

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“TIPOS DE MALTRATO Y GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS
MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75, NEZAHUALCOYOTL,
ESTADO DE MEXICO.”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75 NEZAHUALCOYOTL, EDO. MEX.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
M.C. ROSALINDA ARRIAGA RAMOS**

**DIRECTOR DE TESIS
E.M.F. MARIO ENRIQUE TAPIA GARCIA**

REVISORES DE TESIS

**P.H.D MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMAN
DRA. EN HUM. MARIA LUISA PIMENTEL RAMIREZ
E.M.F. BLANCA ESTELA ARIZMENDI MENDOZA**

**“TIPOS DE MALTRATO Y GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS
MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75, NEZAHUALCOYOTL,
ESTADO DE MEXICO.”**

ÍNDICE

Cap.	Pág.
I. MARCO TEÓRICO.....	1
I.1.- Definiciones.....	1
I.2.- Tipos de Maltrato (Clasificación).....	2
I.2.1.- El síndrome de la abuela esclava.....	2
I.2.2.- El síndrome de Diógenes.....	3
I.3.- Origen del concepto de maltrato.....	3
I.4.- Teorías del maltrato.....	4
I.5.- Factores de riesgo.....	4
I.5.1 Individuales.....	4
I.5.2 En el cuidador.....	4
I.5.3 Sociales.....	5
I.5.4 Relaciones entre el consumo de alcohol y el maltrato a ancianos.....	6
I.6.- Estadísticas de envejecimiento.....	7
I.6.1.- Internacionales.....	7
I.6.2.- Cambio demográfico a nivel Nacional.....	8
I.7.- Estadísticas de maltrato en adultos mayores.....	9
I.8.- Consecuencias.....	10
I.9.- El papel de la salud publica.....	11
I.10.- Políticas.....	12
1.11- Antecedentes Científicos.....	13
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
II.1 Argumentación.....	16
II.2 Pregunta de Investigación.....	16
III. JUSTIFICACIONES.....	17
III.1 Familiar.....	17
III.2 Económica.....	17
III.3 Social.....	17
III.4 Académica.....	18
IV. HIPÓTESIS.....	18
IV.1 Elementos de la hipótesis.....	18
IV.1.1 Unidades de Observación.....	18
IV.1.2 Variables.....	18
IV.1.2.1 Dependiente.....	18
IV.1.2.2 Independiente.....	18
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.....	18

V. OBJETIVOS.....	19
V.1 General.....	19
V.2.Específicos.....	19
VI. MÉTODO.....	19
VI.1 Tipo de estudio.....	19
VI.2.Diseño del estudio.....	19
VI.3 Operacionalización de variables.....	20
VI.4 Universo de Trabajo.....	21
VI.4.1 Criterios de inclusión.....	21
VI.4.2 Criterios de exclusión.....	21
VI.4.3 Criterios de eliminación.....	21
VI.5. Instrumento de Investigación.....	22
VI.5.1 Descripción.....	22
VI.5.2 Validación.....	22
VI.5.3 Aplicación.....	22
VI.5.4 En relación al APGAR.....	22
VI.5.5 Validación.....	23
VI.6 Desarrollo del proyecto.....	25
VI.7 Límite de espacio.....	25
VI.8 Límite de tiempo.....	25
VI.9 Diseño de análisis.....	25
VI.10 Muestra.....	25
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	26
VIII. ORGANIZACIÓN.....	26
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	27
X.- CUADROS Y GRÁFICOS.....	29
XI.- CONCLUSIONES.....	33
XII.- RECOMENDACIONES.....	34
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	35
XIV. ANEXOS.....	39

I. MARCO TEORICO

I.1 DEFINICIONES.

El **Maltrato** a los adultos mayores se entiende como: “Toda conducta destructiva que está dirigida a una persona mayor la cual ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad o frecuencia para que pueda producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y/o financiero de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y disminución en la calidad de vida de la persona mayor”.¹

Se ha considerado a la **familia** como un sistema **funcional** cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar. El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de **familia funcional o disfuncional**.²

Según la Organización Mundial de la Salud, se define como **adulto mayor** a toda persona que tenga más de 60 años los que se dividen en 3 grupos: de 60 a 74 años: edad avanzada; de 75 a 90 años: ancianas o viejas y las personas de más de 90 años se conocen como grandes longevos.³

I.2 TIPOS DE MALTRATO (CLASIFICACION)

INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD.

Maltrato físico: pegarles o manosearlos violentamente, causar dolor o lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o uso de drogas.

Maltrato psíquico o emocional: discriminar a los ancianos por motivos de edad, insultarlos y usar palabras hirientes, denigrarlos, intimidarlos, formular acusaciones falsas, causarles dolor y sufrimiento psíquico.

Abuso económico o material: explotar a una persona mayor o hacer uso de sus fondos o recursos en forma ilícita o indebida, extorsionar y controlar el dinero de la pensión, robarles los bienes y obligándolos a atender a los nietos.

Abuso sexual: Mantener contacto sexual no consentido de cualquier tipo con una persona mayor. (Incesto, violación u otro tipo de coacción sexual).

Descuido: Negarse a cumplir con la obligación de atender a una persona mayor, o no cumplirla. Esto puede entrañar o no la tentativa consciente e intencional, de causar sufrimiento físico o emocional a la persona mayor.

Acusaciones de brujería: estigmatizar a los ancianos y excluirlos de la comunidad.

Maltrato infligido por los sistemas. Deshumanizar el trato a los ancianos en los dispensarios y en las oficinas de los servicios de pensión, y hacerlos objetos de marginación por parte del gobierno.⁴

Otra clasificación.

Clasificación	
1) <i>Abuso Físico</i>	5) <i>Negligencia</i>
2) <i>Abuso Psicológico</i>	6) <i>Autonegligencia</i>
3) <i>Abuso Sexual</i>	7) <i>Abandono</i>
4) <i>Abuso Económico</i>	8) <i>Vulneración de Derechos</i>
• <i>Dos Síndromes:</i>	
- <i>Síndrome de la Abuela Esclava (SAE)</i>	
- <i>Síndrome de Diógenes(SD)</i>	

FUENTE: "LOS MALOS TRATOS EN LA VEJEZ: UN ENFOQUE PSICOSOCIAL"⁵

El síndrome de la abuela esclava

El Síndrome de la Abuela Esclava (SAE) se puede definir como una enfermedad, grave, potencialmente mortal, que afecta a mujeres mayores con responsabilidades directas de ama de casa, voluntariamente asumidas, y con agrado, durante muchos años. Suelen disfrutar con los nietos, raramente se quejan aunque a menudo estén agotadas. Algunas mueren en "acto de servicio", otras sufren en silencio, llevan una carga con la que ya no pueden, pero resisten por miedo a perder el reconocimiento de los suyos. Fue descrito por el cardiólogo Dr. Antonio Guijarro en el año 2001 como consecuencia de una síntesis o abstracción de circunstancias comunes en pacientes atendidas durante décadas.

Este síndrome figura en la bibliografía básica del Instituto de Investigación y Capacitación de las Naciones Unidas para la promoción de la mujer como una tipología más de maltrato. El INSTRAW organismo de la ONU, ha reconocido el interés social del SAE y lo distingue como una de las más relevantes formas mundiales referidas al abuso de las mujeres mayores.

El SAE se produce por un agotamiento excesivo o sobreesfuerzo físico y emocional crónicos. El estrés se refleja por el agobio que nace de esa obligación, con responsabilidad directa de cumplir simultáneamente varias tareas con eficacia, puntualidad y acierto.⁵

El síndrome de Diógenes

Se trata de una conducta de aislamiento comunicacional, ruptura de las relaciones sociales, negligencia de las necesidades básicas como la higiene, alimentación, cuidados de salud, vestido, reclusión domiciliaria, rechazo de las ayudas y negación de la situación patológica, que se presenta habitualmente en ancianos solitarios.

La denominación se debe a Clark et al. (1975) y se basa en el estilo de vida misantrópico y solitario del conocido filósofo griego.

Se trata de un Síndrome que se produce con más frecuencia en ancianos como consecuencia de la interrelación de tres tipos de factores:

- Rasgos de personalidad previos, que implican tendencia al aislamiento, dificultades de adaptación social, rechazo de las relaciones humanas, misantropía (persona que se aleja del trato con la gente), etc.
- Factores estresantes propios de la edad tardía; dificultades económicas, muertes familiares, rechazo familiar, marginación social y otras.
- La soledad que, inicialmente puede surgir condicionada por las circunstancias y que posteriormente es buscada y deseada voluntariamente.⁵

I.3 ORIGEN DEL CONCEPTO DE MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES

El maltrato a los mayores se describió por primera vez en 1975 en las revistas científicas británicas con 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 como cuestión social y política. Luego lo hicieron los investigadores y profesionales, extendiéndose después esta iniciativa a otros países. Aunque el maltrato de los ancianos se identificó por primera vez en los países desarrollados, donde se han realizado la mayoría de las investigaciones existentes, los hechos anecdóticos y la información procedente de algunos países en desarrollo han demostrado que se trata de un fenómeno universal.

