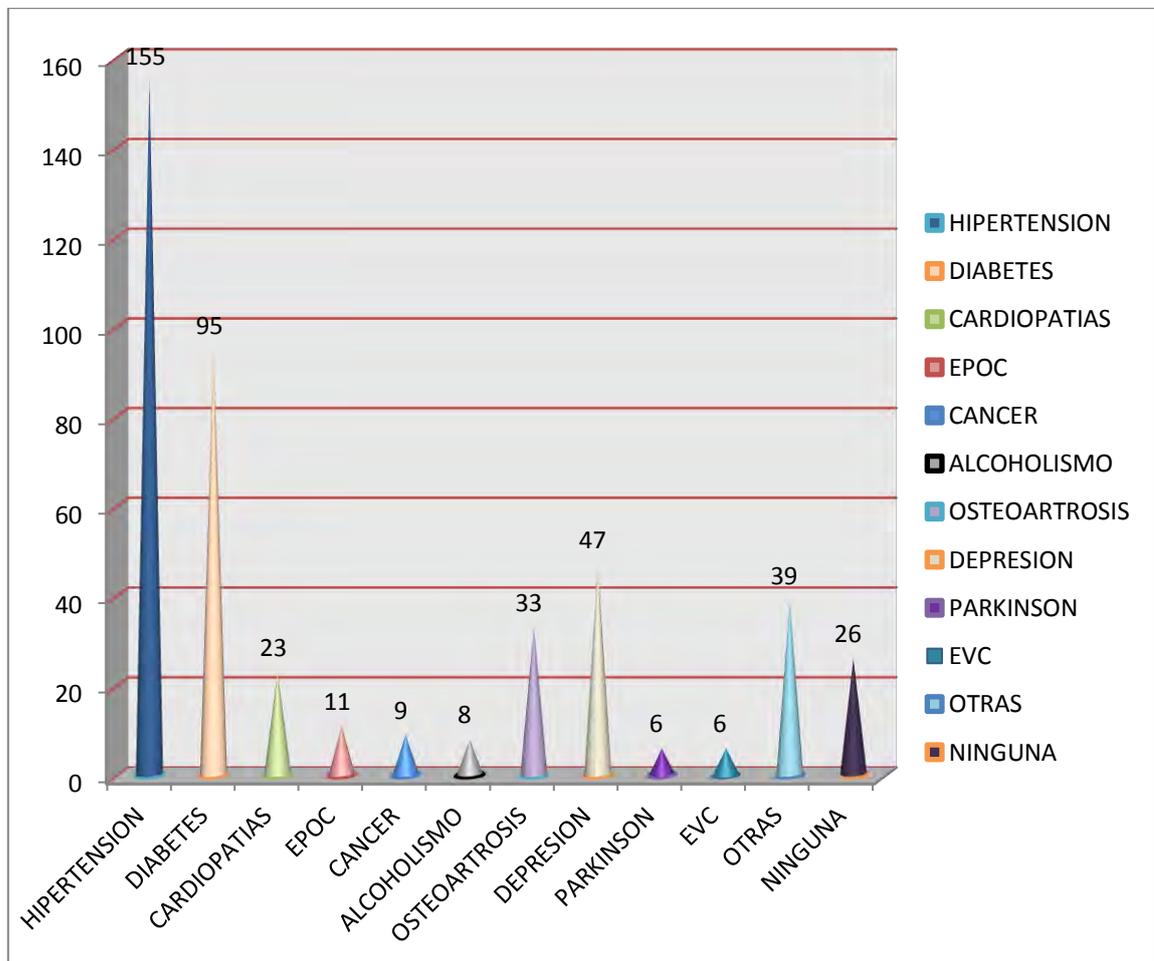


χ^2 de Pearson= 2.07, P= 0.55

Fuente: UMF no. 2

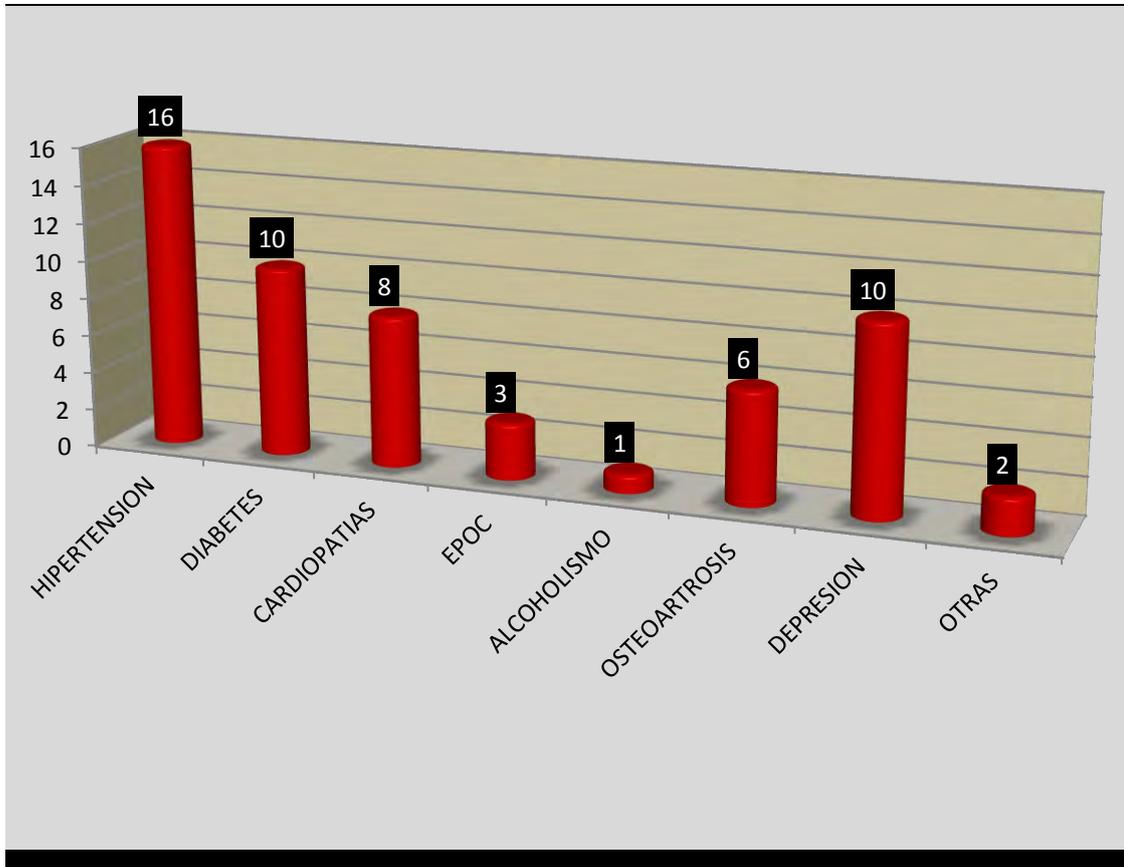
La ocupación que más relación tuvo con el maltrato fue la de ama de casa (18 casos), seguida por los jubilados (10 casos), sin embargo no fue estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson = 2.07 y con un valor de P = 0.55).

Gráfico 7. ENFERMEDADES ASOCIADAS EN EL ADULTO MAYOR



De las enfermedades asociadas, se detectó que la patología más predominante en el adulto mayor fue la hipertensión en 155 casos (51.66%), seguida de diabetes en 95 casos (31.66%) y el tercer lugar lo ocupa la depresión con 47 casos (15.66%).

Gráfico 8. ENFERMEDAD ASOCIADA MÁS FRECUENTE EN MALTRATO



La patología más frecuente encontrada en los pacientes que recibieron algún tipo de maltrato fue la Hipertensión Arterial Sistémica en 16 casos (47.05%), seguida con el mismo número de casos 10, correspondiendo a la Diabetes Mellitus y la Depresión (29.41% respectivamente).

