



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS

HOSPITAL MATERNO INFANTIL TOLUCA ESTADO DE MÉXICO

**“INCIDENCIA DE MALTRATO EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR
DE LA CLINICA REGIONAL JILOTEPEC”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. DANYRA HERNANDEZ CASTAÑEDA

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“INCIDENCIA DE MALTRATO EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR
DE LA CLINICA REGIONAL JILOTEPEC”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

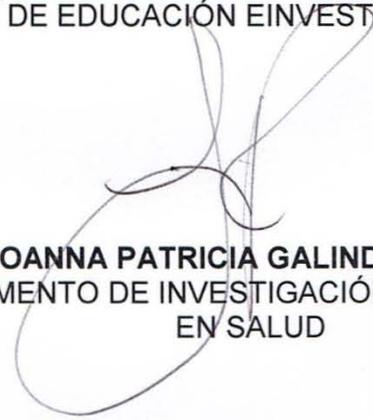
PRESENTA

DRA. DANYRA HERNANDEZ CASTAÑEDA

AUTORIZACIONES



DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA
EN SALUD

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO, 2016

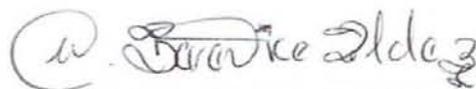
**“INCIDENCIA DE MALTRATO EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR
DE LA CLINICA REGIONAL JILOTEPEC”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

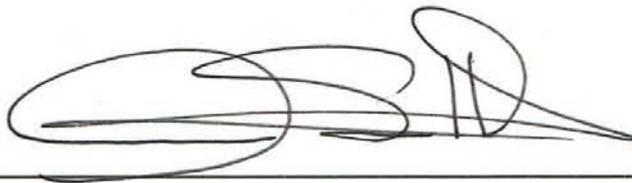
DRA. DANYRA HERNÁNDEZ CASTAÑEDA

AUTORIZACIONES:



M. E. M.F. MARTHA BERENICE HERNÁNDEZ MIRANDA

ASESOR DE TEMA DE TESIS Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD
SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS, CON SEDE EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL.



M. E. S.P. HUGO ARTURO CARMONA SÁNCHEZ,

ASESOR METODOLOGICO, JEFE DE LA UNIDAD DE PLANEACIÓN E
INNOVACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL INSTITUTO DE
SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS

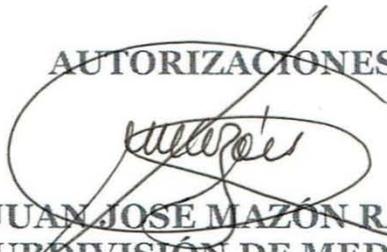
**"INCIDENCIA DE MALTRATO EN EL PACIENTE ADULTO
MAYOR DE LA CLÍNICA REGIONAL JILOTEPEC"**

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

PRESENTA

DRA. DANYRA HERNÁNDEZ CASTAÑEDA

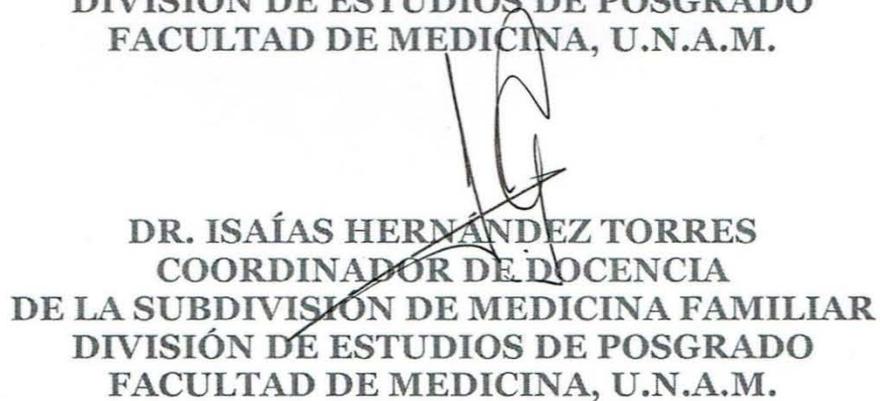
AUTORIZACIONES



**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.**

Dedicatoria

A mis padres:

Con todo mi cariño y mi amor para ustedes por ser el pilar fundamental en lo que soy; en toda mi educación, tanto académica, como de la vida y por hacer todo para que yo pudiera lograr mis sueños; por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Dra. Elba Serna por su gran cariño; por creer en mi capacidad para conseguir esta anhelada meta; por reafirmar la importancia de continuar, con la convicción de que las cosas siempre se consiguen con esfuerzo, pero sobre todo por regalarme el ingrediente más importante en la receta de la vida: su amistad incondicional.

A mis amigos: Francisco, Alhelí, Elizabeth y Alejandro que de una u otra forma me brindaron apoyo y muchos momentos gratos.

Agradecimientos

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto, por darme salud y fortaleza para lograr mis objetivos y cumplir mis sueños, además de su infinita bondad y amor.

A Ian Zoé

Por tener que soportar largas horas sin mi compañía, al principio creyendo que no quería estar contigo y después entendiendo mi necesidad de superación y permitiéndome ser ejemplo de lucha, responsabilidad y constancia. Tu inmenso cariño y tu sonrisa son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo; aún a tu corta edad me has enseñado a comprender que la vida es una serie de momentos mágicos irrepetibles, siempre mejores a tu lado. Eres mi motivación más grande.

A mis sobrinos: Iker, Daniela, Sofía, Erick por ser mi inspiración y motivación para culminar este proyecto y darme la alegría e inocencia que solo ustedes saben brindar.

A Araceli: por darme la dicha de poder amar y educar un hijo; y a tu manera estar a mi lado apoyando mi aprendizaje interminable en la vida.

A mis hermanas y hermanos por compartir conmigo buenos y malos momentos y aportar un alto porcentaje a mis ganas de seguir adelante en mi carrera profesional.

A mi amiga – hermana Jacqueline por permitirme ser parte de tu familia, al lado de tu mamá y tu hijita Regina.

A mi asesor de tesis y profesora: Dra. Berenice Hernández por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

Al Dr. Daniel Godínez por compartir sus conocimientos.

Resumen

Objetivo: Identificar la incidencia de maltrato en pacientes adultos mayores de la Clínica regional Jilotepec.

Material y Métodos: estudio Prospectivo, transversal, observacional y descriptivo. Muestra no probabilística y por conveniencia, que consta de 100 pacientes adultos mayores de la Clínica Regional Jilotepec del issemym, durante el periodo comprendido de octubre 2014 a enero 2015; se aplicó e instrumento Escala geriátrica de maltrato al adulto mayor.

Resultados: Se estudiaron 100 pacientes adultos mayores, género 50% hombres y 50% mujeres, 35% con escolaridad primaria, 56% con ocupación como intendentes, 22% con presencia de cuidador, siendo este del sexo femenino, 83% con presencia de patología crónica, 4% de los adultos mayores presenta maltrato físico, 24% con maltrato psicológico, 46% con maltrato por negligencia, 17% presenta maltrato por negligencia y 1% sufre maltrato sexual. El 27% de los pacientes es maltrato por sus hijos varones.

Discusión: En la EMPAM-DF 2006 se encontró que el 16.6% de los adultos mayores sufren algún tipo de maltrato y en la Clínica Regional Jilotepec issemym se detectaron 92 adultos mayores con algún tipo de maltrato; sin embargo, influyen múltiples factores como la cultura y el medio semi-rural que aumentan el riesgo de maltrato en los adultos mayores.

Conclusión: Los adultos mayores con factores de riesgo para sufrir algún tipo de maltrato son del sexo femenino, bajo nivel escolar, con presencia de enfermedad crónica; implicando un reto para los médicos familiares el identificar y reportar el maltrato, procurando evitar secuelas psicológicas y físicas en este grupo de edad.

Palabras claves: adulto mayor, maltrato físico, psicológico, económico, por negligencia, sexual, cuidador.

Summary

Objective: To identify the incidence of abuse in elderly patients of the regional clinic Jilotepec.

Material and Methods: Prospective, transversal, observational and descriptive study. Non-probability sample and for convenience, consisting of 100 elderly patients of Regional Clinic Jilotepec Issemym, during the period from October 2014 to January 2015; the Geriatric Scale instrument of abuse of the elderly was applied.

Results: The sample consist in 100 elderly patients, gender: 50% male and 50% female, 35% with elementary school education grade, 56% with occupancy as Housekeepers, 22% with presence of caregiver of female gender, 83% presents chronic pathology, the 4% of older adults had physical abuse, psychological abuse 24%, 46% abuse by neglect, 17% have abuse by neglect and sexual abuse suffered 1%. 27% of patients are abused by their sons.

Discussion: EMPAM-DF 2006 found that 16.6% of older adults suffer from some form of abuse, in the Regional Clinic Jilotepec Issemym 92 seniors were detected with some type of abuse; however, they influenced by multiple factors such as culture and semi-rural areas that increase the risk of abuse in older adults.

Conclusion: Older adults with highest risk factors to suffer some kind of abuse are: females, poor school level, with presence of chronic disease; implying a challenge for family physicians to identify and report abuse, trying to avoid psychological and physical effects in this age group.

Keywords: elderly, physical abuse, psychological, economic, negligence, sexual, caregiver.

Índice

	Titulo	Página
1	Marco Teórico	1
1.10	Planteamiento del problema	17
1.11	Justificación	19
1.12	Objetivo general	21
1.13	Objetivos específicos	21
2	Material y métodos	22
2.1	Tipo de estudio	22
2.3	Población Lugar y tiempo de estudio	23
2.5	Criterios de Selección, exclusión y de eliminación	23
2.6	Conceptualización operativa de variables	24
2.8	Procesamiento y análisis de datos	25
2.11	Consideraciones éticas	26
3	Resultados	2
4	Discusión	37
5	Conclusiones	39
6	Referencias Bibliográficas	41
7	Anexos	43

1. Marco Teórico

1.1 Antecedentes

La violencia existe desde siempre; violencia para sobrevivir, violencia para controlar el poder, violencia para sublevarse contra la dominación, violencia física y psíquica.

El mayor aporte de Charles Darwin a la teoría evolucionista fue descubrir que la naturaleza, en su constante lucha por la vida, no sólo refrenaba la expansión genética de las especies, sino que, a través de esa lucha, sobrevivían los mejores y sucumbían los menos aptos. Solamente así puede explicarse el enfrentamiento habido entre especies y grupos sociales, apenas el hombre entra en la historia, salvaje, impotente ante la naturaleza y en medio de una cierta desigualdad social que, con el transcurso del tiempo, deriva en la lucha de clases.