Sin embargo, sólo recientemente el maltrato a las personas mayores se ha reconocido como un problema global. Así comienza la **Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato a las Personas Mayores** y admitiendo la misma verdad comienzan la mayor parte de los pocos estudios que existen al respecto, entre ellos el realizado por el Departamento de Prevención de Daños y de la Violencia de la Organización Mundial de Salud (OMS), la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor (INPEA) y *Help Aged International*, recientemente dado a conocer en nuestro país por la Revista Española de Geriátrica y Gerontología (OMS, 2002).⁶

I.4 TEORÍAS SOBRE EL MALTRATO A MAYORES

- *Teoría del aprendizaje social o de la violencia transgeneracional.* Establece que la violencia se aprende; de este modo, es probable que niños maltratados cuando crezcan se conviertan en maltratadores de sus padres.
- *Teoría del cansancio (estrés = tensión) del cuidador.* Establece que el maltrato y la negligencia para con el anciano aparecen cuando los factores estresantes tanto externos como relacionados directamente con el cuidado superan un determinado umbral en el cuidador.
- *Teoría del aislamiento.* Expone que la privación de las redes sociales es un factor de riesgo para sufrir maltrato y negligencia.
- *Teoría de la dependencia.* La fragilidad funcional (pérdida de autonomía) y la enfermedad (enfermedades crónicas y alteraciones cognitivas, entre ellas la enfermedad de Alzheimer) son condiciones de riesgo para que se dé el maltrato.
- *Teoría de la psicopatología del maltratador.* Establece que el agente de maltrato posee características de personalidad consideradas patológicas (esquizofrenia, ideas paranoides, etc.).
- *Otras teorías propuestas.* Desde el consumo de sustancias tóxicas por parte del cuidador, hasta la dependencia de éste sobre la persona que recibe los cuidados (la víctima). También se señalan cuestiones socioculturales y ambientales, como la adecuación de la vivienda, la actitud social ante la vejez o la cultura de ayuda o solidaridad.⁷

I.5 FACTORES DE RIESGO.

Es importante tener en cuenta que el maltrato a mayores no es la consecuencia de un único factor sino que es el resultado de la combinación de factores personales, familiares, sociales y culturales. Estos factores pueden agruparse en función de si están presentes en la persona mayor, en el responsable del maltrato o en el contexto de la situación de cuidado. Algunos factores de riesgo están presentes tanto en el ámbito comunitario como institucional.

I.5.1 INDIVIDUALES.

- Género: ser mujer es un factor de riesgo, mientras que otros señalan que lo es ser hombre.
- Edad, de manera que, a mayor edad, mayor riesgo.
- Estado civil, siendo las personas casadas las que presentarían más riesgo.
- Determinados rasgos de personalidad, como que la persona se culpe de la situación, que muestre lealtad excesiva hacia el responsable del maltrato, o se resigne. Comportamientos provocadores y/o agresivos, presentes especialmente en personas con demencia.
- Deterioro cognitivo (demencia, enfermedad de Alzheimer).

- Enfermedades Crónicas, aunque se han encontrado resultados contradictorios con respecto a este factor, de manera que algunos estudios indican que las personas mayores con buena salud pueden tener más probabilidades de ser maltratadas, mientras otros han encontrado lo contrario
- Problemas de comunicación
- Dependencia (física, económica, etc.), aunque también con respecto a este factor se han encontrado resultados contradictorios, no pudiendo asumirse una relación directa entre la dependencia y el maltrato (Pillemer y Suito, 1988) como hacen algunos autores.⁸

I.5.2 EN EL CUIDADOR.

- Género, siendo las mujeres las que, al asumir con mayor frecuencia el cuidado de la persona mayor, pueden presentar mayor riesgo de ser responsables del maltrato, (otros estudios demuestran que los hombres serían más frecuentemente responsables del maltrato físico, mientras que las mujeres lo serían de negligencia)
- Inexperiencia (falta de conocimientos y entrenamiento adecuados) en el cuidado de una persona mayor.
- Trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, demencia).
- Factores de personalidad (como que culpe a la persona mayor de la situación y no se tenga paciencia o que no comprenda sus necesidades).
- Abuso de sustancias como el alcohol- y/u otras drogas.
- Sentimientos negativos, como la ira y la hostilidad, como consecuencia de determinadas características de la situación de cuidado.
- Estrés, la sobrecarga, la dependencia económica de la persona mayor.⁸

I.5.3 SOCIALES.

- Cantidad de ayuda (formal e informal) recibida, siendo los cuidadores que menos ayuda reciben los que presentan mayor riesgo de maltrato
- Falta de contactos informales y/o formales, es decir, el aislamiento social, tanto en el cuidador como en la persona mayor.
- Desgaste de los vínculos intergeneracionales.
- Dificultades económicas.
- Calidad anterior y actual de la relación entre el cuidador y la persona mayor, siendo más probable el riesgo cuando peor es la calidad de la relación en ambos momentos.
- Vivienda compartida por demasiadas personas provocando falta de espacio e intimidad.⁸

I.5.4 RELACIONES ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y EL MALTRATO DE ANCIANOS.

Aunque existe una estrecha relación entre el alcohol y la violencia interpersonal en general, en el caso del maltrato de ancianos existen lazos específicos que los unen:

- Las personas con problemas de consumo de alcohol pueden depender económicamente de sus familiares (lo que incluye a personas mayores). Esta dependencia puede materializarse en la financiación de dicho consumo y en coacciones económicas o materiales.
- Algunos cuidadores que beben demasiado pueden desatender sus obligaciones para con las personas mayores que dependen de ellos.
- Los trastornos cognitivos y de la memoria derivados del consumo nocivo de alcohol por parte de personas ancianas pueden hacerlas más vulnerables a los malos tratos.
- Los cuidadores pueden animar a los ancianos a beber alcohol para hacerlos más dóciles o explotarlos económicamente.
- Los ancianos maltratados pueden utilizar el alcohol como medio de afrontar el maltrato o el abandono.
- Los niveles peligrosos o nocivos de consumo de alcohol son factores de riesgo de violencia dentro de la pareja, que puede darse en las relaciones entre personas de edad avanzada.⁸

Magnitud del maltrato de ancianos relacionado con el alcohol.

La mayor parte de los estudios en los que se ha cuantificado el papel del alcohol en el maltrato de ancianos proceden de América del Norte y el Reino Unido. A continuación se resumen sus principales resultados:

- En los Estados Unidos, el 44% de los varones y el 14% de las mujeres que maltrataban a sus padres (de 60 años en adelante) tenían dependencia del alcohol o de drogas, al igual que el 7% de las víctimas.
- En Inglaterra, el 45% de los cuidadores que prestaban asistencia de relevo a personas mayores admitieron infligirles algún tipo de maltrato, y el consumo nocivo de alcohol por parte de dichos cuidadores era el factor de riesgo más significativo de maltrato físico.
- En Canadá, un programa extrainstitucional para personas de edad avanzada con problemas de consumo nocivo de alcohol o de otras sustancias notificó que el 15–20% de ellas padecía malos tratos psicológicos, físicos o económicos.⁹

I.6 ESTADÍSTICAS DE ENVEJECIMIENTO.

I.6.1 INTERNACIONALES

En el siglo XX se produjo un incremento de la longevidad humana. En los últimos 50 años, gracias a los avances en los conocimientos médicos y tecnológicos la esperanza de vida al nacer ha aumentado en todo el mundo en unos 20 años, hasta llegar a los 66 años. Aproximadamente un millón de personas llega a los 60 años todos los meses, el 80% de ellas habita en los países en vías de desarrollo.¹⁰

La esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años más. Este triunfo demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XXI significa que el número de personas de más de 60 años, que era alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2.000 millones en el 2050, mientras que se proyecta un incremento mundial de la proporción del grupo de población definido como personas de edad del 10% en 1998 al 15% en 2025. Este incremento será más notable y más rápido en los países en desarrollo, en los que se prevé que la población de edad se cuadruplicará en los próximos 50 años. En Asia y América Latina, este grupo de personas aumentará del 8% al 15% entre 1998 y 2025, mientras que en África se prevé que solo aumente del 5% al 6% durante este periodo.^{11, 12}

Al igual que en todos los países del mundo, la población de América Latina y el Caribe (ALC) envejece. Según una reciente publicación de Naciones Unidas (UNPD, 2008) los mayores de 59 años de edad representarán en 2050 el 22,5% de la población mundial, mientras que un siglo antes dicha cifra se situaba en torno al 6%. A diferencia de los otros países del mundo, ALC envejece con mayor celeridad. El nivel de envejecimiento que a los países del Norte de América y de Europa les llevó un siglo en alcanzar, la Región lo tendrá en aproximadamente 30 años. Se aprecian marcadas diferencias tanto nacionales, como intranacionales: entre grupos definidos por edad, género y residencia (urbana/rural, por ejemplo). El promedio regional estimado por el índice de envejecimiento poblacional (IEP)⁵ de 25% para el año 2000 (UNPD, 2008), esconde disimilitudes más que importantes. Así en un extremo, están Barbados, Cuba y Uruguay con IEP que superan el 70%, mientras que en la otra punta de la distribución están Belice, Guatemala y Honduras con IEP del 15% o menos. Con un envejecimiento más importante en el sector urbano (IEP promedio 29%) que en el rural (IEP 26%), pero con un peso creciente de la población adulta mayor en las áreas rurales. Las consecuencias del envejecimiento demográfico son muy importantes. De continuar el ritmo al que se viene produciendo las transformaciones recientes, la tasa de dependencia de adultos mayores en ALC habrá pasado de 6,6 en 1950 a 26,9 en 2050.¹³

El envejecimiento demográfico fue asociado al declive económico de los sistemas de pensión y jubilación, al aumento de los gastos en salud, y a la lucha intergeneracional, de modo que se configuró una noción fatalista del

envejecimiento demográfico que fue utilizada en diferentes países para plantear las reformas de corte neoliberal. Sin embargo, estas reformas no han generado los resultados esperados y, por el contrario, en el llamado Tercer Mundo se observa un aumento de la pobreza estructural. Sin embargo, el envejecimiento demográfico puede ser visto desde otro correlato: la democratización de la supervivencia, resultado del éxito de la reproducción social, el cual se hace tangible con el aumento de la sobrevivencia de todas las edades y con la transformación de la estructura poblacional; pero no es suficiente con vivir más, es necesario vivir la vejez con calidad de vida, aspecto que constituye el verdadero reto de una política social.⁽¹⁴⁾