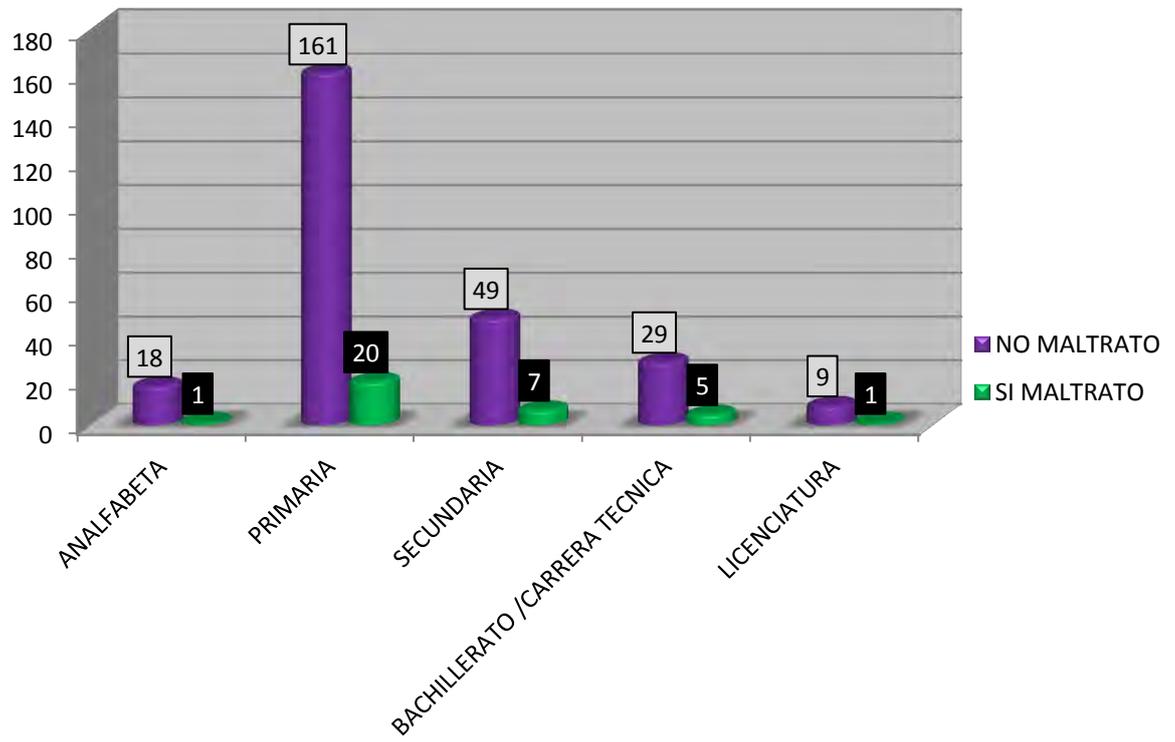
Cuadro 1. ASOCIACION DE ESTADO CIVIL CON MALTRATO

ESTADO CIVIL	NO MALTRATO	PORCENTAJE	SI MALTRATO	PORCENTAJE	TOTAL
Soltero	26	9.77%	0	0	26
Casado	167	62.78%	23	67.65%	190
Viudo	64	24.06%	6	17.65%	70
Divorciado	7	2.63%	3	8.82%	*10
Unión Libre	2	0.75%	2	5.88%	*4
TOTAL	266		34		300

Fuente: UMF 2

El estar casado es el estado civil que predominó en los pacientes estudiados 63.33% (190 personas), de los cuales 23 casos de maltrato fueron detectados en este estado civil (correspondiendo al 12.10%), sin ser estadísticamente significativo (X^2 de Pearson = 1.20 y con un valor de P = 0.24); pero se observó que al unir el estado civil de divorciado y unión libre, existe una relación significativa en el maltrato en los casados (X^2 de Pearson = 13.38 y valor de P = 0.010).