El hombre, desde el instante en que levantó una piedra y la arrojó contra su adversario, utilizó un arma de defensa y sobrevivencia muchísimo antes de que el primer trozo de sílex hubiese sido convertido en punta de lanza. "Una ojeada a la Historia de la Humanidad -dice Sigmund Freud-, nos muestra una serie ininterrumpida de conflictos entre una comunidad y otra u otras. Al principio, en la pequeña horda humana, la mayor fuerza muscular era la que decidía a quién debía pertenecer alguna cosa o la voluntad de qué debía llevarse a cabo. Al poco tiempo la fuerza muscular fue reforzada y sustituida por el empleo de herramientas: triunfó aquél que poseía las mejores armas o que sabía emplearlas con mayor habilidad. Con la adopción de las armas, la superioridad intelectual ya comienza a ocupar la plaza de la fuerza muscular bruta, pero el objetivo final de la lucha sigue siendo el mismo: por el daño que se le inflige o por la aniquilación de sus fuerzas, una de las partes contendientes ha de ser obligada a abandonar sus pretensiones o su oposición".

En los últimos 5.000 años de la historia, la humanidad ha experimentado miles de guerra, y en todas ellas se han usado armas más poderosas que la fuerza humana. La guerra, que es un producto de la violencia y el deseo de poder, está generada por los instintos agresivos de la psicología humana.

Para Nicolás Maquiavelo, la violencia es algo inherente al género humano y la guerra una necesidad de los Estados; en tanto para los padres del socialismo científico, la violencia, aparte de ser un producto de la lucha de clases, es un medio y no un fin, puesto que sirve para transformar las estructuras socioeconómicas de una sociedad, pero no para eliminar al hombre en sí.

Cuando los marxistas plantean que la lucha de clases genera la violencia, y la violencia es el motor que permite la transformación cualitativa de la sociedad, admiten que la transición del capitalismo

al socialismo requiere cambios radicales en las relaciones de producción. Si bien es cierto que el marxismo justifica los medios para alcanzar los fines, llegando al límite de favorecer el uso de la violencia revolucionaria para liberar a los oprimidos y abolir la propiedad privada de los medios de producción, es también cierto que, una vez abolida la lucha de clases, la violencia deja de ser un medio que justifica el fin.

Los psicoanalistas consideran que la violencia es producto de los mismos hombres, por ser desde un principio seres instintivos, motivados por deseos que son el resultado de apetencias salvajes y primitivas. "Los pequeños -señala Anna Freud-, en todos los períodos de la historia, han demostrado rasgos de violencia, de agresión y destrucción (...) Las manifestaciones del instinto agresivo se hallan estrechamente amalgamadas con las manifestaciones sexuales".

Sigmund Freud y Konrad Lorenz comparten la idea de que la agresión puede descargarse de diferentes maneras. Por ejemplo, practicando algún deporte de lucha libre o rompiendo algún objeto que está al alcance de la mano. Lorenz aconseja que el amor es el mejor antídoto contra la agresividad, Freud afirma que los instintos de agresión no aceptados socialmente pueden ser sublimados en el arte, la religión, las ideologías políticas u otros actos socialmente aceptables.

Muchos de los naturalistas, que afirman que el hombre nunca fue agresivo ni imperfecto desde su nacimiento, tienen como cabecera la "Biblia", en cuyo primer libro, "Génesis", se describe la creación de un mundo exento de maldades y sufrimientos. Sin embargo, cuando Adán y Eva tuvieron descendientes, éstos nacieron cargados de pecados y fueron imperfectos como sus progenitores. Caín encarnaba ya la violencia y, con su agresión irrefrenable, degolló a su hermano Abel, para así dar origen a la violencia humana.

En el siglo XVIII, Jean-Jacques Rousseau sostenía la teoría de que el hombre era naturalmente bueno, que la sociedad corrompía esta bondad y que, por lo tanto, la persona no nacía perversa sino que se hacía perversa, y que era necesario volver a la virtud primitiva. "Es bueno todo lo que viene del Creador de las cosas: que todo degenera en las manos del hombre". Es decir, la actitud de bondad o de maldad es fruto del medio social en el cual se desarrolla el individuo.

Alberto Bandura, psicólogo, estima que el comportamiento humano, más que ser genético o hereditario, es un fenómeno adquirido por medio de la observación e imitación.

La discusión sobre el carácter innato o adquirido de la violencia humana, por ser motivo de controversias, tomará demasiado tiempo antes de alcanzar su punto final, debido a que, a diferencia de Rousseau, Bandura, Lewis y otros, el filósofo inglés Thomas Hobbes, tres siglos antes que Sigmund Freud, sentenció que la humanidad tiene una agresividad innata. Mucho después, los etólogos Konrad Lorenz, Karl Von Frisch y el holandés Nikolaas Tinbergen,

comparando la conducta animal y humana, detectaron que la agresividad es genética, y que el instinto de agresión humana dirigido hacia sus congéneres es la causa de la violencia contemporánea¹⁷.

El maltrato es un problema que puede presentarse en cualquier etapa de la vida, generalmente en personas vulnerables, está relacionado con el género, edad y condición física⁹.

Los cambios y la disminución de facultades físicas aunadas a la exaltación de valores sociales, donde predomina lo joven y fuerte como lo valioso, provocan que las personas mayores sean ignoradas, desatendidas, discriminadas o maltratadas¹⁰.

1.2 Definición

El maltrato de personas mayores se define como “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana.” Pueden ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión³.

El maltrato de las personas mayores es un problema mundial que afecta la salud y los Derechos Humanos de millones de adultos mayores y merece la atención de la comunidad internacional⁴.

1.3 Definición de Adulto Mayor

La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años²².

Para definir cómo se es una persona adulta mayor, es necesario abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial o también llamada visión integral.

El envejecimiento es un proceso de cambios a través del tiempo, natural, gradual, continuo, irreversible y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas.

Cada persona envejece de manera diferente, dependiendo de sus características innatas, de las que adquiere a través de la experiencia y de las circunstancias a las que se haya enfrentado durante su vida. El envejecer implica procesos de crecimiento y de deterioro. Es decir, de ganancia y de pérdida, y se da durante todas las etapas de la vida.

Las ciencias sociales y del comportamiento lo caracterizan como un proceso de desarrollo; no así la perspectiva biológica, que hace referencia a las pérdidas y deterioro de la última etapa de la vida.

La vejez es una etapa de la vida, la última. Está relacionada con la edad, es decir, el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual, y cómo se ha vivido durante ese tiempo.

La vejez tiene significados diferentes para diferentes grupos. Para definirla, hay que tomar en cuenta la edad:

- Cronológica
- Física
- Psicológica
- Social

1.3.1 La Edad Cronológica

La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años.

Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.

1.3.2 La Edad Física

Los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones. Un aspecto importante en esta etapa de la vida es logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan.

1.3.3 La Edad Psicológica

El significado que para cada grupo y persona tiene la vejez, puede ocasionar cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo.

Es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal. A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos son causados por la edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, etc.

En cuanto a procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual.

1.3.4 La Edad Social

La vejez tiene significados diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura, su organización social. Es a partir de estos significados que las personas y los grupos actúan con respecto a la vejez y a las personas adultas mayores.

La vejez es considerada una categoría social, es decir, se agrupa a las personas por los valores y características que la sociedad considera que son adecuadas, las cuales en muchas ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas. Por ejemplo: para muchos grupos sociales las personas adultas mayores no deben enamorarse, o no deben participar en las decisiones familiares o sociales, etc.

Por el contrario, es un grupo social que necesita de los demás, pero que contribuye de manera muy importante tanto en la familia como en la sociedad.

“Las personas adultas mayores forman parte de una sociedad que necesita de ellas, por lo que su participación, opiniones y decisiones son fundamentales para el desarrollo de la misma”²².

1.4 Aspectos Generales Del Maltrato al Adulto Mayor

El reconocimiento de la violencia en el ambiente doméstico por parte de la medicina es ya antiguo, sin embargo, hace veinte o treinta años, las sociedades alrededor del mundo negaban su existencia y este grave problema social se ocultaba a la vista del público y se consideraba como un asunto esencialmente privado; incluso hoy en día, el maltrato de los ancianos sigue siendo un tema tabú, por lo común subestimado y desatendido por sociedades de todo el mundo⁶. Entre las causas más comunes encontramos que los adultos mayores no quieren reconocerse como víctimas de malos tratos por temor a represalias o al confinamiento en instituciones, o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta insoportable; por otra parte, los familiares o los cuidadores, no van a dar facilidades en la detección ya que en la mayoría de los casos ellos son quienes realizan el maltrato. Además no existe un marco legal nacional que responda ante situaciones de maltrato en este grupo poblacional⁴.

La evidencia surgió a través de la investigación y como resultado, la Sociedad Civil ejerció la presión apropiada para la acción desde los gobiernos³, así cada día hay más indicios de que el maltrato de los ancianos es un importante problema de salud pública y de la sociedad⁶.

Se inició con el llamado "niño apaleado" (violencia infantil), siguió con la "mujer maltratada", incluyendo la embarazada, y por último, se ha identificado el llamado "anciano maltratado". Está claro que el abuso o violencia ocurre en todas las etapas del ciclo de la vida.

1948 – La Asamblea General de las Naciones Unidas realiza la declaración universal de los derechos humanos.

1982 – 1ª asamblea mundial sobre envejecimiento (Viena); aprobación de los derechos humanos de los ancianos.

1997 – Se crea la liga internacional para la prevención del abuso al adulto mayor (INPEA).

2002 – Asamblea mundial reconoce al maltrato en las personas adultas mayores (Madrid).

En México – publicación de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, con carácter nacional.

Texto vigente, última reforma publicada 25/04/12.

2002 – Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a personas mayores.

2003 – 2006 – Comunidades de todo el mundo comienzan a planificar sus actividades para crear conciencia sobre el abuso y la negligencia hacia los adultos mayores.

2005 – En México: NOM-046 sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

2006 – El 15 de junio se celebra el primer día mundial para la toma de conciencia del abuso en los ancianos (New York).

EMPAM-Distrito Federal: primera encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores.

2008 – Guía de práctica clínica sobre detección y manejo de maltrato en el adulto mayor.

2010 – Creación de la agencia especializada para la atención a adultos mayores víctimas de violencia familiar en

Distrito Federal. Atención telefónica las 24 horas con “la línea plateada”.

2011 – Alianza global por los derechos de los adultos mayores.

2012 – En mayo, carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (Costa Rica)²⁰.

Con los avances médicos corrientes y los estilos de vida saludables la gente está viviendo más. En 1990 se estimó que la población envejecida en los EE.UU. era de un 13 %, y para el año 2025 está proyectado un incremento del 25%, y la población que sobrepase los 85 años será el doble de la actual. Nuestro país no está exento de esas estadísticas, y con el desarrollo de la salud pública tenemos actualmente un 13 % de la población con 65 años y más, y este fenómeno va en ascenso. Como resultado de ello el número de casos de abuso en el anciano se incrementará, y el impacto de este abuso sobre los índices de salud pública crecerá si no se genera una cultura que lo detecte y atienda^{2, 4}. El problema existe en los países en desarrollo y desarrollados y por lo general no se notifica en grado suficiente en todo el mundo. Tan solo en unos pocos países desarrollados hay tasas de prevalencia o estimaciones, que se sitúan entre un 1% y un 10%; en México se estima una prevalencia entre 8.1 y 18.6%, con mayor frecuencia en las mujeres, siendo el maltratador regularmente algún miembro de la familia^{27, 4}.