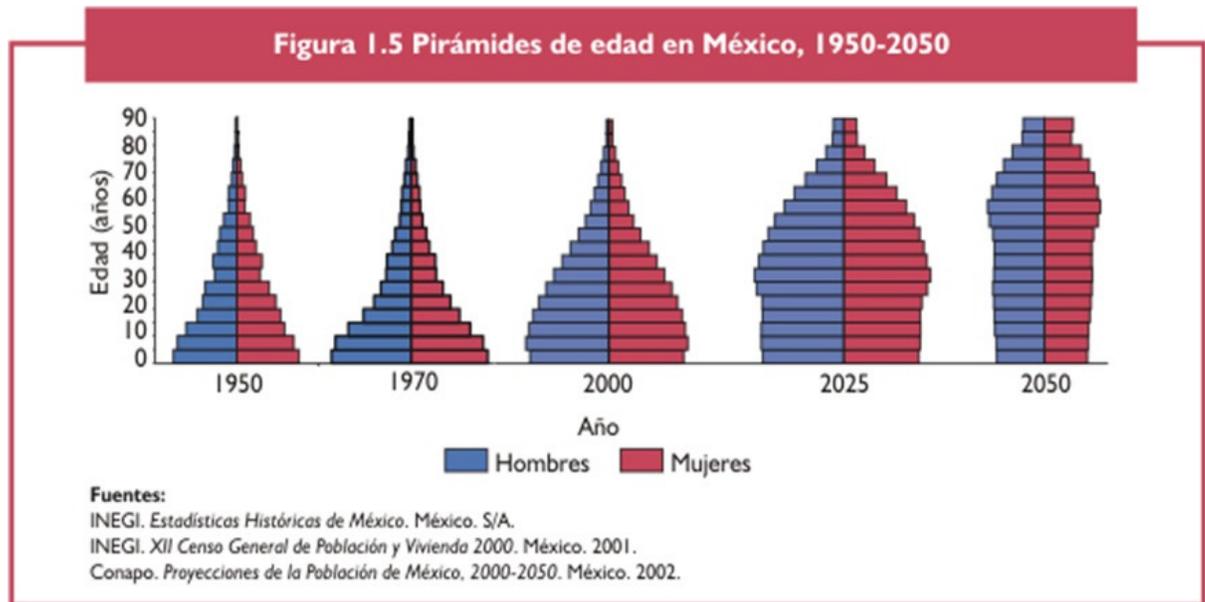
I.6.2 CAMBIO DEMOGRAFICO A NIVEL NACIONAL

La población de México asciende a 106.7 millones en 2008, un incremento de 8.2 millones con respecto a 98.4 millones en 2000, es decir, un aumento de 8.4 por ciento, o bien, un crecimiento medio anual de 1.0 por ciento. El descenso de la fecundidad da cuenta de una reducción en el número de nacimientos de 2.41 millones en 2000 a 1.96 millones que se espera ocurran durante 2008; pero un proceso de envejecimiento más rápido que el descenso de la mortalidad propiciará un aumento de 480 mil a 518 mil decesos al cabo del mismo periodo.⁽¹⁵⁾

Actualmente México es un país de jóvenes, donde 50% de la población tiene 22 años o menos; no obstante, es necesario analizar las condiciones de vida y los principales problemas de las personas adultas mayores en el presente, con el objetivo de prever el perfil de demandas y necesidades de este grupo de población en los años por venir. El descenso sostenido de la mortalidad, evento que marca el inicio de la transición demográfica, comenzó en el periodo posterior a la Revolución Mexicana. La disminución de la mortalidad fue rápida en el periodo 1930-1943, se aceleró en 1943-1960 y continuó en descenso durante los años posteriores. Entre 1930 y 1943 la tasa bruta de mortalidad (TBM) —defunciones por mil habitantes— disminuyó de 26.9 a 21.4, y para 1960 había caído a 12.8. La tendencia descendente de la mortalidad derivó en un aumento de la esperanza de vida que prevaleció durante finales del siglo pasado; sin embargo, con la llegada del nuevo milenio la ganancia en la esperanza de vida es menor que la registrada en el pasado. La vida media de los mexicanos se acrecentó de 73.9 años en 2000 (71.3 para hombres y 76.5 para mujeres) a 76.5 años en 2008 (72.7 y 77.5, respectivamente).^{15, 16}

En 1970 la pirámide poblacional de nuestro país tenía una forma triangular, lo que implica una base muy amplia y una cúspide muy estrecha, que se puede traducir en una tasa de adultos mayores muy baja y altas proporciones de población infantil y juvenil, aspecto que caracterizó al perfil demográfico como una población joven. Para el año 2005 dibuja una pirámide poblacional abultada en el centro, presentando una reducción de la base, lo que corresponde a una disminución en la proporción de niños y un incremento en la población joven y en edad laboral, que va de los 15 años a los 25 años. Se espera que para el 2050 se presente un adelgazamiento de la base de la

pirámide y un engrosamiento de la punta, lo que significa que una parte importante de la población de nuestro país se encontrará en edades avanzadas y que la población joven se verá reducida. La tasa de crecimiento de la población de adultos mayores registrada en los últimos años es de 3.5% al año.¹⁷



1.7 ESTADÍSTICAS DE MALTRATO EN ADULTOS MAYORES.

La prevalencia estimada de malos tratos a ancianos oscila en un 3-10% y su incidencia ha aumentado un 150% en 10 años.¹⁸

En España las cifras más altas de maltrato corresponden a ancianos atendidos por los servicios sociales (35%) y a hospitalizados (8.5%). Se estima que el 90% de los casos el causante es un miembro de la familia, generalmente conyugue o hijo adulto. (Barbero 2005).¹⁹

En encuestas realizadas en Estados Unidos, Canadá y Reino Unido se encontró que entre 3 y 6 % de las personas mayores de 65 años son víctimas del maltrato físico, psicológico o abandono en forma continua. Es muy difícil hacer estimaciones pero se cree que, menos de uno de cada cinco casos se denuncian, debido a que la víctima lo oculta o minimiza el problema.¹⁹

En México en la década de los 90s` se realizó un estudio exploratorio en los municipios de Cuernavaca, Hermosillo y Villahermosa, con una muestra de 3600 hogares los datos mostraron que el 8.2% de los adultos habían sufrido algún maltrato, siendo el más frecuente el de tipo psicológico.²⁰

En 1996 el Heraldo de México publicó los resultados de una encuesta que realizó con el fin de identificar violencia intrafamiliar, reporto que 568 madres de familia vivían permanentemente con agresiones.²⁰

En el 2006 se realizó una encuesta a personas mayores de la ciudad de México que incluyó 618 adultos mayores, la cual reportó una prevalencia de algún tipo de maltrato de este grupo de edad del 16.2% psicológico, 12.7% sexual, económico 3.9% , físico 3.7%, negligencia y abandono 3.5%. En 2009 el Colegio de México también realizó una encuesta en el Distrito Federal en donde se detectó que los adultos mayores reciben maltrato sobre todo de los hijos (36%), la pareja (11%), nietos (10%) y personas ajenas (17%).^{20,21, 22}

I.8 CONSECUENCIAS.

Se calcula que, en el año 2000, 1,6 millones de personas perdieron la vida por actos violentos (incluyendo los actos de violencia a adultos mayores). Aproximadamente la mitad de estos fallecimientos se debieron a suicidios, casi una tercera parte a homicidios, y una quinta parte a conflictos armados. En el año 2000, la tasa de defunciones debidas a la violencia en el conjunto de los países de ingresos bajos a medios fue más de dos veces superior a la de los países de ingresos altos, aunque las cifras varían de unas regiones a otras, e incluso dentro de los países.⁽²³⁾

La mayor parte de los actos violentos no son mortales; tienen como consecuencia lesiones, trastornos mentales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual y otros problemas. Los efectos sobre la salud pueden durar años, y a veces consisten en discapacidades físicas o mentales permanentes. Además del tributo en sufrimiento humano, la violencia impone costos sociales y económicos que, aunque difíciles de cuantificar, son considerables. Por ejemplo, en estudios patrocinados entre 1996 y 1997 por el Banco Interamericano de Desarrollo sobre las repercusiones económicas de la violencia en seis países de América Latina se calculó que los gastos en servicios de salud equivalían, por sí solos, al 1,9% del producto interno bruto en el Brasil, al 5,0% en Colombia, al 4,3% en El Salvador, al 1,3% en México, al 1,5% en el Perú y al 0,3% en Venezuela. En los Estados Unidos, un estudio evaluó en 1992 el costo anual del tratamiento de las heridas por armas de fuego en US\$ 126 000 millones. Las debidas a armas blancas costaron otros US\$ 51 000 millones más. Se ha comprobado que, por regla general, a lo largo de sus vidas las víctimas de violencia doméstica o sexual padecen más problemas de salud, generan costos de atención sanitaria significativamente más elevados y acuden con mayor frecuencia a los servicios hospitalarios de urgencia que las personas que no sufren maltrato. Lo mismo ocurre en el caso de los menores maltratados y desatendidos. Al calcular los costos de la violencia para la economía de una nación deben tenerse en cuenta muy diversos factores, además de los costos directos de la atención médica y la justicia penal. Entre los costos indirectos se cuentan, por ejemplo:

- la provisión de refugios o de otros lugares que ofrezcan seguridad y atención de larga duración;
- la menor productividad como consecuencia de las muertes prematuras, las lesiones, el absentismo, las discapacidades de larga duración y la pérdida de potencial;

- el descenso de la calidad de vida y de la capacidad para cuidar de uno mismo o de los demás;
- los daños a los bienes públicos y las infraestructuras, que conducen al mal funcionamiento de servicios como la asistencia sanitaria, el transporte y la distribución de alimentos;
- la alteración de la vida cotidiana debido al temor por la seguridad personal;
- la desincentivación de las inversiones y el turismo, que pone trabas al desarrollo económico.