Gráfico 9. ASOCIACION DE NIVEL EDUCATIVO CON/SIN MALTRATO

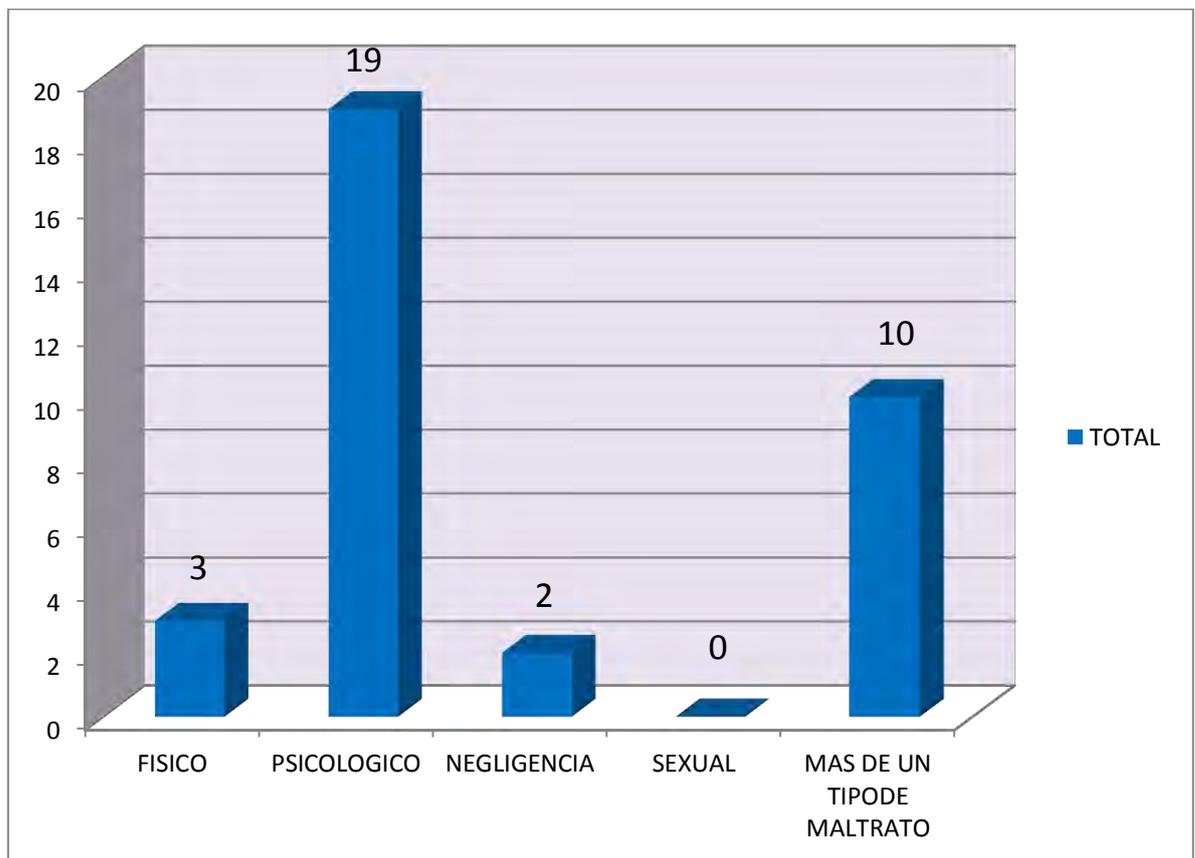


Chi² Pearson 2.15 p= 0.8.

Fuente: UMF 2.

En relación con el nivel educativo hay una tendencia a que las personas que sufren maltrato son las que solo cursaron la primaria (181 pacientes, correspondiendo al 60.33%), sin embargo no fue estadísticamente significativo (X² de Pearson = 2.15 y valor de P = 0.8).