En cualquier parte del mundo los estereotipos y prejuicios sobre las personas mayores son tolerados socialmente, y la discriminación por edad tiende a combinarse con otras como la discriminación por sexo, raza o etnia, religión, discapacidad, condiciones económicas o estado de salud, lo cual impacta negativamente en el ejercicio y disfrute de los derechos humanos por parte de las personas de edad¹⁴.

Para muchos ancianos en nuestro país el maltrato forma parte de su vida cotidiana lo sorprendente es que ellos no se percatan de que es así, ya que la violencia adquiere diferentes formas. Lo asombroso es que dentro del seno familiar se fomentan muchas de estas formas de maltrato lo cual contribuye en gran medida a la desvalorización de los adultos mayores como individuos pertenecientes a una sociedad, los cuales aún tienen mucho que aportar¹⁰.

En la última década se han realizado en México estudios que estiman la prevalencia de la violencia intrafamiliar hacia las personas adultas mayores. En uno de ellos se encontró para una población del área rural de Chiapas que 8.1% había sufrido algún tipo de maltrato en los últimos doce meses. Asimismo, otro estudio, en 2006, estimó para la Ciudad de México una prevalencia de 16.2%,

siendo el maltrato psicológico el más común con 12.2%, seguido del maltrato económico 3.9%, maltrato físico 3.7%, negligencia y abandono 3.5% y abuso sexual 0.9% (4). La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, realizada en 2011, muestra que 17.8% de las mujeres con 60 y más años de edad habían sufrido al menos un tipo de violencia en los últimos doce meses por parte de su pareja actual⁷. Lamentablemente, estas estadísticas son subestimadas e inexactas, ya que por cada caso de maltrato al adulto mayor que se informa a las autoridades, hay hasta 5 casos que no son reportados, debido a que la víctima lo oculta o minimiza el problema⁴.

Las formas de definir, detectar y resolver el maltrato de los ancianos tienen que enmarcarse en el contexto cultural y considerarse junto con los factores de riesgo que tienen una especificidad cultural. Por ejemplo, en algunas sociedades tradicionales se obliga a las viudas de edad a casarse de nuevo, mientras que en otras las mujeres mayores que viven solas son acusadas de practicar la brujería⁶. Los adultos mayores maltratados tienen una tasa de mortalidad más alta y una esperanza de vida menor que los ancianos que no son objeto de maltrato; además los costos derivados del maltrato son mayores, incluye los secundarios a la atención médica, los servicios sociales, los costos legales, los de investigación, entre otros⁴. Representa un problema social emergente y de salud pública que afecta a un número considerable de personas de este grupo de edad. Desafortunadamente, poco se sabe sobre sus características, causas, consecuencias, o sobre los medios eficaces para prevenirlo⁸.

En el ámbito de la familia puede presentar diversas formas: desde la violencia de género con un largo historial y que se prolonga en la vejez, hasta aquella misma violencia entre esposos que implica una situación nueva en la convivencia espoleada por la fragilidad y dependencia de la mujer en la ancianidad. Puede también tratarse de una violencia que se ejerce por un hijo (o hija) adulto que ha asumido responsabilidades de cuidado de sus padres ancianos o que, por el contrario, no se encarga directamente de ese cuidado. Puede por lo tanto tener una base en la dependencia de la víctima mayor pero también en otras formas de dependencia, por diversos motivos, del propio agresor. Hablamos de víctimas que han perdido sus capacidades cognitivas por causa de la enfermedad – diversas formas de demencia por ejemplo – pero también de otras personas mayores que mantienen su autonomía personal y que pueden (y deben) decidir por sí mismas cuándo y cómo intervenir ante estas situaciones¹⁸.

Desde los puntos de vista sanitario y social, si los sectores de atención primaria de salud y servicios sociales no están bien dotados para detectar y resolver el problema, el maltrato de los ancianos seguirá estando semioculto, también hay que distinguir entre el maltrato premeditado, y por tanto, punible y el maltrato por ignorancia, no pretendido, pero con efectos perjudiciales para la víctima⁶.² Por lo tanto, desde el no hablar a una persona mayor, tratarla como un mueble,

cosificarla, hasta producirle la muerte a golpes pueden ser formas de ejercer violencia. Y también el hecho de la falta de políticas adecuadas en relación con la población anciana y la escasa atención a sus necesidades puede considerarse como una forma de maltrato social al colectivo de las personas mayores. Aunque la magnitud del maltrato de los ancianos se desconoce, su importancia social y moral salta a la vista¹⁸. En tal virtud, exige una respuesta mundial multifacética que se centre en la protección de los derechos de las personas.

1.5 Tipos De Maltrato

Han sido descritas 7 categorías de abuso en el adulto mayor por el *National Aging Resource Center*, y ellas son las siguientes: físico, emocional, financiero, negligencia, sexual, negación a brindarle ayuda y otras formas más.

1.5 1 Características

1. El abuso físico está definido como cualquier acto no incidental o de violencia que causa dolor, daño corporal, lesión, deterioro físico o enfermedad, producido por fuerza física, e incluye ataduras, empujones, alimentar por la fuerza o falta de alimentación, y uso inapropiado de restricciones físicas o uso inapropiado de fármacos.

2. El psicológico o emocional es la conducta donde intencionalmente se cause angustia mental, desvalorización, sufrimiento mediante actos verbales o no verbales; por ejemplo, amenazas, insultos verbales y no verbales, aislamiento, humillación, descalificación, intimidaciones, tratarlo como niño o aislarlo.

3. El económico es el abuso del dinero o bienes de la persona anciana para ganancia personal del abusador y que afecten la supervivencia del adulto mayor, es como actuar como un ladrón (dinero, cheques de seguridad social, pensiones), o también haciendo uso de la coerción (cambio de testamento o concesión de poderes).

4. El abuso por negligencia es el fallo de la persona que está al cuidado del anciano, para proveerle las necesidades básicas de la vida diaria, y esa negligencia puede ser física, emocional o financiera. La física puede ser el fallo para proveerle de los espejuelos, la dentadura, las medidas de seguridad y la higiene; la negligencia emocional incluye aquellos fallos para proveer al anciano de estimulación social, como por ejemplo, dejarlo en lugares peligrosos, solo por largos períodos, sin cuidados o encerrado; y la negligencia financiera se produce con los fallos para usar los

recursos disponibles para restaurar o mantener el bienestar del anciano; también implica deshumanizar el trato hacia el adulto mayor en las oficinas gubernamentales y en los sistemas de atención médica, discriminarlos y marginarlos de la seguridad y bienestar social, no cumplir las leyes y normas sociales y la deserción por un individuo que ha asumido el papel de cuidador.

5. El abuso sexual está definido como el contacto íntimo no consensual, o la exposición o alguna otra actividad cuando el anciano es incapaz de dar su consentimiento. Por ejemplo: Lastimar, insultar, obligarlo a participar en acciones de tipo sexual o no permitir el uso de protección.

En la categoría de misceláneos se incluyen otros tipos de abuso como la violación de los derechos de la persona en cuanto a su dignidad y autonomía, el abuso médico y el abandono. Existe también el llamado abuso por negación, que es una conducta del anciano que compromete su salud y seguridad; puede ser ejemplificado por un adulto viejo que rehúsa la necesidad de ayuda en varias actividades diarias.

- El maltrato suele presentarse en cualquier entorno (casa, vecindario, instituciones, etc.), donde el adulto mayor se desenvuelve.
- Una persona generalmente presenta dos o más tipos de maltrato.
- Se da en cualquier nivel sociocultural.

Bajo el amplio espectro del maltrato hacia las personas mayores estamos incluyendo aquel que se produce en el seno de la familia pero también de maltrato que acontece en instituciones, hospitales y residencias geriátricas. Situaciones diversas, con características distintas y que toman formas diferentes. Evidentemente, las causas responden necesariamente a esa complejidad del fenómeno y las respuestas deben ser conscientes de la misma.

Circunscribiendo el interés al maltrato hacia los mayores que tiene lugar en la familia, estamos refiriéndonos a una realidad multiforme y multicausal en la que a veces no resulta fácil distinguir entre violencia familiar que puede producirse en contextos de cuidados o no, y, por ejemplo, violencia de género entre parejas mayores. Lo que tiene poca relevancia a la hora de la intervención¹⁸.

La prevalencia de casos de abuso en el anciano no es fácil de obtener debido a algunos factores como el miedo al desquite, la vergüenza, el sentimiento de culpa, la incapacidad de responder cuestionarios o la presencia de demencia. En cuanto a la clasificación social, se sabe que ocurre en todas las razas, religiones y nivel socioeconómico. Igualmente, según el sexo, las mujeres son clásicamente las víctimas del abuso, además reportan los hechos más que los hombres, y en ellas la severidad del daño es típicamente mayor. En cuanto al abuso físico, el anciano raramente lo resuelve por sí mismo, y es más probable que se intensifique con el tiempo. Los signos de abuso

pueden verse abiertamente manifiestos o sutiles, sin embargo, debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de cada persona anciana que consulte. Hay un número de hallazgos clínicos y observaciones, que cuando están presentes, hacen altamente sospechoso el diagnóstico de abuso, y ellos incluyen lesiones múltiples en varios estados de evolución, lesiones inexplicadas, retraso en buscar tratamiento, lesiones con historias inconsistentes, explicaciones contradictorias tomadas del paciente y quien lo cuida, hallazgos de laboratorio que indiquen sobredosis de medicamentos, magulladuras, marcas, laceraciones, quemaduras, enfermedades venéreas o genitales, malnutrición, deshidratación, úlceras de decúbito, pobre higiene, signos de retiro, depresión, agitación o conducta infantil².

1.6 Factores De Riesgo

Los factores de riesgo pueden ser definidos como las experiencias, los comportamientos, el estilo de vida, el medio ambiente, o las características personales que aumentan las probabilidades de que se produzca maltrato. Una mayor exposición a los factores de riesgo aumenta la probabilidad de sufrir maltrato. Se incluyen factores individuales, familiares, sociales y culturales. Debido a su dificultad para encontrar los factores de riesgo, necesariamente hay que buscar en la persona afectada (persona adulta mayor), en el responsable (autor del maltrato) y en el medio ambiente (relaciones, características económicas y sociales). La interacción de los factores en los tres dominios que interactúan determina el nivel de riesgo del maltrato.

Existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de ocurrencia del problema y factores de protección que disminuyen dicha probabilidad. Aunque es importante identificar ambos factores, las investigaciones sobre maltrato se han enfocado más en la búsqueda de los factores de riesgo que incrementan la probabilidad del maltrato.

Es importante conocer los factores de riesgo del maltrato de personas mayores por varias razones. En primer lugar, resulta necesario para el desarrollo de métodos de detección, ya que el hallazgo eficaz podría reducir los efectos negativos de este fenómeno. En segundo lugar, representa información de suma importancia para crear programas de prevención. En tercer lugar, es fundamental para el desarrollo de política pública, ya que es necesario identificar las poblaciones en mayor riesgo y las causas de ese mayor riesgo⁸.