Los costos de la violencia rara vez se distribuyen de manera homogénea. Las personas con menos posibilidades de protegerse frente a las adversidades económicas serán las más gravemente afectadas. En las personas mayores, el maltrato y el consumo nocivo de alcohol pueden tener consecuencias similares. Ambos pueden causar lesiones físicas, problemas sociales, retraimiento social, malnutrición y problemas emocionales y psicológicos, como depresión y trastornos cognitivos y de la memoria.²³

Es frecuente que los ancianos sean más débiles físicamente, lo que significa que la violencia física les causa traumatismos más importantes y la convalecencia es más larga. Además, la violencia relacionada con el alcohol se asocia a una mayor gravedad de las lesiones. En el caso de las víctimas de abusos económicos, la apropiación indebida de activos puede tener importantes consecuencias, porque es frecuente que las personas mayores cuenten con ingresos más bajos y menos posibilidades de reponer el dinero. El maltrato de ancianos puede reducir la esperanza de vida, causar depresión y, en algunos casos, abocar al consumo nocivo de alcohol como estrategia de afrontamiento. El consumo nocivo o peligroso de alcohol se asocia, asimismo, a muchos otros problemas de salud que pueden acortar la vida, como enfermedades cardiovasculares, cánceres y traumatismos accidentales (por ejemplo, caídas o quemaduras).²³

1.9 EL PAPEL DE LA SALUD PÚBLICA

El enfoque de la violencia desde la perspectiva de la salud pública se basa en los requisitos rigurosos del método científico. Al pasar del planteo del problema a la solución, este enfoque sigue cuatro pasos fundamentales:

- Obtención de tantos conocimientos básicos como sea posible acerca de todos los aspectos de la violencia, mediante la recopilación sistemática de datos sobre la magnitud, el alcance, las características y las consecuencias de la violencia en los niveles local, nacional e internacional.
- Investigación de por qué se produce la violencia; es decir, llevar a cabo estudios para determinar: las causas y los factores correlativos de la violencia; los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de violencia; los factores que podrían modificarse mediante intervenciones.

- Búsqueda de posibles formas de prevenir la violencia, usando la información descrita en un paso anterior, mediante el diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de intervenciones.
- Ejecución de acciones que en diversas circunstancias resulten efectivas, acompañadas de una difusión amplia de información y de una evaluación de la eficacia en relación con los costos de los programas.²⁴

I.10 POLÍTICAS

En 1982 Naciones Unidas patrocinó el Convenio de Viena sobre el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. En 1991 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó los Principios a favor de las personas de edad. En el 2002 se llevó a cabo el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, aprobado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas en ese mismo año, formula recomendaciones sobre acciones relacionadas con el bienestar de las personas mayores y su incorporación al proceso de desarrollo. Ulteriormente, la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores (2002) pidió a los Estados Miembros de la OMS que impulsaran una mayor toma de conciencia del problema del maltrato de ancianos y aplicaran medidas preventivas. Con objeto de ayudar al desarrollo de una estrategia de prevención del maltrato de ancianos, la Unidad de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS ha llevado a cabo un estudio en varios países dirigido a conocer las opiniones y percepciones de diversas sociedades sobre dicho maltrato.²⁵

En México existe La Ley de los derechos de las personas adultas mayores que tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento, mediante la regulación de:

- La política pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores;
- Los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional, y
- El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.⁽²⁶⁾

Actualmente ninguna de estas leyes en México regula en forma efectiva el maltrato a este grupo vulnerable.

I.11 ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

En España en el 2002, Sánchez del Corral F. y Sancho M., realizaron un estudio titulado “VEJEZ, NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO: La perspectiva de los mayores y de los profesionales”, publicado en la revista de Investigación cualitativa de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología mencionaron que la finalidad de su estudio es avanzar, desde una perspectiva multidisciplinar, en el estudio de las situaciones de maltrato hacia el colectivo de personas mayores y en el diseño de intervenciones para prevenir y erradicar este gravísimo problema. Acceder a los puestos de trabajo con una mejor formación geriátrica y/o gerontológica, entendiendo que la dedicación a la población mayor es una profesión que requiere de conocimientos específicos, y una especialización permanente. Se realizó un estudio transversal, analítico en donde aplicaron encuestas para detección de maltrato a pacientes y para sospecha de maltrato a profesionales de la salud. El objetivo central planteado, fue establecer las categorías fundamentales del maltrato en el ámbito institucional y comunitario, desde la percepción de los profesionales que trabajan con los mayores en estos ámbitos, y los contextos específicos en los que se producen más frecuentemente, para establecer las bases de las acciones encaminadas a la concienciación y formación. Concluyeron que la profesionalidad es imprescindible, del mismo modo que lo es para el ejercicio de cualquier otro trabajo, pero además es imprescindible tener una especial empatía con las personas mayores, similar a la que requiere el trabajo con niños o cualesquiera otros grupos específicos de población. Ligado a la profesionalidad y a la empatía, es importante tener una motivación para llegar a la dedicación a la atención de las personas mayores, evitando acceder por razones fortuitas, inesperadas e incluso no deseadas.²⁷

En Cuba en 1999, *Rodríguez Miranda E., Olivera Álvarez A, Garrido García J y García Roque R.* realizaron un estudio de Maltrato titulado “Maltrato a los ancianos. Estudio en el Consejo popular de Belén, Habana vieja”. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en una muestra de 226 ancianos del Consejo Popular Belén, Municipio Habana Vieja, en el primer semestre de 1999; se aplicó una encuesta sobre maltrato al adulto mayor con el objetivo de identificar su existencia.

Los viejos jóvenes fueron los más maltratados, con predominio en orden de frecuencia del maltrato social, psicológico y familiar. Los viejos recibieron en menor cuantía abusos físicos y económicos. Los hombres fueron los más maltratados, y la familia, fue quien más maltrató al anciano mediante la variante psicológica, mientras que “otros” abusaron más, pero socialmente. La mayoría sugirió evitar el maltrato al adulto mayor denunciándolo a las autoridades, inculcándole respeto hacia ellos desde la escuela y la familia, así como divulgándolo mediante los principales medios de difusión masiva.²⁸

En la Ciudad de México en el año 2009 *Álvarez Martínez LG, Ponce Rosas ER, Landgrave Ibáñez S, Irigoyen Coria A, Buendía Suárez IA.* Realizaron un estudio titulado “Maltrato, Abandono y Negligencia en ancianos de una Clínica de Medicina Familiar y un Hospital General de la Ciudad de México”.

Su objetivo fue identificar elementos que sugieran maltrato, abandono y negligencia en pacientes ancianos de dos instituciones de salud pública de ciudad de México.

Métodos: se realizó un 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". Sus resultados fueron: 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. Concluyeron que el tipo de maltrato que predominó fue de negligencia/abandono; en cuanto al sexo de la víctima fue más frecuente en el femenino.²⁹

En Ocozocoautla (Chiapas, México) en el 2007 Gómez L., Rodríguez G y Krug E. realizaron un estudio llamado "Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México)". El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y los factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de un área rural de México. En cuanto al 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, X², odds ratio (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95% y regresión logística. Se reportaron los siguientes 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 ≤ 0,001), presencia de alguna enfermedad (OR = 3,96; IC del 95%, 2,35-6,67; p ≤ 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.³⁰

En el estudio realizado por García G., Landeros O., llamado "Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural", de la revista de enfermería del IMSS en donde plantearon el siguiente objetivo:

Explorar y correlacionar la capacidad funcional de los adultos mayores con el tipo de funcionalidad familiar en una comunidad rural; la metodología empleada fue un estudio exploratorio y correlacional (transversal analítico) en donde se estudiaron a 100 Familias con adultos mayores a través de un muestreo probabilístico usando la Escala de efectividad en el funcionamiento familiar. Los resultados fueron que el mantenimiento del sistema familiar se correlaciono positivamente con la capacidad funcional del adulto mayor. ³¹

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 ARGUMENTACION

El abandono social en el adulto mayor es un problema de salud pública ya que influye en el control de las enfermedades crónicas asociadas a ellos, así como en la calidad de vida.

Hoy en día como ya mencioné en los antecedentes se ha considerado de vital importancia estudiar a este grupo etario, pues este inminente cambio en donde la sociedad actual es la más envejecida de la historia nos da un panorama de los problemas a los cuales la mayoría de la población se enfrentara, gracias a los avances científicos y tecnológicos la población a incrementado su esperanza de vida de manera significativa, lo cual significa que se tienen que desarrollar programas efectivos para prevenir esta problemática.

La familia para considerarse funcional tiene como objetivo dar a todos y cada uno de sus miembros seguridad afectiva, económica, proporcionar a la pareja pleno goce de sus funciones sexuales, dar a los hijos la noción firme y vivenciada del modelo sexual, que les permita identificaciones claras y adecuadas, enseñar respuestas adaptativas a sus miembros para la interacción social. Si entendemos a la funcionalidad familiar como la *“Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible”*, entonces es determinante el estudio de este factor pues el envejecimiento se considera parte del ciclo vital de la Familia”.

Debido a la escasa cantidad de información con respecto a la relación entre la funcionalidad familiar y el abandono social así como el desconocimiento del tema; la importancia de este estudio radica en identificar la cantidad aproximada de adultos mayores maltratados en cualquiera de sus ámbitos y la relación que existe con la funcionalidad familiar.

Dado lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación.

II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los tipos de maltrato más frecuentes y su grado de funcionalidad familiar en adultos mayores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No 75?

III. JUSTIFICACION.

III.1 Familiar.

El abandono social es una conducta destructiva que está dirigida a un adulto mayor, ocurre en el contexto de una relación que denota confianza, y reviste suficiente intensidad para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y financiero de innecesario sufrimiento, dolor, pérdida, o violación de los derechos humanos, disminución de la calidad de vida de los adultos mayores y agravamiento de sus patologías crónicas, generalmente se produce en el entorno familiar lo cual dificulta su diagnóstico y atención oportuna.

III.2 Económica.

El crecimiento de la población genera consecuencias económicas a nivel mundial por la falta de programas de apoyo remunerables y eficaces en el manejo no solo del adulto con problemas sociales como el maltrato si no a nivel general esto se refleja de la siguiente manera: Según las predicciones, en el año 2025 la población mundial de 60 años aumentará a más del doble de 542 millones en 1995 a cerca de 1200 millones. El número total de personas mayores que viven en los países en desarrollo también aumentará en una proporción similar para el 2025 llegando a 850 millones de personas, es decir el 12% de la población total del mundo en desarrollo, países como Colombia, Indonesia, Kenya y Tailandia, se prevé que aumente más de 4 veces. Es por ello que se necesita determinar el porcentaje de maltrato y los tipos más frecuentes para implementar las medidas correspondientes y de esta manera disminuir los altos costos que producen esta patología.