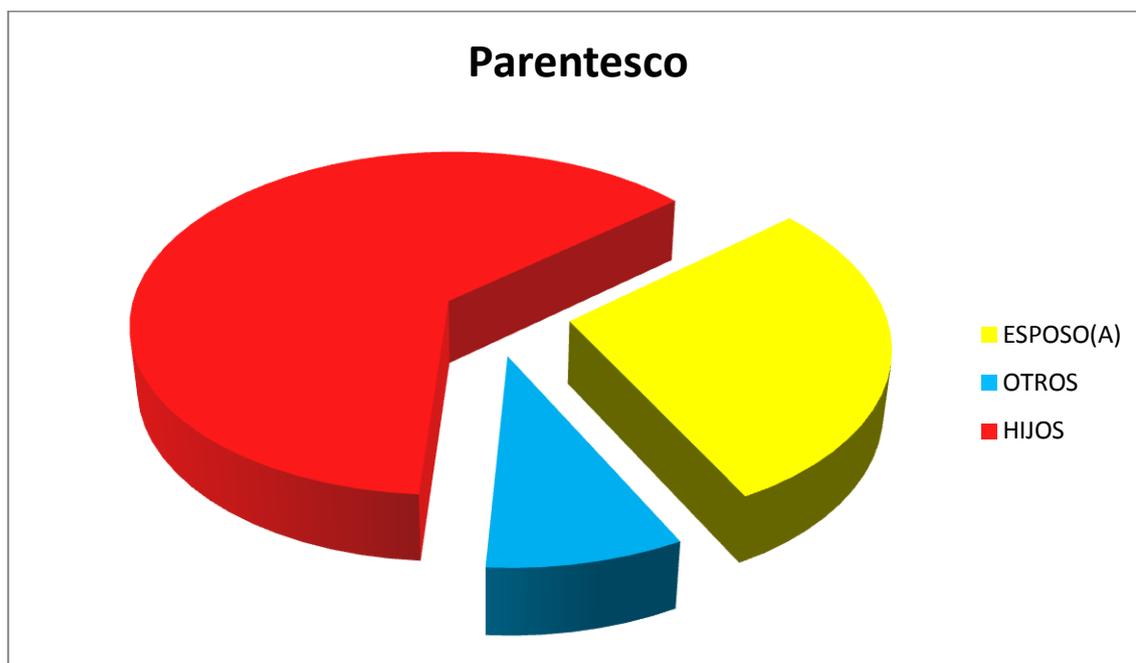
Gráfico 10. TIPO DE MALTRATO



El maltrato que se genera con mayor frecuencia en los pacientes es el maltrato psicológico (55.88%), seguido del maltrato físico y del maltrato por negligencia, no se detectó maltrato sexual.

Pero también hay quien reciben más de un tipo de maltrato como en 10 casos detectados (29.41%).

Gráfico 11. PARENTESCO DE QUIEN REALIZA EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR.



El maltrato es más frecuentemente generado por los hijos en un 64.70%, seguido por el conyugue con un 29.41% y otros (hermanos, cuñados, vecinos, etc.) con el 5.88%

8.10 DISCUSION

En el presente trabajo se encontró que la frecuencia de maltrato en el adulto mayor fue de 11.3%, superior con lo estimado por la OMS del 4-6% (4), pero menor en comparación con un estudio realizado en una clínica de medicina familiar y en el hospital general de la ciudad de México del 73% (17).

El tipo de maltrato en el adulto mayor detectado en este estudio como el más frecuente fue el psicológico, este resultado sitúa el estudio en la misma línea que otros realizados previamente (13, 24,25, y 26), cabe mencionar que en el presente estudio el maltrato sexual no fue identificado en ningún paciente.

La tasa de prevalencia revela que en los adultos mayores así como en los diferentes tipos de maltrato, el género femenino es el más afectado, al igual que en la información reportada a nivel mundial en otros estudios (13, 17,24 ,27).

Se observó en este estudio que el responsable de realizar el maltrato al adulto mayor fueron los hijos, discordando con otros artículos en donde se observó que el responsable más frecuente de realizar maltrato es la pareja, seguida de los hijos (24 y 27).

En relación con la edad se observó una mayor asociación de maltrato en el grupo de edad comprendida entre los 60-65 años, pero si se asocia a los pacientes comprendidos entre los 60 a 74 años el dato es similar al reportado en la literatura como el grupo de mayor prevalencia (28).