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:

Cuadro I. Clasificación de los factores de riesgo^{8, 11}:

Factores de riesgo probables	Factores de riesgo potenciales	Factores de riesgo cuestionables
Condiciones de convivencia (vivir solo disminuye el riesgo)	Género (+frecuente en mujeres)	Cuando existe deterioro de salud y/o deterioro funcional del anciano (Alzheimer, Parkinson, AVC = dependencia importante para las actividades de la vida diaria)
Aislamiento social (ausencia de redes de apoyo social)	Relación entre la víctima y el agresor	Dependencia emocional, depresión, ansiedad, baja autoestima o alteración de las funciones cognitivas (incontinencia, agresividad, agitación nocturna reducción de las capacidades intelectuales)
Demencia (deterioro cognitivo)	Características de las víctimas (características de personalidad)	Estrés del cuidador
Características individuales de los agresores (enfermedad mental, características de la personalidad o abuso del alcohol y/o drogas, incluyendo estrés)	Estado civil (viudez)	Transmisión intergeneracional de la violencia
Dependencia del agresor (económica)	A mayor edad el riesgo aumenta (>75 años)	Ambiente familiar perturbado por causas externas
Convive con un familiar que es el principal y único cuidador	Antecedentes previos de lesiones inexplicables y recurrentes.	Arreglos que muchas veces se dan entre el anciano y el abusador
Convivir en el mismo domicilio por acuerdo previo	Presenta signos de malnutrición, deshidratación, mala higiene, o intoxicación medicamentosa.	

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 ^{9, 11}. Todos los casos de maltrato al anciano constituyen una violación de los derechos humanos.

1.7 Causas

Al referirnos a las causas, muchas teorías han sido desarrolladas para intentar explicar la conducta abusiva hacia las personas ancianas y hay un número de factores sicosociales y culturales involucrados. Las teorías de maltrato al anciano han sido divididas en 4 grandes categorías: deterioro físico y mental del paciente, estrés de quien lo cuida, violencia transgeneracional y psicopatología del abusador.

1. Hasta hace poco se creía que la fragilidad del paciente anciano era por sí misma un factor de riesgo para el abuso, aunque estudios recientes no han mostrado una relación directa; sin embargo, aún se cree que el deterioro físico y mental juegan un papel indirecto en el abuso al anciano por decrecimiento de su capacidad para defenderse o escapar, lo cual aumenta su vulnerabilidad, siendo un detonante la dependencia.

2. En cuanto al estrés de quien lo cuida, existe una teoría que implica al estrés en el afecto por una persona anciana. Además, factores como el abuso del alcohol y las drogas, el comportamiento violento, los bajos ingresos, la relación familiar desgastada, la falta de red de apoyo familiar y los problemas de empleo por parte del abusador, así como la incontinencia y las caídas por parte del anciano, pueden culminar en cólera o antagonismos hacia el paciente por parte del cuidador y desencadenar la violencia. Sin embargo, esta teoría no explica por qué individuos en idénticas situaciones estresantes manejan sin abuso a sus familiares viejos; por lo tanto, el estrés es el gatillo disparador para el abuso y no la causa.

3. La teoría de la violencia transgeneracional asegura que la violencia familiar es una conducta aprendida y pasada de generación en generación. Así, el niño que fue una vez abusado por parientes, continúa el ciclo de violencia cuando ellos son viejos.

4. Existe otra teoría que se focaliza en una deficiencia psicológica en el desarrollo del abusador o colapso del cuidador primario, que conduce al abuso, condiciones tales como la adicción a las drogas y el alcohol, los desórdenes de la personalidad, el retardo mental y la demencia.

Efectivamente, los miembros de una familia con tales deficiencias han sido más propensos a mostrar abuso ^{2, 20}.

1.8 Grupos De Riesgo

Existen ancianos que por sus peculiaridades personales, familiares o sociales tienen más riesgo de sufrir malos tratos:

Ancianos que viven en su domicilio o en el del cuidador, que requieren numerosos cuidados y excederán en breve la capacidad familiar para asumirlos

Ancianos cuyos cuidadores expresan frustración en relación con la responsabilidad de asumir dicho papel y muestran pérdida de control de la situación

Ancianos cuyos cuidadores presentan signos de estrés

Ancianos que viven con familiares que han tenido historia previa de violencia familiar (niños, esposa)

Ancianos que viven en un entorno familiar perturbado por otras causas (pérdida de trabajo del cuidador, relaciones conyugales deterioradas) ¹¹.

1.9 Características Del Agresor

Entre las muchas y variadas formas en las que las personas mayores pueden ser objeto de alguna manifestación de violencia en sentido amplio, podemos encontrar desde la delincuencia común hasta las más sutiles formas de discriminación social. Podemos referirnos por lo tanto a las personas mayores como víctimas del delito perpetrado por desconocidos, pero también como objeto de situaciones en las que esa violencia es ejercida por personas de su entorno. Personas que pueden ser desde profesionales que se deberían encargar de su cuidado, hasta familiares, vecinos o amigos. Podemos estar hablando de violencia que se produce en el marco de una relación de cuidado, cuando la persona mayor es frágil y dependiente. Pero también cuando esa misma persona mayor es la que se encarga a su vez del cuidado de otra persona mayor dependiente ¹⁸.

Esa violencia puede ser ejercida por los esposos, por los hijos adultos, por los nietos, por un familiar o vecino que cuida del anciano, por un profesional contratado para el cuidado de la persona mayor, por un sanitario, o por los miembros del equipo de residencias geriátricas. La violencia puede integrarse en ámbitos institucionales, pero también producirse en el seno de la familia.

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:

- Parentesco con la víctima: hijo, hija, esposo
- No acepta el papel de cuidador. No asume la responsabilidad que ello conlleva
- Sobrecarga en la persona que se le asignó (o asumió) el cuidado del adulto mayor
- Dependencia emocional
- Escasos recursos de apoyo social
- Depende del anciano desde el punto de vista económico y la vivienda suele ser de la víctima
- Consumidor de fármacos, alcohol y drogas
- Antecedentes de enfermedad psiquiátrica o alteraciones de la personalidad
- Tiene pobres contactos sociales
- Renuncia a las ayudas médicas y de la comunidad
- En las entrevistas suele ser hostil, irritable y suspicaz
- Demuestra pérdida de control de la situación
- Historia previa de violencia familiar (esposa, niños)
- Sufre estrés por causas diversas (pérdida de trabajo, portador de cualquier enfermedad, problemas conyugales) ^{11,9}.

El fenómeno del maltrato hacia las personas mayores se dibuja como una realidad compleja, multiforme y multicausal. Constituye, además, una realidad oculta que arrastra una importante cifra negra. Supone un ejemplo claro de lo que se ha llamado la *teoría del iceberg* según la cual solo conoceríamos un porcentaje mínimo de estas situaciones a través sobre todo de los sistemas sociales y sanitarios y, en menor grado, de la administración de justicia. Se trata, por lo tanto, de una cuestión que todavía debe salir a la luz pública en mayor medida para que la sociedad se implique en darle respuesta. Ese proceso de visibilización debe asumir la tarea de dar voz a las propias víctimas y supervivientes mayores para que planteen sus vivencias y necesidades.

Cualquier forma de maltrato atenta contra la dignidad de la persona e implica, en consecuencia, una violación de sus derechos humanos. Colocar en esos términos el problema del maltrato a los mayores nos permite darle visibilidad y redimensionar su importancia al tiempo que todos los implicados (profesionales, expertos y la sociedad en su conjunto) colaboramos en la construcción de un futuro en el que la vejez se vea libre de situaciones de maltrato y violencia consecuencia de la discriminación que sufre el colectivo de los mayores en el seno de nuestras sociedades edadistas. Un futuro que haga honor al hermoso lema bajo el que la ONU celebró en 1999 el *Año Internacional de las personas mayores*: “hacia una sociedad para todas las edades”¹⁸.

Al igual que las demás personas, los adultos mayores tienen todos los derechos que se encuentran reconocidos tanto en nuestra Constitución Política y los ordenamientos jurídicos que de ella se derivan, como en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

En México existen legislaciones que protegen los derechos de los adultos mayores y obligan a reportar cualquier tipo de maltrato ²⁰.

El abordaje diagnóstico se basa en la sospecha de maltrato, en historia clínica completa, pruebas de estado mental, evaluación socio-familiar y cuestionario de maltrato.

La intervención debe ser interdisciplinaria e intersectorial.

Las principales intervenciones son disminuir los factores de riesgo, dar asesoría y favorecer la conciliación²⁰.

El Médico de Familia, como experto en medicina y líder de la comunidad, juega un papel importante en la prevención y tratamiento de la violencia en el seno familiar. Se imponen protocolos de investigación de posible abuso y maltrato al anciano, en el que colaboren médicos, enfermeras y trabajadores sociales, además de otros recursos de la comunidad ².

En el 2012, en México, se construyó y validó el instrumento Escala Geriátrica de Maltrato (Geriatric Mistreatment Scale) para medir y evaluar los malos tratos a personas mayores.

Es útil para la detección a nivel poblacional; se puntúa como maltrato si tiene al menos una respuesta positiva en el total de los ítems o por tipo de maltrato, evalúa maltrato físico, psicológico, negligencia, económico y sexual.

Consta de 22 ítems y fue 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 mayores²⁵.

“LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, EN UN MUNDO QUE ENVEJECE, NOS CONCIERNE A TODOS...”

1.10 Planteamiento del Problema

Así como el siglo XX ha sido el siglo del crecimiento demográfico, el siglo XXI será el del envejecimiento de la población. No es problema para una sociedad el envejecimiento en sí, sino su intensidad y velocidad. Tal fenómeno tendrá como un importante desafío médico, familiar y social, el prever encausar y dirigir esta nueva situación.

Con los avances médicos corrientes y los estilos de vida saludables la gente está viviendo más. Como resultado de ello el número de casos de abuso en el anciano se incrementará, y el impacto de este abuso sobre los índices de salud pública crecerá a la par sino se genera una cultura que lo detecte y atienda ^{2,4}.

Los adultos mayores maltratados tienen una tasa de mortalidad más alta y una esperanza de vida menor que los ancianos que no son objeto de maltrato, además los costos derivados del maltrato son mayores, incluye los secundarios a la atención médica, los servicios sociales, los costos legales, los de investigación, entre otros ⁽⁴⁾. Todavía es necesario investigar adecuadamente el papel de los prejuicios contra la vejez (la discriminación contra los ancianos y su estigmatización) como una causa posible del maltrato de ancianos, aunque algunos especialistas en esta materia han señalado que la marginación del anciano es un factor que interviene en este fenómeno ¹⁰.

En México el maltrato es más frecuente en las mujeres y el maltratador regularmente es un integrante de la familia. En el año 2006 se realizó una encuesta a personas adultas mayores de la Ciudad de México, la cual reportó que el 16.6% de los adultos mayores sufren algún tipo de maltrato, siendo el maltrato psicológico el más común con 12.2%, seguido del maltrato económico 3.9%, maltrato físico 3.7%, negligencia y abandono 3.5% y abuso sexual 0.9% ⁴.