III.3 Social.

En todo el mundo, un millón de personas cumplen 60 años en un mes, y de esta cifra el 80% corresponde al mundo en desarrollo. En México se han realizado estudios de prevalencia de maltrato y alguno de sus tipos, pero ninguno de ellos ha definido claramente en qué consiste cada uno de los tipos de maltrato y su relación con la funcionalidad familiar. El maltrato a un adulto mayor disminuye su calidad de vida e incrementa el riesgo de complicaciones en sus enfermedades crónicas. Si bien se han desarrollado programas para otorgar apoyo a adultos, estos no han sido suficientemente efectivos, pues aun vemos dentro de la consulta en todos los niveles de atención que muchos adultos mayores no reciben el apoyo necesario por parte de los familiares, la sociedad y las instituciones.

III.4 Académica

Podemos ver que el maltrato en el adulto mayor es un padecimiento muy frecuente pocas veces detectado y subestimado, es por ello que el presente estudio tiene la finalidad de proporcionar conocimientos sólidos que puedan ser aplicados en el área laboral como médico familiar, así como obtener el diploma de especialista.

IV. HIPOTESIS

En los adultos mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 existen diferentes tipos de maltrato en relación con la funcionalidad familiar de los adultos mayores.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de Observación.

Adultos Mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 75

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

- Funcionalidad Familiar

IV.1.2.2 Independientes.

- Maltrato en sus diferentes tipos por negligencia, por omisión, Psicológico, Físico por empujón o sujeción, Físico por golpes, Verbal, Económico por dependencia de una persona, Económico por fraude, Sexual.

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

En los, de la, existen, en, con la, de los.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los tipos de maltrato en el adulto mayor y su grado funcionalidad familiar.

V.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el grado de funcionalidad familiar percibida por los adultos mayores.
- Determinar la frecuencia de maltrato en sus diferentes tipos

VI. MÉTODO.

VI.1 Tipo de estudio.

- Descriptivo, observacional, analítico y transversal.

VI.2 Diseño del estudio.

Se identificaron a todos los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 75, ambos sexos. Se piloteo el instrumento para recolectar las características socio-demográficas y determinar el grado de dificultad para responder el cuestionario.

Se les aplicó el cuestionario: índice de sospecha de adultos mayores (EASI), y el APGAR familiar (ANEXO 1), previo consentimiento informado (ANEXO 2).

Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos diseñada con IBM, SPSS, STASTICS 19, y para su análisis estadístico se utilizó IBM, SPSS, STASTICS 19 y Microsoft Office Excel 2007.

VI.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	ITEM
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible.	Capacidad que tiene cada uno de los integrantes de la familia para superar las crisis relacionadas con la evolución de la familia.	Cualitativa ordinal	1. Normo funcional 2. Disfunción moderada 3. Disfunción severa	10, 11, 12, 13, 14
MALTRATO	“Toda conducta destructiva que está dirigida a una persona mayor la cual ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad o frecuencia para que pueda producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y/o financiero de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y disminución en la calidad de vida de la persona mayor”	Todo acto que cause algún tipo de daño físico, psicológico, económico, sexual o social ejercido directamente al adulto mayor.	Cualitativa nominal	1. Si 2. No	15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26

VI.4 Universo de Trabajo.

- Todos los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 75.

VI.4.1 Criterios de inclusión.

- Adultos mayores con algún tipo de maltrato físico, verbal, psicológico, económico y sexual de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 ambos turnos y ambos sexos.

VI.4.2 Criterios de exclusión.

- Adultos mayores con deterioro cognitivo.
- Familias con disfuncionalidad familiar establecida

VI.4.3 Criterios de eliminación.

- Pacientes que no contesten los test en forma completa.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio
- Pacientes que cambien de domicilio

VI.5. Instrumento de Investigación.

VI.5.1 Descripción.

El *Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores* (EASI) es un instrumento desarrollado y probado en Montreal por un equipo de investigación de la Universidad McGill, St. Mary's Hospital Centre, Centro de Salud y Servicios Sociales de René Cassin y Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital, con fondos de los Institutos Canadienses de Investigación en Salud.

El EASI consiste en unas pocas preguntas con *copyright*, breves y directas, que se realizan en el transcurso de cualquier encuentro paciente-médico en la consulta y que se formulan en un lenguaje cordial por parte del médico. Es fácilmente aplicable a personas mayores (60 y más años) sin problemas cognitivos.

El EASI se diseñó no necesariamente para “detectar casos” sino para aumentar la sospecha de que existe maltrato a personas mayores con el objetivo de poder referirlos a expertos comunitarios en maltrato a personas mayores, como los trabajadores sociales. Un segundo propósito fue ayudar a los médicos de Atención Primaria a familiarizarse con el maltrato a personas mayores mediante el empleo continuado de un sencillo conjunto de preguntas sobre este tema.

El cuestionario EASI primera versión (completa) comprende 12 preguntas directas en donde se especifican los parámetros incluidos en los diferentes tipos de maltrato y la frecuencia con que se realizan este tipo de actos.

VI.5.2 Validación

En el estudio de Montreal se compararon los resultados del EASI con el Formulario de Evaluación de Trabajo Social (*Social Work Evaluation Form*, SWEF) para validar la herramienta. Este formulario es una valoración estandarizada de trabajo social para evaluar en mayor profundidad personas mayores en riesgo de sufrir maltrato. Comprende 67 preguntas y lleva una media de 66 minutos realizarlo. La pregunta 59 era la pregunta “patrón oro de diagnóstico” para comparar y validar los resultados del EASI. Durante las tres semanas siguientes a la realización del EASI por parte de los médicos, los trabajadores sociales que participaron en el estudio aplicaron el formulario de evaluación a los mayores. La entrevista se realizó en el domicilio de la persona mayor o en un lugar seguro para hablar, acordado por ambas partes. La correlación entre el EASI y el SWEF alcanzó un índice de sensibilidad de 0,44 y un índice de especificidad de 0,77.

Los hallazgos de este estudio en Montreal proporcionan un excelente trabajo preliminar sobre el que realizar futuras investigaciones. No obstante, el proyecto original EASI se centró obviamente en las reacciones de médicos de Atención Primaria y personas mayores en el contexto de una sociedad urbana occidental. El propósito del proyecto de la OMS-CIG era explorar las reacciones de grupos similares en otros contextos culturales y probar un conjunto de preguntas en diferentes ámbitos geográficos de todo el mundo. Por tanto, los participantes de los grupos focales en los ocho países comentaron las preguntas empleadas por los investigadores de Montreal que finalmente llevaron al desarrollo del EASI. Supuso un paso en el proceso de observación de la validez del EASI en diferentes contextos culturales y geográficos y en la valoración de su aceptación y utilidad en médicos y personas mayores fuera de Canadá.

VI. 5.3 Aplicación.

Se aplicó por la investigadora a 196 adultos mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 75.

VI. 5.4 En relación al “APGAR FAMILIAR”

El Apgar familiar es un instrumento de evaluación familiar que elaboró Smilkstein en 1978 con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias.

Consta de cinco reactivos, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia, y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o sí, por el contrario, contribuye a su enfermedad.

El cuestionario está elaborado de tal modo que puede ser contestado por todo tipo de familias, y mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique, más completa será la visión que se pueda tener del funcionamiento del sistema familiar. Sin embargo, como cada persona contribuye al total, incluso la respuesta de una sola de ellas puede ser de valor.

Definición de los componentes del APGAR familiar:

Adaptabilidad (*adaptation*) o apoyo y solidaridad: capacidad de utilizar recursos intrafamiliares y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis.

Participación (*partnership*) o compañerismo: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.

Crecimiento (*growth*): capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.

Afecto (*affection*): capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia.

Resolución (*resolve*): capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.

Cada uno de los miembros de la familia, generalmente los mayores de 15 años, elige por separado una de las tres opciones de cada una de las preguntas: casi siempre, algunas veces o casi nunca. Con la suma de la puntuación obtenida se pueden hacer las inferencias mostradas en el siguiente cuadro:

	Casi siempre (2)	Algunas veces (1)	Nunca (0)
Adaptabilidad: ¿Estás satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
Participación: ¿le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?			
Crecimiento ¿su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
Afecto ¿está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
Resolución ¿le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

Si la funcionalidad o disfuncionalidad se encuentra en más de un miembro de la familia, el calificativo se otorga a todo el grupo.

El APGAR familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar de aplicación, aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.

Este instrumento ha mostrado ser una herramienta válida y confiable para medir disfunción en el núcleo familiar de adolescentes.

Calificación del APGAR familiar:

Puntos	Evaluación
0 a 3	Familia altamente disfuncional
4 a 6	Moderada disfuncional familiar
7 a 10	Familia funcional

VI.5.5 Validación.

Se realizó un estudio en Granada con el objetivo de analizar la validez y confiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Basados en un diseño descriptivo y transversal, se entrevistó a 656 personas mayores de 14 años de edad, de un universo de 2 662, todos ellos usuarios de los servicios del centro de salud Zaidin-Sur de Granada. La selección de los pacientes fue por muestreo probabilístico aleatorio utilizando una potencia de 86.35% para detectar una diferencia del 10% con un error alfa de 5%. Para establecer el grado de validez y confiabilidad del instrumento, se aplicó, en dos ocasiones, a 60 de las personas seleccionadas con una diferencia de tiempo promedio de seis días. Los coeficientes de correlación intraclase de los cinco reactivos del Apgar-familiar fueron superiores a 0.55. La prueba estadística alfa de Crombach fue de 0.84. El 16% de la muestra obtuvo un Apgar-familiar disfuncional y la puntuación media fue de 8.4. Se concluye que el Apgar-familiar es un instrumento útil para conocer la situación familiar y su posible papel en el origen de los conflictos. Por su brevedad, es de gran utilidad. Los autores consideran que este instrumento es válido y confiable.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

Se elaboró el protocolo y una vez aprobado por el comité local. Se seleccionó la población. Se les explico las características y la finalidad del presente estudio y se aplicó el instrumento de investigación, previo consentimiento informado. Se elaboró una base de datos para el análisis, y posteriormente se interpretó, analizó y grafico los resultados obtenidos.