En relación con el estado civil se evidenció que los adultos mayores que han sido maltratados con mayor frecuencia se encuentran casados, pero no tiene significancia estadística como cuando se asocia “el estar divorciado más el de unión libre”, en donde sí se observó significancia estadística. Pero este hecho resulta contradictorio con otros estudios, los cuales demostraron que el estado civil de los adultos mayores que más sufrían el maltrato eran “viudos” (29).

La ocupación del adulto mayor maltratado que más predominó fue la de ama de casa, de manera similar que en la literatura, en donde se evidencia que este grupo no desempeña un trabajo formal si no del hogar (28).

En relación con el nivel educativo, se identificó que la tendencia a sufrir maltrato en los adultos mayores fueron las que solo habían cursado la primaria, siendo igual al reportado en la literatura (13).

La principal enfermedad asociada a maltrato es la hipertensión arterial, seguida de diabetes mellitus y depresión (en igual proporción), cabe señalar que entre los adultos mayores es frecuente que un mismo individuo presente una o varias afecciones, así como la combinación de enfermedades crónicas (30).

8.11 CONCLUSIONES

- La frecuencia de maltrato que percibe el adulto mayor fue del 11.33%.
- El tipo de maltrato que predominó fue el psicológico.
- Las personas quienes generaron el maltrato fueron los hijos, seguidos de sus conyugues.
- El maltrato es más frecuente en el sexo femenino.
- El grupo de edad maltratado es el comprendido entre los 60-65 años.
- El estar casado es el estado civil que predominó en los pacientes maltratados.
- La ocupación del adulto mayor maltratado que más predominó fue la de ama de casa.
- Los adultos mayores que sufren de maltrato son los que solo cursaron la primaria.
- Las principales enfermedades asociadas a maltrato son la hipertensión arterial, seguida de diabetes y depresión.

Encontramos una prevalencia mayor de maltrato en nuestro estudio, que lo reportado por la OMS, aunque menor que reportes nacionales, sin embargo consideramos que como médicos familiares es valiosa la detección de este estado para su debido reporte a trabajo social con el fin de coadyuvar a prevenir daños y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes en esta situación tan oprobiosa.

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bayarre H. Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. Rev. Cubana Salud Pública. 2009; 35 (4):110-16.
2. Whindam D. The millennial challenge: elder abuse. J Emergency Nursing 2000; 26: 444-7.
3. Rueda D; Martín J: "El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional" pp.7/33-ISSN 1133-0473. España. 2011.
4. OMS "Informe Mundial sobre Violencia y la salud. El maltrato de las personas mayores". 2003. Capítulo V
5. Urrusuno F; Rodríguez R; Vázquez R. Violencia doméstica en la tercera edad. Revista Cubana de Salud Pública; 2010 36(2) 189-191.
6. Bourget B. social Planning Council Subdury Region: Subdury, Ontario Canada. Technical Development, Design and HTML Source. Courtesy of internet Educational Resources.
7. Ríos D. Comportamiento de los factores de riesgo en la violencia familiar contra el adulto mayor. Ciencias médicas 2005 [citado 7 Noviembre 2008]
8. Adams Y. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado realidad e invisibilidad. REV. MED. CLIN. CONDES-2012; 23(1) 84-90.
9. Bennett B. Richards D. Abuso financiero e influencia indebida de las personas de avanzada edad. Rev. Esp. Med. Legal.2013; 39 (2):63-69
10. Informe de Naciones Unidas: "El maltrato de las Personas de Edad". 2002.pp5
11. Marín P, Castro S. Abuso o maltrato en el adulto mayor. Manual de Geriátría y Gerontología. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2000.
12. Albalá C, García C, Lera L. Condiciones de salud de los ancianos en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud; 2007.