Es muy probable que el número de casos de maltrato aumente en los próximos decenios, a medida que envejece la población. El maltrato en los adultos mayores puede suceder en diferentes entornos, tanto en el social, en el físico, en el cultural, etc. El maltrato se da en el hogar, en la calle y en centros de salud. Desafortunadamente, poco se sabe sobre sus características, causas, consecuencias, o sobre los medios eficaces para prevenirlo. La violencia contra las personas adultas mayores fue una de las últimas en ser reconocida y actualmente se ha convertido en un serio problema social y de salud pública ⁷.

Entre las causas más comunes se encuentra que los adultos mayores no quieren reconocerse como víctimas de malos tratos por temor a represalias o al confinamiento en instituciones, o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta insoportable; por otra parte, los familiares o los cuidadores, no van a dar facilidades en la detección ya que en la mayoría de los casos son ellos quienes realizan el maltrato ⁴.

Es por ello que el médico familiar debe estar capacitado para preguntar a sus pacientes geriátricos acerca del abuso, mediante cuestionarios simples y directos, aún si los signos están ausentes, preguntándoles de una manera no judicial ni amenazadora, lo cual incrementará la probabilidad de obtener una historia adecuada ².

1.11 Justificación

Esta investigación se lleva a cabo con el fin de conocer la frecuencia de casos de abuso en los pacientes geriátricos derechohabientes de la Clínica Regional Jilotepec.

En los últimos 30 años, desde los primeros reportes en la literatura de abuso en los adultos mayores, se ha estudiado por múltiples disciplinas relacionadas, como los médicos, enfermería, trabajo social y autoridades, tratando de definir el problema; sin embargo, a pesar de la difusión en múltiples medios, el abuso al adulto mayor sigue siendo poco reportado.

El abuso hacia los adultos mayores es un problema social y sanitario en aumento debido al incremento de: la expectativa de vida, los avances terapéuticos que prolongan la supervivencia y la pérdida de valores familiares tradicionales ¹.

Hasta hace poco, este grave problema social se ocultaba a la vista del público y se consideraba como un asunto esencialmente privado. Incluso hoy en día, el maltrato de los ancianos sigue siendo un tema tabú, por lo común subestimado y desatendido por sociedades de todo el mundo. Sin embargo, cada día hay más indicios de que el maltrato de los ancianos es un importante problema de salud pública y de la sociedad ⁶.

Según la OMS “el maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión³.

Para avanzar en el tema se requiere de un mayor número de investigaciones sistemáticas, con rigor científico que muestren la fenomenología, la magnitud, la etiología, las causas y las consecuencias del fenómeno del maltrato de personas mayores, ya que este desconocimiento en el tema conlleva a la ausencia de programas sociales y de políticas eficaces ⁸.

Para los ancianos, las consecuencias del maltrato pueden ser graves, ya que se trata de personas físicamente más débiles y más vulnerables, sus huesos son más quebradizos y los procesos de convalecencia son más prolongados. Incluso una lesión relativamente leve puede causar daños graves y permanentes⁹. Los daños psicológicos favorecen la aparición de síntomas depresivos, aislamiento, sentimientos de impotencia, baja autoestima, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación, mayor pérdida de autonomía y estrés, lo cual puede aumentar el riesgo de muerte o intentos de suicidio¹⁰. El anciano, como grupo poblacional es usuario del 25% al 40% de las asistencias prestadas en el servicio de urgencias de cualquier hospital; por lo que es preciso, como médico familiar conocer las patologías y las peculiaridades del mismo, ya que suelen acudir a

consulta refiriendo síntomas inespecíficos o bien patologías graves y en las situaciones más extremas, que provoca el ingreso frecuente al sistema hospitalario o la demanda constante de atención médica por la presencia de distintas enfermedades ^{13,9}.

Los efectos de la violencia física y psicológica sobre la salud de una persona mayor se ven exacerbados por el proceso de envejecimiento y las enfermedades características de la vejez. Es más difícil para los ancianos evadirse de una relación de maltrato o tomar las decisiones apropiadas debido a las deficiencias físicas y cognitivas que generalmente sufren. Por estas y otras consideraciones, prevenir el maltrato de los ancianos plantea a los profesionales un sinnúmero de problemas, ya que en la mayoría de los casos, el mayor dilema es cómo lograr un equilibrio entre el derecho a la autodeterminación de la persona de más edad y la necesidad de adoptar las medidas necesarias para poner fin a la situación de maltrato ¹⁰.

1.12 Objetivo General

Identificar la incidencia de maltrato en pacientes adultos mayores de la Clínica Regional Jilotepec

1.13 Objetivos Específicos

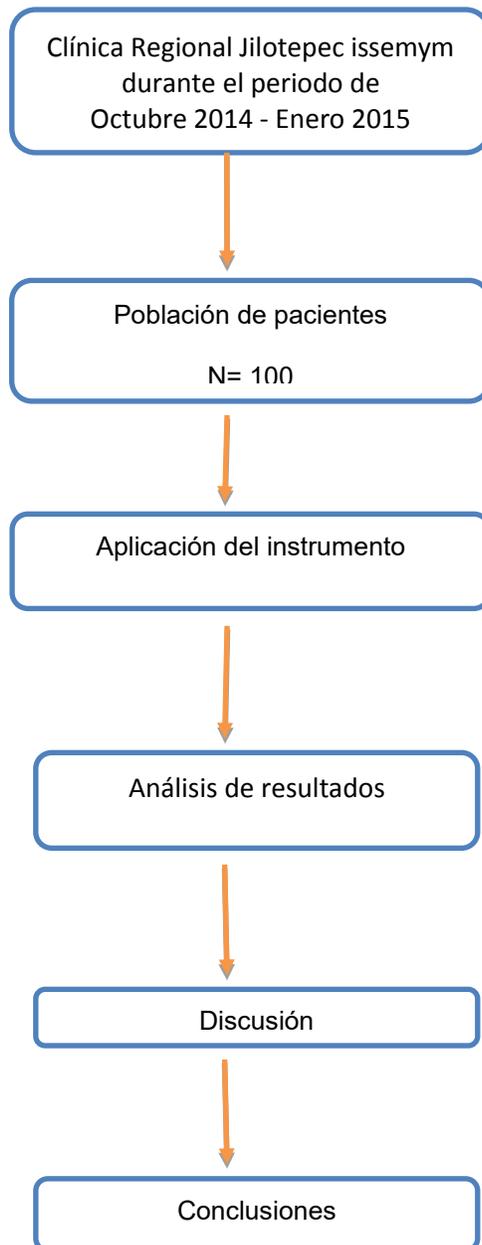
- ❖ Identificar la ocupación como factor de riesgo para que el adulto mayor sufra maltrato
- ❖ Identificar la escolaridad como factor para que el adulto mayor sufra maltrato
- ❖ Identificar el género del maltratador de adultos mayores
- ❖ Identificar la presencia de enfermedades para que el adulto mayor sufra maltrato
- ❖ Identificar la relación entre el parentesco del cuidador con el tipo de maltrato hacia los adultos mayores

2. Material y Métodos

2.1 Tipo de Estudio

Prospectivo, transversal, observacional y descriptivo

2.2 Diseño de Investigación



2.3 Población, Lugar y Tiempo

Se aplicará el cuestionario a 100pacientes adultos mayores de la Clínica Regional Jilotepec issemym, en el periodo comprendido de octubre 2014 a enero 2015.

2.4 Tipo de Muestra

No probabilística y por conveniencia. Consta de 100 pacientes adultos mayores de la Clínica Regional Jilotepec del issemym

2.5 Criterios

Criterios de Inclusión

Pacientes adultos mayores de la Clínica Regional Jilotepec que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

No haber aceptado participar en el estudio

No ser derechohabientes de la Clínica Regional Jilotepec

Pacientes menores de 65 años

Criterios de Eliminación

Pacientes menores de 65 años

Cuestionarios mal llenados e ilegibles.

2.6. Definición Conceptual y Operativa de las Variables

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operativa
Maltrato al adulto mayor	Cualitativo y cuantitativo	Acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana	Medir la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana
Maltrato físico	Cualitativo	Está definido como actos de violencia que causan dolor, daño o lesión, deterioro o enfermedad	Medir el número de casos con maltrato físico Del ítem 1 al 5
Maltrato psicológico	Cualitativo	Definido como la conducta que causa angustia mental	Medir el número de casos con maltrato psicológico Del ítem 6 al 11
Maltrato por negligencia	Cualitativo	Es el fallo de la persona que está al cuidado del anciano, para proveerle las necesidades básicas de la vida diaria	Medir el número de casos con maltrato por negligencia Del ítem 12 al 15
Maltrato económico	Cualitativo	Se define como el abuso del dinero o bienes de la persona anciana para ganancia personal del abusador	Medir el número de casos con maltrato económico Del ítem 16 al 20
Maltrato sexual	Cualitativo	Definido como el contacto íntimo no consensual, o la exposición o alguna otra actividad cuando el anciano es incapaz de dar su consentimiento	Medir el número de casos con maltrato sexual Del ítem 21 al 22

2.7 Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento utilizado consta de una ficha de identificación, un cuestionario Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor, que consta de 22 ítems que se dividen en seis secciones:

Maltrato físico, psicológico, por negligencia, económico y sexual

Para realizarlo se elaboró una entrevista directa, previamente sometida a una prueba piloto.

2.8 Método de Recolección de datos

El protocolo de investigación se dio a conocer en el comité de bioética de la Clínica Regional Jilotepec del issemym.

Se aplicó el instrumento Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor a los pacientes adultos mayores de la Clínica Regional Jilotepec.

Una vez terminada la fase de captura de datos y los formularios se procedió a realizar el análisis estadístico con el programa Paquete Estadístico de Ciencias Sociales (SPSS versión 22).

2.9 Cronograma

El cronograma se muestra en el anexo 3.

2.10 Recursos humanos, materiales y financieros del estudio

Recursos humanos: este trabajo se llevó a cabo por la autora de esta investigación.

Recursos materiales: computadora, internet, USB portátil, apoyo bibliográfico, software de Word, Excel, programa Paquete Estadístico de Ciencias Sociales (SPSS versión 22), hojas tamaño carta, lápices, copias, engrapadora, grapas, scanner, cartuchos de tinta para impresora.

2.11 Consideraciones éticas

Declaración de Helsinki. La asociación Médica Mundial ha promulgado la declaración de Helsinki, que permite evitar abusos en las investigaciones médicas y que estas se sustenten en principios éticos que sirvan para orientar a médicos e investigadores del área de salud que realizan investigación médica en seres humanos. El propósito de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos; ya sean preventivos, diagnósticos y terapéuticos.

Por lo anterior, en este trabajo y para dar cumplimiento a los estatutos de la declaración de Helsinki, se solicitó la autorización de todos los participantes; haciéndoles saber que los beneficios que se pueden obtener son mucho mayores a los riesgos, lo que justifica la realización de esta investigación²⁷.

