



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARÍA DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**GRADO DE DEPENDENCIA Y MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR
ADSCRITOS A LA UMF 04 AVALOS DE CHIHUAHUA.**

T E S I S

Tesis para optar por el grado de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Ada Iveth Alaniz Hernández

ASESOR:

Dra. Miriam Haideé Mendoza Gutiérrez

ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. René Alberto Gameros Gardea



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.

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **802** con número de registro **13 CI 08 037 150** ante COFEPRIS

U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA **06/07/2016**

DRA. ADA IVETH ALANIZ HERNANDEZ

P R E S E N T E

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

GRADO DE DEPENDENCIA Y MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR ADSCRITOS A LA UMF 04 AVALOS DE 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-2016-802-31

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRÉS JUAREZ AHUMADA

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

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Grado de dependencia y maltrato en el adulto mayor adscritos a la UMF 04 Avalos de Chihuahua.

Dr. Humberto Campos Favela

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional
Delegación Chihuahua



Vo.Bo.

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Delegación Chihuahua



Vo.Bo.

Dra. Ana Marlen Rivas Gómez

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 33



Vo.Bo.

Dra. Nayeli Limón García

Profesora titular del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos
Generales del IMSS

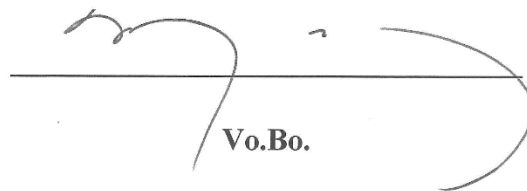


Vo.Bo.

Grado de dependencia y maltrato en el adulto mayor adscritos a la UMF 04 Avalos
de Chihuahua.

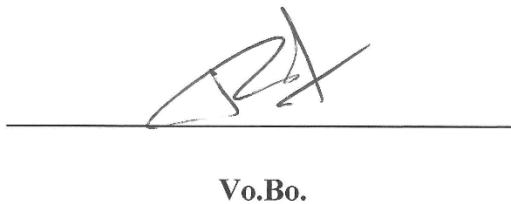
ASESORES

Dra. Miriam Haideé Mendoza Gutiérrez
Medico de base UMF No. 33 Chihuahua.



Vo.Bo.

Dr. René Alberto Gámeros Gardea
Especialista en Alergia e Inmunología Clínica



Vo.Bo.

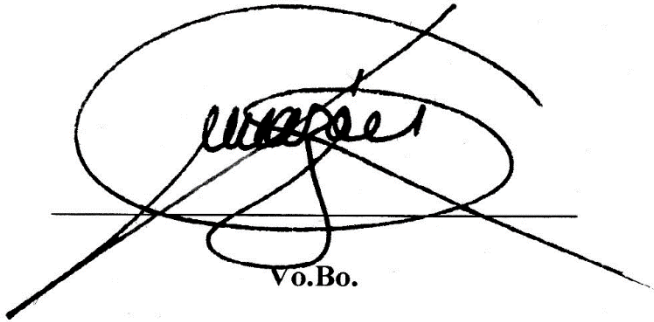
Grado de dependencia y maltrato en el adulto mayor adscritos a la UMF 04 Avalos de Chihuahua.

Dr. Juan José Mazón Ramírez

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



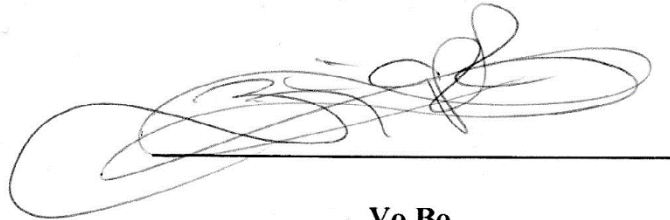
Vo.Bo.

Dr. Geovani López Ortíz

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



Vo.Bo.

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



Vo.Bo.

AGRADECIMIENTO

A mi esposo, a mis hijos, a mi familia, a mis amigos, a mis compañeros: ***Reunirse es el comienzo; mantenerse juntos es el progreso; trabajar juntos es el éxito.***

Henry Ford

INDICE

I.RESUMEN.....	9
II.MARCO TEORICO.....	10
III.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
IV.JUSTIFICACIÓN.....	36
V.OBJETIVO.....	38
VI.HIPOTESIS.....	38
VII.METODOLOGÍA.....	39
VIII.CRITERIOS SELECCIÓN.....	39
IX. OPERACIONALIZACIÓN VARIABLES.....	40
X. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	43
XI. ANÁLISIS ESTADISTICO.....	43
XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	44
XIII. METODOLOGÍA OPERACIONAL.....	46
XIV. RESULTADOS.....	46
XV. DISCUSIÓN.....	48
XVI. CONCLUSIONES.....	52
XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
XVIII. TABLAS, GRÁFICAS Y ANEXOS.....	57

RESUMEN:

GRADO DE DEPENDENCIA Y MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR ADSCRITOS A LA UMF 04 AVALOS DE CHIHUAHUA.

Introducción: el adulto mayor representa un gran impacto en múltiples comorbilidades, que afectan en todo nivel social, económico y sobre todo de salud.

Objetivo: determinar la asociación entre el grado de dependencia y maltrato en el adulto mayor adscrito a la UMF no. 4 de Avalos Chihuahua. **Material y Métodos:**

Estudio transversal, comparativo. Se incluyeron pacientes adultos mayores de la consulta de medicina familiar de la UMF 04, a los cuales se les solicitó llenar unas encuestas de dependencia y maltrato para su posterior análisis de correlación. Se realizó una base de datos donde se registraron los resultados obtenidos en las diversas variables, para posteriormente llevar a cabo el análisis estadístico, obteniendo frecuencias y proporciones. Se calculó el valor de $p < 0.05$ para probar la significancia estadística y para determinar factores de riesgo Razón de Momios de Prevalencia (RMP) e intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** Se estudiaron 348 adultos mayores, 51.1% eran mujeres. 5.5% presentaron maltrato físico, 2.6% maltrato sexual, 21.6% maltrato psicológico, 6.3% maltrato financiero, 4.3% negligencia, abandono 38.5%, presentando 49.4% algún tipo de maltrato, teniendo 27.9% dependencia. Los pacientes que presentan dependencia tienen un 18% de exceso de riesgo de sufrir maltrato. Las mujeres tienen un 44% de exceso de riesgo de sufrir maltrato. Los pacientes sin pareja tienen 2.2 veces riesgo de sufrir maltrato. **Conclusiones:** Se encontró una relación entre la dependencia funcional y ser un adulto mayor maltratado. El padecer una comorbilidad y no contar con una pareja son factores aunados para presentar algún tipo de maltrato.

Palabras clave: dependencia, maltrato, adulto mayor

2. MARCO TEORICO

2.1 INTRODUCCIÓN

El maltrato de las personas mayores por los miembros de la familia se remonta a la antigüedad. Sin embargo, hasta el advenimiento de las iniciativas para afrontar el maltrato de los menores y la violencia doméstica en los últimos 25 años del siglo XX, este tema se consideró como un asunto privado, que no debía ventilarse en público. Considerado inicialmente como un problema de bienestar social y luego como un tema relacionado con el envejecimiento, el maltrato de las personas de edad y otras formas de violencia doméstica se han convertido en cuestiones vinculadas con la salud pública y la justicia penal. Por consiguiente, estas dos disciplinas han determinado, en gran medida, la visión que se tiene del maltrato de las personas mayores, cómo se analiza y de qué manera debe abordarse. El maltrato de las personas mayores se describió por primera vez en 1975 en las revistas científicas británicas empleando el término “*granny battering*”, que podría traducirse como “abuelita golpeada”. Sin embargo, fue el Congreso de los Estados Unidos el primero que abordó el tema en tanto cuestión social y política. Luego lo hicieron los investigadores y los profesionales. Durante los años ochenta se informó de investigaciones científicas y medidas de gobierno en Australia, Canadá, China (la RAE de Hong Kong), Estados Unidos, Noruega y Suecia, y en el decenio siguiente en Argentina, Brasil, Chile, India, Israel, Japón, Reino Unido, Sudáfrica y otros países europeos. (1)

Las investigaciones realizadas hasta ahora demuestran su prevalencia, tanto en el mundo desarrollado como en los países en desarrollo. En ambos, el victimario suele ser conocido por la víctima, y es dentro del contexto familiar y/o en “la unidad donde se proveen los cuidados”, donde ocurren la mayoría de los casos de maltrato. El Plan Internacional de Acción de las Naciones Unidas adoptado por todos los países en Madrid, en abril de 2002, reconoce claramente la importancia del maltrato de las personas mayores y lo pone en el contexto de los Derechos

Humanos Universales. Esta declaración fue diseñada en una reunión de expertos, patrocinada por el Gobierno de Ontario, en Toronto, el 17 de noviembre de 2002:

Maltrato del adulto mayor

“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.” Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión.”

(2)

Dependencia del adulto mayor

En el proceso de envejecimiento se debilita la función física y cognoscitiva o sensorial, y esto puede conducir al deterioro de las capacidades funcionales. La dependencia funcional se ha definido como el desempeño de las tareas de cuidado personal con supervisión, dirección o asistencia personal activa. Usualmente, se puede referir a las actividades básicas de la vida diaria (AVD): caminar dentro del hogar, comer, bañarse, acostarse y levantarse de la cama, así como usar el sanitario. La dependencia funcional puede ser consecuencia de la presencia de alguna enfermedad o un proceso degenerativo, que de ser lo suficientemente graves o duraderos, afectan una o varias partes del organismo provocando la alteración del funcionamiento normal y con ello la incapacidad para realizar AVD. Es casi ineludible que con el paso de los años exista mayor posibilidad de sufrir pérdidas de la capacidad funcional. (3)

Uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas. Estos cambios, junto con las enfermedades crónico-degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la dependencia es la

“disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”. Estas definiciones implican que debe haber otra persona que intervenga directamente en el cuidado de la persona dependiente e incluso en la satisfacción de sus necesidades básicas (4)

El desarrollo de modelos etiológicos del problema ha tenido un escaso desarrollo en el contexto internacional. Se hace preciso el desarrollo de teorías explicativas basadas en los conocimientos existentes sobre la violencia familiar y capaz de promover el diseño y puesta en marcha de investigaciones empíricas. Algunas de las hipótesis que pueden plantearse en relación con las posibles causas o factores de riesgo del maltrato a los mayores son las siguientes: La historia de violencia en el ambiente familiar favorece la presencia de violencia con los ancianos ya sea ésta activa o pasiva. Cualquier sujeto débil, dependiente, no capacitado para defenderse tiene más riesgo de sufrir malos tratos o negligencia. Para que alguien maltrate a un anciano u otra persona, debe presentar algún tipo de déficit o alteración de tipo psicológico: deficiencias en su capacidad empática, en su capacidad de vinculación afectiva, escasa tolerancia a la frustración, inmadurez personal, etc. El anciano tiene más posibilidades de convertirse en una fuente de demandas y exigencias de atención que genere un alto nivel de estrés. Existen pocos métodos formales estandarizados para la identificación del maltrato a los ancianos, lo que hace que se trate de un hecho primordialmente observacional: se trata de intentar hallar indicios y de detectar situaciones de riesgo. Para ello, y dado que el maltrato se conforma en el contexto de una familia, habrá que valorar conjuntamente a la presumible víctima, al perpetrador, al ambiente familiar y a la interacción entre ellos. No parece haber información suficiente que confirme plenamente los factores de vulnerabilidad en el propio anciano. Por todo ello, debemos tener en cuenta que a). - todos los ancianos son potenciales víctimas, b). - la tipología y características del perpetrador pueden ser base fundamental para la detección de situaciones de riesgo y c). - una evaluación que se precie sobre un supuesto caso de maltrato debe incluir, además de la víctima, al perpetrador y al ambiente familiar. (5)

El maltrato es un tema que interesa desde el punto de vista del conocimiento de una realidad, la de la vejez, que debe ser comprendida en su totalidad. Son en primer lugar las personas ancianas más desprotegidas quienes pueden salir beneficiadas del conocimiento que se adquiera sobre el tema; también sus familias, que muchas veces son a su vez víctimas de situaciones que no controlan o son personas que experimentan niveles de estrés altos a que les conduce el cuidar en solitario, así como problemas de salud física y psíquica generados por la situación de cuidar, es por ello que se hace importante el estudio de su comportamiento en los más envejecidos, y de esta manera ayudar a establecer estrategias y terapias que ayuden a las familias a hacer frente a situaciones de trato con ancianos dependientes. (6)

2.2 ANTECEDENTES

Lograr que las personas mayores puedan vivir con calidad requiere, necesariamente, que nadie vea vulnerados sus derechos; de ahí parte la importancia de conocer cuál es el comportamiento del fenómeno, en este caso específico en el departamento. Determinar los factores demográficos, sociales y económicos asociados al maltrato al adulto mayor 2012, según región del departamento de Antioquia; con el fin de aportar al análisis de la situación de salud de las personas mayores de 60 años. Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo con fuente secundaria de información, la base de datos “Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor. Departamento de Antioquia, 2012”, con una población de 4.215 registros y cuyos cálculos se expandieron a 654.473 adultos mayores. El 72,8% de adultos del departamento son mujeres, el 53,7% vive en Medellín, seguido por los que habitan en el Área Metropolitana del Valle de Aburra, el 55% sólo cuenta primaria incompleta, el 72,9% pertenece a los estratos socioeconómicos 1 y 2, 45,1% no registraron ingresos en el último mes, el 26,3% tiene riesgo de depresión y 34,4% tienen riesgo de ansiedad. El 3,4% reportó haber sufrido descuido, el 5,0% necesidades afectivas ignoradas, 1,7% reporto algún caso, de agresión física y el 0,4% agresión sexual; por su parte el 1,3%, afirmo haber sufrido maltrato económico; las mujeres fueron en todos los casos las

más agredidas; las variables, estrato socioeconómico, tipo de vivienda, etnia, riesgo de depresión, riesgo de ansiedad y riesgo de deterioro cognitivo al igual que la red de apoyo fueron las que más ayudaron a explicar la presencia de maltrato en los adultos mayores de Medellín y Valle de Aburra. (7)

Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú. Antecedentes: La violencia hacia el adulto mayor es un problema social que ocurre dentro de la familia y que por miedo no es denunciado dificultando el trabajo del personal multi-profesional de salud para la detección, denuncia y prevención de estos casos. Objetivo: Identificar la prevalencia, los tipos de violencia intrafamiliar y su asociación con variables socio demográficas y presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor que vive en la comunidad. Método: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con 369 adultos mayores en el distrito de Breña, Lima – Perú. Se utilizó el instrumento de datos sociodemográficos, Canadian Task Force on the Periodic Health Examination y Escala de Depresión Geriátrica. Para el análisis de los datos se aplicó estadística descriptiva y regresión logística. Resultados: Predominó el sexo femenino, adulto mayor más joven, el estado civil casado y la conformación familiar por el cónyuge. La prevalencia de violencia intrafamiliar fue 79,7% y síntomas depresivos 48,2%. Prevalció la violencia financiera. A la regresión se verificó que aquel que no trabaja tiene mayor chance de sufrir de violencia. Cuanto más son los años de estudio disminuye el riesgo de sufrir de violencia. Asimismo, aquel que no presenta síntomas depresivos no sufre de violencia. Conclusión: Se verificó que el adulto mayor necesita de atención permanente y que el personal de salud debe reconocer síntomas y señales en el adulto mayor que sufre de violencia y que presenta síntomas depresivos ofreciendo información con la importancia de denunciar estos casos favoreciendo un envejecimiento saludable y con calidad. (8)