13. Vargas E, Velázquez C, Galicia L, Villarreal E, Martínez L. Tipo de violencia familiar que percibe el adulto mayor. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. 2011; Vol.19, Num.2, pp. 63-69.
14. Sancho J. Aspectos políticos de los malos tratos a personas mayores. Revista Multidisciplinar de Gerontología 2011; 11:78-81
15. Marín P. Abuso o maltrato en el adulto mayor. Geriatria y Gerontología: Ciencias médicas 2000 [citado 7 Noviembre 2008].
16. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. Pirámide poblacional 2005-2010. Distribución por edad y sexo. (citado 27 de mayo del 2011).
17. Álvarez L; Ponce E; Landgrave S; Irigoyen A; Buendía I. Maltrato, abandono y negligencia en ancianos de una clínica de medicina familiar y un hospital general de la ciudad de México. Archivos de Medicina Familiar 2009; Vol.11, Num.4, Octubre-Diciembre, pp.159-165.
18. Ruiz F; Hernández M. El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. Archivos de Medicina Familiar 2009; Vol.11, Num.4, Octubre-Diciembre, pp.147-149.
19. Silvia F. La violencia intrafamiliar. España: Universidad de Barcelona; 2010. Disponible en <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/paola/violencia/>
20. Figueroa S, Alvarado L, Amozorrutia Víctor. Factores de Riesgo para el Adulto Mayor. Archivo Geriátrico/vol. 6, año 6 no. 1 enero-marzo 2003.
21. Martínez D; Gutiérrez R; Gómez C; Cavazos J. El adulto mayor y la violencia. Archivo Geriátrico; 2002 5(2) 47-52.
22. Giraldo L, Rosas O. Development and Psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. Geriatr Gerontol Int 2013; 13: pp. 466-474.
23. Real academia española. Diccionario de la lengua española. 22^a Edición; Madrid: Espasa Calpe 2001.
24. Pérez G. Izal M. Montorio I. Regato P. Espinosa J. Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad de España. Med. Clin (barc). 2013; xx (x): xxx-xxx.
25. Yaffe MJ. Wolfson C. Lithwick M. Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). J Elder Abuse Negl. 2008; 20:276-300

26. Griñan I. Crème E. Matos C. Maltrato intrafamiliar en adultos mayores de una área de salud. *Medisan* 2012; 16 (8):1242.
27. Taurino D. Cursio C. Alvarado B. Zunzunegui M. Guerra R. La Brecha de Genero en Violencia Domestica en Adultos Mayores en América Latina el Estudio IMIAS. *Rev Panam salud Publica*. 2015; 37 (4/5):293-300
28. Sepúlveda G. Arias Cuervo A. Gutiérrez S. Olivos S. Rincón M. Tenjo J. Valbuena A. Caracterización de los Casos de Maltrato en el Adulto Mayor Denunciados en la Comisaria Primaria de Familia en la Localidad de Usaquén en el año 2007.
29. Risco C. Paniagua M. Jiménez G. Poblador M. Molina L. Buitrago Francisco. Prevalencia y Factores de Riesgo de Sospecha de Maltrato. Artículo 95.592
30. Gómez L. Rodríguez G: Krug E. Prevalencia y Factores Asociados a Violencia Familiar en Adultos Mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México).

10.- ANEXOS

10.1.- Consentimiento informado (Anexo 1)

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>		
<p>Nombre del estudio</p>	<p>FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF # 2 IMSS CHIHUAHUA</p>	
<p>Lugar y fecha:</p>	<p>Chihuahua, Chihuahua a 26 de julio del 2014</p>	
<p>Número de registro:</p>	<p>En tramite</p>	
<p>Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p>JUSTIFICACION: En México existe poca información sobre la temática de maltrato al adulto mayor, el marco legal es relativamente nuevo; la violencia en contra del adulto mayor se encuentra en fuentes o estudios aislados que no reflejan objetivamente la magnitud y trascendencia del problema.</p> <p>OBJETIVO: Identificar la frecuencia de maltrato a los que están expuestos y que perciben los adultos mayores derechohabientes de la UMF #2 IMSS, de la ciudad de Chihuahua, afiliados al turno vespertino.</p>	
<p>Procedimientos:</p>	<p>Responder a encuesta</p>	
<p>Posibles riesgos y molestias:</p>	<p>ninguna</p>	
<p>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</p>	<p>Detectar si sufre violencia y de qué tipo es.</p>	
<p>Participación o retiro:</p>	<p>Cuando así lo desee</p>	
<p>Privacidad y confidencialidad:</p>	<p>Si</p>	
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con: Dra. Verónica Sariñana Arredondo</p>		
<p>Investigador Responsable:</p>	<p>Dra. Verónica Sariñana Arredondo. Correo electrónico: vero.saris75@gmail.com teléfono 614 1 88 88 15</p>	
<p>Colaboradores:</p>	<p>Dr. Moisés Alberto Fraire Balderas Teléfono 614 1 62 29 87 correo electrónico: mfraire75@hotmail.com</p>	
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>		
<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>	
<p>_____ Testigo 1: Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Testigo 2: Nombre, dirección, relación y firma</p> <p style="text-align: right;">CLAVE 2810-009-013</p>	