VI.7 Límite de espacio.

El presente estudio se realizó con los pacientes de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 75

VI.8 Límite de tiempo.

El presente estudio se realizó de Agosto del 2010 a Noviembre del 2012.

VI.9 Diseño de análisis.

Una vez obtenido los resultados de la aplicación de cuestionarios, se procedió a analizar y representar lo obtenido mediante graficas y cuadros con el programa IBM- SPSS, statics19 y Microsoft office 2007 se utilizaron para el análisis porcentajes de desviación estándar para variables, cualitativas, razones y proporciones, y χ^2 para relaciones.

VI.10 Muestra

Tipo de muestreo: Por conveniencia.

Se eligieron al azar 200 adultos mayores que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 75, de los cuales 4 no aceptaron participar en el estudio por lo que el tamaño de la muestra fue de 196 pacientes.

VII. IMPLICACIONES ETICAS

El presente estudio se apega a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial que establece la investigación ética que establece a sujetos humanos, adoptada por la 18ª Asamblea General de la WMA, Helsinki Finlandia, junio de 1964, y enmendada por la 29ª Asamblea de WMA, Tokio, Japón de octubre de 1975, 35ª Asamblea de WMA, Venecia, Italia, Octubre de 1983 41ª Asamblea general de WMA, Hong Kong, septiembre de 1989, 48ª Asamblea Somerset West, república de ciudad áfrica octubre de 1956, 52ª asamblea de WMA Edimburgo Escocia, octubre del 2000; 53ª asamblea general de la WMA Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de WMA, Tokio 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de WMA, Seúl , Octubre del 2008.

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su Título Segundo, que establece los aspectos éticos de investigación en seres humanos, Capítulo I, artículo 17; ésta investigación es considerada como una Investigación de Riesgo Mínimo; y de acuerdo al artículo 23 en caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito. No obstante lo anterior, en la presente investigación consideramos la solicitud de consentimiento informado por escrito (ver Anexo II)

VIII. ORGANIZACIÓN.

- Tesista: M. C. Rosalinda Arriaga Ramos
- Director de tesis: E.M.F. Mario Enrique Tapia García

IX. RESULTADOS Y DISCUSION

Se efectuó un estudio transversal analítico de Agosto del 2010 a Noviembre del 2012 en donde se aplicó el cuestionario EASI integrado con APGAR familiar a un total de 196 pacientes de los cuales la edad media en años del adulto mayor es de 70.97 con una desviación estándar de 8.16, de este total 106 (54.1%) fueron mujeres y 90 (45.9%) fueron hombres.

En cuanto a la escolaridad el 75% tiene primaria incompleta, 52% primaria completa, 29% secundaria, 26 % es analfabeta, 11% nivel medio superior y el 3% licenciatura.

El estado civil de los pacientes fue el siguiente: 62.2% es casado, 28.1% es viudo, 4.1% soltero, 3.6% divorciado y el 2% vive en unión libre.

En cuanto a su ocupación el 51.5% se dedica al hogar, seguido del 29.1% que se encuentra desempleado o recibe alguna pensión, 9.7% trabaja por su cuenta, 7.1% es empleado de alguna empresa y 2.6% es obrero.

En relación a las enfermedades 164 (83.7%) si presenta enfermedades crónicas y 32 (16.3%) no presentan enfermedades crónicas. De estos 117 (59.7%) pacientes viven con su pareja, 66 (33.7%) pacientes viven con sus hijos, 5 (2.6%) con otro familiar, 4 (2%) viven solos, 3 viven con sus nietos es decir el 1.5% y 1 paciente vive con sus vecinos lo cual representa el .5%.

Del total de pacientes 101 (51.5%) no tiene algún cuidador y 95 (48.5%) si tiene cuidador. En relación a la funcionalidad familiar de acuerdo al cuestionario APGAR en donde 129 (65.8%) normofuncional seguido de 47 (24%) disfunción leve y 20 (10.2%) presentan una disfunción grave De estos 118 (60.2%) no perciben soledad lo que equivale al 60.2% y 39.8 % perciben soledad. Del total de encuestados 100 (51%) se sienten incómodos al pedir ayuda y 96 (49%) no se sienten incómodos. En relación a la dependencia física de un cuidador 168 (85.7%) no son dependientes físicamente y 28 pacientes dependen físicamente de alguien lo que equivale al 14.3%. En cuanto al maltrato físico 93.9 % no refieren maltrato físico (del tipo empujón o sujeción) y 6.1% refieren maltrato físico.

El maltrato verbal reporta que 143 (73%) no son maltratados y 53 (27%) si lo presentan. El maltrato psicológico percibido por el adulto mayor de los cuales 180 (91.8%) no refieren ese tipo de maltrato y 16 (8,2%) si lo refieren. La dependencia económica de otra persona del adulto mayor; del total de encuestados 146 (74.5%) refieren que no dependen económicamente de ellos y 50 (25.5%) refieren que algún familiar depende de ellos.

En cuanto al maltrato económico del tipo fraude 176 (89.8%) refieren no haber firmado documentos sin su consentimiento, ni que otras personas se hayan aprovechado de sus bienes materiales mientras que 20 (10.2%) si refiere ese tipo de abuso.

La convivencia de personas alcohólicas con el adulto mayor 158 (80.6%) pacientes no conviven y 38 (19.4%) si conviven con ellas. En cuanto a la convivencia de personas farmacodependientes 187 (95.4%) refieren no convivir con estas personas y 9 (4.6%) si conviven con farmacodependientes. Con respecto a las personas con enfermedad mental que conviven con el adulto mayor 187 (95.4%) no conviven con pacientes psiquiátricos y 9 (4.6%) si conviven con pacientes psiquiátricos. El maltrato físico a base de golpes 186 (94.9%) refieren no haber sido golpeados, mientras que 10 (5.1%) si refieren ese tipo de maltrato. Finalmente el abuso sexual referido por los adultos mayores 192 (98%) no lo refieren, mientras que 4 (2%) si lo presentan.

DISCUSIÓN.

En relación a los resultados encontrados sobre maltrato en el adulto mayor reportado en el estudio EMPAM – DF, 2006, el maltrato psicológico tiene una prevalencia de 12.7%, seguido de económico 3.9%, Físico 3.7% Negligencia o abandono 3.5%, en contraste con estos resultados en el presente estudio encontramos la siguientes prevalencias: Maltrato por negligencia o abandono (percepción de soledad) 39.8% seguido de Maltrato verbal 27%, Maltrato económico (dependencia de una persona sobre el adulto mayor) 25.5%, Maltrato económico (fraude) 10.2%, Maltrato Psicológico 8.2 %, Maltrato físico (empujón o sujeción) 6.1%, Maltrato físico (golpes) 5.1%.

Un dato relevante dentro de este estudio relaciona la disfuncionalidad familiar directamente con 3 tipos de maltrato físico (empujón y sujeción), maltrato verbal y psicológico como principales formas de agresión hacia el adulto mayor.

Por lo demás encontramos diferentes relaciones del **maltrato físico** con otras variables como la percepción de soledad y maltrato físico (empujón o sujeción); pues los adultos mayores que son maltratados tienden a ser más vulnerables a desarrollar sentimientos de soledad, como consecuencia podemos decir que esto provoca que se sientan incómodos al pedir ayuda aun cuando ellos sean dependientes físicamente de algún familiar así mismo el maltrato físico se relaciona con la dependencia económica y el fraude de documentos de una persona sobre el adulto mayor

El **maltrato verbal** se relaciona directamente con la persona que vive con ellos en primer lugar el esposo seguido de los hijos; con otra relación directa sobre la percepción de soledad en el anciano como consecuencia y por consiguiente el sentirse incomodo al pedir ayuda aun cuando este sea dependiente físicamente de otra persona para realizar sus actividades básicas de la vida diaria y además de esto las personas que viven con el adulto mayor dependen económicamente de ellos.

En cuanto al **maltrato psicológico** encontramos que este se relaciona directamente con la persona que vive con ellos es decir el esposo y los hijos; por lo tanto la percepción de soledad también se encuentra presente además de la dependencia económica de una persona sobre el adulto mayor.

El **maltrato económico** se encontró relacionado con el sexo del adulto mayor en este caso femenino; el estado civil que fue casado y la ocupación del mismo que fue el hogar y pacientes pensionados.

X. TABLAS Y GRAFICOS

CUADRO 1.

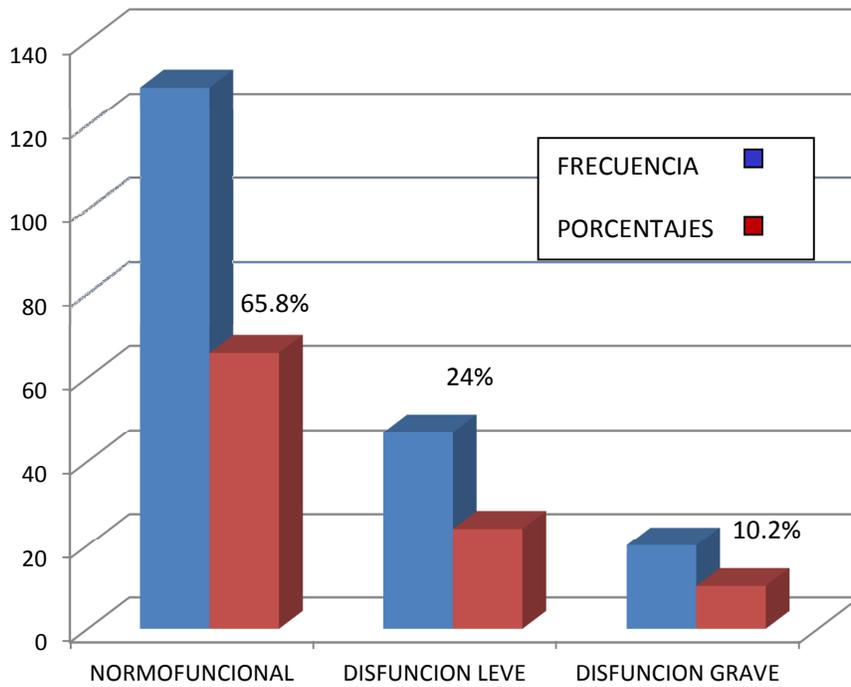
**PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS
MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.75,
NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO.**

Funcionalidad Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Normofuncional	129	65,8%
Disfunción leve	47	24,0%
Disfunción grave	20	10,2%
Total	196	100%

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

GRAFICO I.