El Centro Reina Sofía ha realizado la presente investigación con objeto de conocer la situación actual del maltrato contra personas mayores en la familia en España. Se ha elaborado dos cuestionarios estructurados, uno para su pase a personas

mayores y otro para cuidadores. Universo y ámbito de estudio: personas mayores de 64 años, de ambos sexos, residentes en domicilios particulares y cuidadores de personas mayores, de ambos sexos, residentes en domicilios particulares. Muestra y diseño de muestra: 2.401 encuestas a personas mayores de 64 años y 789 encuestas a personas mayores de edad que se dedican al cuidado de ancianos que presentan alguna dependencia (física o intelectual) en mayor o menor medida. Prevalencia del maltrato: El 0,8% de las personas mayores entrevistadas ha sido víctima de maltrato por parte de algún familiar a lo largo del año 2005. Este porcentaje aumenta hasta el 1,5% entre los ancianos dependientes. los ancianos dependientes presentan mayores tasas de todos los tipos de maltrato. La diferencia se hace especialmente evidente en el caso del abuso económico, que es más del cuádruple entre los ancianos que necesitan ayuda (0,9%) que en la muestra general (0,2%). Perfil de la víctima: El porcentaje de mujeres víctimas de maltrato (63,2%) casi dobla al de hombres en esta misma situación (36,8%). Asimismo, al poner en relación el número de casos con la población anciana, la prevalencia de maltrato sigue siendo mayor para las mujeres (0,9%) que para los hombres (0,7%). (9)

Prevalencia del maltrato doméstico en adultos mayores en Cuba. Se realizó estudio descriptivo y retrospectivo de corte transversal con los adultos mayores pertenecientes al Consultorio del Médico de Familia No19 del área de salud "Alcides Pino Bermúdez", municipio Holguín. El universo estuvo conformado por 355 adultos mayores, de los cuales se trabajó con una muestra que representó el 60 % para 213 senescentes. en nuestro estudio de 213 adultos mayores encuestados, 183 refirieron sentirse maltratados para un 86 %. Conclusiones: De los adultos mayores que percibieron maltrato predominaron los del sexo femenino, los comprendidos entre las edades de 60 a 74 años de edad para ambos sexos, con escolaridad primaria y sin vínculo conyugal en las mujeres y con vínculo conyugal en los hombres. Los perfiles de maltrato según orden de frecuencia resultaron: el económico/financiero, el psicológico, la desatención y el físico. (10)

Caracterización del maltrato en ancianos. Servicio de Geriatría, Hospital Universitario Enrique Cabrera, 2012. Objetivo: Caracterizar la percepción del maltrato a personas mayores. Servicio de Geriatría del Hospital Universitario Enrique Cabrera en el año 2012. Método: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con el propósito de caracterizar la percepción de maltrato por gerontes ingresados en el servicio de geriatría del Hospital Enrique Cabrera. Resultados: El maltrato predominó en el sexo femenino y en el grupo de edades de 75- 79 años. El nivel educacional secundario aportó el mayor porcentaje de casos. Se presentó con mayor frecuencia en casados y jubilados, predominando la convivencia con su familia. El maltrato psicológico fue el más frecuente con una actitud indiferente. La comorbilidad fue la que más se asoció al abuso o malos tratos y la mayor percepción se presentó en los perfiles psicológicos y la negligencia. (11)

Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Determinar la prevalencia de la dependencia funcional (DF) de los adultos mayores (AM) que viven en condiciones de pobreza en México, y estimar la asociación entre la DF y las caídas. Material y métodos. Se realizó una encuesta con tres etapas de selección, con estratificación según tipo de localidad (rural o urbana) y con representatividad nacional del padrón de Oportunidades 2006. La población objetivo estuvo conformada por individuos de 70 años y más, beneficiarios del Programa Oportunidades. Resultados. El 30.9% de los AM presentaron DF. Los resultados del modelo de regresión logística estratificado por sexo mostraron que, en el grupo de mujeres, la razón de momios RM para la asociación entre el incremento en el número de caídas y DF fue de 1.25 (IC: 1.13-1.39), y en el grupo de hombres fue de 1.12 (IC:0.97-1.29) (12)

Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Estudio transversal de la información obtenida en la primera vuelta del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) en 2001. La muestra estuvo compuesta por 7171 personas de 60 años o más. Mediante el

análisis de regresión logística multifactorial se analizó la asociación de la dependencia funcional para realizar ABVD y AIVD con los hábitos de vida y los antecedentes personales sociales, familiares y de salud desde la infancia de los participantes. Resultados. La edad promedio fue de $69,4 \pm 7,6$ años (de 60 a 105 años); 53,4% eran mujeres. Los grupos de dependientes para realizar ABVD y AIVD tenían en promedio mayor edad ($P < 0,01$), en él predominaban las mujeres ($P < 0,01$) y había más personas analfabetas y que declararon haber tenido un número significativamente mayor de enfermedades crónicas y haber sufrido dolor con mayor frecuencia en los grupos de personas independientes ($P < 0,01$). Entre los 521 (7,3%) dependientes para realizar ABVD se observó una mayor proporción de personas sin pareja ($P < 0,01$), viudos ($P < 0,01$) y con una peor percepción de su salud que entre los independientes ($P < 0,01$). Seiscientos tres (8,4%) de los entrevistados eran dependientes para realizar AIVD. La mayor edad, padecer de enfermedad cerebrovascular, un mayor número de enfermedades crónicas, síntomas depresivos, deficiencia visual, dolores que limitan sus actividades diarias y tener algún miembro amputado resultaron ser factores significativa e independientemente asociados con la dependencia para realizar AIVD. Un menor número de problemas sociales durante la infancia y menos años de trabajo remunerado estuvieron asociados con una menor dependencia para realizar AIVD. Conclusiones. La dependencia funcional en los adultos mayores está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores determinantes. El conocimiento de estos factores debe contribuir a diseñar programas de salud que permitan identificar a los individuos en riesgo de perder su autonomía e implementar intervenciones dirigidas a detener o revertir ese proceso (13)

Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México). Material y métodos: se realizó un estudio transversal seleccionando aleatoriamente a adultos mayores de 60 años y más adscritos al Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla (Chiapas, México). Mediante una entrevista domiciliaria, se recabó información sobre: características sociodemográficas, función familiar, red social, presencia de

enfermedades, estado cognitivo, función física y violencia familiar. El análisis incluye frecuencias simples, χ^2 , odds ratio (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95% y regresión logística. Resultados se entrevistó a 1.078 adultos mayores. La prevalencia global de violencia familiar fue de 8,1% (IC del 95%, 6,4-9,7). La distribución por tipo de violencia fue la siguiente: física, 3,4%; psicológica, 7%; sexual, 0,6%; y económica, 2,2%. Diversas mediciones estuvieron fuertemente asociadas a la violencia familiar: analfabetismo (OR = 2,15; IC del 95%, 1,26-3,66; $p = 0,005$), dependencia de vivienda (OR = 1,78; IC del 95%, 1,06-2,99; $p = 0,030$), red social disfuncional (OR = 5,98; IC del 95%, 3,56-10,04; $p \leq 0,001$), presencia de alguna enfermedad (OR = 3,96; IC del 95%, 2,35-6,67; $p \leq 0,001$) y dependencia física (OR = 1,66; IC del 95%, 0,99-2,80; $p = 0,055$). Conclusiones este estudio demuestra que la prevalencia de violencia familiar en el medio rural no es despreciable (8,1%). Los factores que se encontraron asociados a este episodio permiten crear un esquema de ayuda al personal que trabaja con adultos mayores, ya sea en el nivel de los servicios sociales o los sanitarios. (14)

Prevalencia de sospecha de maltrato en el adulto mayor y factores vinculados. Objetivo: Determinar la prevalencia sospecha de maltrato y factores vinculados en la unidad de medicina familiar No 64 Se realizó un estudio descriptivo y transversal a 180 adultos mayores, que acudieron a consulta en el periodo del 1 de septiembre al 30 de noviembre del 2012 a la unidad de medicina familiar No 64 en la ciudad de Córdoba Veracruz. Mediante la realización de una encuesta estructurada por características sociodemográficas, escala de sospecha de malos tratos (EASI) y APGAR familiar. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 18. Conclusiones: El maltrato que se presentó con más frecuencia fue el psicológico con 35 casos (72.9%), 7 (14.5%) casos de maltrato por abandono, 4 (8.3%) maltrato financiero y 2 (4.1%) con maltrato físico. Pese a que estadísticamente no se estable una relación, los adultos mayores que presentaron sospecha de maltrato 8 presentaron niveles sociodemográficos más bajos y disfunción familiar, comparado con los pacientes sin sospecha de maltrato. (15)

Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. Método: Se llevó a cabo un estudio transversal entre junio del 2004 y agosto del 2005 con una muestra propositiva de 799 adultos mayores que residían en colonias urbanas, identificadas como de "muy alta" y "alta marginación" en los municipios de Cuernavaca, Chilpancingo, Guadalajara y Culiacán. Un cuestionario dirigido a los adultos mayores fue utilizado para explorar tanto la variable dependiente (auto-reporte de maltrato) como las variables asociadas: características sociodemográficas, estado de salud física y mental, apoyo social y familiar y utilización de servicios de salud. Para el análisis estadístico se emplearon pruebas no paramétricas, así como un modelo multivariado de regresión logística. Resultados: En esta muestra de ancianos, el 23% de las mujeres y el 9% de los hombres reportaron haber sido maltratados como consecuencia de problemas familiares. Conclusión: Los sistemas de salud enfrentan un reto importante en el maltrato del adulto mayor debido, por un lado, al rápido aumento de este grupo poblacional y, por otro, a las carencias de recursos materiales y de recursos humanos especializados. El maltrato hacia los ancianos puede verse exacerbado por el aumento de la violencia social y los cambios en la estructura familiar y roles de género tradicionales. (16)

Maltrato, abandono y negligencia en ancianos de una clínica de medicina familiar y un hospital general de la ciudad de México. Objetivo: Identificar elementos que sugieran maltrato, abandono y negligencia en pacientes ancianos de dos instituciones de salud pública de ciudad de México. Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal, se efectuaron entrevistas a una muestra no probabilística de 100 pacientes entre los meses de febrero y abril de 2008. Fue aplicado el instrumento "Elder Assessment Instrument". Resultados: De los 100 pacientes 61 correspondieron al sexo femenino y 39 al masculino. La edad promedio fue 75 años con promedio de 7.5 años de escolaridad. 85 de los entrevistados vivía con algún familiar y 39 de ellos contaban con un cuidador y de estos en 28 ancianos se trató de un familiar. En 73 ancianos se identificaron evidencias de maltrato,

abandono y negligencia. Conclusiones: El tipo de maltrato que predominó fue de negligencia/abandono; en cuanto al sexo de la víctima fue más frecuente en el femenino. (17)

Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Objetivo. Determinar la prevalencia de dependencia funcional y las enfermedades crónicas que se le asocian. Material y métodos. El estudio se realizó de junio a diciembre de 2004 en el Departamento de Geriátrica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en México, DF. Los datos de las variables se obtuvieron de la información de la encuesta para el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), realizada con base en la Ley de Información Estadística y Geográfica, Capítulo V, Artículo 38. Se incluyó un total de 4 872 personas mayores de 65 años, a quienes se les interrogó sobre ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales (AIVD) de la vida diaria; así como sobre la presencia de enfermedad crónica. Resultados. De los mayores de 65 años, 24% resultó dependiente en AVD y 23% en AIVD. Las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades articular y cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión. Conclusión. La prevalencia de dependencia funcional es alta en los mayores de 65 años. (18)

“Frecuencia De Maltrato En El Adulto Mayor Derechohabiente De La Unidad De Medicina Familiar No. 167 En Zona Metropolitana De Guadalajara, Jalisco”. Objetivo. Determinar la Frecuencia de Maltrato en el Adulto Mayor derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar 167 de zona metropolitana en Guadalajara, Jalisco Metodología. Observacional, Transversal y descriptivo. Pacientes con edad igual o mayor a 65 años, que acudieron a consulta externa de medicina familiar. Se empleó recolección de información con procesamiento estadístico SPSS versión 10 y redacción del mismo. La descripción de las variables categóricas: maltrato, tipos de maltrato; físico, psicológico, sexual, social,

negligencia, genero, estado civil, dependencia económica o física, enfermedad comórbida, necesidad de cuidador. Se realizó con frecuencia simple y porcentaje, la descripción de las variables numéricas. Edad, se realizó con media y desviación estándar para la comparación de las variables se utilizará de acuerdo con X.2 Obteniendo una significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Fueron 324 adultos mayores de 65 años. Lo que correspondió al 35% del total del tamaño muestral calculado. En relación con el maltrato se observó una frecuencia de 36.3 % que si recibieron maltrato y 63.7% no reciben maltrato correspondiendo 100% del total de la muestra. En relación con el tipo de maltrato predomino el psicológico 16.9%, continuo el físico 10.8%, social 5.8%, negligencia 3.4% en un total 117 adultos mayores. La edad es un parámetro indispensable para valorar el maltrato con ello se detectó que el grupo con mayor frecuencia es de 65 – 75 años con un porcentaje de 72.6%. En cuanto al estado civil, predomino el adulto mayor en la viudez, prosiguiendo el casado, soltero y por último el divorciado. En relación de edad con la dependencia, se observó que la dependencia económica es la más frecuente. (19)

2.3 EPIDEMIOLOGIA

El maltrato de las personas mayores es un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza. Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos e incluye el maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; la violencia por razones económicas o materiales; el abandono; la negligencia; y el menoscabo grave de dignidad y la falta de respeto.

El maltrato de las personas mayores es un problema importante de salud pública. Aunque hay poca información sobre el alcance del maltrato en la población de edad avanzada, especialmente en los países en desarrollo, se calcula que 1 de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes.

Probablemente la cifra esté subestimada, puesto que solo se notifica 1 de cada 24 casos de maltrato a personas mayores, en parte porque los afectados suelen tener miedo de informar a sus familiares y amigos o a las autoridades. En consecuencia, es probable que todas las tasas de prevalencia estén subestimadas.

Aunque los datos rigurosos son escasos, un estudio ha aportado estimaciones de la prevalencia de los tipos más frecuentes de maltrato en países de ingresos elevados o medios:

- maltrato físico: 0,2-4,9%
- abuso sexual: 0,04-0,82%
- maltrato psicológico: 0,7-6,3% (basado en criterios liminares sustantivos)
- abuso económico: 1,0-9,2%;
- desatención: 0,2-5,5%.