0.2.- Ficha de Identificación (Anexo 2)

Folio #

_____ EDAD _____

GÉNERO Masc fem.

ESTADO CIVIL

- 1) Soltero si no
 2) Casado si no
 3) Viudo si no

- 4) Divorciado si no
 5) Unión Libre si no

OCUPACIÓN

- 1) Empleado si no
 2) Jubilado si no
 3) Ama de casa si no

- 4) Otro tipo si no
 5) Ninguno si no

NIVEL EDUCATIVO

- 1) Analfabeta si no
 2) Primaria si no
 3) Secundaria si no
 4) Bachillerato si no

- 5) Carrera técnica si no
 6) Licenciatura si no

ENFERMEDADES ASOCIADAS

- 1) Hipertensión Arterial Sistémica si no
 2) Diabetes Mellitus si no
 3) Cardiopatías si no
 4) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica si no
 5) Cáncer si no
 6) Alcoholismo si no
 7) Osteoartritis si no
 8) Depresión si no
 9) Enfermedad de Parkinson si no
 10) Enfermedad Cerebrovascular si no
 11) Otras si no
 12) Ninguna si no

10.3.- **Escala Geriátrica del maltrato al adulto mayor.** (Anexo 3)

En la encuesta validada “Escala Geriátrica de maltrato al adulto mayor” se aplica al sujeto de estudio para evaluar si un integrante de la familia ejerce violencia y le produce un daño, se agrupara en 5 conceptos, que incluyen:

I) **Violencia Física:** Implica el uso de la fuerza para dañar al otro con todo tipo de acciones (golpeado, dado puñetazos o patadas, empujado o jalado el pelo, aventado algún objeto, agredido con cuchillo o navaja).

II) **Violencia Psicológica o emocional:** Es una forma de maltrato que se manifiesta con humillaciones o burlas, tratar con indiferencia o ignorarlo, aislamiento o corrido de la casa, haciendo sentir miedo, no respetando sus decisiones, prohibir salir o que lo visiten.

III) **Negligencia u Omisión:** Es el error o fallo causado por la falta de atención, aplicación o diligencia (no proporcionar ropa, calzado, etc. No suministrar los medicamentos que necesita, negar protección cuando la necesita, negar acceso a la casa que habita).

IV) **Violencia Económica:** Es la desigualdad en el acceso y manejo de los recursos económicos (manejar su dinero sin su consentimiento, quitar su dinero, tomar sin permiso alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento, presionar para que deje de ser el propietario de su casa o alguna otra propiedad).

V) **Violencia Sexual:** Es el acto de coacción, con el objeto de que se lleve a cabo el acto sexual o tentativa de consumar el mismo (exigir tener relaciones sexuales aunque usted no quiera, tocar sus genitales sin su consentimiento).

Escala Geriatrica del 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 si pase a B	¿Esto ocurrió..	¿Desde hace cuantos años ocurre esto?	¿Quién fue el responsable? PARENTESCO	¿Es hombre o mujer?
	0 No 1 Si	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
¿Durante los últimos 12 meses a usted....					
FÍSICO					
1	¿Le han golpeado?				
2	¿Le han dado puñetazos o patadas?				
3	¿Le han empujado o le han jalado el pelo?				
4	¿Le han aventado algún objeto?				
5	¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?				
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 desiciones?				
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?				
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 algun 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 No	
		/ 22			