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75, NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO.



FUENTE: CUADRO 1

CUADRO 2

TIPOS DE MALTRATO EN LOS ADULTOS MAYORES DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 75, NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO

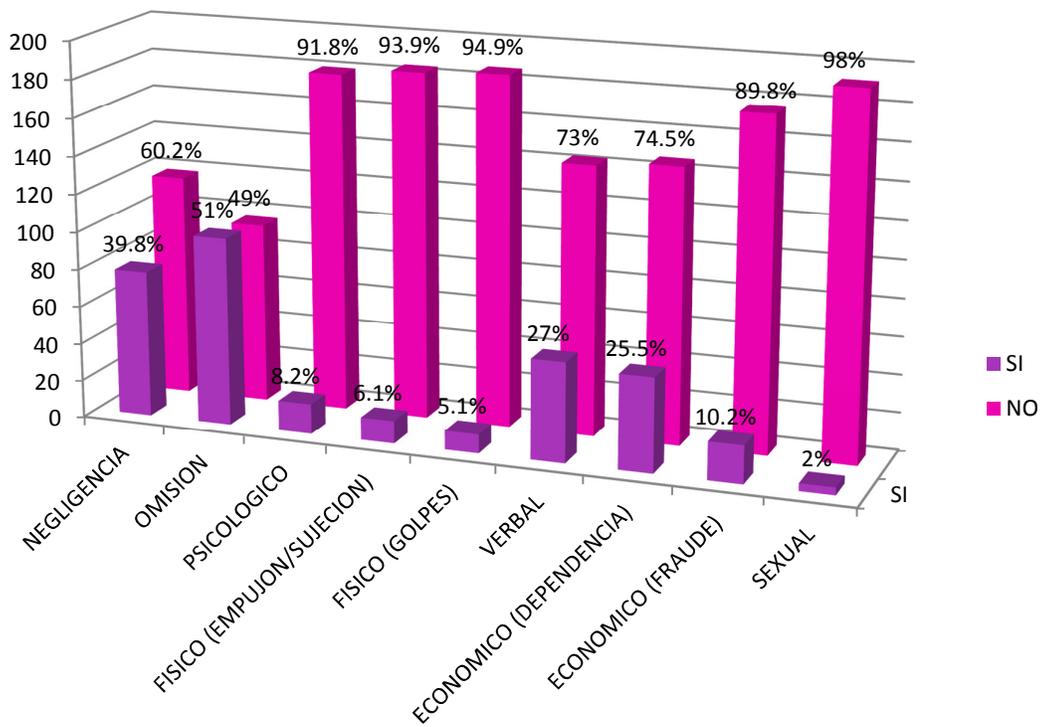
TIPO DE MALTRATO PRESENCIA DE MALTRATO	NEGLIGENCIA		OMISIÓN		PSICOLÓGICO		FÍSICO (EMPUJÓN/SUJECIÓN)		FÍSICO (GOLPES)		VERBAL		ECONÓMICO (DEPENDENCIA)		ECONÓMICO (FRAUDE)		SEXUAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	78	39.8	100	51	16	8.2	12	6.1	10	5.1	53	27	50	25.5	20	10.2	4	2
NO	118	60.2	96	49	180	91.8	184	93.9	186	94.9	143	73	146	74.5	176	89.8	192	98
TOTAL	196	100%	196	100%	196	100%	196	100%	196	100%	196	100%	196	100%	196	100%	196	100%

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

NOTA ACLARATORIA: F: FRECUENCIA % PORCENTAJE

GRAFICO 2.

TIPOS DE MALTRATO EN ADULTOS MAYORES DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 75, NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO.



FUENTE: CUADRO 2

XI. CONCLUSIONES

El maltrato en el adulto mayor entendido como todo acto u omisión que tenga como resultado un daño o que ponga en peligro la integridad física o psíquica así como el principio de autonomía y respeto en los derechos de ellos, es un problema que se ha subestimado a pesar de que en los últimos años se han realizado estudios en diferentes países sobre todo en Europa y Estados Unidos. En nuestro país aún no se cuenta con los medios políticos y financieros necesarios para su diagnóstico y tratamiento oportuno.

El maltrato en sus diferentes ejemplares no se encuentra aislado; encontramos que una misma persona puede tener diferentes tipos de violencia que en muchas ocasiones ni siquiera es percibida por la misma víctima uno de los casos más específicos y preocupantes es el Síndrome de la Abuela Esclava en donde observamos que generalmente las mujeres (aunque también existen hombres que lo presentan) que padecen esta enfermedad no se dan cuenta del desgaste sobre todo de tipo físico y emocional que produce llegando incluso a la muerte, todo esto con el afán de no perder una posición dentro del núcleo primordial de la sociedad que es la familia.

En cuanto al ciclo de violencia ejercida sobre el adulto mayor encontramos un círculo vicioso al que muchos especialistas como Sociólogos, Psicólogos, Psiquiatras, Psicoterapeutas, etc. se han enfrentado y a pesar de que se ha concluido que la violencia es generada desde el núcleo familiar sus raíces no precisamente inician cuando la familia se enfrenta a la presencia de un adulto mayor, frecuentemente son problemas que se arrastran de tiempo atrás que no han sido solucionados o que han dejado secuelas emocionales importantes en cada uno de los integrantes. Por ello el tratamiento del Maltrato en el adulto mayor como problema de salud pública es multidisciplinario con un enfoque primordial en la estructura de la familia teniendo en cuenta que es fundamental la coordinación entre los servicios de salud y los de servicios sociales para hacer un seguimiento y una evaluación de los casos.

Si bien es cierto que existe una transición demográfica importante en donde la población va envejeciendo es inevitable por lo mismo que también el problema de maltrato se amplifique cada día, por lo tanto concluimos que la hipótesis formulada en este trabajo se confirma pues en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No 75 hay presencia de maltrato en sus diferentes tipos, y un gran porcentaje no percibe a su familia como funcional (34.2%), de esta manera justificamos la importancia del enfoque especial en el entorno familiar.

XII. RECOMENDACIONES

Para detectar el problema de maltrato se tienen que implementar técnicas rápidas y eficaces en las instituciones encargadas de este grupo poblacional (Clínicas, Hospitales, Institutos), así como contar con personal sensibilizado y capacitado para aplicar un instrumento de sospecha de maltrato que sea rápido, eficaz y de fácil comprensión como podría ser el EASI ya que muchos otros cuestionarios revisados en la literatura contienen tecnicismos o preguntas poco descifrables.

Sin embargo otro inconveniente al que nos enfrentamos a nivel nacional es que no contamos con instituciones suficientes y efectivas. Estas instituciones tienen que tener características de flexibilidad y adaptación a la problemática individual del adulto ya que no podemos generalizar los problemas de un paciente a toda la población, es decir un adulto que solo presente la percepción de soledad en su entorno no precisamente porque sea maltratado si no que por las condiciones socioeconómicas de la familia obligan a que el adulto mayor se encuentre abandonado la mayor parte del día, por lo tanto una recomendación que podría solucionar el estado de animo de nuestros pacientes sería que realizaran actividades fuera de su casa en el momento que se encuentre solo para no caer en situaciones que propicien depresión. Esto podría solucionarse con la formación de casas de cuidado al adulto por medio tiempo.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. González R, El maltrato a las personas mayores, Sociedad española de medicina rural y generalista: España; 2005.p. 56.
2. González C, Mejía M, Angulo L, Funcionalidad familiar, estrato socioeconómico y red de apoyo social de los residentes de posgrado de la facultad de medicina, Universidad Los Andes Venezuela. MedULA: Venezuela; 2005. 12 (1-4) p.1.
3. http://catarina.udlap.mx/u:dio/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
4. Informe mundial sobre la violencia y la salud. "EL MALTRATO DE LAS PERSONAS MAYORES". Disponible en: http://www.paho.org/spanish/AM/PUB/capitulo_5.pdf.
5. Tabueña M, Los malos tratos en la vejez: un enfoque psicosocial, Intervención Social. Madrid. 2006, 15 (3).
6. Fernández M, Bas P, Díaz M, Maltrato en situaciones de dependencia, San Martín, 2003. P. 1 Disponible en http://www.enfermeria21.com/pfw_files/muestras/03capsocioani5/pdf.
7. Bover A, Moreno M, Mota S y Taltavull J, El maltrato a los ancianos en el domicilio situación actual y posibles estrategias de intervención, Rev. Atención Primaria, España 2003; 32 (9): 541 – 51.
8. Pérez G, Maltrato hacia las personas mayores. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y Tendencias, Madrid, España 2007; 31, p 12.
9. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva. Maltrato de ancianos y alcohol. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world-report/factSheets/fs.elder.es.pdf

10. Envejecimiento saludable. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.d/publ/ManualGeriatríaPDF/EnvejSaludable.pdf>
- 35
11. Organización Mundial de la Salud. Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento, Nueva York 2002. Disponible en:
<http://www.readultosmayores.com.ar/buscadorfiles/ORIG014.pdf>
12. Ruiz L, Campos M, Peña N, Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública, Perú 2008; 25 (4):374 -79.
13. Paz J, Envejecimiento y empleo en América Latina y el Caribe, Rev. Internacional Labour Office. Suiza 2010, No 56, p 2.
14. Arrubia D, Política Social para el envejecimiento: El (sin) sentido de los argumentos, Rev. Gerenc. Polit. Salud, Colombia 2010; 9 (19):229 – 242.
15. SEGOB, Informe de México: El cambio demográfico el envejecimiento y la migración internacional en México, Comité especial sobre Población y desarrollo, CEPAL, Rep. Dominicana 2008. Disponible en:
<http://imprasc.net:29572/PerfilesNacionales/Document/M%A9xico/F10.pdf>
16. INEGI, Los Adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. Ed 2005. Disponible en:
http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_Mayores_web2.pdf
17. Ruiz J, La transición demográfica y el envejecimiento poblacional: Futuros retos para la política de salud en México. Rev. Electrónica del Centro de estudios en administración pública de la Facultad de Ciencia Políticas y Sociales, UNAM, México 2011; 8.