Además se seguirán las disposiciones de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, que establece en el artículo 13 que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y velar por la protección de sus derechos y bienestar. En el artículo 16 se menciona que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Además el artículo 17 refiere que se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, esta investigación se clasifica dentro de la categoría de investigación sin riesgo: que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta²⁴.

3. Resultados

Se aplicaron 100 encuestas a pacientes mayores de 65 años

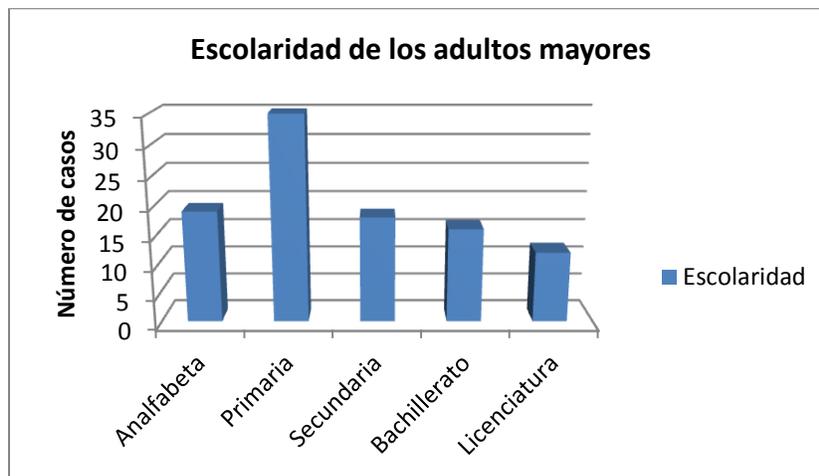
3.1 Género

Se observaron 50% (50) hombres y 50% (50) mujeres

3.2 Escolaridad

35% (35) tienen primaria como se observa en la gráfica 1

Gráfica 1

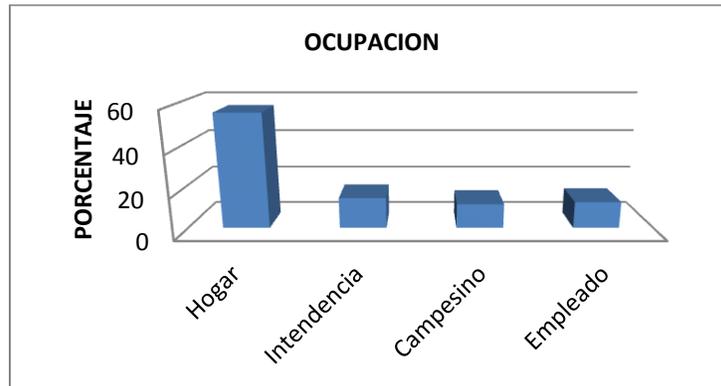


Fuente: n= 100

3.3 Ocupación

56% (56) son intendentes como se observa en la gráfica 2.

Gráfica 2

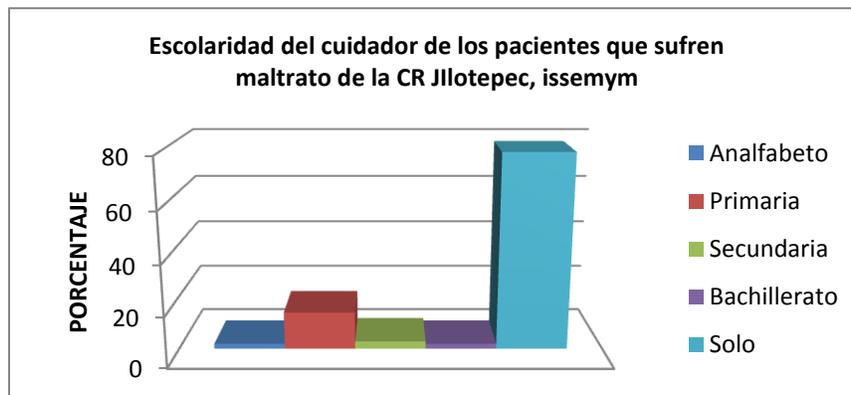


Fuente: n= 100

3.4 Escolaridad del cuidador

78% (78) de los pacientes se cuida solo como se observa en la gráfica 3.

Gráfica 3



Fuente: n= 100

3.5 Género del cuidador

78% (78) de los pacientes no cuenta con cuidador como se observa en la tabla 1.

Tabla 1		
Género del cuidador de los pacientes con presencia de maltrato de CR Jilotepec issemym		
Género cuidador	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	22	22.0
Solo	78	78.0

Fuente: n=100

3.6 Presencia de enfermedad

83% (83) de los pacientes si presenta enfermedad como se observa en la tabla 2

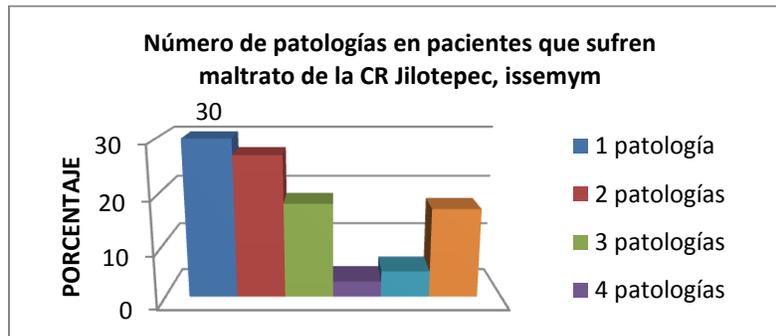
Tabla 2		
Presencia de enfermedad en los pacientes con maltrato de CR Jilotepec issemym		
Presenta enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Si	83	83.0
No	17	17.0

Fuente: n=100

3.7 Número de patologías

30% (30) de los pacientes presenta 1 patología como se observa en la gráfica 4.

Gráfica 4



Fuente: n= 100

3.8 Necesidad de cuidador

76% (76) de los pacientes necesita de cuidador como se observa en la tabla 3.

Tabla 3		
Necesidad de cuidador en los pacientes con maltrato de CR Jilotepec issemym		
Necesita cuidador	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	24.0
No	76	76.0

Fuente: n=100

3.9 Parentesco del cuidador

77% (77) de los pacientes no tiene cuidador como se observa en la tabla 4.

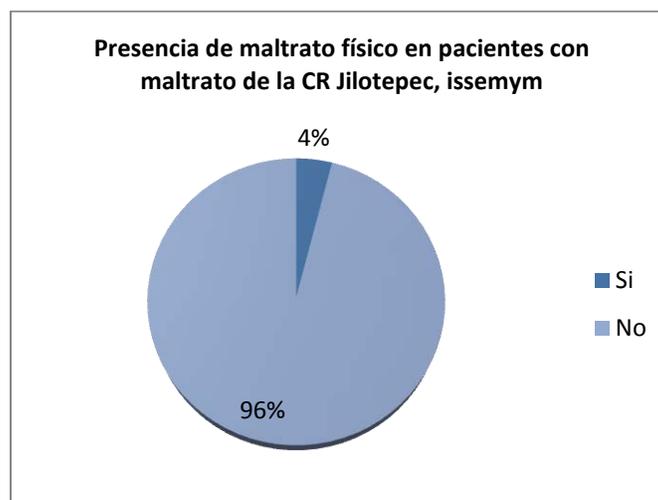
Tabla 4		
Parentesco del cuidador en los pacientes con maltrato de CR Jilotepec issemym		
Parentesco del cuidador	Frecuencia	Porcentaje
Cónyuge	16	16.0
Hija	4	4.0
Nueras	3	3.0
Solo	77	77.0

Fuente: n=100

3.10 Presencia de maltrato físico

4% (4) de los pacientes presenta maltrato físico como se observa en la gráfica 5

Gráfica 5

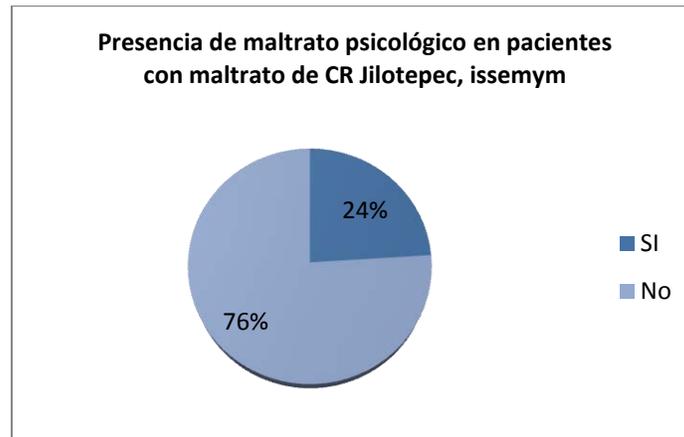


Fuente: n = 100

3.11 Presencia de maltrato psicológico

24% (24) de los pacientes presenta maltrato psicológico como se observa en la gráfica 6.

Gráfica 6

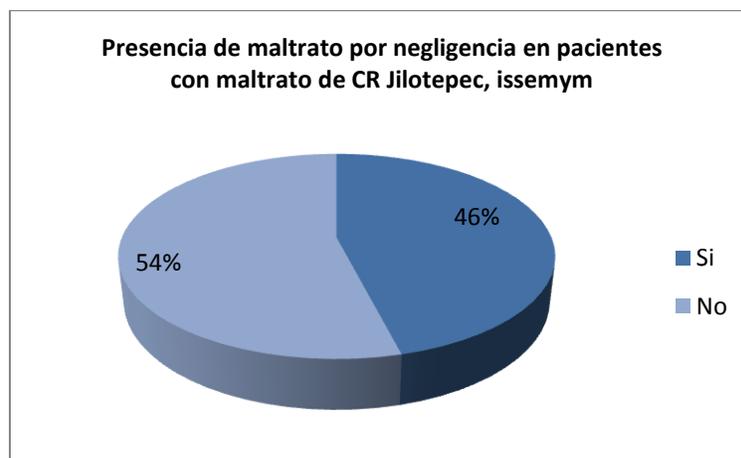


Fuente: n= 100

3.12 Presencia de maltrato por negligencia

46% (46) de los pacientes presenta maltrato por negligencia como se observa en la gráfica 7

Gráfica 7

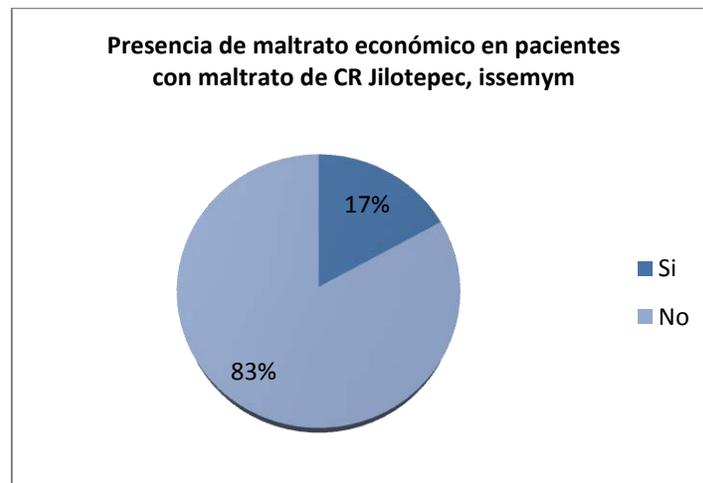


Fuente: n= 100

3.13 Presencia de maltrato económico

17% (17) de los pacientes presenta maltrato económico como se observa en la gráfica 8

Gráfica 8

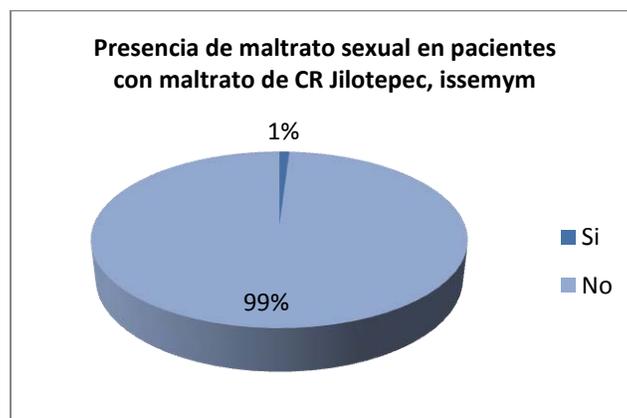


Fuente: n=100

3.14 Presencia de maltrato sexual

1% (1) de los pacientes presenta maltrato sexual como se observa en la gráfica 9.

Gráfica 9



Fuente: n=100

3.15 Familiar agresor

27% (27) de los pacientes son abusados por sus hijos varones como se observa en la tabla 5

Tabla 5		
Familiar agresor de los pacientes con maltrato de CR Jilotepec issemym		
Agresor	Frecuencia	Porcentaje
Hijos	27	27.0
Hijas	13	13.0
Esposo	5	5.0
Otro familiar	4	4.0
No abusado	51	51.0

Fuente: n=100

3.16 Relación entre el parentesco del cuidador con el tipo de maltrato hacia los adultos mayores

25% de los pacientes sufre de maltrato por negligencia por parte de sus hijos varones, ya que en el resto de los casos los adultos mayores no cuentan con cuidador, como se observa en la tabla 6.

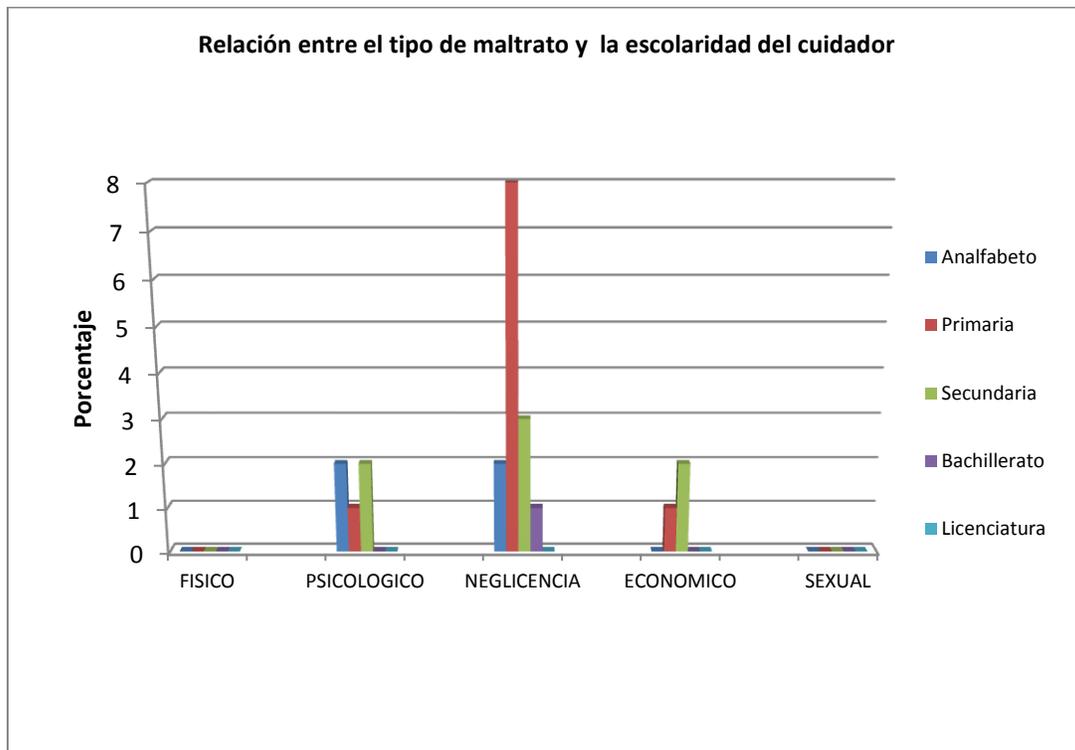
Tabla 6 (cruzada)						
Relación entre el parentesco del cuidador con el tipo de maltrato hacia los adultos mayores de CR Jilotepec issemym						
Tipo de maltrato	Quien agrede					
	Hijos	Hijas	Esposo	Esposa	Otro familiar	Otra persona
Físico	0	0	4	0	0	0
Psicológico	12	4	4	0	4	0
Negligencia	25	13	5	0	2	0
Económico	12	2	3	0	0	0
Sexual	0	0	1	0	0	0

Fuente: n=100

3. 17 Relación entre el tipo de maltrato hacia los adultos mayores y la escolaridad del cuidador

8% de los cuidadores que causan maltrato por negligencia a los adultos mayores de CR Jilotepec cuentan con escolaridad primaria, como se observa en la gráfica 10

Gráfica 10



Fuente: n=100

3.18 Relación entre la escolaridad del adulto mayor maltratado y el tipo de maltrato

18% de los adultos mayores maltratados por negligencia son analfabetas, 12% de los adultos mayores que sufren maltrato psicológico son analfabetas, como se observa en la tabla 7.

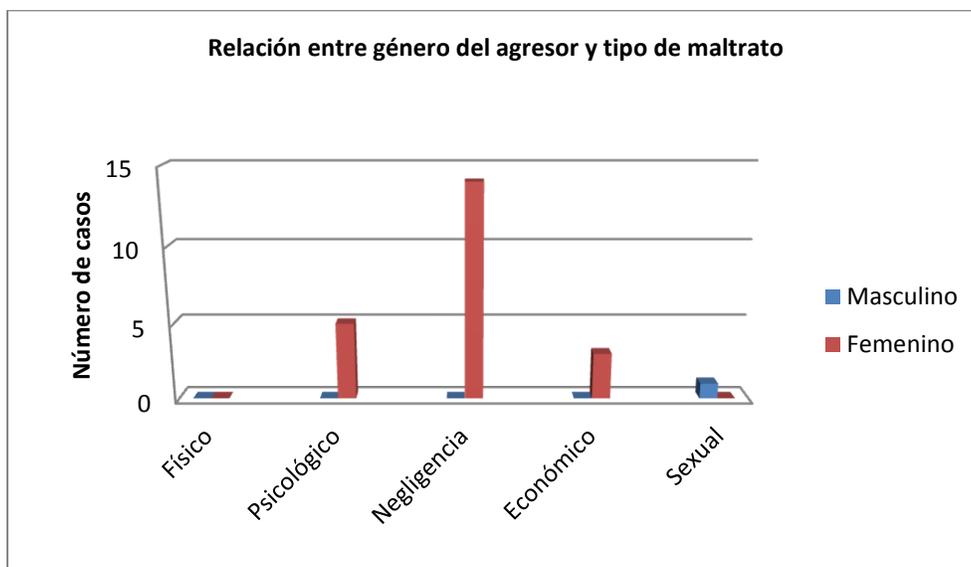
Tabla 7 (cruzada) Relación entre la escolaridad del adulto mayor de CR Jilotepec issemym y el tipo de maltrato que sufre					
Tipo de maltrato	Escolaridad				
	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura
Físico	1	3	0	0	0
Psicológico	12	8	3	1	0
Negligencia	18	17	7	2	2
Económico	8	4	2	1	2
Sexual	0	1	0	0	0

Fuente: n=100

3.19 Relación entre el género del agresor y el tipo de maltrato ejercido hacia los adultos mayores de la Clínica Regional Jilotepec

14% de los cuidadores que causan maltrato por negligencia hacia los adultos mayores que si cuentan con cuidador son del género femenino y sólo el 1% de los agresores sexuales son del sexo masculino, como se observa en la gráfica 11.

Gráfica 11



Fuente: n=100

4. Discusión

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 representativa sobre este tema en América Latina. La EMPAM-DF contó con el apoyo financiero del Gobierno del Distrito Federal, a través de un Convenio de Colaboración para el levantamiento de dicha encuesta. Asimismo, contó con el apoyo técnico del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

De los resultados obtenidos se destaca lo siguiente: El género mayormente abusado son las mujeres y que el agresor más común es un integrante de su propia familia, reportó que el 16.6% de los adultos mayores sufren algún tipo de maltrato, siendo el psicológico el más común con 12.2%, seguido del maltrato económico 3.9%, maltrato físico 3.7%, negligencia y abandono 3.5% y abuso sexual 0.9%.

Tomando como referencia estadística la encuesta EMPAM-DF por su importancia y relevancia a nivel Nacional; De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, tenemos que la incidencia de maltrato es extremadamente alta y representativa con una cifra del 92% vs el 16.2%; No se identifica el género más afectado ya que el estudio involucra la misma cantidad de hombres y mujeres, el grado de escolaridad del adulto mayor también influyó en los resultados, coincidentemente ambas investigaciones arrojan que los adultos mayores más agredidos cursaron nivel primaria mostrando 46% en EMPAM-DF Y 35% en la Clínica de Jilotepec y los menos agredidos fueron los que contaban con nivel de escolaridad más alto como maestría 1% y Licenciatura 12% respectivamente.

La ocupación de los adultos mayores en cuestión no dejó de ser importante, ya que los pacientes que se dedican a las labores del hogar, intendentes y empleados fueron los más afectados con cifras del 56%, 15% y 13% respectivamente y los menos afectados fueron los comerciantes y los jubilados con un 4%, 52% menos que los que se dedican a labores domésticas probablemente secundario a la estabilidad económica que tienen y que los hace menos vulnerables y más independientes.

Las características del cuidador fueron básicas para determinar el abuso; La primera, su grado de escolaridad, donde la mayoría contaba con educación primaria (15%) y la minoría, el 2%, bachillerato.

No se reportaron cuidadores del sexo masculino y solo el 22% fueron mujeres ya que el 78% restante refirió no contar con cuidador; La mayoría contó con presencia de comorbilidades (83%),

una patología con el 30%, dos patologías con el 27%, tres con el 18%, cinco con el 5% y 4 con el 3%.

Aunque los resultados nos señalan que 78% de los adultos mayores encuestados no cuentan con cuidador, la realidad es que 76% dicen no necesitarlo y 24% si necesitarlo. Con respecto al parentesco, los cónyuges ocupan el porcentaje más alto dentro de los cuidadores con los 16%, seguidas por las hijas con el 4% y las nueras el 3%; 77% no cuenta con cuidador.

Dentro de los tipos de maltrato y abuso, tenemos que en la Clínica Regional Jilotepec, el tipo de maltrato más frecuente es el de negligencia con un 46% en comparación con el abuso psicológico que arroja la encuesta EMPAM-DF con un 12.2% y el que ocupa el segundo lugar de frecuencia en Jilotepec con el 24% de los encuestados. El abuso económico ocupa el tercer lugar con un 17% y el segundo lugar en la encuesta EMPAM-DF con el 3.9%; El maltrato físico ocupa el cuarto sitio con el 4% de los casos en Jilotepec y el 3.9% en la EMPAM-DF; el abuso sexual ocupa el último lugar de los tipos de maltrato en ambas encuestas, con un 0.9% y el 1% respectivamente, siendo el cónyuge el principal agresor de la paciente geriátrica.

El último rubro y no por eso menos importante es el parentesco con el agresor, donde los hijos, ocupan el 27%, las hijas el 13%, el esposo 5% y otro familiar el 4%, la mayoría no cuenta con familiar agresor.

5. Conclusiones

El médico familiar se enfrenta a un reto fundamental en la violencia intrafamiliar ya que debe identificarla y no sólo eso, también reportarla. Sin embargo, aunque se realice, esto no es llevado a cabo por que los mismos pacientes pueden retirar la denuncia ya que se encontró que el parentesco del agresor en la mayoría de los casos son los hijos.

Además, el médico familiar debe de identificar los factores de riesgo como baja escolaridad y género femenino, pero sin embargo, no es una determinante, ya que existen pacientes con ocupación profesores y padecen de violencia.

Desde el punto de vista se considera importante concientizar a los adultos mayores sobre la necesidad de denunciar si padecen algún tipo de maltrato, procurando respetar sus convicciones pero haciendo énfasis en la morbi-mortalidad que pueden presentar y que se puede evitar para alargar su esperanza de vida, atendiendo los casos detectados, derivándolos a las redes de apoyo con las que se cuente en el municipio y en caso necesario en la entidad, ya que comúnmente la falta de recursos económicos generan la falta de denuncias.

En los pacientes un gran porcentaje mencionó no necesitar cuidador, sin embargo, al padecer una enfermedad esto es impuesto por el núcleo familiar, justificándolo como una necesidad, pero muchas veces enmascarando el maltrato; la edad de pacientes maltratados comienza a los 65 años es por eso importante identificarlo ya que la mayoría presenta comorbilidades y esto puede afectar su calidad de vida ya que existen pacientes con 92 años de vida que son familiar y socialmente más vulnerables a sufrir abusos.

El pronóstico es reservado en estos pacientes, 46% padece violencia por negligencia pero padece de comorbilidades y esto puede influir en su adherencia al tratamiento, sobre todo si no cuentan con los recursos económicos propios ni con redes de apoyo extra familiares para solventar sus padecimientos

17% padece violencia económica, los pacientes siguen siendo económicamente activos y pierden sus ingresos; y su capacidad de independencia a mediano plazo disminuye.

La limitación de este estudio es la ayuda que reciben los pacientes que sufren maltrato porque la mayor parte de los maltratadores tienen lazos consanguíneos con ellos.

Propuestas para solucionar este problema:

1. Enviarlos a psicología
- II. Trabajar en equipo con trabajo social
- III. Realizar grupos de ayuda mutua

Esto tiene como consecuencia las siguientes investigaciones:

1. Características del agresor
2. Violencia intergeneracional

Los objetivos se cumplieron en su totalidad ya que se identifica la incidencia de maltrato en pacientes adultos mayores de la Clínica Regional Jilotepec; se conocen las preguntas de escrutinio que orientan a maltrato en el adulto mayor, registradas en el instrumento usado para realizar esta investigación; se describen los tipos de maltrato que sufren los adultos mayores de la Clínica Regional Jilotepec y se identifican los factores de riesgo para que los adultos mayores sufran maltrato.

2. Referencias

1. Dávila G. (2014). Maltrato en Pacientes Geriátricos. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México
2. Campillo R. (2002). Violencia con el anciano. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 18 No. 4
3. OMS. (17 Nov 2002) Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores.
Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez
4. GER057, CENETEC Detección y Manejo del Maltrato del Adulto Mayor, 3 Oct 2013
Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/...MaltratoAdultoMayor>
5. Edwards, P. (2002). Envejecimiento Activo: un marco político. Revista especializada de geriatría y gerontología, vol. 37, 74-105. Madrid
6. OMS (2008). A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report
Disponible en: <http://www.who.int/ageing/projets/elder-abuse/es/>
7. Giraldo, L (2010). El maltrato de personas adultas mayores: una mirada desde la perspectiva de género. Revista Debate Feminista; Vol. 21 No. 42, p 151-165
8. Inapam. Prevención del Maltrato hacia las Personas Adultas Mayores
9. Giraldo, L (2010). Maltrato de Personas Mayores. Instituto de Geriatria. Institutos Nacionales de Salud. Secretaría de Salud. México. Vol. V No. 2, p 85-91
10. Antología de Prevención de la Violencia y Maltrato en Contra de los Adultos Mayores (2015). Cáritas Bienestar del Adulto Mayor I.A.P.
11. Instituto Gerontológico. Malos tratos. México.
Disponible en: <http://www.igerontologico.com/salud/gerontologia/malos-tratos-6560.htm>
12. Gracia, J (2011). Elder abuse in the family. Some thoughts about the field and its blurred limits. Oñati International Institute for the Sociology of Law. Vol. 1, No. 8. Spain
13. Rodríguez, P(2014). El Paciente Geriátrico en Urgencias. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias para Residentes. España, p 717-724
14. Mora, T (2012). Integridad y Malos Tratos de las Personas Mayores. Servicio Nacional del Adulto Mayor de Chile, p 1 – 51
15. Organización Panamericana de la Salud (2001). Aspectos Clínicos en la Atención a los Adultos Mayores. Manual de Educación Gerontológica para el Personal de Atención Primaria de Salud. Washington, D.C.
16. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2012). Derechos de los Adultos Mayores. México

17. Montoya, V (2006). Teorías de la Violencia Humana. Revista especializada en comunicación, No 53, México
18. Gracia, I (2011). Maltrato hacia las personas mayores. Laboratorio de Sociología Jurídica. Universidad de Zaragoza
19. Macia, M y cols (2013). Factores que Condicionan la Violencia Intrafamiliar al Adulto Mayor. Cuba
20. Bautista-Martínez, S (2012). Prevención y Detección del Maltrato en el Adulto Mayor. Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán. México
21. Ruelas, M (2013). Modelo de Atención Integral en Salud para Adultos Mayores Maltratados. Instituto Nacional de Salud Pública. México
22. Castanedo, C (2014). Sarabia, C. (2013). Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso de envejecimiento. Vol. 04, No. 19. México
23. Servicio Canario de Salud (2002). Guía de Actuación en las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria. Canarias
24. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México
25. Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O (2013). Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor. Instituto de Geriatria y Gerontología. México;13(2):466-74
Disponibile en
https://www.researchgate.net/publication/225306142_Development_and_psychometric_properties_of_the_Geriatric_Mistreatment_Scale
26. Fulmer, T (2007). Evaluación de maltrato y abuso de personas mayores. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing. No. 15
27. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, 2013

3. Anexos

7.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le estamos invitando a participar en un estudio en colaboración con la Universidad Nacional Autónoma de México, para determinar la incidencia de maltrato en el adulto mayor.

La investigación se llama **LA PREVALENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR DE LA CLINICA REGIONAL JILOTEPEC DEL 2014 AL 2015** y se llevará a cabo en el Municipio de Jilotepec por investigadores mexicanos.

Propósito del estudio

El objetivo principal del estudio es conocer si existe maltrato hacia los adultos mayores derechohabientes de la Clínica Regional Jilotepec y de esta manera detectar los diferentes tipos de maltrato en los adultos mayores para buscar alternativas de abordaje.

Procedimiento del estudio

Si usted decide participar, le entregaré un cuestionario de preguntas, se tiene estimado un tiempo no mayor a 15 minutos para contestar las preguntas.

Usted tiene la libertad de no contestar cualquier pregunta que le incomode.

Así mismo, puede interrumpir la entrevista en cualquier momento.

El contenido de la información será confidencial, se guardará en un archivo de seguridad y será utilizado únicamente para fines de investigación.

Posibles Riesgos

Algunas preguntas podrían incomodarle o provocarle pena, Usted tiene la libertad de no contestarlas. Participar en la entrevista no tiene ningún riesgo para usted y su integridad personal estará asegurada ya que el grupo de investigación protegerá toda la información.

Agradecimiento por tiempo y esfuerzo

Las instituciones que apoyan este proyecto le agradecerán el tiempo que Usted emplee para contestar nuestro cuestionario.

Confidencialidad

Sus respuestas permanecerán protegidas bajo el principio de respeto a su integridad como persona. Ninguna información personal será dada a conocer en las publicaciones que se deriven del estudio.

Participación Voluntaria

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene la libertad de no contestar cualquier pregunta. Usted puede abandonar el estudio en el momento que Usted decida.

Personal Responsable

Si Usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio, por favor comuníquese con la Dra. Danyra Hernández Castañeda, a través de una llamada telefónica a los siguientes números: (761) 734-20-00, (761) 734-2542.

Consentimiento

Si le han leído este formato de consentimiento informado, ha tenido la oportunidad de hacer preguntas, y está de acuerdo en formar parte de forma voluntaria en este estudio, por favor hágaselo saber al entrevistador. Se le dará una copia del formato para que usted la conserve.

Nombre y firma del participante: _____

Ficha de Identificación

Edad: _____

Género: masculino femenino

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

4. Integrantes de la familia con quien vive:

Edad	Escolaridad	Ocupación

5. Padece alguna enfermedad crónica:

NO

SI

Cuál: _____

6. Necesita de alguien que le ayude con la toma de sus medicamentos o con los cuidados de su enfermedad:

NO

SI

Cuidador: _____

7.2 Instrumento: Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor

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"/>	<input type="checkbox"/>
2 ¿Le han dado puñetazos o patadas?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿Le han aventado algún objeto?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
9 ¿Le han hecho sentir miedo?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
11 ¿Le han prohibido salir o que la visiten?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
14 ¿Le han negado protección cuando la necesita?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
17 ¿Le han quitado su dinero?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total	<input type="checkbox"/> / 22			Maltrato: Si (1) No (0)	

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

7.3 Cronograma

Etapa de planeación(trimestral)	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Etapa de planeación de proyecto	X	X										
Elaboración de marco teórico	X	X	X									
Material y métodos	X	X										
Registro y autorización de proyecto		X										
Etapa de ejecución del proyecto		X	X									
Recolección de datos			X	X								
Almacenamiento de datos					X	X						
Análisis de datos							X	X	X			
Discusión de los resultados										X		
Conclusiones del estudio										X		
Integración y revisión final										X		
Autorizaciones										X		
Impresión del trabajo final											X	