Los datos sobre el alcance del problema en establecimientos institucionales como hospitales, hogares de ancianos y otros centros asistenciales de largo plazo son escasos. Sin embargo, en una encuesta realizada al personal de hogares de ancianos en los Estados Unidos de América se apunta la posibilidad de que las tasas sean elevadas:

- un 36% había presenciado al menos un incidente de maltrato físico contra un paciente de edad avanzada en el año precedente;
- un 10% había cometido al menos un acto de maltrato físico contra un paciente de edad avanzada;
- un 40% admitió haber maltratado psicológicamente a pacientes.

Más escasos todavía son los datos sobre el maltrato de las personas mayores en establecimientos institucionales de los países en desarrollo.

Un estudio de seguimiento durante 13 años reveló que los ancianos víctimas de maltrato tienen una probabilidad de morir dos veces mayor que aquellos que no refieren maltrato.

En el ámbito mundial, se prevé que el número de casos de maltrato de personas mayores aumente habida cuenta del rápido envejecimiento de la población en muchos países y de la posibilidad de que sus necesidades no puedan atenderse

plenamente por falta de recursos. Se calcula que para el año 2050, la población mundial de mayores de 60 años se habrá duplicado con creces, de 900 millones en 2015 a unos 2000 millones.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que pueden incrementar la posibilidad de que una persona mayor sufra malos tratos se sitúan en el ámbito individual, relacional, comunitario y sociocultural.

Ámbito individual Entre los riesgos se incluyen la mala salud física y mental de la víctima y los trastornos mentales y abuso del alcohol y las sustancias psicotrópicas en el caso del agresor. Entre otros factores individuales que pueden incrementar el riesgo de malos tratos se incluyen el sexo de la víctima y el hecho de compartir vivienda. en algunas culturas en las que las mujeres tienen una condición social inferior, las mujeres de edad tienen mayor riesgo de negligencia y abuso económico, Las mujeres pueden también correr un mayor riesgo de sufrir formas más persistentes y graves de maltrato y lesiones.

Relacionales

Compartir la vivienda es un factor de riesgo para el maltrato de las personas mayores. Está por determinar aún si son los cónyuges o los hijos adultos de las personas mayores quienes más probabilidades tienen de perpetrar los malos tratos. Cuando el agresor depende de la persona mayor (a menudo económicamente) también es mayor el riesgo de malos tratos. En algunos casos, si hay antecedentes de relaciones familiares disfuncionales la situación puede empeorar debido al estrés cuando aumenta la dependencia de la persona mayor. Finalmente, con la incorporación de las mujeres al mundo laboral y la reducción del tiempo que tienen disponible, atender a los parientes mayores puede pasar a ser una carga más pesada que incrementa el riesgo de maltrato.

Comunitarios

El aislamiento social de los cuidadores y de las personas mayores, y la consiguiente falta de apoyo social, es un importante factor de riesgo para el maltrato de las personas mayores por parte de sus cuidadores. Muchas personas

mayores están aisladas por la pérdida de capacidades físicas o mentales, o por la pérdida de amigos y familiares.

Socioculturales

Entre los factores socioculturales que pueden afectar al riesgo de maltrato de las personas mayores se incluyen los siguientes:

- la representación de las personas mayores como frágiles, débiles y dependientes;
- el debilitamiento de los vínculos entre las generaciones de una misma familia;
- los sistemas sucesorios y de derechos de tierras, que afectan a la distribución del poder y de los bienes materiales en las familias;
- la migración de las parejas jóvenes, que dejan a los padres ancianos solos en sociedades en las que tradicionalmente los hijos se han ocupado de cuidar a las personas mayores;
- la falta de fondos para pagar los cuidados.

En los establecimientos institucionales, es más probable que se produzca maltrato si:

- los niveles de la atención sanitaria, los servicios sociales y los centros asistenciales para las personas mayores no son adecuados;
- el personal está mal formado y remunerado, y soporta una carga de trabajo excesiva;
- el entorno físico es deficiente;
- las normas favorecen más los intereses del centro institucional que los de los residentes.

Respuesta de la OMS

La OMS y sus asociados colaboran para prevenir el maltrato de las personas mayores mediante iniciativas que contribuyen a detectar, cuantificar y atajar el problema, incluidas las siguientes:

- recopilar datos sobre el alcance y los tipos de maltrato de las personas mayores en diferentes entornos (a fin de comprender la magnitud y naturaleza del problema en el ámbito mundial);

- elaborar orientaciones para los Estados Miembros y todos los sectores pertinentes con objeto de prevenir el maltrato de las personas mayores y fortalecer las respuestas al problema;
- difundir información a los países y prestar apoyo a las iniciativas nacionales para prevenir el maltrato de las personas mayores;
- colaborar con organismos y organizaciones internacionales para impedir que el problema vaya a más en el ámbito mundial. (20)

En México se tiene una población de 10.1 millones de adultos mayores (según datos del *Censo de población y vivienda 2010*, INEGI); esto es, 10 de cada 100 habitantes tienen 60 años o más, pero, además, este grupo de habitantes sigue posicionado entre los más vulnerables, las leyes que les permitan tener una vida plena siguen siendo escasas. La carencia económica y las enfermedades no son los únicos problemas a los que se enfrenta este sector sino la discriminación e incluso la violencia.

México se encuentra inmerso en un proceso de transición demográfica condicionado por los cambios importantes en las tasas de natalidad y mortalidad que se observaron en el país durante el siglo XX, en especial en el periodo de tiempo comprendido entre los años de 1950 a 1975. En este periodo se registraron tasas de fecundidad superiores al 3.0% anual, las cuales disminuyeron rápidamente en los años siguientes. El resultado de este proceso de transición es que hay menos personas dependientes de cada adulto, lo que puede resultar en una oportunidad para el desarrollo nacional. Sin embargo, en el momento actual también se marca el inicio de un envejecimiento acelerado de la población, que alcanzará su máximo durante la primera mitad de este siglo. Para 2050 se estima que los adultos mayores conformarán cerca de 28.0% de la población.

La ENSANUT 2012 recabó información de 8 874 hombres y mujeres de 60 años o más, que al aplicar los factores de expansión representan a 10 695 704 AM en el país, lo que representó 9.2% de la población estimada del país. Si bien el proceso de envejecimiento demográfico es una realidad nacional, varía en grado en los diferentes estados. Los datos del Censo 2010 muestran que, en el Distrito Federal,

Veracruz y Oaxaca, más de 10% de la población tiene 60 años o más; Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Querétaro, Aguascalientes, Estado de México y Tabasco presentan porcentajes entre 5.0 y 7.0%. Con apenas 4.9% de la población con 60 años o más; Quintana Roo es la entidad con más personas jóvenes.

La ENSANUT 2012 muestra la predominancia femenina entre los AM, con una relación hombre: mujer de 87.6 hombres por cada 100 mujeres; esta relación fue 91.0 para los AM de 60 a 69, y 83.6 para los de 70 y más, grupos para los cuales el Censo 2010 reportó estas relaciones en 89.9 y 83.8, respectivamente.

El estado de salud y dependencia del adulto mayor ha sido evaluado utilizando diferentes escalas que miden la capacidad funcional que tienen las personas para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La medición de este parámetro incluye las capacidades de autocuidado más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, caminar), que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. Otra escala de evaluación se dirige hacia las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que son las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad; incluyen actividades como: usar el teléfono, hacer compras, cocinar, limpiar la casa, utilizar transportes, administrar adecuadamente los medicamentos, etcétera. La ENSANUT 2012 indagó sobre la capacidad que tienen los AM para realizar, sin ayuda, tanto ABVD como AIVD, estimando la prevalencia de ambas condiciones, las cuales se reflejan en el estado de autonomía o dependencia funcional de los adultos mayores.

En el ámbito nacional, más de una cuarta parte de los AM (26.9%) presentó algún grado de discapacidad, es decir, tenía dificultad para realizar al menos una ABVD (caminar, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse). En relación a las AIVD, 24.6% de los AM tenía dificultad para realizar al menos una de las cuatro actividades instrumentales estudiadas (preparación de alimentos, compra de alimentos, administración de medicamentos y manejo de dinero). En ambas condiciones se observa que las prevalencias se incrementan en la medida que

aumenta la edad, y es mayor en las mujeres en comparación con los hombres (29.6 frente a 23.8%, respectivamente para ABVD, y 28.4 frente a 20.3% para las AIVD).

Caídas Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes y contribuyen significativamente a la morbilidad y mortalidad de los AM, comúnmente tienen repercusiones que trascienden la esfera social, psicológica y física, y en particular, contribuyen a limitar la independencia para las actividades de la vida diaria.² La ENSANUT 2012 revela que uno de cada tres AM sufrió una caída en los últimos 12 meses (34.9%). Las mujeres se vieron afectadas con mayor frecuencia (38.1 contra 31.2% para los hombres); en promedio, los AM caen 2.5 veces al año. De aquellos que experimentaron una caída, cerca de 40.0% afirma haber recibido atención médica.

Deterioro visual y auditivo El deterioro sensorial contribuye a limitar la capacidad funcional y en mayor grado cuando coincide con el deterioro visual y auditivo. De los AM, 9.5% informó padecer algún tipo de deterioro auditivo y 11.5% algún grado de deterioro visual, mientras que 3.7% padece ambos. En las dos condiciones se observa un incremento conforme avanza la edad, mayor para los problemas auditivos (3.5% en el grupo de 60.0 a 64.0 y 25.7% en los AM de 80 años o más) que para los visuales (7.2% en el grupo de 60 a 64 y 21.5% en los AM de 80 años o más).

Demencia y deterioro cognitivo Al envejecer ocurren cambios orgánicos y funcionales; de éstos, los que ocurren en el desempeño cognoscitivo se consideran normales siempre que no alteren la funcionalidad del adulto mayor. La demencia afecta principalmente a personas de edad avanzada y ha sido señalada como una prioridad de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es un padecimiento crónico y progresivo, ocasionado por diversas causas que alteran la estructura y funcionamiento cerebral, cuyas principales manifestaciones se expresan como alteraciones en: 1) la memoria y otras funciones cognitivas; 2) la conducta, el afecto y el pensamiento, y 3) la funcionalidad, ocasionando discapacidad y dependencia. Se ha propuesto un

espectro que ubica al envejecimiento cognitivo normal y patológico en los extremos, y en un punto intermedio condiciones tales como el deterioro cognitivo no demencia (DCND) que pudieran corresponder a estados predemenciales. Estas últimas representan situaciones de oportunidad para modificar la historia natural de los mismos. El DCND hace referencia a una condición en la que hay evidencia de deterioro de la memoria y otros dominios cognitivos mayor al esperado para la edad y escolaridad del sujeto, pero sin alteración evidente de su funcionalidad. El tema de las demencias está inserto en tres áreas de atención e investigación prioritaria: la salud mental, el envejecimiento y la discapacidad. Sin embargo, son escasas las publicaciones en relación con su frecuencia en la población mexicana. Entre éstas destacan las provenientes de la Encuesta Nacional sobre Envejecimiento en México (ENASEM) realizada en 2001 y 2003^{4,5} y las correspondientes al Grupo Internacional de Investigación en Demencias 10/66.^{6,7} En la ENSANUT 2012 se encontró una prevalencia para demencia de 7.9%, y para DCND de 7.3%. En ambos casos la frecuencia es mayor en mujeres, sujetos de mayor edad, menor escolaridad y en residentes del área rural. La prevalencia de demencia observada en la ENSANUT 2012 (7.9%) es consistente con la del grupo 10/66 (7.4%) y con la de la ENASEM 2003⁴ (6.1%); también lo es la prevalencia para DCND de la ENSANUT 2012 (7.3%), con la ENASEM 2001 (7.1%), no así con la ENASEM 2003, ni con el grupo 10/66, el cual reportó de otra entidad similar (deterioro cognitivo leve), pero con criterios clínicos más estrictos. (20)

Con el aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas, se ha incrementado la población de Adultos Mayores. Para nuestro sistema de salud, esto representa una oportunidad de mejorar la atención médica en beneficio de los derechohabientes de edad avanzada. Por ello, el IMSS desarrolló el Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS, cuyo objetivo es una atención especializada del Adulto Mayor.

De acuerdo con cifras del INEGI así se distribuye la población de adultos mayores en el estado de Chihuahua

60-64 años	110,170	52,790	57,380
65-69 años	85,781	40,073	45,708
70-74 años	63,482	29,831	33,651
75 años y más	82,520	38,719	43,801

En este grupo de edad, otra situación relevante lo constituye la poca o nula información existente en materia de envejecimiento, tanto de sus patologías como de las necesidades sentidas de este grupo poblacional. Si bien es cierto que se están realizando una serie de investigaciones en diferentes sectores, también lo es la insuficiencia de estas y su falta de aplicabilidad en el país. La Secretaría de Salud en coordinación con la OPS/OMS, está realizando esfuerzos para contar con información veraz, oportuna y representativa, a través de la aplicación de encuestas epidemiológicas o similares, las cuales son específicas para la persona adulta mayor que proporcionen información sobre sus necesidades reales y sentidas.

Mortalidad Las principales causas de mortalidad durante el 2012 fueron: 1) diabetes mellitus tipo 2; 2) enfermedades isquémicas del corazón; 3) tumores malignos; 4) enfermedad cerebrovascular; 5) enfermedad hipertensiva; 6) cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado; 7) enfermedad obstructiva crónica; 8) infecciones de vías respiratorias agudas bajas; 9) nefritis y nefrosis; y, 10)

accidentes. En conjunto, alcanzaron un total de 276,039 defunciones, lo que corresponde al 75.38% de todas las causas.

Al revisar la causa de mortalidad por entidad federativa, es importante señalar que Chihuahua ocupa el primer lugar en el 40% de las 10 primeras causas de mortalidad; siendo éstas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; infecciones de vías respiratorias altas; nefritis y nefrosis; cirrosis y otras enfermedades del hígado.

Es importante señalar que la cirrosis y otras enfermedades del hígado, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones de las vías respiratorias agudas bajas, nefritis y nefrosis, así como en accidentes, Chihuahua presenta la tasa más alta. (21)

A partir de las estadísticas vitales se pueden analizar las muertes por causa violenta. En 2009, en México se registraron 564,673 defunciones, de las cuales 67,409 (11.8%) fueron accidentales y violentas. De las defunciones accidentales y violentas, 58.5% corresponde a accidentes, 29.4% a homicidios, 7.7% a suicidios y 4.3% de los casos se ignora la causa de muerte violenta. La tasa de mortalidad por homicidio es un indicador que nos puede aproximar al fenómeno del maltrato, aunque no represente la magnitud del problema. En este sentido, la tasa ajustada por edad de mortalidad por homicidio para personas con 60 y más años en 2009 fue de 13.4 por 100,000 habitantes, es decir, cerca de 1,216 personas de este grupo de edad mueren por homicidio cada año en México, de los cuales 39.9% tienen lugar en el hogar, 36.5% en la vía pública y 11.2% en otros espacios. Las estimaciones encontradas en otros estudios en población no mexicana sugieren que un miembro de la familia comete 30% de las muertes por homicidio de personas mayores. En México existe una mala declaración o registro de información en las estadísticas vitales, lo que conlleva a una subestimación en la medición de los homicidios y más grave aún, en el registro de la condición de violencia familiar que especifica si existió violencia familiar o violencia no familiar cuando fue un homicidio. Según los datos, sólo 1.2% de los homicidios de personas mayores son con violencia familiar, 7.4% con violencia no familiar –en

donde pueden estar implicados los cuidadores— y 91.4% no se encuentra especificado, puede ser que las formas insidiosas de maltrato generalmente pasan desapercibidas. Por otro lado, como se menciona en el primer Informe mundial sobre la violencia y la salud, las tasas probables de maltrato de los ancianos, tanto en los ámbitos comunitarios como institucionales, quizá sean mayores de lo que permiten inferir las estadísticas generales recopiladas por los países sobre los actos de violencia. Las defunciones de las personas mayores, tanto en los ámbitos institucionales como en la comunidad, se atribuyen muchas veces a causas naturales, accidentes o motivos indeterminados, cuando en realidad pueden ser consecuencia del maltrato o el descuido. En los casos de muertes por accidentes, en donde la intención no está determinada, la población adulta mayor presenta la tasa más alta por esta causa de muerte y una parte de este porcentaje puede ser atribuida a maltrato y de manera específica a negligencia o descuido. México presenta ligeros avances en la investigación, en el reconocimiento clínico y social, así como en el ámbito de la justicia del maltrato de personas mayores. Los principales estudios publicados provienen del área de las ciencias sociales y se evidencia una ausencia de publicaciones del área médica a pesar de que es bastante común que el maltrato de personas mayores se detecte en la práctica clínica. Las publicaciones relacionadas con el tema del maltrato de personas mayores provienen de estudios que han utilizado diversas metodologías para tener una aproximación y comprensión del fenómeno al maltrato en población mexicana, algunos de ellos son locales y con muestras no representativas. Pese a ello, han permitido abrir el camino para la realización de otros estudios a una mayor escala sin alcanzar todavía la realización de investigaciones epidemiológicas de casos y controles, con muestras representativas a nivel nacional o con diseños longitudinales. Existen, sin embargo, estimaciones de la frecuencia del maltrato de personas mayores que viven en México, encontrándose así un rango que oscila entre 8.1 y 18.6%.

El desafío que representa el crecimiento del envejecimiento poblacional en nuestro país requiere del diseño y establecimiento de medidas innovadoras de prevención y control que permitan atender, con esquemas de manejo integrado las

enfermedades de mayor prevalencia en este grupo de edad, así como sus complicaciones. El envejecimiento puede llegar a ser un problema serio, si no se plantean políticas públicas que den respuesta a las demandas de este grupo poblacional; por lo mismo, es indispensable generar la infraestructura necesaria y especializada, para brindar una atención oportuna y de calidad a nuestras personas adultas mayores. Por otro lado, se requiere de personal sensibilizado y debidamente capacitado en los tres niveles de atención, que responda a las demandas cada vez mayores de un México que camina hacia el envejecimiento poblacional (22)

La detección del maltrato de las personas de edad depende de la concienciación, el conocimiento y la comprensión de este problema, así como del reconocimiento de los indicadores y los efectos manifiestos de los malos tratos. Tanto los profesionales como los legos en la materia pueden no detectar los abusos si presuponen que cierto comportamiento o estado físico de una persona de edad se debe únicamente a su edad avanzada o su mala salud. Sin una concienciación al respecto, sólo podrán llamar la atención los casos graves de maltrato. Las personas de edad que son víctimas de malos tratos y no utilizan los servicios médicos o sociales difícilmente pueden hacerse notar. Además, existen barreras psicológicas y de situación a la hora de denunciar que se está siendo víctima de malos tratos. La motivación para ocultar este problema puede derivar del miedo a ser ingresado en una institución o a sufrir represalias, el deseo de proteger al autor de los malos tratos de las consecuencias de sus actos, la sensación de deshonra y de vergüenza y la percepción por parte de la víctima de que los malos tratos son algo normal o merecido. Por último, las personas con impedimentos cognitivos o con poca capacidad de comunicación muchas veces no pueden expresar verbalmente o informar con claridad sobre los incidentes de maltrato.

En entornos más desarrollados se ha elaborado una variedad de respuestas para combatir los distintos tipos de maltrato de las personas de edad, entre las cuales figuran programas de sensibilización del público, legislación nueva, acciones judiciales y programas de intervención y prevención. En algunas zonas menos

desarrolladas se han aplicado respuestas similares, aunque, debido a la limitación de recursos, éstas han sido menos amplias.

En general, las respuestas al maltrato de las personas de edad se han centrado en actividades de sensibilización y comprensión del problema, de promoción del respeto y la dignidad de estas personas y, por lo tanto, de protección de sus derechos.

En algunos países, la concienciación respecto del maltrato de las personas de edad y los cambios en la política social han conducido a la aprobación de legislación nueva que tipifica como delito el maltrato de las personas de edad y aumenta las penas para algunos delitos cometidos contra estas personas. En algunos casos se han aprobado reglamentos y normas de actuación para complementar las leyes estatales y establecer sistemas para su ejecución. En otros países existe por el momento poca o ninguna legislación elaborada específicamente para proteger del maltrato a las personas de edad.

Las consecuencias y los costos financieros y humanos, directos e indirectos, del maltrato de las personas de edad se estiman considerables, si bien todavía no se conocen bien. (23)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Magnitud: de acuerdo con la Secretaría De Salud por medio del SINAVE el reporte del Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010, Según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la población de la tercera edad (mayor de 60 años), se mantendrá en continuo crecimiento, aumentando 76.3% de 2000 a 2015, 83.3% en los tres lustros siguientes y 63.2 % en los últimos dos decenios. Así, el número de los adultos mayores del país más que se cuadruplicarán al pasar de 6.7 millones en 2000 a 36.5 millones en 2050. Respecto a los casos de violencia familiar en contra de adultos mayores de 60 años, se identificaron dos tipos principales, sexual y no sexual, en esta última básicamente el agresor es el hijo, presentándose los siguientes porcentajes en nuestro estado: (24)

Mujeres:

- ❖ No sexual por el cónyuge, novio y/o pareja: 52%
- ❖ Sexual por el cónyuge, novio y/o pareja: 16%
- ❖ No sexual por el hijo: 17%
- ❖ No sexual por otro pariente: 28%

Hombres:

- ❖ No sexual por el cónyuge, novio y/o pareja: 4%
- ❖ Sexual por el cónyuge, novio y/o pareja: -----
- ❖ No sexual por el hijo: 1%
- ❖ No sexual por otro pariente: 9%

Trascendencia: El maltrato al anciano cada vez más se está incrementando su número de casos impactando sobre la salud, favoreciendo el incremento de casos de depresión en el anciano y aislamiento, repercutiendo en su calidad de vida. volviéndose un problema social prioritario. Por cada caso que se conoce, en EE.UU. unos de cada 25 viejos son maltratados, Canadá reporta del 1 – 20 %, Inglaterra el 3.2%, en México se calcula en el 35%, en España, en 1999 se reportó

maltrato dentro de las 10 primeras causas de egreso con 10.8%, con prevaecía del 25.9% (25)

Vulnerabilidad: Las estrategias preventivas orientadas a reducir el maltrato de ancianos consisten en servicios de protección y apoyo, programas educativos y la declaración obligatoria de los casos (es decir, la exigencia legal de que los profesionales y demás personas en contacto con ancianos notifiquen los casos sospechosos), aunque se ha cuantificado pocas veces su eficacia. aun así, la identificación de las víctimas y de quienes corren el riesgo de serlo constituye un factor clave de la prevención. (26)

Factibilidad: Este estudio es factible ya que es aplicable al tipo de población y el abordaje es parte fundamental de las actividades diarias de nuestra labor como médicos de familia.

Por todo lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de maltrato en el adulto mayor y su relación con el grado de dependencia en la población derechohabiente de la UMF 04 Avalos de Chihuahua?

IV. JUSTIFICACION

En México, son pocos los estudios que se han realizado sobre el tema del maltrato a personas adultas mayores; sin embargo, los que existen lo han visibilizado y a su vez han propiciado que se reconozca como un problema que afecta de manera directa la calidad de vida y la salud de un número considerable de personas de este grupo de edad. La mayoría de los estudios han mostrado que el maltrato a personas adultas mayores generalmente se produce en el propio hogar, la familia continúa siendo la principal entidad responsable del cuidado y la integración de las personas adultas mayores. Es por ello que no resulta extraño que el maltrato se dé en el ámbito familiar y que los principales responsables sean los familiares más cercanos de la persona adulta mayor. El maltrato a los adultos mayores se convierte en un problema de salud, con un impacto severo en la calidad de vida y que afecta en forma directa su estado psicológico y físico con consecuencias irreparables que presentan los adultos mayores

El cuidado es muy importante en esta etapa de vida, ya que de ello depende la supervivencia y buena calidad de vida del adulto. Sin embargo, los abusos y descuidos hacia estos pacientes repercuten en un descontrol de enfermedades y que a la vez se desarrollen otras. Es alarmante la aparición de un número cada vez mayor de casos de maltrato al adulto mayor, con sus secuelas en aspecto biopsicosocial, y que con ello se incrementa su asistencia para atención a las diferentes unidades del sistema de salud y se vuelven frecuentadores de complicaciones provocadas por los cuidadores.

Valorando los altos costos en los tratamientos que se emplean para corregir los efectos de este maltrato, que son elevados y que van en aumento conforme crece nuestra población adulta, sin poder conocer a fondo la magnitud de este problema de salud, por ello mi interés en conocerlo y con ello intervenir en la detección temprana de factores de riesgo y detener su curso, teniendo como principal

objetivo la prevención rasgo principal del Médico Familiar como actividad prioritaria.

Las consecuencias del maltrato nos hacen reflexionar y buscar nuevas estrategias de prevención, detección y tratamiento, de esta práctica en una forma inicial: contribuyendo al bienestar del paciente y sus familias y sean funcionales, y no represente conflicto para el cuidado del anciano en sus hogares.

El conocer qué porcentaje de nuestra población de adultos mayores se encuentran en riesgo de maltrato, nos da un panorama para planear estrategias para prevenir este problema de salud, y que los adultos mayores se encuentren con mejor calidad de vida biológica, psicológica, y social, y con esto disminuir costos a nuestro sistema de salud, y a su vez realizar nuestra labor como médicos de familia y llegar a mejor control de nuestros adultos mayores.

V. OBJETIVO

Objetivo general.

Determinar la frecuencia de maltrato en el adulto mayor y su relación con el grado de dependencia en la población derechohabiente de la UMF 04 Avalos de Chihuahua

Objetivo específico.

- Clasificar la población de estudio por edad, sexo y comorbilidades: Diabetes, HTAS, insuficiencia renal, cardiopatías, artropatías, secuelas vasculares
- Conocer la frecuencia de maltrato en el adulto mayor adscrito en la UMF 04 Avalos de Chihuahua.
- Clasificar el tipo de maltrato en los adultos mayores adscritos a la UMF 04 Chihuahua.
- Conocer el grado de dependencia del adulto mayor estudiado
- Determinar si hay asociación entre maltrato y dependencia en el adulto mayor.

VI. HIPÓTESIS

La frecuencia de maltrato en el adulto mayor es diferente de la reportada a nivel nacional y tiene relación con el grado de dependencia en la población derechohabiente de la UMF 04 Avalos de Chihuahua.

Nula: La frecuencia de maltrato en el adulto mayor no es diferente de la reportada a nivel nacional y no tiene relación con el grado de dependencia en la población derechohabiente de la UMF 04 Avalos de Chihuahua

VII. METODOLOGÍA

1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, transversal analítica.

2. LUGAR.

Clínica de Medicina Familiar 04 Avalos, Chihuahua.

3. PERSONA.

Pacientes adultos mayores derechohabientes a la consulta de medicina familiar UMF 04 Avalos, Chihuahua.

4. PERIODO.

En un periodo de 6 meses del 1 noviembre del 2016 a 31 mayo 2017.

VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de Inclusión.

1. Todo derechohabiente de la UMF 04 Avalos, Chihuahua adulto mayor de 65 años de edad.
2. Pacientes letrados que sepan leer y escribir.
3. Pacientes sexo indistinto

Criterio de Exclusión:

1. Pacientes que no quiera participar en el estudio.
2. Falta de consentimiento informado.
3. Pacientes con patologías neurológicas o psiquiátricas que alteren el estado cognitivo del paciente y que impidan realizar el trabajo.

Criterios de Eliminación

1. Encuestas incompletas.

IX. OPERACIONALIZACIÓN VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTES

Maltrato:

Definición conceptual: Constituye cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de los derechos fundamentales del individuo de 60 años y más, el cual puede ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional.

Definición operacional: Se determinará en este estudio por el cuestionario para detectar maltrato que se encuentra en la GPC de Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor del IMSS actualización 2013 (anexo 1)

Tipo de variable Cualitativa Nominal

Indicador: sospecha de maltrato, no sospecha de maltrato (anexo 1)

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Dependencia:

Definición Conceptual: estado de las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.

Definición operacional: se determinará el grado de dependencia del adulto mayor en este estudio a través de la aplicación del Índice de Katz (anexo 2)

Tipo de variable Cualitativa Nominal

Indicador: anexo 2

- A. Independiente para alimentarse, transferirse, continencia, ir al baño, vestirse, bañarse.
- B. Independiente para todas, **excepto una** de estas funciones.
- C. Independiente para todo, **excepto bañarse** y una función más.
- D. Independiente para todo, **excepto bañarse, vestirse** y una función adicional.
- E. Independiente para todo, **excepto bañarse, vestirse, ir al baño** y una función más.
- F. Independiente para todo, **excepto bañarse, vestirse, ir al baño, transferirse** una función más.
- G. Dependiente en las seis funciones (todas).
- OTROS. Dependiente en al menos dos funciones, no clasificadas como C, D, E o F.

TERCERAS VARIABLES.

a) Género:

Definición conceptual: División del género humano en dos grupos: hombre o mujer.

Definición operacional: determinado en el momento del estudio por el investigador.

Tipo de variable: Cualitativa dicotómica.

Indicador. Femenino Masculino

b) Estado Civil:

Definición conceptual: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Definición operacional. Para el presente estudio el estado de unión civil será el que manifiesten los pacientes entrevistados.

Tipo de variable Cualitativa Nominal

Indicador: Soltero, Casado, unión libre, Divorciado, Viudo

c) Edad:

Definición conceptual: mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

Definición operacional: Años de vida que tiene el derechohabiente adulto mayor adscrito a la UMF 04 de Chihuahua al momento de la aplicación de la encuesta

Tipo de variable Cuantitativa discreta

Indicador: número de años

Comorbilidad

Definición conceptual: problema de salud de larga duración presentada en una persona con un problema médico ya descrito.

Definición operacional: se tomará para fines de este estudio diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal, complicaciones vasculares, cardiopatías, gonartrosis.

Tipo de variable: cualitativa

Indicador: Diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal, complicaciones vasculares, cardiopatías, gonartrosis.

X. TAMAÑO MÍNIMO DE LA MUESTRA.

Utilizando el paquete estadístico EPIDAT 4.0 de la Xunta de Galicia con un poder de prueba al 80% un nivel de confianza al 95%, 1.0 de efecto de diseño, con una población cautiva de 6876 pacientes y una proporción esperada de 36.3%, con una precisión al 5% el tamaño de muestra requerido es de 338 pacientes. (con una precisión de 7.5 el tamaño sería de 155 pacientes).

Tipo muestreo: Probabilístico.

Tipo de muestra: no aleatorizado, consecutivo por conveniencia

XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó una base de datos donde se registraron los resultados obtenidos en las diversas variables, para llevar a cabo su análisis estadístico usando IBM SPSS Statistics 21.0, obteniendo frecuencias y proporciones. Se realizaron pruebas de normalidad, la descripción de las características clínicas de los pacientes en el estudio por medio de medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas continuas, que cumplieron el supuesto de normal con media y desviación estándar y para aquellas que no cumplieron este supuesto se empleó la mediana y rango intercuartil. En el caso de las variables nominales se realizó por medio de proporciones.

Se calcularon proporciones simples y relativas y sus intervalos de confianza al 95%. Se utilizó la XMH para la determinación de asociación estadísticamente significativa entre variables. Se calculó el valor de p para probar la significancia estadística de las variables a una $\alpha = 0.05$. Se calcularán los factores de riesgo mediante Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%.

XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los procedimientos por realizar están de acuerdo con las normas éticas y reglamentos institucionales, con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores.

De acuerdo con el artículo quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 02 de abril del 2014, esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población. Será sometido a una comisión de ética, ya que, aunque no se interviene directamente en seres humanos, se interviene aspectos de su atención médica. Esta investigación se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Se adapta a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.
- II. Es el método más idóneo para la investigación en este tema.
- III. Existe la seguridad de que no se expondrá a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevará a cabo este protocolo.
- IV. Se contará con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.
- V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VI. La investigación será realizada por profesionales de la salud en una institución médica que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

- VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VIII. Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite.
- IX. Será responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Se protegerá la información obtenida, utilizando para la identificación de los sujetos únicamente las iniciales de su nombre y apellidos; todos los resultados serán utilizados cuando se requieran y cuando sea autorizado. Esta investigación se clasifica como **Riesgo mínimo**, ya que se obtendrá muestra de sangre de los pacientes. El estudio se apega a lo indicado en la Declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 64a Asamblea Fortaleza, Brasil, octubre 2013; solicitándose carta de consentimiento informado a los participantes, que será obtenido por el investigador, al seleccionar de manera consecutiva los casos que acudan al IMS HGR N°1 Chihuahua, Chih., mayores de 65 años.

Debido a la naturaleza de este estudio, no existen riesgos, ni beneficios económicos o de tratamiento para su participación, antes o después del estudio. Los resultados de este estudio ayudarán a obtener información para determinar la prevalencia de demencia y además identificar los factores de riesgo asociados, por lo que ofrecerá el conocimiento y dará el enfoque para realizar intervenciones que permitan idear estrategias para este padecimiento.

XIII. METODOLOGÍA OPERACIONAL.

Se realizó un estudio transversal, observacional, donde se incluyeron pacientes adultos mayores de la consulta externa de la UMF 4, a los cuales se les solicitó llenar unas encuestas de dependencia y maltrato para su posterior análisis de correlación. Se realizó una base de datos donde se registraron los resultados obtenidos en las diversas variables, para posteriormente llevar a cabo el análisis estadístico, obteniendo frecuencias y proporciones. Se calculó el valor de $p < 0.05$ para probar la significancia estadística y para determinar factores de riesgo Razón de Momios de Prevalencia (RMP) e intervalos de confianza al 95%.

XIV. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 348 pacientes adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar #4 de Chihuahua, Chihuahua del IMSS (Ver Tabla 1), de los cuales tienen de 65 a 70 años, (Ver Gráfica 1), 178 (51.1%) pacientes eran mujeres (Ver Gráfica 2), 197 (56.6%) pacientes están unidos (Ver Gráfica 3); al interrogar si cursan con alguna comorbilidad 330 (94.8%) (Ver Tabla 2) dieron una respuesta positiva a alguna de las siguientes comorbilidades interrogadas: 226 (64.9%) pacientes sin DM2, 206 (59.2%) pacientes con HAS, 281 (80.7%) de los pacientes sin IRC, 311 (89.4%) pacientes sin EVC, 257 (73.9%) con artropatías, 277 (79.6%) niegan cardiopatías (ver Tabla 3). Las respuestas al cuestionarios de maltrato se encontraron para la pregunta #1: 329 (94.5%) respondieron no, pregunta # 2: 339 (97.4%) respondieron no , pregunta #3 329 (94.5%) respondieron no, pregunta #4: 302 (86.8%) respondieron no, pregunta #5: 315 (90.5%) respondieron no, pregunta #6: 326 (93.7%) respondieron no, pregunta # 7: 333 (95.7%) respondieron no, pregunta #8: 223 (64.1%) respondieron no, pregunta #9: 310 (89.1%) respondieron no (ver tabla 4). Para maltrato físico 329 ((94.5%) respondieron no, para maltrato sexual 339 (97.4%) respondieron no, para maltrato psicológico 273 (78.4%) respondieron no, para maltrato financiero 326 (93.7%) respondieron no, para negligencia 333 (95.7%) respondieron no, para abandono 214 (61.5%) respondieron no (Ver tabla 5). Del total de los encuestados 176

(50.6%) pacientes presentan algún tipo de maltrato (Ver Grafica 5) y 251 (72.1%) pacientes no tienen dependencia (Ver Grafica 4).

Se realizaron pruebas de normalidad para los resultados cuantitativos (Ver Tabla 7); se encontró que la edad de los pacientes tiene una mediana de 73 años con rangos intercuantilares de 8 años (Ver Gráfica 7).

En el análisis bivariado (Ver Tabla 8 y 9) los pacientes con dependencia parcial tienen un 14% de exceso de riesgo de tener maltrato con intervalos de confianza que van hasta el 44% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que presentan dependencia tienen un 18% de exceso de riesgo de sufrir maltrato con intervalos que van hasta el 89% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Las mujeres tienen un 44% de exceso de riesgo de sufrir maltrato con intervalos que van hasta las 2.2 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes sin pareja tienen 2.2 veces riesgo de sufrir maltrato con intervalos que van hasta las 3.4 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que tienen comorbilidades tienen un 2% de exceso de riesgo para tener maltrato con intervalos que van hasta las 2.6 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa.

XV. DISCUSION.

Los resultados muestran un rango de edad de 65 a 95 años, de estos pacientes encontramos que el sexo más afectado por el maltrato es el femenino (55.7%), el tipo del maltrato que más se reportó en este sexo es el psicológico; (35.7%), después el abandono; (35.7%), físico;(11.2%), económico;(6.12%), sexual (5.1%), y la negligencia; (3.06%). Se reporta el porcentaje de maltrato en el sexo masculino de la siguiente forma: psicológico; (47.43%), económico; (20.5%), negligencia; (15.3%), físico; (10.2%), sexual; (5.12%), abandono; (1.28%). Contar con una pareja es un factor protector para evitar el maltrato en el adulto mayor, se encontró que los adultos mayores sin pareja tienen algún tipo de maltrato; (61.58%), a diferencia de los que cuenta con pareja se reporta un menor porcentaje de maltrato; (42.13%), otro factor que contribuye al maltrato es tener alguna comorbilidad, se reportó que el 94.8% de los pacientes encuestados presentan alguna comorbilidad con relacion al sexo el 97.75% son mujeres y el 91.76% hombres, los pacientes que reportaron alguna comorbilidad y algún tipo de maltrato fue un 94.9%, siendo muy similar el porcentaje (94.8%) a los adultos mayores que tienen alguna comorbilidad pero no reportaron algún tipo de maltrato. La dependencia de las actividades de la vida diaria (AVD) es otro factor que puede contribuir a presentar una mayor exposición al maltrato en el adulto mayor, se reportó un 27.87% de pacientes con un grado de dependencia (cuestionario de Katz para AVD) de los cuales el 61.85% son femeninos y 38.14% masculinos, ésta dependencia se asoció con alguna comorbilidad, se encontró que 28.78% de los pacientes presentan ambos y la relacion entre la dependencia y tener algún tipo de maltrato se reportó en un 53.6% de los pacientes, cabe destacar que de los pacientes que reportaron no tener un grado de dependencia el 49.4% si reportaron un tipo de maltrato.

Resultado similar a los encontrados por otros estudios como Cano S. Sara María y cols; en un estudio trasversal de 4215 adultos mayores valorando su situación de salud y las condiciones de vida en Antioquia, Medellín (7), reporta que el grupo femenino es el más agredido, el tipo de maltrato prevalente es el descuido (3.4%),

esto resulta similar el grupo afectado en nuestro estudio, no así la causa del maltrato ya que el descuido ocupa el segundo lugar (35.7%). Otro estudio de Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú (8), con 369 adultos mayores, predominó la violencia en el sexo femenino, la prevalencia de violencia intrafamiliar fue 79,7% y prevaleció la violencia financiera; en comparación con nuestros resultados es similar en cuanto a la afectación de maltrato hacia el sexo femenino, en cuanto a la presencia de violencia en el adulto mayor se presenta con mayor porcentaje en el estudio referido en comparación con el nuestro que solo fue del 50.57%, el tipo de violencia presentada en nuestro estudio es diferente aquí predomina el maltrato de tipo psicológico. Otro estudio realizado en Centro Reina Sofía para conocer la situación actual del maltrato contra personas mayores en la familia en España durante el 2005 (9), El 0,8% ha sido víctima de maltrato, los ancianos dependientes presentan mayores tasas de maltrato en 1,5%, la prevalencia de maltrato sigue siendo mayor para las mujeres (0,9%) y es más evidente el abuso económico; en nuestro estudio el resultado es similar ya que el grupo de adultos mayores que presentó un porcentaje mayor de maltrato es el que tiene una dependencia funcional esto es un 53.65%, así como el grupo más afectado vuelve a ser el femenino, en caso del tipo de maltrato presentado en nuestros resultados predomina el psicológico, el maltrato económico difiere en porcentajes de acuerdo al sexo, en el grupo femenino ocupa el 4º lugar con un 6.12% pero en el grupo masculino ocupa el 2º lugar con un 20.5%. Otro estudio realizado para valorar la Prevalencia del maltrato doméstico en adultos mayores en Cuba (10), reporta adultos mayores sentirse maltratados para un 86 %, percibieron maltrato predominaron los del sexo femenino y el perfil de maltrato con más frecuencia es el económico/financiero; nuestro estudio no reporta un porcentaje tan elevado de adultos maltratados como en éste estudio (50.57%), es similar nuestro reporte nuevamente en cuanto al predominio en el sexo femenino, mas no en el tipo de maltrato para nuestro estudio se reporta el psicológico. Otro estudio Caracterización del maltrato en ancianos. Servicio de Geriátrica, Hospital Universitario Enrique Cabrera, 2012 (11), El maltrato predominó en el sexo femenino, los adultos con un nivel educativo de secundaria aportó el

mayor porcentaje de casos, se presentó con mayor frecuencia en casados y jubilados, el maltrato psicológico fue el más frecuente, el tener una comorbilidad se asoció más al abuso y predominó el abuso psicológicos y la negligencia; este estudio es igualmente similar al presentarse también en el sexo femenino como grupo predominante, nuestro estudio no midió en nivel educativo, pero la relación en cuanto al estado civil en nuestro estudio se presentó con mayor porcentaje el maltrato en aquellos que no contaban con una pareja (61.58%), en la relación del maltrato con la comorbilidad el porcentaje de maltrato fue mayor (53.3%) siendo similar el resultado al estudio del Hospital Enrique Cabrera, así como el tipo de maltrato predominante es similar en nuestro estudio. Otro estudio de Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla, Chiapas, México (14); La prevalencia violencia familiar fue de 8,1%, por tipo de violencia fue la física, se asoció a la violencia con presencia de alguna enfermedad y dependencia física; este estudio es muy similar al nuestro por la prevalencia de maltrato, como el adulto con una comorbilidad es más propenso a sufrirlo solo el tipo de maltrato cambia, siendo en nuestro estudio el psicológico el predominante. Otro estudio Prevalencia de sospecha de maltrato en el adulto mayor y factores vinculados en la unidad de medicina familiar No 64 en la ciudad de Córdoba Veracruz 2012. (15) reporta que el maltrato que se presentó con más frecuencia fue el psicológico al igual que en nuestro estudio. Otro estudio Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México 2005 (16). En esta muestra de ancianos, el 23% de las mujeres y el 9% de los hombres reportaron haber sido maltratados. Este reporte también es similar por el grupo predominante (grupo femenino) donde se presenta el maltrato. Otro reporte de Maltrato, abandono y negligencia en ancianos de una clínica de medicina familiar y un hospital general de la ciudad de México 2008 (17), concluyó que el tipo de maltrato que predominó fue de negligencia/abandono, en cuanto al sexo de la víctima fue más frecuente el femenino. nuevamente coincide este estudio con el realizado por nosotros al ser más frecuente el maltrato en el sexo femenino, el tipo de maltrato predominante en nuestro estudio como ya se ha mencionado es el psicológico, pero el abandono ocupa 2º lugar en nuestro resultado. Otro estudio de

Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos en el Departamento de Geriátría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en México, DF; 2004 (18); Las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades articular y cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión, la prevalencia de dependencia funcional es alta en los mayores de 65 años. En nuestros resultados observamos igual que las comorbilidades se asocian a la dependencia funcional en un 28.78% y la comorbilidad más frecuente son las artropatías (73.9%). Otro estudio de Frecuencia De Maltrato En El Adulto Mayor Derechohabiente De La Unidad De Medicina Familiar No. 167 En Zona Metropolitana De Guadalajara, Jalisco (19); concluye: En relación con el maltrato se observó una frecuencia de 36.3 % que si recibieron maltrato y 63.7% no reciben maltrato, en relación con el tipo de maltrato predomino el psicológico, en cuanto al estado civil, predomino el adulto mayor en la viudez, en relación con la dependencia, se observó que la económica es la más frecuente. En nuestro estudio el porcentaje de frecuencia en cuanto a recibir maltrato (50.57%) y no recibir (49.3%) es poco el porcentaje diferencial no asi con el estudio de la UMF de Guadalajara que está en una proporción 1:2, es similar en cuanto al tipo de maltrato predominante, en cuanto al estado civil nosotros reportamos más adultos mayores con pareja y en nuestro estudio solo valoramos la dependencia a las actividades de la vida diaria.

XVI. CONCLUSIONES.

Se concluye que el adulto mayor cumple con la hipótesis planteada en cuanto a que si presenta maltrato, de acuerdo con los estudios realizados a nivel nacional hay una variación en los porcentajes obtenidos, , los estudios realizados anteriormente fueron hacia la zona centro y sur del país , no se encuentro un estudio comparativo en la zona norte, tomando en cuenta la variabilidad de las zonas tanto geográfica, cultural y económica presentadas a lo largo del país pudieran ser un factor que incida en el porcentaje de maltrato que se obtuvo, en todos los estudios revisados se reportó al grupo femenino como el más afectado, este resultado es similar en nuestro estudio. Si se encontró una relacion nuestro estudio entre la dependencia funcional y ser un adulto mayor maltratado. El padecer una comorbilidad y no contar con una pareja son factores aunados para presentar algún tipo de maltrato. Cabe destacar que no predomina el maltrato físico como se esperaba al principio del estudio sino el psicológico en primer lugar, después el abandono, el económico, físico, negligencia y por el ultimo el sexual, esto también vario en los otros estudios analizados, pero sin lugar a duda cualquier tipo de maltrato deja una huella profunda en el afectado.

De acuerdo con los resultados es necesario en primer lugar, que el Medico Familiar pueda detectar situaciones o factores que pudieran ser causa de maltrato, al concientizarlo de que pueden presentarse y pasar desapercibidas y capacitándolo para identificarlas, asi mismo continuar con la prevencion primaria por todos los equipos de salud presentes en las unidades familiares (enfermería, trabajo social, etc.) en la prevencion de las comorbididades a una edad más temprana para disminuir las secuelas en el adulto mayor que lo hagan más dependiente, aquel adulto mayor que ya cuente con estos factores dar una educación conjunta con los cuidadores para mejorar sus condiciones en la realización de sus actividades de la vida diaria, asi mismo pacientes que se detecten sin pareja fortalecer las redes de apoyo.

XVII. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi y Rafael Lozano; Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 525 Twenty-third St., NW Washington, D.C. 20037, E.U.A. 2003.
- 2.- Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores; Organización Mundial de la Salud Ginebra. Universidad de Toronto y Universidad Ryerson, Ontario, Canadá. Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez.
- 3.- Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, Téllez-Rojo MM. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud Publica Mex. 2011; 53:26-33.
- 4.- Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Publica. 2007;22(1):1–11.
- 5.- Arzamendi de la Cuesta José Luis; El maltrato de personas mayores. Detección y Prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar. Instituto Vasco de Criminología y Hurkoa Fundazioa. 2006;11
- 6.- Álvarez G. Tamara; Maltrato en el paciente geriátrico hospitalizado. Hospital Provincial General "Camilo Cienfuegos". Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana 2009; 11(2)
- 7.- Cano S. Sara María, Garzón D. María Osley, Cardona A. Doris, Segura C. Ángela; Factores demográficos, sociales y económicos asociados al maltrato en el adulto mayor según región del departamento de Antioquia. Universidad Ces

Facultad De Medicina Grupo De Investigación Observatorio De Salud Pública
Medellín .2013

8.- Silva-Fhon JR, Del Rio-Suarez AD, Motta-Herrera SN, Coelho-Fabricio SC, Partezani-Rodrigues RA. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú. Rev. Fac. Med. 2015; 63(3):367-75

9.- Iborra M. Isabel; Maltrato de personas mayores en la familia en España. Fundación De La Comunitat Valenciana Para El Estudio De La Violencia (Centro Reina Sofía),2008

10.- Ávila-Oliva, Marcia; Ávila-Oliva, Libia; Rodríguez-Oliva, Sara Iris Prevalencia del maltrato doméstico en adultos mayores. Policlínica "Alcides Pino". Holguín. 2009. Ciencias Holguín, vol. XVIII, núm. 1, enero-marzo, 2012, pp. 1-10

11.- Rodríguez P. Lisette, Garcell C. Ana Amelia; Caracterización del maltrato en ancianos. Servicio de Geriátría, Hospital Universitario Enrique Cabrera. GEROINFO. RNPS 2110 ISSN 1816-8450 Vol.9. No.3. 2014

12.- Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, Téllez-Rojo MM. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud Publica Mex 2011; 53:26-33

13.- Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Pública. 2007; 22(1):1–11.

14.- Gómez R Licely Angélica., Rodríguez A. Gabriela, Krug LI. Ernesto; Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México). Revista Española de Geriátría y Gerontología, vol. 42, núm. 1, enero, 2007, pp. 27–34

15.- Aguilar T. Víctor Alberto, Fuentes F. Yolanda, Medel I. Verónica, Reséndiz D. Carmela, Garrido A. María Elena; Prevalencia de sospecha de maltrato en el

adulto mayor y factores vinculados en Unidad de Medicina Familiar No. 61 de Córdoba, Ver. IMSS. Universidad Veracruzana. 2014

16 Ruelas G. Ma. Guadalupe, Salgado De Z. Nelly; Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. Rev Chil Salud Pública 2009; Vol. 13 (2): 90-99

17.- Álvarez Martínez LG, Ponce Rosas ER, Landgrave Ibáñez S, Irigoyen Coria A, Buendía Suárez IA; Maltrato, Abandono Y Negligencia En Ancianos De Una Clínica De Medicina Familiar Y Un Hospital General De La Ciudad De México, Archivos en Medicina Familiar Vol. 11 Núm. 4 octubre-diciembre 2009

18.- Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Publica Mex 2007;49 supl 4: S459-S466

19.- Mora Rojas R; Frecuencia De Maltrato En El Adulto Mayor Derechohabiente De La Unidad De Medicina Familiar No. 167 En Zona Metropolitana De Guadalajara, Jalisco, UNAM. Facultad De Medicina. División De Estudios De Posgrado E Investigación Departamento De Medicina Familiar. Tesis.2010

20.- OMS. Organización Mundial De La Salud. Maltrato de las personas mayores. Nota descriptiva nº 357.octubre de 2015

21.- Manrique E. Betty, López O. Mariana, Acosta C. Isaac, Salinas R. Aarón, Moreno T. Karla, Sosa Ana Luisa, Gutiérrez Luis Miguel, Téllez R. Martha María; Adultos Mayores. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012

22.- Secretaría De Salud. Sistema Nacional de Salud. Programa de Acción Específico. Programa Sectorial de Salud. Atención del Envejecimiento 2013-2018.

23.- Giraldo R. Liliana; El maltrato de las personas de edad. GERIATRIA 270413.indd 230

24.- ONU. El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial Informe del Secretario General.

Consejo Económico y Social. Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Segundo período de sesiones Nueva York, 25 de febrero a 1° de marzo de 2002 Tema 3 del programa provisional. Examen del proyecto de documento final de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento

25.- Secretaría De Salud. Subsecretaría De Prevención Y Promoción De La Salud. Dirección General De Epidemiología.2011

26.- Gómez SC, Álvarez CY. Maltrato a la mujer anciana en el Medio intrafamiliar un secreto bien escondido. Rev. Cubana Med Gen Integr: 2005; 4: 1-14.

27.- González CM. Burjan GI. López SG. Longa GI. Cacho BL. Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. Universidad del país vasco. Lejona Vizcaya España: 2005; 1-6.

28.-Guia De Práctica Clínica: Detección Y Manejo Del Maltrato En Los Adultos Mayores En Primer Nivel De Atención. Evidencias Y Recomendaciones, Catalogo Maestro De Guías De Práctica Clínica IMSS057-78. Consejo De Salubridad General

29.- Rivera M. José Alberto; Aspectos Generales De La Dependencia: Una Visión Global. Derechos Humanos de las Personas De la Tercera Edad. México ante los Desafíos del envejecimiento. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.2013

30.- Álvarez M., Alaiz A.T., Brun E., Cabañeros J.J., Calzón M., Cosío I.; Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método, Aten Primaria, 10 (1992), pp. 812–815

XVIII. TABLAS, GRÁFICAS Y ANEXOS.

Tabla 1

Características Pacientes Adultos Mayores De La UMF 4 Avalos Chihuahua.

Característica	n (%)
EDAD	
65 a 70 años	115 (33)
71 a 79 años	173 (49.7)
80 a 89 años	56 (16.1)
> 89 años	4 (1.1)
SEXO	
Masculino	170 (48.9)
Femenino	178 (51.1)
PAREJA	
Unido	197 (56.6)
No unido	151(43.4)

n= número de pacientes

Tabla 2

Comorbilidades En Adultos Mayores

	n (%)
SI	330 (94.8)
NO	18 (5.2)

n= número de pacientes

Tabla 3
Tipos De Comorbilidades En Adultos Mayores

	n (%)
DM2	
SI	122 (35.1)
NO	226 (64.9)
HAS	
SI	206 (59.2)
NO	142 (40.8)
IRC	
SI	67 (19.3)
NO	281 (80.7)
EVC	
SI	37 (10.6)
NO	311 (89.4)
ARTROPATIAS	
SI	257 (73.9)
NO	91 (26.1)
CARDIOPATIAS	
SI	71 (20.4)
NO	277 (79.6)

DM= Diabetes Mellitus, HAS=Hipertensión Arterial Sistémica, IRC= Insuficiencia Renal Crónica, EVC= Evento Vascular Cerebral, n=número de pacientes

Tabla 4

Detección De Maltrato En Adultos Mayores

	n (%)
1. Alguien en casa le ha hecho daño	
SI	19 (5.5)
NO	329 (94.5)
2. Alguien le ha tocado sin su consentimiento	
SI	9 (2.6)
NO	339 (97.4)
3. Alguien la ha hecho hacer cosas que no quiere hacer	
SI	19 (5.5)
NO	329 (94.5)
4. Alguien ha tomado cosas sin su consentimiento	
SI	46 (13.2)
NO	302 (86.8)
5. Alguien lo ha regañado o amenazado	
SI	33 (9.5)
NO	315 (90.5)
6. Ha firmado algún documento sin haberlo leído o entendido en su contenido	
SI	22 (6.3)
NO	326 (93.7)
7. Le tiene miedo a alguien en casa	
SI	15 (4.3)
NO	333 (95.7)
8. Pasa mucho tiempo solo	
SI	125 (35.9)
NO	223 (64.1)
9. Alguna vez ha dejado alguien de ayudarlo a cuidarse cuando necesita ayuda	
SI	38 (10.9)
NO	310 (89.1)

n= número de pacientes

Tabla 5

Tipo De Maltrato En Adultos Mayores

Característica	n (%)
MALTRATO FISICO	
SI	19, (5.5)
NO	329 (94.5)
MALTRATO SEXUAL	
SI	9, (2.6)
NO	339 (97.4)
MALTRATO PSICOLOGICO	
SI	75 (21.6)
NO	273 (78.4)
MALTRATO FINANCIERO	
SI	22 (6.3)
NO	326 (93.7)
NEGLIGENCIA	
SI	15 (4.3)
NO	333 (95.7)
ABANDONO	
SI	134 (38.5)
NO	214 (61.5)
MALTRATO ADULTO MAYOR	
SI	176 (50.6)
NO	172 (49.4)

n=número de pacientes

Tabla 6

Grado De Dependencia Según El Índice De Katz En Adultos Mayores

Grado de Dependencia	n (%)
Dependencia Parcial	78 (22.4)
Dependencia Total	19 (5.5)
Sin Dependencia	251 (72.1)

n= número de pacientes

Tabla 7

Características Pacientes Adultos Mayores De La UMF 4 Avalos Chihuahua.

Variable	Media, Mediana	DE, RIC	Mínimo	Máximo	p*
Edad	73	8	65	95	<0.001

DE= Desviación Estándar, RIC= Rangos Inter Cuartiles, p= significancia estadística <0.05

Tabla 8

Análisis Bivariado De Factores De Riesgo Con Maltrato En Pacientes Adultos Mayores De La UMF 4 Avalos Chihuahua.

Característica	Con Maltrato n (%)	Sin Maltrato n (%)	RPM	IC 95%	p*
Dependencia					
Si	52 (29.5)	45 (26.2)	1.18	0.74 – 1.89	0.481
No	124 (70.5)	127 (73.8)	1		
Sexo					
Masculino	78 (44.3)	92 (53.5)	1	0.95 – 2.20	0.09
Femenino	98 (55,7)	80 (46.5)	1.44		
Pareja					
Unido	83 (47.2)	114 (66.3)	1	1.43 – 3.40	0.001
No Unido	93 (52.8%)	58 (33.7%)	2.20		
Comorbilidad					
Si	167 (94.9)	163 (94.8)	1.02	0.40 – 2.65	0.960
No	9 (5.1)	9 (5.2)	1		

n= número de pacientes, RPM= Razón de Momios de Prevalencia, IC=Intervalos de Confianza, p= significancia estadística <0.05

Tabla 9

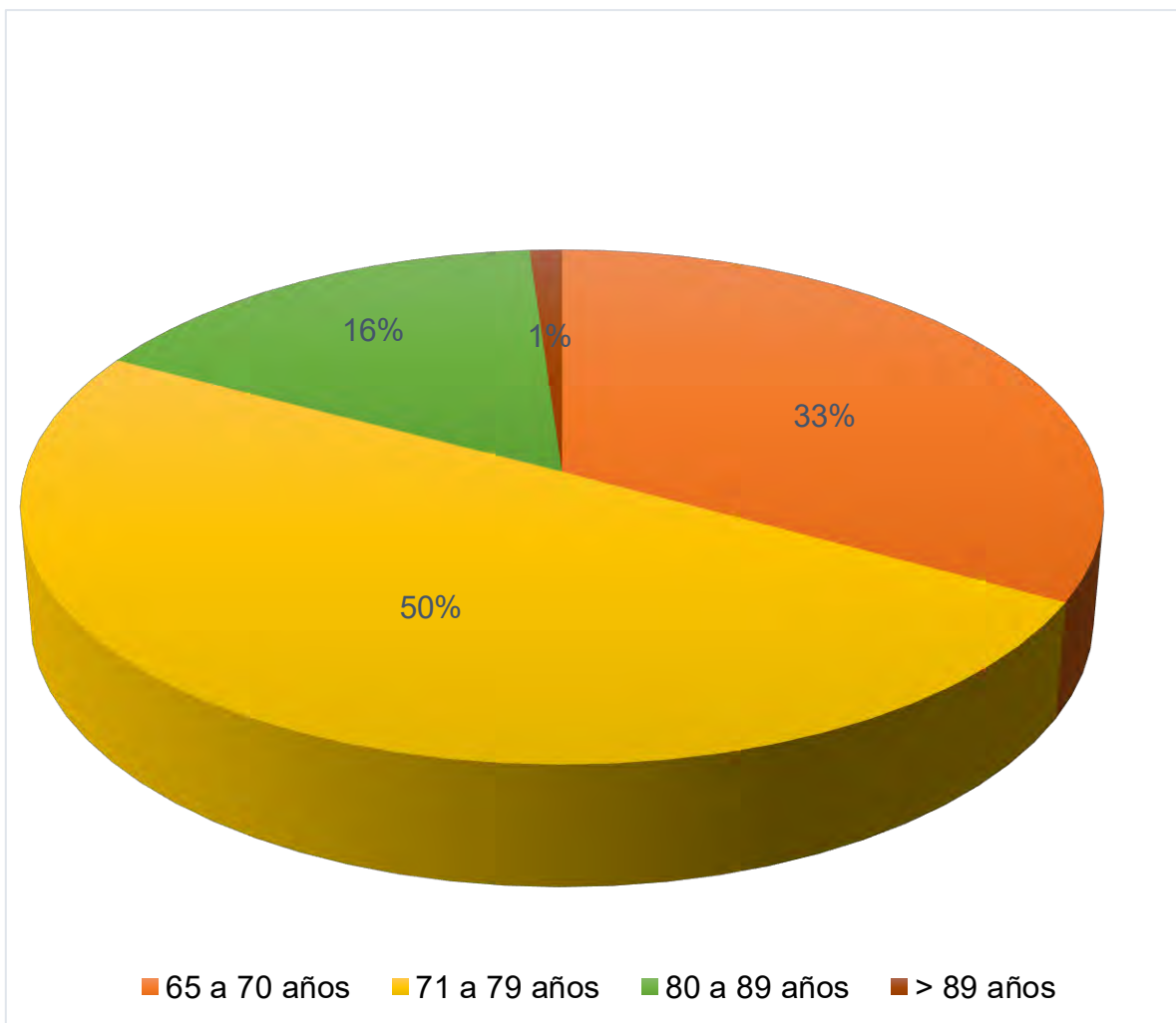
Análisis Bivariado Del Grado De Dependencia Según El Índice De Katz Y El Riesgo De Maltrato En Pacientes Adultos Mayores De La UMF 4 Avalos Chihuahua

Característica	Con Maltrato n (%)	Sin Maltrato n (%)	RPM	IC 95%	p*
Dependencia					
Parcial	44 (25)	34 (19.8)	1.14	0.91 – 1.44	
Totalmente dependiente	8 (4.5)	11 (6.4)	0.85	0.50 – 1.47	0.418
Sin dependencia	124 (70.5)	127 (73.8)	1		

n= número de pacientes, RPM= Razón de Momios de Prevalencia, IC=Intervalos de Confianza, p= significancia estadística <0.05

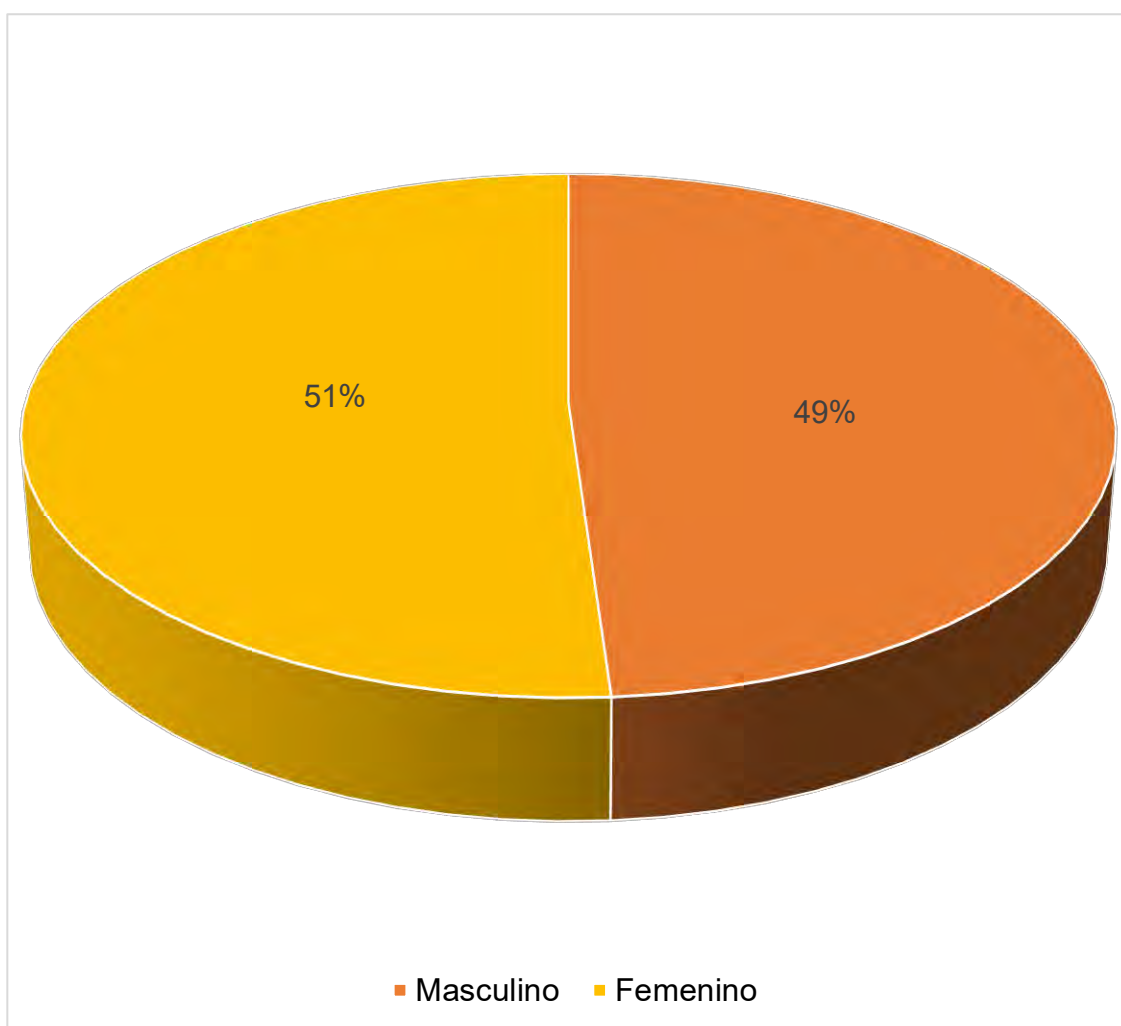
Gráfica 1

Edad De Pacientes Adultos Mayores De La UMF 4 Avalos Chihuahua.



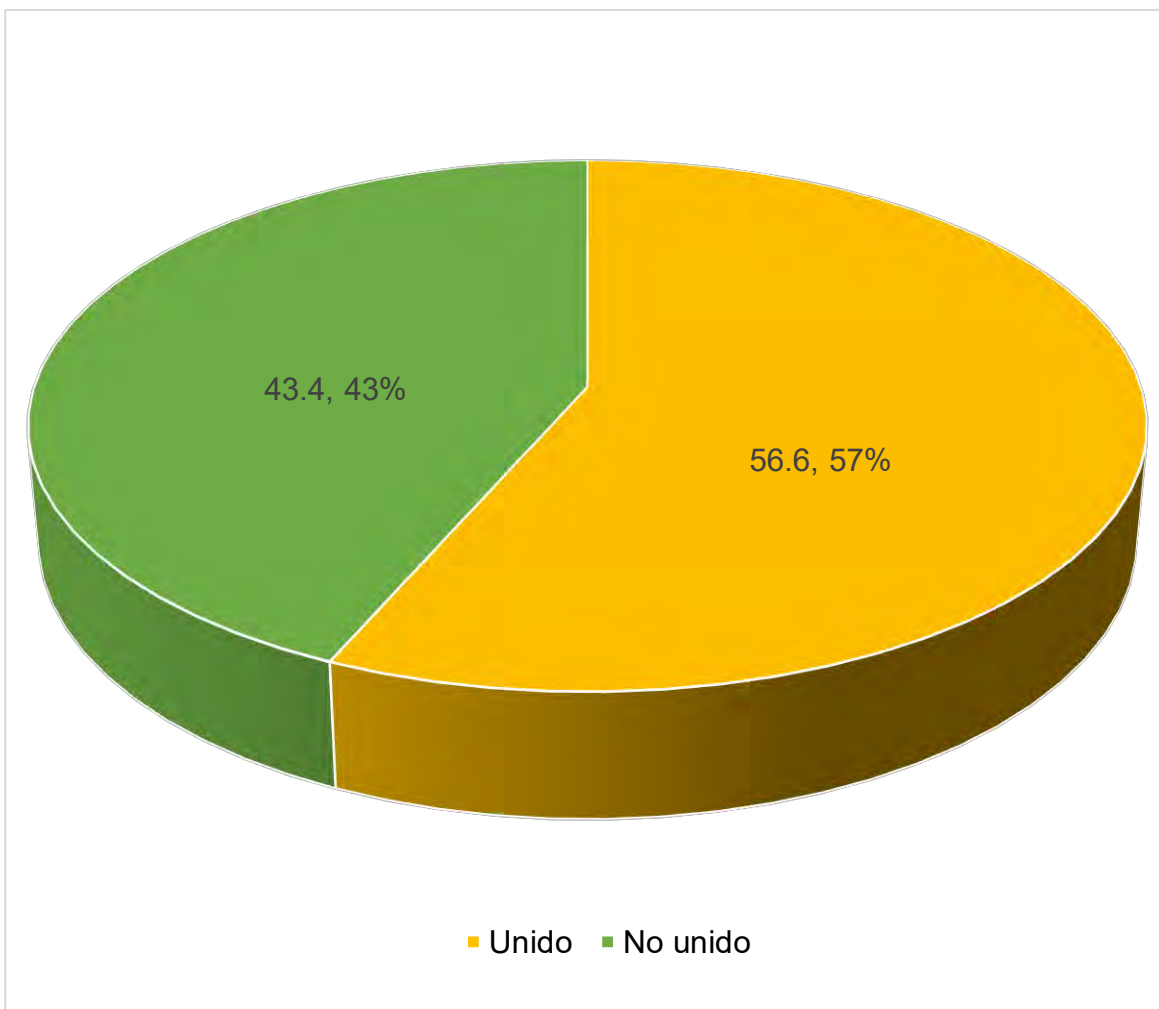
Gráfica 2

Genero De Los Pacientes Adultos Mayores De La UMF 4 Avalos Chihuahua.



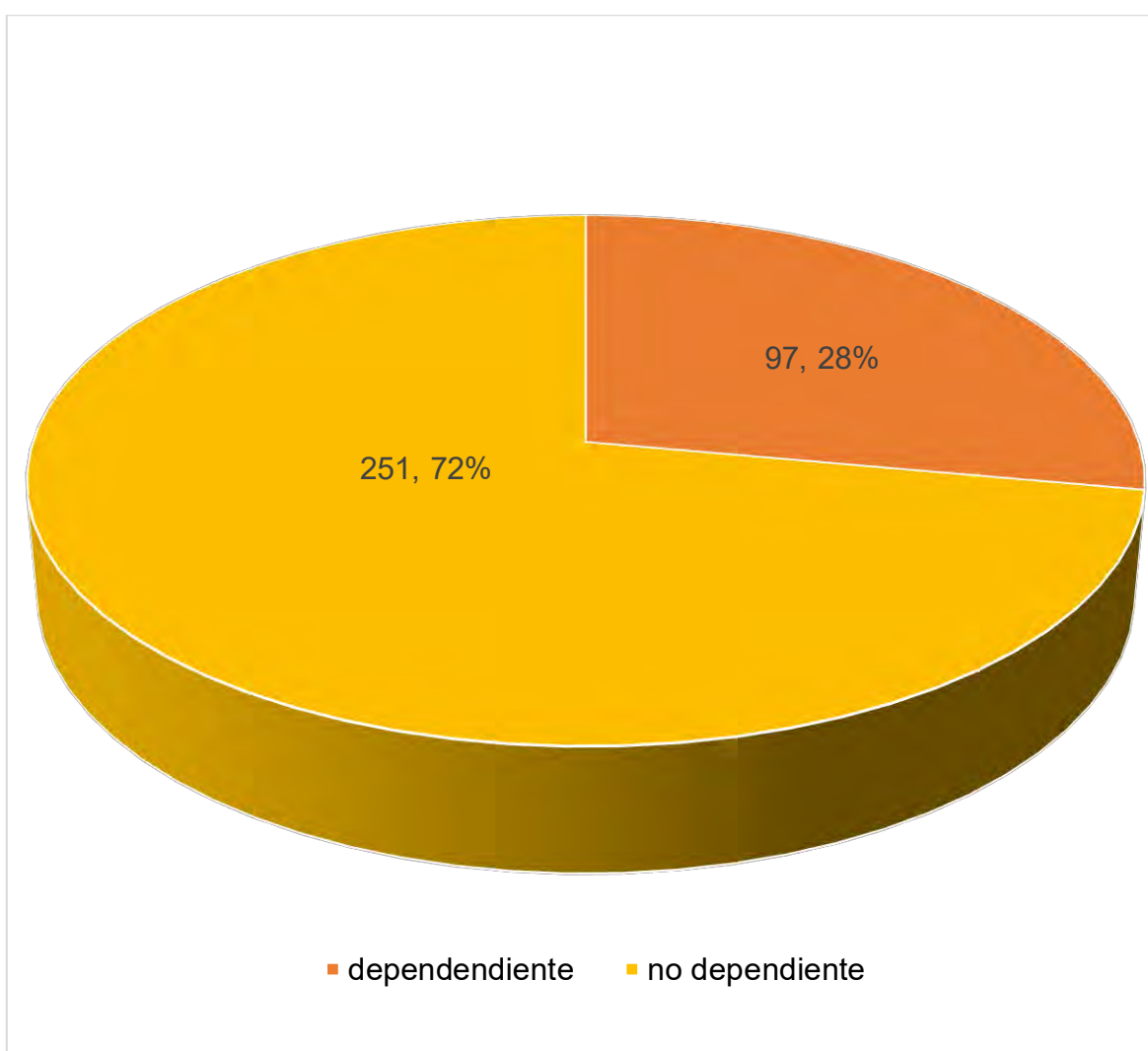
Gráfica 3

Estado Civil En Pacientes Adultos Mayores De La UMF 4 Avalos Chihuahua.



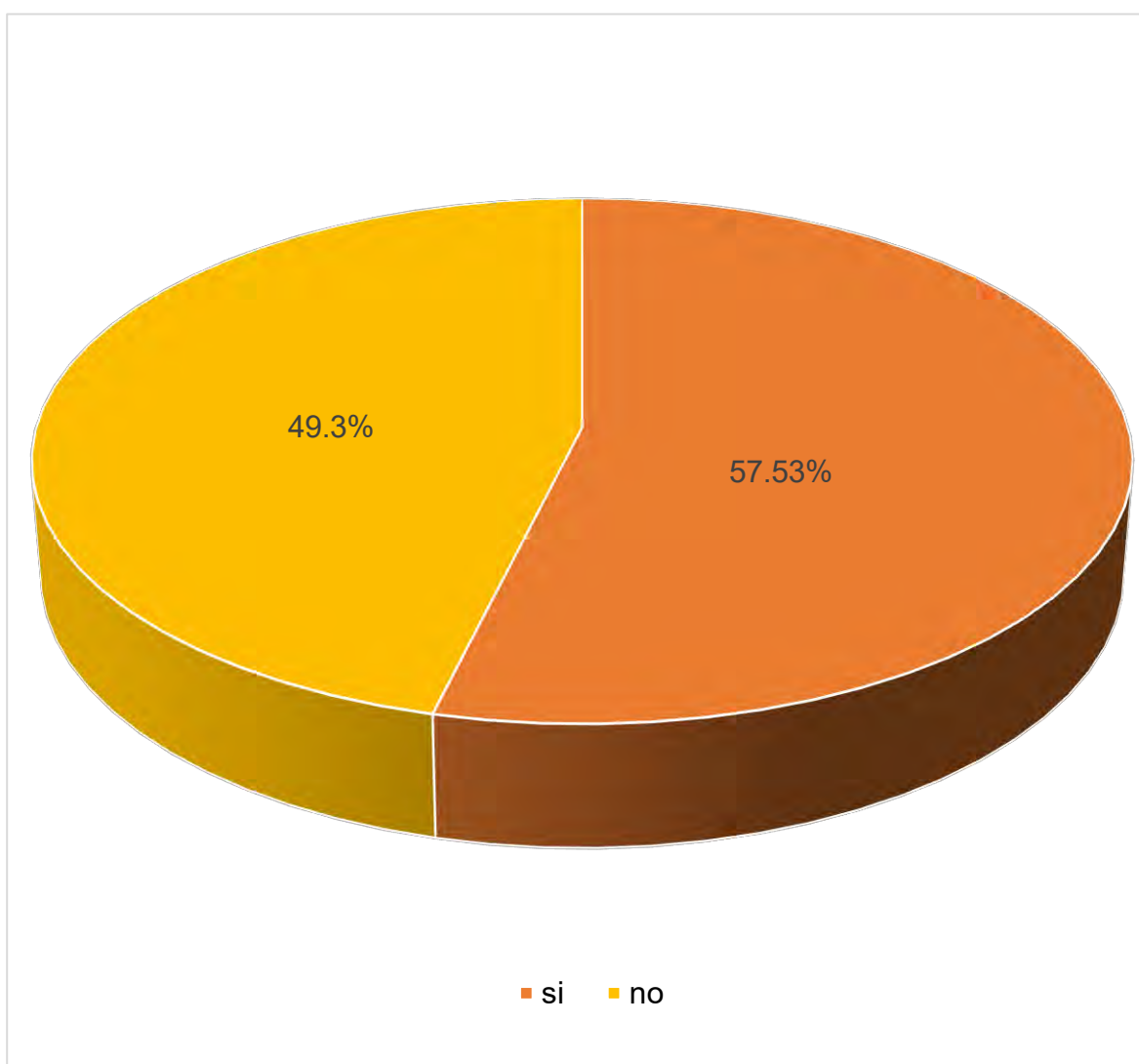
Gráfica 4

Dependencia En Pacientes Adultos Mayores De La UMF 4 Avalos Chihuahua.



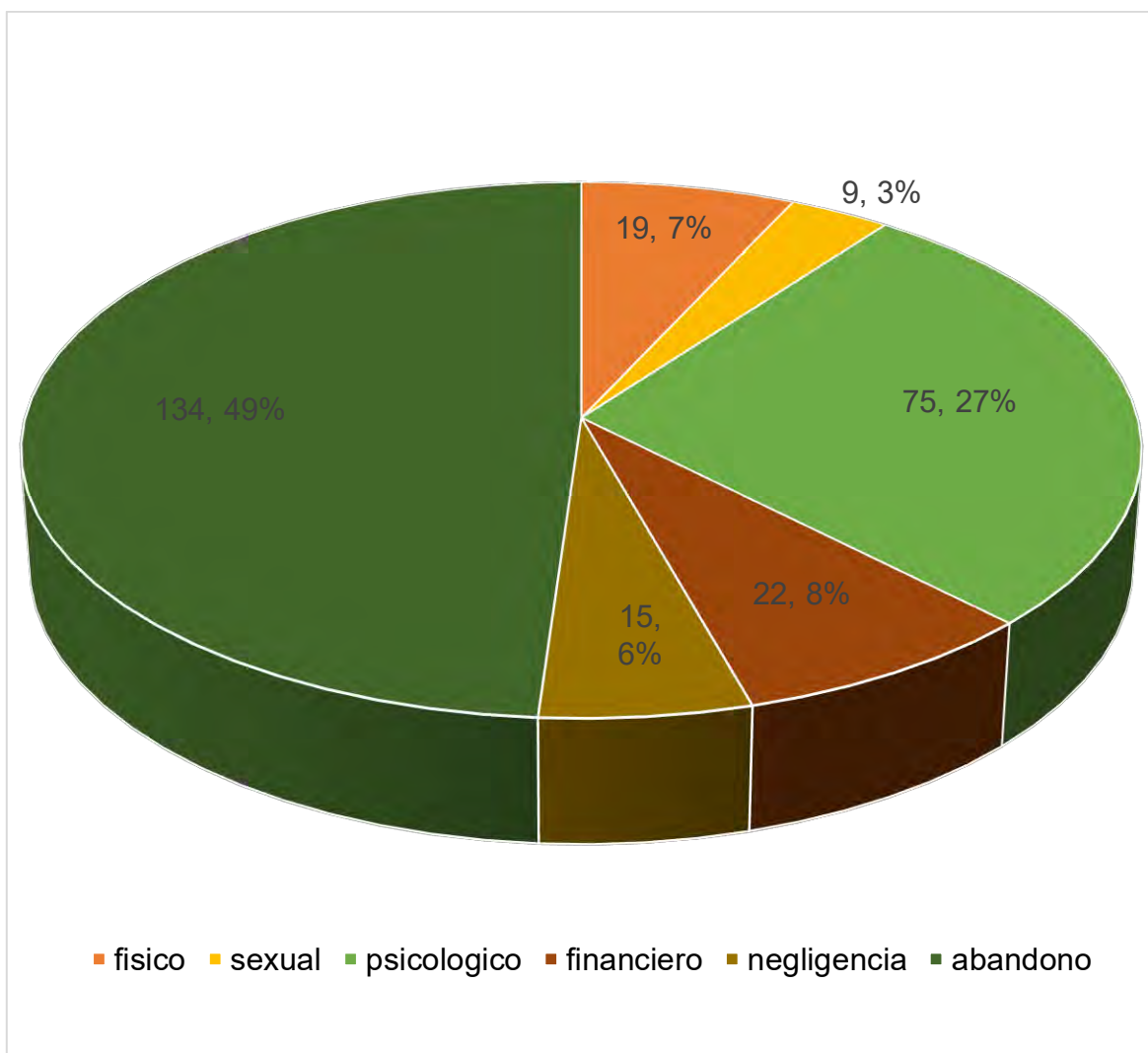
Gráfica 5

Maltrato En Pacientes Adultos Mayores De La UMF 4 Avalos Chihuahua



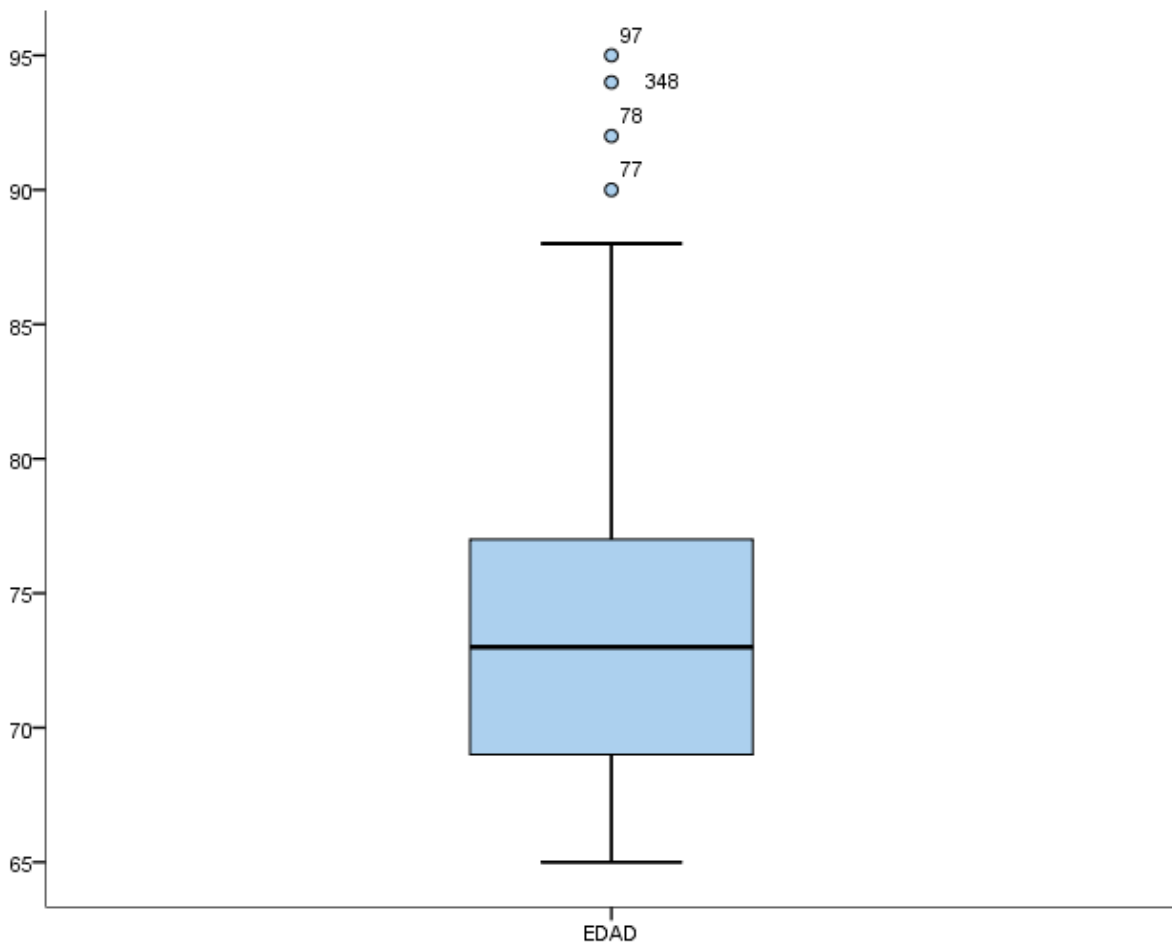
Gráfica 6

Tipos Maltrato En Pacientes Adultos Mayores De La UMF 4 Avalos Chihuahua



Gráfica 7

Edad De Pacientes Adultos Mayores De La UMF 4 Avalos Chihuahua





**GRADO DE DEPENDENCIA Y MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR
ADSCRITOS A LA UMF 04 AVALOS DE CHIHUAHUA.**

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad _____

Género: Masculino _____ Femenino _____

Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Unión
libre _____ Divorciado _____ Viudo _____

Comorbilidad: Diabetes mellitus _____ Hipertensión _____

Insuficiencia renal _____ Secuelas vasculares _____

Artropatías _____ Cardiopatías _____

Dependencia _____ maltrato _____

ANEXO 1

**CUESTIONARIO PARA DETECCION DE MALTRATO EN ADULTO MAYOR
DEACUERDO A LA GPC DE DETECCION Y MANEJO DEL MALTRATO EN EL
ADULTO MAYOR DEL IMSS (25)**

- 1.- ¿Alguien en casa le ha hecho daño?
- 2.- ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?
- 3.- ¿Alguien la ha hecho hacer cosas que no quiere hacer?
- 4.- ¿Alguien ha tomado cosas sin su consentimiento?
- 5.- ¿Alguien lo ha regañado o amenazado?
- 6.- ¿Ha firmado algún documento sin haberlo leído o entendido en su contenido?
- 7.- ¿Le tiene miedo a alguien en casa?
- 8.- ¿Pasa mucho tiempo solo?
- 9.- ¿Alguna vez ha dejado alguien de ayudarlo a cuidarse cuando ha necesitado ayuda? (28)

ANEXO 2

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (INDICE DE KATZ)

1. BAÑO

Independiente: se baña enteramente solo, o bien requiere ayuda solo en alguna zona concreta; ej. Espalda)

Dependiente: necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha

2. VESTIDO

Independiente: coge la ropa y se la pone él solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias)

Dependiente: no se viste por sí mismo, o permanece parcialmente vestido

3. USO DEL WC

Independiente: va al WC solo, se arregla la ropa, se limpia el solo

Dependiente: precisa ayuda para ir al WC y/o para limpiarse

4. MOVILIDAD

Independiente: se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta de una silla él solo, se desplaza solo

Dependiente: necesita ayuda para levantarse y/o acostarse, de la cama y/o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza

5. CONTINENCIA

Independiente: control completo de la micción y defecación

Dependiente: incontinencia parcial o total de la micción o defecación

6. ALIMENTACION

Independiente: come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos)

Dependiente: necesita ayuda para comer, no come solo o requiere

Alimentación enteral

Índices:

A: Independiente para todas las funciones

B: Independiente para todas menos una cualquiera

C: Independiente para todas menos baño y otra cualquiera

D: Independiente para todas menos baño, vestido y otra

Cualquiera

E: Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC y otra cualquiera

F: Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC, Movilidad y otra cualquiera

G: Dependiente en todas las funciones



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **GRADO DE DEPENDENCIA Y MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR ADSCRITOS A LA UMF 04 AVALOS DE CHIHUAHUA.**

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: UMF 04 Avalos CHIHUAHUA. De 1 noviembre 2016 a 31 mayo 2017

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: **Determinar el Grado de dependencia y maltrato en el adulto mayor adscritos a la UMF 04 Ávalos de Chihuahua.**

Procedimientos: Se aplicarán 2 cuestionarios avalados 1) Escala del Índice de Katz y el segundo Cuestionario para Detección de maltrato del Adulto Mayor

Posibles riesgos y molestias: Los inherentes al llenado del cuestionario

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Ninguno

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se informará de estos en relación a los datos particulares del paciente solicitante en el momento que lo requiera.

Participación o retiro: En el momento que el paciente lo requiere sin afectación de su atención medica

Privacidad y confidencialidad: Absoluta. Se manejará sus datos personales de manera confidencial solo para fines estadísticos

En caso de colección de material biológico (si aplica): no aplica

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): Envío a control con médico familiar.

Beneficios al término del estudio: Detección de maltrato en el adulto mayor

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

Investigador Responsable: Dra. Ada Ivetth Alaníz Hernández teléfono celular: 614-1599980
Dra. Miriam Haidee Mendoza Gutiérrez. Tel. cel.614-4164323

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: comiteeticainv.imss@gmail.com

Nombre y firma del paciente	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
_____	_____

Nombre del testigo, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013