18. Ruiz A, Altet J, Porta N, Duaso P, Coma M y cols. , Violencia doméstica: Prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. Rev. Atención primaria Barcelona 2001, 27 (5).
19. Kessel H, Primera conferencia Nacional de consejo sobre el anciano maltratado, Rev. Esp. Geriátría y Gerontología, España 1996; 31 (6):367-372
20. Espíndola J, Flores J, López A, Cortés V, GPC Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor en primer nivel de atención, Secretaria de Salud, México 2008; p 8.
21. Enciso A, Padecen Maltrato gran parte de los ancianos en México: INAPAM, Per. La Jornada, México a 27 de Septiembre 2010, p 43.
22. Giraldo M, Encuesta sobre maltrato a personas mayores en el DF, México 2006, Disponible en: www.sideso.df.gob.mx/documentos/analisis_estadistico_sobre_maltrato_a_adultos_mayores.pdf
23. Mandela N, Brundtland H, Informe mundial sobre violencia y salud, OPS y OMS, Washington, D.C. 2002, p 10 – 19.
24. Violencia, un problema de salud pública, Capítulo 1. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884_chapt_spa.pdf
25. Paniagua R, Mota R, La violencia hacia los mayores, Facultad de Ciencias Humanas y sociales, Barometro del Centro de Investigaciones Sociologicas, Madrid 2001, p 231- 252
26. Ley de los derechos de las personas mayores. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/hom/compi/ldpam.html>
27. Sánchez F, Sancho M, García S, Pajares G, Aranda T, Vejes, Negligencia, Abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales. Rev. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Madrid 2004, Primera edición.

28. Rodríguez E, Olivera A, Garrido J, García R, Maltrato a los ancianos, Estudio en el consejo Popular de Belén, Habana vieja, Rev. Cubana Enfermería, Cuba 2002;18 (3):144- 53.
29. Martínez L, Rosas E, Landgrave S, Irigoyen A, Buendía I, Maltrato, abandono, negligencia en ancianos de una clínica de medicina familiar y un Hospital general de la Ciudad de México, Rev Archivos en medicina Familiar, México 2009; 11 (4) p 159 - 65
30. Gómez L, Rodríguez G, Krug E, Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores Ocozocoautla Chiapas, México, Rev. Esp. Geriatr y Gerontol. México 2007;42 (1): 27 – 34.
31. García G., Landeros, Arriola, Pérez. "Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural". Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 2007; 15 (1): 21- 26.



ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

INSTRUCCIONES:

Ahora voy a comenzar el estudio de investigación en el que usted ha aceptado tomar parte. (Si hay una persona acompañándole, dígame: Debido a que los investigadores solicitan que esto se realice en privado, podría por favor dejarnos a solas durante un momento?). Si la persona acompañante no se marcha, formule las preguntas de todos modos pero informe de su presencia... A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que han podido ocurrir en los últimos doce meses. Por favor, intente contestar a cada pregunta solamente con un "sí" o un "no". Lea cuidadosamente la pregunta y conteste CON UNA "X" SOBRE la respuesta correcta, trate de no omitir ninguna pregunta. Recuerde que esta información es confidencial y solo la persona que le entrego el cuestionario tendrá acceso a ella.

1. EDAD: _____
2. SEXO: 1.HOMBRE 2.MUJER
3. GRADO DE ESTUDIOS: 1. ANALFABETA 2. PRIMARIA INCOMPLETA 3. PRIMARIA COMPLETA 4. SECUNDARIA INCOMPLETA 5. BACHILLERA TO O PREPARATORIA 6. LICENCIATURA 7. MAESTRIA O DOCTORADO
4. ESTADO CIVIL: 1. SOLTERO 2. CASADO 3. VIUDO 4. DIVORCIADO 5. UNION LIBRE
5. ¿A QUE SE DEDICA? 1. HOGAR 2. OBRERO 3. EMPLEADO 4. CAMPESINO 5. DESEMPLEADO / PENSIONADO

6. ¿Padece alguna enfermedad crónica?

III

1. SI ____ 2. NO ____

¿Cuál? Puede marcar más de una opción.

1. Diabetes Mellitus _____
2. Hipertensión Arterial _____
3. Enfermedades del corazón _____
4. Enfermedades en los riñones _____
5. Problemas de los huesos o articulaciones _____

7. ¿Con quién vive? Puede marcar mas de una opción.

III

1. Esposo (a)
2. Hijos
3. Nietos
4. Vecinos
5. Solo

8. ¿Alguien cuida de usted durante el día?

III

1. SI ____ 2. NO ____

¿Quién?

1. Esposo (a) o Conyugue
2. Hijos
3. Vecinos
4. Nietos
5. Enfermera

9. ¿Está satisfecho con la ayuda de su familia cuando tiene un problema?

III

1. CASI SIEMPRE
2. ALGUNAS VECES
3. CASI NUNCA

10. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa? ▮

1. CASI SIEMPRE
2. ALGUNAS VECES
3. CASI NUNCA

11. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa? ▮

1. CASI SIEMPRE
2. ALGUNAS VECES
3. CASI NUNCA

12. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos? ▮

1. CASI SIEMPRE
2. ALGUNAS VECES
3. CASI NUNCA

13. ¿Siente que su familia le quiere? ▮

1. CASI SIEMPRE
2. ALGUNAS VECES
3. CASI NUNCA.

14. ¿Normalmente se siente solo? ▮

1. SI ____ 2. NO ____

15. Cuando necesita ayuda, ¿Se siente incomodo por tener que recurrir a los demás para que le ayuden? ▮

1. SI ____ 2. NO ____

16. La mayoría de las veces, ¿Depende de alguien para que le ayude en sus actividades básicas de la vida diaria como: bañarse, vestirse, comprar, ir al baño o comer? ▮

1. SI ____ 2. NO ____

En caso de que su respuesta sea afirmativa: ¿Son habituales las discusiones entre usted y quien le ayuda?

1. SI ____ 2. NO ____

17. ¿Alguien ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífonos o cuidado médico?

1. SI ____ 2. NO ____

En caso de respuesta DE LA PREGUNTA ANTERIOR SEA "SI", ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

1. UNA VEZ ____ 2. MAS DE UNA VEZ ____

18. Alguien cercano a usted le ha gritado en forma injustificada, o le hablo de forma que a usted no le gusto, o le ha hecho sentirse especialmente triste, avergonzado, temeroso, ansioso o infeliz de manera que esto le ha perturbado durante mucho tiempo?

1. SI ____ 2. NO ____

En caso de respuesta DE LA PREGUNTA ANTERIOR SEA "SI", ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

1. UNA VEZ ____ 2. MAS DE UNA VEZ ____

19. ¿Ha sentido que alguien cercano se estaba aprovechando de usted, o le impedía hacer cosas importantes para su bienestar, o le ponía obstáculos para estar con las personas con las que quería estar?

1. SI ____ 2. NO ____

En caso de respuesta DE LA PREGUNTA ANTERIOR SEA "SI", ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

UNA VEZ ____ MAS DE UNA VEZ ____

20. ¿Hay alguien que dependa económicamente de usted?

SI ____ NO ____

21. ¿Alguien de su confianza ha usado o tratado de usar su dinero, sus posesiones o sus bienes de una manera no deseada por usted, o lo forzó a firmar documentos que usted no entendía o no quería firmar?

1. SI ____ 2. NO ____

En caso de respuesta DE LA PREGUNTA ANTERIOR SEA "SI", ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

1. UNA VEZ___ 2. MAS DE UNA VEZ___

22. ¿Vive con usted alguien que beba más alcohol de lo que usted considera razonable? **W**

1. SI___ 2. NO ___

23. ¿Vive con usted alguien que consuma algún tipo de droga o estupefaciente? **W**

1. SI___ 2. NO ___

24. ¿Vive con usted alguien con un historial de enfermedad mental como: Retraso mental, Esquizofrenia, o algún trastorno de la personalidad diagnosticado por un Psiquiatra? **W**

1. SI ___ 2. NO ___

25. ¿Alguien le ha herido físicamente, por ejemplo, le ha pegado, le ha empujado o le ha impedido moverse con libertad? **W**

1. SI___ 2. NO ___

En caso de respuesta DE LA PREGUNTA ANTERIOR SEA "SI", ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

1. UNA VEZ___ 2. MAS DE UNA VEZ___

26. ¿Alguien le ha tocado de manera que a usted no le gusto o le ha hecho propuestas sexuales no deseadas? **W**

1. SI ___ 2. NO___

En caso de respuesta DE LA PREGUNTA ANTERIOR SEA "SI", ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

1. UNA VEZ___ 2. MAS DE UNA VEZ___

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha NOVIEMBRE 2012

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: _____

“ MALTRATO Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 75. NEZAHUALCOYOTL, EDO. MEX. “

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es:

DETERMINAR CUANTOS ADULTOS MAYORES PADECEN MALTRATO, SUS TIPOS Y SU RELACION CON LA FAMILIA.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: CONTESTAR PREGUNTAS DE FORMA ANONIMA.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: