



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTADO DE MEXICO PONIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 61**



**PREVALENCIA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN EL ENTORNO FAMILIAR
QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 66 IMSS.**

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

PRESENTA:

DR. CUEVAS LUCERO ALFONSO

**REGISTRO DE AUTORIZACIÓN:
R-2017-1503-100**

ESTADO DE MEXICO

MARZO 2020

ASESOR:

DRA. ELVIRA EVELYN ROBLES RENTERIA.

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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


**“PREVALENCIA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN EL ENTORNO FAMILIAR
QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 66 IMSS”**


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

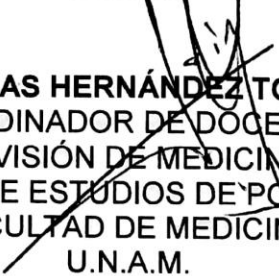
PRESENTA:

DR. CUEVAS LUCERO ALFONSO

AUTORIZACIONES


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


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


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



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**


**“PREVALENCIA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN EL ENTORNO FAMILIAR
QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 66 IMSS”**

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

PRESENTA:

DR. CUEVAS LUCERO ALFONSO

AUTORIZACIONES


DRA. MAYRA ADORAIM AGUILAR GONZALEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 61


DRA. ELVIRA EVELYN ROBLES RENTERIA
ASESOR DE TESIS
COORDINADORA CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD


DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD


DRA. ROSA MARÍA PIÑA NAVA
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN 16 PONIENTE


DR. JESÚS MARCO ANTONIO JUÁREZ ROMERO
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN 16 PONIENTE

NAUCALPAN, ESTADO DE MEXICO

MARZO 2020


IMSS
DELEGACIÓN ESTADO DE
MÉXICO PONIENTE
COORDINACIÓN DE
EDUCACIÓN EN SALUD

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Coordinación de Investigación en Salud
Informe de seguimiento técnico para protocolos**

Periodo que abarca el informe técnico:				
Primer semestre	Segundo semestre	Tercer semestre	Cuarto semestre	Otro semestre <input checked="" type="checkbox"/>

Número de registro:	R-2017-1503-100
Título:	PREVALENCIA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN EL ENTORNO FAMILIAR QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 66 IMSS

Estado actual del protocolo de investigación en relación con el cronograma que se propuso:			
En tiempo	Terminado <input checked="" type="checkbox"/>	Atrasado	Cancelado
Justificación:			
Alternativas de solución:			

Fase de desarrollo del protocolo de investigación:				
Estandarización de métodos o instrumentos	Recolección de datos (trabajo de campo)	Análisis de resultados	Redacción del escrito final	Trabajo publicado
				<input checked="" type="checkbox"/>

Nombre del alumno, Título de Tesis y Fecha de graduación del alumno e institución que avaló el curso (en caso de aplicar)			
Nombre	Título de tesis	Fecha de graduación	Institución

Referencia bibliográfica del trabajo de investigación si fue publicado:

Modificaciones metodológicas realizadas al protocolo de investigación:

2019-06-21

Fecha del Informe


ALFONSO CUEVAS LUCERO
 investigador principal

**“PREVALENCIA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN EL ENTORNO FAMILIAR
QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 66 IMSS”**

INDICE GENERAL

I.	RESUMEN	1
II.	MARCO TEÓRICO	2
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
IV.	JUSTIFICACION	29
V.	OBJETIVOS	
	General	31
	Específicos	31
VI.	HIPÓTESIS	32
VII.	METODOLOGÍA	33
	Tipo de estudio	
	Población, lugar y tipo de estudio	34
	Tipo de muestra y tamaño de la muestra	35
	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	36
	Información a recolectar	37
	Método para recolectar la información	42
	Consideraciones éticas	44
VIII.	RESULTADOS	46
IX.	DISCUSIÓN	59
X.	CONCLUSIONES	62
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64
XII.	ANEXOS	71

RESUMEN

TITULO:

Prevalencia de maltrato al adulto mayor en el entorno familiar que acude a la consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar número 66 IMSS.

AUTORES

Dr. Cuevas Lucero Alfonso¹, Dra. Robles Rentería Elvira Evelyn².

Alumno del curso de especialización para Médicos generales del IMSS adscripción UMF 66, consultorio¹ turno vespertino.

Coordinadora Clínica de Educación e investigación en salud²

e-mail: alfonsolu0@unam.mx¹, e-mail: elvira.robles@imss.gob.mx²

INTRODUCCION

El maltrato al adulto mayor puede definirse como cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño que vulnere o ponga en peligro la integridad física o mental. Con el incremento de la esperanza de vida de la sociedad el maltrato se ha hecho frecuente por lo que es necesario realizar estudios en delimitar los perfiles probables del adulto mayor maltratado, el objeto del maltrato y sus responsables con la finalidad de diseñar formas de intervención familiar, el panorama puede complicarse ya que a mayor edad aumentan los riesgos de padecer enfermedades físicas o mentales que disminuyen la autonomía en el adulto mayor lo que dificulta el diagnóstico dentro del núcleo familiar.

Objetivo. Describir la prevalencia de maltrato al adulto mayor en el entorno familiar que acude a la consulta externa de la UMF 66 del IMSS del periodo julio a octubre de 2017

Material y método. Se realizó a cabo el estudio en la Unidad de Medicina Familiar número 66 del IMSS a 350 pacientes con la aplicación de la Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor y el APGAR familiar con los resultados obtenidos se graficaron los datos y su posterior análisis con el programa SPSS versión 21.

Palabras Clave:

Maltrato, Adulto Mayor, Entorno Familiar

MARCO TEORICO

Panorama epidemiológico del envejecimiento. El aumento en la esperanza de vida a nivel mundial ha permitido que la población de las personas de 60 años y más vaya en aumento. El 14 de diciembre de 1990 la Asamblea General de las Naciones Unidas designó el 1º de octubre como Día Internacional de las Personas de Edad, el cual se conmemora anualmente y tiene como objetivo reconocer la contribución de los adultos mayores al desarrollo económico y social, así como resaltar las oportunidades y los retos asociados al envejecimiento demográfico¹

Nuestro país no está exento de este proceso, cifras de la Encuesta Intercensal 2015 indican que el monto de la población de 60 y más años es de 12.4 millones y representa 10.4% de la población total. En las últimas décadas, este porcentaje ha ido aumentando, y de acuerdo a las proyecciones de población que estima el Consejo Nacional de Población (CONAPO), aumentará 14.8% en 2030, lo que significa un monto de 20.4 millones. ²

Esta tendencia brinda la oportunidad de reflexionar sobre los desafíos que trae consigo el envejecimiento demográfico y así desarrollar políticas públicas que mejoren la calidad de vida de las personas que transitan o transitarán por esta etapa de vida. La relación hombres-mujeres permite constatar que el monto de varones es cada vez menor conforme avanza la edad, y ello se debe a la mayor sobrevivencia femenina. En el grupo quinquenal de 60 a 64 años esta relación es de 88.4 hombres por cada 100 mujeres y disminuye a 72.8 en el grupo de 85 y más años. Dado que el envejecimiento es un proceso que marca la pérdida gradual de las capacidades motrices y cognitivas, hay cada vez un mayor número de mujeres que llegan a una vejez avanzada y que necesitan de la familia para cubrir sus necesidades.³

En sus proyecciones, el CONAPO estima que la esperanza de vida ha aumentado alrededor de 15 años en un período de cuatro décadas (en 1970 era de 60.6 años, y en 2010 es de 75.4 años) y se espera un incremento adicional cercano a siete años para 2050, hasta alcanzar 82 años.⁴

Actualmente, el segmento de personas con 60 años y más alcanza los 9.4 millones, es decir, 8.7 por ciento del total de la población mexicana. Se espera que alrededor de 2020, la población de adultos mayores haya llegado a su máxima tasa de crecimiento (4.2 por ciento), con 14 millones de individuos, lo cual representaría a 12.1 por ciento de la población. A partir de ese año, el ritmo de su crecimiento comenzaría a disminuir hasta experimentar un crecimiento negativo en 2050 de -1.58 por ciento.

Respecto a la proporción de adultos mayores por segmento de edad, CONAPO señala que en 2010, 32 por ciento tiene entre 60 y 64 años, 42.1 por ciento entre 65 y 79 años, 12 por ciento se encuentra entre los 80 y 84 años y 13.9 por ciento tiene 85 años o más.²

Ante este nuevo panorama demográfico, los roles sociales han tenido que experimentar cambios en sus estilos de vida, la dinámica familiar se ve alterada ante este nuevo marco social y su efecto se deja sentir en las relaciones de género, en la vivienda, en el ocio o en la movilidad.

En nuestro ámbito sociocultural los valores referidos en los últimos años han sufrido una profunda transformación ya que la tendencia de los medios de comunicación tradicionales coloca a las personas jóvenes como el centro de atención; mientras que los adultos mayores aparecen como un colectivo residual, unos seres en retirada, una carga inútil que la familia no tiene más remedio que soportar. Han pasado de ocupar un papel protagonista en la dinámica familiar y social a otro irrelevante, indefinido y con escaso significado social, e inclusive hasta los mismos adultos mayores adquieren esta misma visión aceptándola sin la menor resistencia.

El envejecimiento es un proceso biológico que conduce a la limitación de la capacidad

adaptativa del individuo y, por lo tanto, a una mayor probabilidad de discapacidad y fallecimiento.⁵

En el último consenso de la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA) se definió la población en grupos de edades para la aplicación de diagnósticos, tratamientos, programas de desarrollo, con el fin de ofrecer un mejor manejo. Este consenso realizó la siguiente clasificación: adulto mayor joven 55–64 años, adulto mayor maduro 65–74 años, adulto mayor 75–84 años, anciano a mayores de 85 años, nonagenarios y centenarios.⁶

En México la edad oficial para ingresar a la llamada tercer edad es a partir de los 60 años y este proceso (envejecimiento), suele describirse como el incremento sostenido de la proporción de personas de 60 años y más con respecto a la población total, lo que resulta en una progresiva alteración del perfil de la estructura de las edades.⁷

En nuestro ámbito sociocultural, los valores referidos al envejecimiento, han sufrido una profunda transformación en pocos años. Tradicionalmente el anciano era una figura importante en la dinámica familiar y social, representaba la memoria histórica y sus posibles limitaciones físicas eran suplidas por la experiencia y la sabiduría, que en una sociedad eminentemente agrícola eran elementos considerados para la supervivencia de los pueblos y el mantenimiento de la identidad cultural.

La era de la industrialización y de la tecnología ha aportado vertiginosos cambios socioeconómicos que han contribuido a un cambio de valores, entre ellos el de la vejez.

El papel actual del anciano está poco definido y es de poca o mínima relevancia. La revolución de los medios de comunicación que promueven el consumo como valor básico para el mantenimiento del sistema productivo actual, la exaltación de la juventud y la caducidad cultural desacreditan todo lo que anteriormente representaban los ancianos, con una pérdida importante del significado social.

El surgimiento de la globalización basado en la exigencia constante a la competencia y el consumo de los nuevos valores promovidos por el neoliberalismo económico degeneró en la crisis de los valores tradicionales (religión, familia, Estado) cuya consecuencia ha provocado un grado elevado de frustración y agresividad en población que sufren los colectivos más vulnerables: niños, discapacitados, jóvenes, mujeres y ancianos, sin dejar de mencionar los grupos marginales derivados de la pobreza o la inmigración.⁵

Definición de adulto mayor.

En México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta. Actualmente existe un incremento promedio anual de 180 mil adultos mayores y se prevé un aumento de 27 millones de este año y hasta el 2050. El 80% de dicho aumento comenzará a partir de 2020. Según la OMS, las personas de 60 a 64 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos para fines prácticos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

Existen numerosas definiciones del proceso de envejecimiento, enfocadas desde distintos puntos de vista. Una de las más aceptadas es la que conceptúa al envejecimiento como el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos.

Estas modificaciones no se presentan de forma repentina y conjunta en una persona por el simple hecho de alcanzar una determinada edad (viejo igual a persona de 60 años), o cambiar de situación laboral o administrativa (viejo igual a jubilado o pensionado). De hecho, aunque el envejecimiento es un proceso universal (afecta ineludiblemente a todos los seres vivos), presenta una gran variabilidad individual (no todos envejecemos al mismo tiempo, ni de la misma forma).

Se debe entender la vejez como una fase más de nuestro ciclo vital (como la infancia, la adolescencia o la madurez), con sus características propias, unas más agradables y otras menos, que se irán presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales (genéticos, hereditarios), actitudes personales y circunstancias que han rodeado nuestra vida. Tiene, por tanto, mucho de verdad, la frase que dice que se envejece tal y como se vive.⁸

Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. O sea que en México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años.⁹

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable.

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.¹⁰

Por lo que para la OMS, todo individuo mayor de 65 años debe ser considerado como Adulto Mayor, lo que difiere con la definición de las Naciones Unidas, la cual los considera cuando son mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años en países en desarrollo, como en nuestro país.

Siendo así que el envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y hasta el momento, inevitable, en el ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades. Por lo que tiene las siguientes características:

1. Universal: Propio de todos los seres vivos.
2. Progresivo: Porque es un proceso acumulativo.
3. Dinámico: Porque está en constante cambio, evolución.
4. Irreversible: No se puede detener, ni revertirse; es definitivo.
5. Declinante: Las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
6. Intrínco: Porque ocurre en el individuo a pesar de que está influido por factores ambientales.
7. Heterogéneo e individual: Porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto en sujeto, y de órgano en órgano dentro de la misma persona.¹¹

Los adultos mayores constituyen un grupo de pacientes con particular interés para la práctica de la Medicina Familiar ya que en ellos suele concurrir, junto con los procesos relacionados con el envejecimiento, diversas patologías que contribuyen a modificar su calidad de vida y siendo que la familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el adulto mayor el valor del espacio familiar, que proporciona el apoyo y el rol que desempeña dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida siendo que la familia es 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.

Epidemiología del maltrato familiar.

Las cifras más aceptadas de la bibliografía mundial indican una prevalencia global entre el 3% y el 12% de la población mayor de 60 años, correspondiendo las cifras más altas a las personas más ancianas y que sufren mayores grados de dependencia.

De acuerdo a la encuesta realizada por el Senado de la República a dos de cada tres encuestados les preocupa mucho o algo (63.3%) el posible aumento de la población mayor de 60 años en México.

A mayor escolaridad hay mayor preocupación por el envejecimiento de la población. A 76% de los mexicanos con universidad o posgrado le preocupa mucho o algo el posible aumento de la población mayor de 60 años, le siguen los que tienen nivel preparatoria o bachillerato (66.6%) y secundaria (60%).

Sólo una cuarta parte de los mexicanos considera que los adultos mayores del país tienen una vida digna (26.5%).

De acuerdo con los consultados, los principales problemas que enfrentan los adultos mayores son: discriminación (37.2%), desempleo (22.0%) y enfermedad (12.4%), entre otros problemas.

86 de cada cien mexicanos afirmaron que la casa, departamento, espacio o edificio donde viven no cuenta con alguna instalación para adultos mayores; 85.5% de los mexicanos dijo que su colonia no cuenta con banquetas con agarraderas para adultos mayores. Además, 71.6% respondió que su colonia tampoco tiene rampas para evitar el uso de escaleras y 77.4% afirmó que no hay áreas de encuentro para adultos mayores.

92 de cada cien mexicanos estarían dispuestos a que sus impuestos fueran utilizados para acondicionar los espacios públicos (calles y banquetas) para facilitar el acceso y la movilidad de los adultos mayores. Por región del país, los resultados fueron los siguientes: Sur (88.1%), Centro (91.7%), Norte (94.5%) y Ciudad de México y Estado de México (94.6%).

Tres de cada diez mexicanos (31.6%) tienen la experiencia de que algún adulto mayor en su familia ha sufrido maltrato psicológico. Además, los encuestados también mencionaron que sus familiares adultos mayores han sido víctimas de maltrato físico (19%), de negligencia (13.7%) y de abuso económico (11.8%), entre otros.

Los lugares donde se percibe más discriminación hacia los adultos mayores son: el buscar trabajo (86.4%), en el trabajo (80.2%), en el acceso a productos o servicios financieros (57.8%), en el acceso a la capacitación profesional (54.7%) y en la atención médica (54.5%), entre otras respuestas.

Sólo una cuarta parte de los encuestados conoce alguna medida para prevenir el maltrato a los adultos mayores (26.1%). Por nivel de escolaridad, los niveles de conocimiento son los siguiente: Universidad o posgrado (33.3%), preparatoria o bachillerato (27.2%), secundaria (23.8), primaria (29%) y ninguna (23%).¹²

La Encuesta sobre Maltrato a Personas de la Tercera Edad, realizada por El Colegio de México, apunta que 70 por ciento del total de ancianos es víctima de agresiones físicas y verbales por parte de sus familiares. Los que más infligen ese tipo de castigos son los hijos, con un 56 por ciento; la pareja, 11 por ciento; los nietos, 10 por ciento, y personas ajenas, un 23 por ciento.

El estudio destaca que a las agresiones verbales y físicas se suma la constante amenaza de familiares de abandonarlos o recluirlos en un albergue, lo que ya sucede frecuentemente, sobre todo en las clínicas públicas de salud, en donde mensualmente se reportan entre cinco y 10 ancianos olvidados por sus parientes, luego de haberlos ingresado para ser atendidos de padecimientos congénitos, enfermedades mentales, fracturas, hipertensión o neumonías.¹³

En México la subprocuraduría de atención a víctimas del delito y servicios a la comunidad (SAVDSC), señala que en el año 2011, tan solo en La Ciudad de México se cuantificaron más de dos mil 475 denuncias de ancianos por golpes, violencia verbal y despojo. La subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad reconoce que esa cifra de delitos en contra de las personas adultas mayores podría multiplicarse por 10 si se considera que por temor o desconocimiento de las leyes sólo se denuncia una de cada 10 agresiones o despojos patrimoniales.¹⁴

Definición del maltrato del adulto mayor.

La primera referencia que se halla en la bibliografía científica sobre el fenómeno del anciano maltratado es una carta publicada en el año de 1975 por Burston en la revista "The British Medical Journal" titulada "Granny Battering", seguido por un artículo de Butter titulado ¿por qué sobrevivir? "Ser anciano en América", donde se describe por primera vez el síndrome de la persona anciana maltratada.

Del estudio sobre el maltrato al anciano se originaron la "Carta de los Derechos de las personas mayores", elaborada por las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991 en su Asamblea General con la resolución número 4691.¹⁵

Definir el concepto de maltrato es difícil, ya que lleva implícito consideraciones culturales. Según el país, estado, grupo étnico o cultural.

Las definiciones más generalizadas son las difundidas por el Servicio de Salud Américo, específicamente por el National Center of Elder Abuse (NCEA), pero independientemente de la gran confusión que rodea las definiciones y los términos, existe cierto acuerdo sobre los tipos de abandono y maltrato a los ancianos, llegando a definir el maltrato como "todo acto u omisión cometida contra una persona mayor en el cuadro de la vida familiar o institucional y que atente contra su vida, seguridad económica, integridad física, libertas o que comprometa gravemente el desarrollo de su personalidad.

Según la definición de la declaración de Toronto (OMS), el maltrato contra las personas mayores es un acto único o repetido, o por la falta de acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor. Esta definición fue adoptada por la red internacional para la Prevención de maltrato al Mayor (IPNEA) y por la Organización de la Naciones Unidas (ONU).¹⁶

Uno de los objetivos del Instituto para la Atención de las Persona Adultas Mayores es: fomentar una cultura de la vejez y el envejecimiento, en la cual las personas adultas mayores se consideren y sean consideradas sujetos socialmente activos y en la que el envejecimiento sea vivido como un proceso normal, como parte del ciclo vital.¹⁷

Factores de riesgo de maltrato 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.¹⁸

El conocimiento de los posibles factores desencadenantes del maltrato es muy importante para el profesional de salubridad en la prevención y detección del maltrato.

La Asamblea Médica Mundial 2005, ha propuesto diferentes teorías que pretenden explicar el maltrato en el anciano y sus causas.

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 con 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, paranoia).¹⁹

Otras teorías propuestas.

Desde el consumo de sustancias tóxicas por parte del cuidador, hasta la dependencia de este sobre la persona que recibe los cuidados (la víctima). Al igual se señalan cuestiones socioculturales y ambientales, como la adecuación de la vivienda, la actitud social ante la vejez o la cultura de ayuda y solidaridad. También el anciano puede ser víctima del fracaso social y personal del contexto familiar y social, tal y como se recoge en la literatura científica y académica, las teorías son múltiples y variadas convirtiendo la violencia hacia los mayores en un fenómeno complejo y multidimensional.²⁰

Tipos de maltrato.

Las definiciones aceptadas de los diferentes tipos de maltrato del adulto mayor son las difundidas por el Centro Nacional Americano de 1995 y son las siguientes:

Maltrato físico.

Daño corporal, dolor o deterioro físico, producidos por fuerza física o violencia. Como ejemplos: uso inapropiado de fármacos, alimentación forzada o falta de ella y castigo físico, incluyendo medidas de restricción (ataduras).

Abuso psicológico.

Causar intencionalmente angustia o estrés mediante actos verbales o no verbales; ejemplo: amenazas, insultos, intimidaciones, humillaciones, incluye tratar al anciano como un niño, aislamiento de la familia, entorno, amigos y de sus actividades habituales, someterle a “tratamiento de silencio” (no considerar sus opiniones, no hablar con él, etc.)

Negligencia.

Rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar cualquier parte de sus obligaciones o deberes a un anciano, de forma voluntaria o involuntaria. Incluye no aportar medidas económicas o cuidados básicos como alimentación, hidratación, higiene personal, vestido, cobijo, medidas de confort, seguridad personal, incluida en una responsabilidad implícita o acordada.

Abandono.

Deserción o abandono por un individuo que ha asumido el papel del cuidador o por la persona que tiene la custodia física. Algunos autores incluyen el abandono como una forma de negligencia del cuidador.

Explotación financiera.

Uso ilegal o inapropiado de fondos, propiedades y otros recursos del anciano, incluye dinero sin autorización o permiso, falsificación u obligación a firmar algún documento y uso inapropiado de tutela.

Abuso sexual.

Contacto sexual de cualquier tipo intentado o consumado. No consentido o con personas incapaces de dar su consentimiento, ejemplo: tocamiento o fotografías.

Violación de los derechos básicos.

A menudo está relacionada con el maltrato psicológico y consiste en privar a la persona mayor de los derechos básicos que legalmente le corresponden, desde el derecho a la intimidad hasta la libertad de opción religiosa. Por tanto, en este caso se ignoran los derechos de la persona mayor y su capacidad de toma de decisiones, negándole por ejemplo, su intimidad, su autonomía a la hora de tomar decisiones con respecto al cuidado de su salud y a otras cuestiones personales (por ejemplo, el matrimonio), ingresándole a la fuerza en una residencia, no dejándole asistir a la iglesia, abrir su correo. Algunos autores incluyen este tipo de maltrato dentro de la categoría de exploración.²¹

Consideramos que la adaptación a nuestra cultura de estas definiciones exige un profundo debate y consenso posterior. Con frecuencia resulta difícil la distinción entre negligencia o abandono. Los siguientes dos tipos de maltrato, también descritos por el referido Centro Nacional Americano, precisarían también de un debate desde el punto de vista bioético (principio de autonomía).

Auto negligencia.

Comportamiento de un anciano que amenaza su salud o seguridad; generalmente se manifiesta como rechazo o fallo para alimentación adecuada, hidratación, vestido, cobijo, higiene personal, medicación o seguridad. Se excluye el anciano mentalmente competente que es auto negligente como elección personal.

Rechazo o intervención terapéutica.

Paciente que habiendo sido informado de la conveniencia de recibir tratamiento físico o farmacológico o prevención de un proceso o problema, lo rechaza. Se excluyen los pacientes con demencia y aquellos cuyo entorno familiar (cuidadores) impide el acceso a dichas intervenciones.²²

La mayoría de los hechos violentos o maltratos identificados en los adultos mayores ocurren en el hogar y en las mujeres, dado que estas por lo general al llevar la máxima responsabilidad dentro de la organicidad del hogar son amas de casa y jubiladas con o sin enfermedades degenerativas de la edad, lo cual propicia que su permanecía en el hogar las haga vulnerables a la violencia. Los resultados de la investigación refuerzan lo anteriormente planteado al evaluar la distribución de los adultos mayores atendidos en el consultorio por algún tipo de violencia según ocupación al obtener que la mayoría fueran amas de casa y jubiladas, que al convivir dentro de la comunidad son vulnerables a los hechos de violencia o maltrato.²³

Perfil del adulto mayor maltratado y su agresor.

Para el adulto mayor:

Edad avanzada mayor de 75 años, mal estado de salud, incontinencia, deterioro cognitivo, dependencia física, económica y/o emocional, aislamiento social, género femenino, antecedente de abuso, negligencia o explotación, presencia de trastorno mental, consumo excesivo de alcohol y drogas.

Para el maltratador:

Dependencia psicológica de la víctima, dependencia económica de la víctima, antecedentes de maltrato o mala relación con su pareja, presencia de trastorno mental, sobrecarga física o emocional, inexperiencia del cuidador, consumo excesivo de alcohol u otras drogas, dificultad para enfrentarse a situaciones de adversidad.

Signos de alarma:

Retraso en solicitar asistencia, aumento en la frecuencia de los servicios de urgencias, señales corporales de lesiones no explicadas, depresión, angustia o pasividad del paciente, insomnio o hiperinsomnia, sedación excesiva, administración involuntaria de medicamentos, mala respuesta a los tratamientos, miedo del anciano a expresarse delante del cuidador, mala evolución de lesiones físicas, situación aparente de mala higiene, ropa inadecuada para la época del año, desnutrición o pérdida de peso sin motivo aparente, dificultades para acudir a las visitas a domicilio, deshidratación, caídas reiteradas, contradicciones entre el relato del paciente y el cuidador.²⁴

Instrumentos de detección.

Se exponen varios instrumentos de cribado para la detección del riesgo de abuso mediante la identificación de factores de riesgo. Se analizaron 90 artículos en lengua inglesa que tratan sobre factores de riesgo de abuso en ancianos, de los que 18 utilizan herramientas de cribado.

Una de las escalas utilizadas para el maltrato al anciano es la escala SMA que valora y puntúa signos y síntomas sugerentes de negligencia, actitud del cuidador y cumplimiento terapéutico y que se utiliza como instrumento diagnóstico del síndrome del anciano maltratado. No está validada la utilidad clínica del cuestionario propuesto.

Uno instrumento de los más utilizados es el H-S-EAST (Hwaleck-Senstock Elder Abuse Screening Test) (Neale) con 15 ítems. Este instrumento tiene limitaciones en su validez y tiene una alta tasa de falsos negativos.²⁵

El instrumento Indicators of Abuse Screen (Reis et Nahmiassh), que consta de 29 ítem criticadas agrupados en 3 categorías, debe ser administrado por profesionales y se invierten 20 minutos en su realización. Este instrumento, ha demostrado su validez, aunque tiene limitaciones para su uso rutinario por su extensión.

Otro instrumento de valoración de riesgo (riesgos futuros se utilizó en el programa APS (Goodrich); consta de 33 ítems y se agrupa en 5 categorías (referidas al anciano, al entorno, servicios de soporte, antecedentes familiares de abuso y al agresor) y a su vez clasifica la situación del anciano como de riesgo bajo, moderado o alto.²⁶

En la actualidad los instrumentos más utilizados son los siguientes: Spiane de Jonson consiste en un protocolo de selección para determinar los malos tratos y la negligencia y consta de una entrevista estructurada y un test de selección, se centra sobre todo en la negligencia y malos tratos físicos.

Detección de maltratos (EADI) de Bloom consta de una entrevista estructurada y observación, se obtienen los datos de antecedentes médicos (heridas inexplicables) las conclusiones del médico y las observaciones (angustia, estrés...). Esta prueba ha sido severamente criticada, porque debida a su escasa fiabilidad no se puede generalizar la evaluación realizada.²⁷

Estado de Salud y Actitud frente a la vida (HALF) de Ferguson y Beck trata de evaluar la dinámica familiar, el estado de salud, la actitud frente al envejecimiento, las condiciones de vida y economía. Consiste en una medida tipo liker que evalúa el comportamiento abusivo de la familia.²⁸

Protocolo de Identificación y Evaluación de Maltratos y Negligencia de Tomita (PIAEAN) (1981) fue concebido como una estrategia de evaluación por los profesionales presenta seis tipos de malos tratos: agresiones físicas, violencia psicológica y verbal, explotación material, omisión o negligencia, agresiones sexuales y abuso de medicamentos, el diagnóstico se fundamenta en la entrevista con el paciente, síntomas que presenta y examen físico.²⁹

Uno de los instrumentos más frecuentemente utilizados es el Canadian taskforce, que consiste en la formulación de preguntas directas, el cual considera se puede utilizar de manera rutinaria para detectar riesgos o signos de maltrato, tratando de identificarlos precozmente a través de la entrevista.³⁰

Un instrumento más llamado cuestionario “Riesgo de Maltrato”, el cual valora el maltrato familiar percibido por el anciano y que fue propuesta por el C. Geriatra Pedro C. Salomé Garrama, en la escuela de postgrado de medicina de Perú, Lima en su tesis “Atención del Anciano en el centro de salud del Adulto Mayor TACNA”, se llevó en el 2003, como respuesta a la necesidad de evaluar el maltrato percibido por el anciano que fuera fácilmente entendible.

Este cuestionario “Riesgo de maltrato” consta de 22 preguntas con un rango máximo de 44 puntos y un mínimo 22, que fueron obtenidas y dadas de la sumatoria de los puntajes parciales. Este instrumento mide en forma general la percepción de maltrato que tienen los ancianos. La entrevista tiene una duración aproximada de 10 minutos por entrevistado.³¹

Otro de los instrumentos es el de la American Medical Association que consta de 8 preguntas (libro Geriatria 2014 Carlos d’Hyver).³²

El instrumento elaborado por Gerontological Society of America conocido como el Brief Abuse Screen for the Elderly que consta de 5 reactivos.³³

Instrumento de medición de maltrato llamado Elder Assessment Instrument que consta de 41 ítems con una sensibilidad de 71 % y especificidad de 93%.

Fulmer, T. (2003). Elder abuse and neglect assessment. Journal of Gerontological Nursing, 29(6), 4-5.³⁴

La encuesta EMPAM que tiene 45 ítems en su forma completa y de 23 ítems en su forma abreviada.³⁵

El instrumento que se utilizó para la presente investigación la Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor realizado por Oscar Rosas y Liliana Giraldo ambos del Instituto Nacional de Geriatria en junio de 2012 el cual es el primer instrumento creado para el maltrato hacia las personas mayores que fue desarrollado para la población de habla hispana y rindió resultados satisfactorios en términos psicométricos; su inicio es la definición de la contextualización del fenómeno dentro de la población mexicana.

De acuerdo al estudio realizado a la Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor sus resultados fueron satisfactorios (coeficiente alfa de Cronbach de 0.83). En el análisis univariado se encontraron asociadas al maltrato: tener 80 años y más, sexo femenino, no tener pareja, mal estado de salud, queja subjetiva de memoria, depresión y dependencia funcional.

La Escala Geriátrica de Maltrato es útil para la detección a nivel poblacional. Se puntúa como maltrato si tiene al menos una respuesta positiva en el total de los ítems o por tipo de maltrato.³⁶

Así como para valorar cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global se utilizó el instrumento APGAR Familiar que nos determina la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución, la información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de dinámica familiar, de esta manera se recabaron los datos sobre qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada para prevenir el maltrato familiar.

Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein, quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

Este test fue denominado “APGAR familiar” por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, y porque denota una evaluación rápida y de fácil aplicación.

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado

funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos, cuyas características son las siguientes:

Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-SatterwhiteFamilyFunctionIndex).

Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

La última modificación del APGAR FAMILIAR fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en la que se incluye a los amigos; estas respuestas son útiles para ver si existe este recurso al cual podemos acudir en caso de que el paciente viva lejos de su familia o haya gran disfuncionalidad. De acuerdo con los estudios de Cobb Cohen y Smilkstein, lo fundamental es contar con una persona hacia la cual se pueda recurrir en caso necesario.

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es:

ADAPTACIÓN: es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.

PARTICIPACIÓN: o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

GRADIENTE DE RECURSOS: es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto

realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

AFFECTIVIDAD: es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.

RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía.

En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, el APGAR, se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios en la segunda cita, para ya tener un panorama completo del paciente a quien vamos a cuidar.

En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos:

Pacientes poli sintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión.

En Grupos familiares o pacientes crónicos

Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente.

A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir.

A los miembros de familias problemáticas

Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.

En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

Todo profesional médico debe saber que la funcionalidad familiar repercute en la salud de sus integrantes, y se ha relacionado la obesidad en niños con disfunción familiar o la depresión que presentan las personas de la tercera edad cuando hay alteración en la función de sus familias.

El adulto mayor contestó una de las tres posibilidades, puntuándose de la siguiente manera: Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos). Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente. Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.³⁷

Papel del Médico Familiar ante el maltrato del adulto mayor.

La Asociación Médica Mundial, reconoce que es responsabilidad del médico proteger los intereses físicos y psíquicos de los ancianos, por lo tanto, cuando se detecte un caso de maltrato hay que intervenir para prevenir secuelas importantes aunadas a las propias del envejecimiento, puesto que las investigaciones indican que el maltrato y abuso en el anciano no suele ser un hecho aislado sino que existe una recurrencia del 80% y el médico familiar se encuentra en una posición privilegiada para ayudar en la prevención, detección y abordaje apropiado del síndrome de los malos tratos al anciano, la intervención debe ser multidisciplinaria y centrada en la víctima, quien supone un sufrimiento inexorable.

Con frecuencia nos vamos a encontrar con el rechazo del anciano víctima de maltrato, al formular alguna denuncia, ya que casi siempre el agresor es un miembro de la propia familia. Esta situación plantea con frecuencia un conflicto ético para el profesional con el paciente y la familia.

La prevención del maltrato de la violencia física y psicológica sobre la salud de un adulto mayor se ven exacerbadas por el deterioro funcional. Además, es más difícil para los ancianos evadirse de una relación de maltrato tomar las decisiones apropiadas debido a la depresión o a las deficiencias cognitivas que pueden sufrir. El mayor dilema estriba en lograr un equilibrio entre el derecho a la autodeterminación de la persona de más edad y a la necesidad de adoptar las medidas necesarias para poner fin a la situación de maltrato.

Los profesionales deben tener en mente que es un problema multifactorial y no algo homogéneo. El manejo de maltrato puede ser de la misma forma que de otros síndromes geriátricos contar con un tamizaje es importante, para apoyar el diagnóstico y tratamiento. No hay que olvidarse que el anciano tiene vergüenza de ser víctima de abuso o dar a saber que es víctima de abuso. Nuestro objetivo no es juzgar o culpar nadie, pero si entender lo que se pasa por alto y ayudar tanto a víctimas como el agresor.

Las consecuencias y los costos financieros y humanos, directos e indirectos, del maltrato de las personas de edad se estiman considerables, si bien no se conocen bien debido sobre todo a la escasa bibliografía, los costos directos serian relacionados con la prevención y las intervenciones incluidos la provisión de servicios, los procedimientos penales y de justicia, los cuidados institucionales y los programas de prevención, educación e investigación; los cotos indirectos y humanos son los que derivan de la pérdida de la productividad, el deterioro de la calidad de vida, el dolor y el sufrimiento emocionales, la desconfianza y la pérdida de la autoestima, la discapacidad y aun la muerte prematura

La Asociación Médica Mundial reconoce que es responsabilidad del médico proteger los intereses físicos y síquicos de los ancianos. El médico debe velar, si es consultado por el anciano directamente, el hogar o la familia, porque el anciano reciba la mejor atención posible.

El médico que constate o sospeche de maltrato, en el sentido de esta declaración debe discutir la situación con los encargados, sea la familia o el hogar. Si se confirma que existe el maltrato o se considera una muerte sospechosa, el médico debe informar a las autoridades correspondientes.

Para garantizar la protección del anciano en cualquier ambiente, no debe haber restricciones a su derecho de elegir libremente el médico. Las asociaciones médicas nacionales deben luchar para que dicha libre elección sea respetada en el sistema médico-social.³⁸

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus programas de protección a adultos mayores, sugiere las siguientes acciones para prevenir este tipo de situaciones:

Mantener y preservar las amistades, convivir con los diferentes integrantes de su familia, participar con otras personas formando parte de organizaciones donde se practiquen actividades físicas, recreativas y culturales.

Debemos tener presente que la violencia familiar es un problema complejo para el que no existen soluciones fáciles. Sin embargo, el primer paso siempre será identificar que el problema existe y tener el valor de pedir ayuda para resolverlo.¹⁶

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el incremento de la población de adultos mayores aumentó del 6.4% en 1999 al 12.5% en el 2000, esta situación obliga al médico familiar a vigilar más estrechamente la calidad de vida y bienestar de la población a su cargo, en especial, la de los pacientes ancianos.

El médico familiar debería identificar a familias en donde el abandono de los ancianos represente un alto riesgo. Para este propósito, resulta imprescindible valorar factores asociados como: la personalidad del anciano, longevidad, evolución de las enfermedades crónico-degenerativas, disfunciones familiares, estrés del cuidador, problemas económicos, falta de apoyo familiar, deterioro funcional, abuso de drogas o alcohol y la historia previa de violencia en la familia.³⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El fenómeno de maltrato en el adulto mayor es de difícil cuantificación, porque como hemos visto, tanto víctima como perpetrador tienden a negar, ocultar y restar importancia a la gravedad de dicha circunstancia.

De la misma forma diversos estudios han demostrado la implicación de diversos factores de riesgo para padecer maltrato en el adulto mayor como son enfermedades crónicas degenerativas incapacitantes que tienden a disminuir su autonomía. En lo que se refiere a la valoración de la salud mental se complica en esta población ya que el médico no lo hace, lo cual dificulta la detección y diagnóstico precoz de depresión, ansiedad y maltrato familiar, que suelen estar enmascaradas en los adultos mayores y otras veces solapadas por otros problemas físicos y emocionales.

El maltrato hacia el adulto mayor es poco considerado por los médicos y el equipo multidisciplinario, dado que la sociedad no lo ha hecho evidente, esto debido a que las víctimas lo sufren en silencio; por temor a padecer maltratos mayores o por ser dependientes económicamente.

Este problema ha existido siempre, pero se ha hecho más evidente en los últimos años gracias a que el Médico Familiar se ha involucrado más con el entorno familiar de los pacientes y esto ha expuesto el maltrato que sufre el adulto mayor que puede ser notable en la consulta donde es acompañado en su mayoría de veces por familiares y en otras acude sólo. Por lo que la interrogante de la investigación es:

¿Cuál es la prevalencia de maltrato al adulto mayor en el entorno familiar que acude a la consulta externa del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar 66 Progreso Industrial Estado de México, IMSS?

JUSTIFICACIÓN

El maltrato en el adulto mayor es un problema contemporáneo y mundial, aparentemente invisible ya que a nivel internacional su frecuencia es desconocida, en parte porque no hay una definición del término común para todos.

A nivel individual el maltrato en el adulto mayor incrementa el deterioro de la calidad de vida, el dolor y sufrimiento emocional se ve presente lo cual genera que la mayoría de ellos caigan en trastornos de ansiedad y depresión, pierdan confianza en sí mismos y en los demás lo cual genera discapacidad, desarrollo de enfermedades crónico degenerativas e incluso la muerte.

A nivel familiar el adulto mayor al no ser productivo genera mayor gasto económico, emocional y físico por lo que sería importante intervenir para que no sean estas las razones por las cuales reciban maltrato, y de esta manera se convierta en un círculo vicioso.

El maltrato en el adulto mayor es un fenómeno que necesita ser reconocido por el equipo multidisciplinario que lo atiende, y de esta manera tener un registro confiable, desde una perspectiva de atención integral; es por ello que se requiere perfeccionar la aptitud clínica para una detección y tratamiento oportuno del adulto mayor maltratado, lo cual se puede propiciar con estrategias educativas que promuevan la reflexión y atención del problema.

Siendo el Médico Familiar, el que da la atención de primer contacto a estos pacientes se tiene la oportunidad para ayudar a la prevención, detección y abordaje del maltrato, ya que las personas de la tercera edad por el propio envejecimiento son un grupo vulnerable de sufrirlo, siendo importante la prevención de secuelas y ofrecerles una mejor calidad de vida en su última etapa.

No existe hasta la actualidad un registro de adultos mayores con maltrato en cualquiera de sus variantes; subestimando el diagnóstico, y aunque se tiene conocimiento de este problema; no tenemos estadísticas reportadas, motivo por el cual consideramos importante el desarrollo y culminación de este estudio en la unidad de Medicina Familiar Número 66.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la prevalencia de maltrato al adulto mayor en el entorno familiar que acude a la consulta externa del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar 66 del IMSS de julio a diciembre del año 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el tipo de maltrato que se presenta en los adultos mayores de la UMF 66.

Identificar la funcionalidad familiar que se presenta en los adultos mayores de la UMF 66.

Identificar cuál es el factor de riesgo para que se presente el maltrato familiar en el adulto mayor.

Catalogar el maltrato familiar en el adulto mayor de la UMF 66 de acuerdo a edad y género.

HIPÓTESIS

La prevalencia de maltrato familiar es mayor del 60% en el adulto mayor que acude a la consulta externa en turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar 66.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

- a) PROSPECTIVO: Porque la información se recabó en el período de julio a octubre de 2017, mediante la aplicación del instrumento a los adultos mayores.
- b) TRANSVERSAL: Ya que se realizó en una sola medición en el momento especificado.
- c) DESCRIPTIVO: Se realizó la descripción de un grupo de variables sin alterar ninguna de ellas.
- d) OBSERVACIONAL: En el estudio no hubo intervención en el fenómeno que se analizó.

POBLACIÓN LUGAR TIEMPO Y FORMA

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar número 66 localizada en el municipio de Villa Nicolás Romero en el Estado de México que atiende una población de 38,455 correspondientes a las colonias Progreso Industrial, La Concha, El Tráfico, El Gavillero, San Francisco Magú y el municipio de Villa del Carbón.

Consta de 5 Consultorios de Medicina Familiar, 1 Consultorio de Estomatología, 2 Áreas de Medicina Preventiva, 1 Área de Trabajo Social, 1 Área de cuerpo de Gobierno

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El total de los pacientes adultos mayores de 60 años y más, que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 66, IMSS, Progreso Industrial, Estado de México en el turno vespertino que corresponde a 2576 pacientes, que equivale a un 6.69% del total de la población de todas las edades (38,455). Por lo que se calculara el tamaño de la muestra para estimar la proporción poblacional.

La fórmula que determinó el tamaño de la muestra fue la siguiente:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra.

za/2: z corresponde al nivel de confianza elegido (1.96).

P: Proporción de una categoría de variable (0.50).

e: Error máximo (0.02).

N: Tamaño de la población.

$$n = \frac{2576 \cdot 1.96^2 \cdot 0.50 (1-0.50)}{(2576-1) \cdot 0.02^2 + 1.96^2 \cdot 0.50 (1-0.50)} = 350$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes derechohabientes del IMSS de 60 años y más ambos sexos.
- Con o sin enfermedades crónico degenerativas que asistan a la consulta externa en turno vespertino a la UMF 66 en el período de julio a octubre de 2017.
- Que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Derechohabientes con enfermedad psiquiátrica incapacitante (Enfermedad de Alzheimer, Esquizofrenia, retraso mental.
- Derechohabientes, adultos mayores que resultaron seleccionados pero que no aceptaron participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Derechohabientes que no deseen continuar con la entrevista.
- Derechohabientes que no terminen de contestar los cuestionarios.

INFORMACION A RECOLECTAR

VARIABLE INDEPENDIENTE: ADULTO MAYOR

VARIABLE DEPENDIENTE: MALTRATO FAMILIAR

Variable	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPOS DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Período de tiempo transcurrido o desde el nacimiento de una persona.	Valoración del adulto mayor según el número de años cumplidos.	Cuantitativa.	60 – 64 años 65 – 90 años > 90 años	Ordinal.
Género	Categoría taxonómica que sirve para clasificar una familia de animales, plantas u otros organismos.	De acuerdo a las características fenotípicas masculino y femenino del adulto mayor.	Cualitativa.	1. Masculino 2. Femenino	Dicotómica. Nominal.

Estado civil	Condición de cada persona con derechos y obligaciones.	Característica del estado civil actual del adulto mayor.	Cualitativa.	1. Soltero. 2. Unión libre. 3. Casado. 4. Divorciado. 5. Separado. 6. Viudo.	Nominal.
Enfermedades	Alteraciones de la salud.	De acuerdo a lo que el paciente mencione.	Cualitativa.	1. Problemas visuales. 2. Problemas auditivos. 3. Problemas de marcha. 4. Otros.	Nominal.
Maltrato familiar físico	Es el uso de la violencia para causar dolor de manera propositiva	Una respuesta afirmativa de acuerdo a la Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor	Cualitativa.	Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor Ítems 1 al 5	Nominal

	y repetitiva.				
Tipos de Maltrato familiar psicológico.	Es el comportamiento que agrede la estabilidad emocional de forma continua y sistemática.	Una respuesta afirmativa de acuerdo a la Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor	Cualitativa	Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor ítems 6 al 11	Nominal
Maltrato familiar por negligencia	Es el descuido de la familia hacia el adulto mayor	Una respuesta afirmativa de acuerdo a la Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor	Cualitativa.	Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor Ítems 12 al 15	Nominal.

Maltrato familiar económico	Se refiere al control sobre el adulto mayor en el acceso a los recursos económicos lo que la obliga a depender financieramente del perpetrador.	Una respuesta afirmativa de acuerdo a la Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor	Cualitativa.	Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor Ítems 16 al 20	Nominal.
Maltrato familiar sexual	Es cualquier contacto sexual sin consentimiento	Una respuesta afirmativa de acuerdo a la Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor.	Cualitativa.	Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor Ítems 21 al 22	Nominal.
Funcionalidad Familiar	Es la capacidad del sistema para	Es la capacidad que tienen los integrantes	Cualitativa	APGAR familiar Normal (17-20 puntos)	Ordinal

	enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	de la familiar para superar sus problemas.		Disfunción leve (16-13 puntos) Disfunción moderada (12-10 puntos) Disfunción severa (menor o igual a 9 puntos)	
--	--	--	--	--	--

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Con previa autorización del CLIEIS 1503 se aplicó el instrumento Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor y al APGAR familiar, para identificar si existe maltrato familiar del adulto mayor en su entorno familiar que acude a consulta externa, con autorización bajo consentimiento informado.

La investigación se llevó a cabo aplicando los instrumentos Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor y APGAR familiar con el tamaño de la muestra que fue de 350pacientes adultos mayores que acudan a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 66 IMSS del turno vespertino.

Se localizaron e identificaron a los adultos mayores por medio de cada asistente médica de los 5 consultorios de la UMF 66 del turno vespertino, escogiendo a los pacientes por muestro consecutivo, invitándolos a participar en el proyecto de investigación “Prevalencia del maltrato familiar en el adulto mayor que acude a la Unidad de Medicina Familiar número 66 del IMSS Progreso Industrial, Estado de México”.

A los aceptantes se les proporcionaron losinstrumentos Escala Geriátrica de maltrato al adulto mayor y APGAR familiar, quienes respondieron de forma individual y privada, y el investigador solo intervino cuando la persona presentó duda respecto a alguna pregunta.

Después de recabar la información de los instrumentos se analizaron, cuál fue el género más afectado, el tipo de maltrato, quien es el agresor, la edad con mayor frecuencia de maltrato y los factores de riesgo del adulto mayor.

Se dieron a conocer los resultados obtenidos, a cada paciente y a la jefatura de enseñanza.

Los pacientes que presentaron algún tipo de maltrato se canalizaron al servicio de trabajo social con el propósito de integrarlos a grupos de personas de la tercera edad.

ANALISIS DE DATOS

Para el análisis estadístico se procedió de la manera siguiente:

Después de aplicar el instrumento Escala Geriátrica de maltrato al adulto mayor a los participantes, se analizaron con estadística descriptiva: para variables cuantitativas con medidas de tendencia central y para variables cualitativas frecuencia y porcentaje, así se determinaron el tipo de maltrato según edad, sexo, género, quien es el agresor más frecuente y los factores de riesgo de mayor prevalencia de maltrato familiar del adulto mayor.

Para llevar a cabo la tabulación de la información se utilizó el programa de Windows Excel y para procesar los datos para obtención de los resultados con el programa SPSS versión 21.

Los resultados se presentaron en cuadros y gráficas.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, ÉTICOS Y FINANCIEROS

Recursos Humanos

- 2 Investigadores

Recursos Físicos

Se utilizaron:

1 Computadora con Sistema Operativo Windows 10

Hojas blancas

1 Bolígrafo

Recursos Financieros

Los gastos que se generen en el presente estudio fueron absorbidos por el investigador principal.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se implica en este trabajo, la confidencialidad y la reserva de los nombres de los pacientes participantes en la investigación biomédica, contempladas en:

1. La declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª Asamblea médica mundial Helsinki, Finlandia en Junio 1964; en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y según modificaciones establecidas en:

- a) 29ª Asamblea médica mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975
- b) 35ª Asamblea médica mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983
- c) 41ª Asamblea médica mundial, Hong Kong, Septiembre 1989
- d) 48ª Asamblea general, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996
- e) 52ª Asamblea general, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.

Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002

Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

El acuerdo que al respecto emitió la Secretaria de Salud publicado en el diario oficial de la federación el martes 6 de enero de 1982, páginas 16 y 17 y a las normas institucionales establecidas.

Las implicaciones éticas del presente trabajo de investigación es la confidencial de los resultados para preservar el prestigio de los pacientes que acuden a la consulta externa en turno matutino y vespertino del primer nivel de atención.

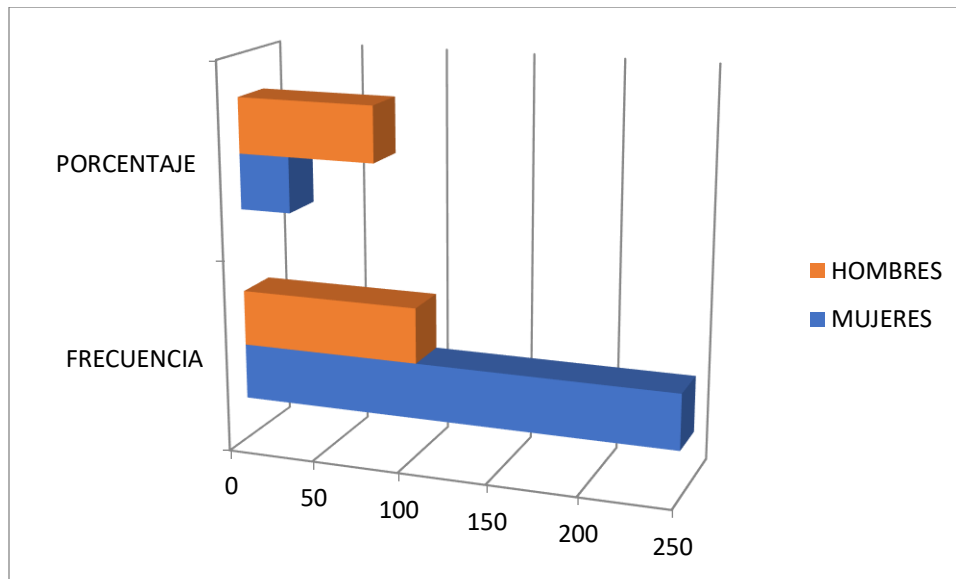
Los resultados fueron estrictamente para el logro del objetivo; con respeto y confidencialidad de los datos personales del paciente, para desarrollar estrategias educativas para mejorar la aptitud clínica.

Si alguno de los pacientes participantes, solicitó conocer los resultados del estudio y lo solicita, se le entregaron en forma confidencial, pretendiendo que quién lo desee pueda solicitar apoyo. Por tal motivo, los pacientes que presenten maltrato familiar en cualquiera de sus variedades se informó al personal correspondiente de la unidad, con la finalidad de tomar las estrategias de apoyo y terapia psicológica.

RESULTADOS

Se realizó el estudio para determinar la prevalencia de maltrato en el adulto mayor en 350 adultos mayores derechohabientes adscritos a la unidad de medicina familiar No 66 IMSS Progreso Industrial Nicolás Romero Estado de México, de los cuales 248 son del género femenino (70.8%) y 102 del género masculino (29.2%).

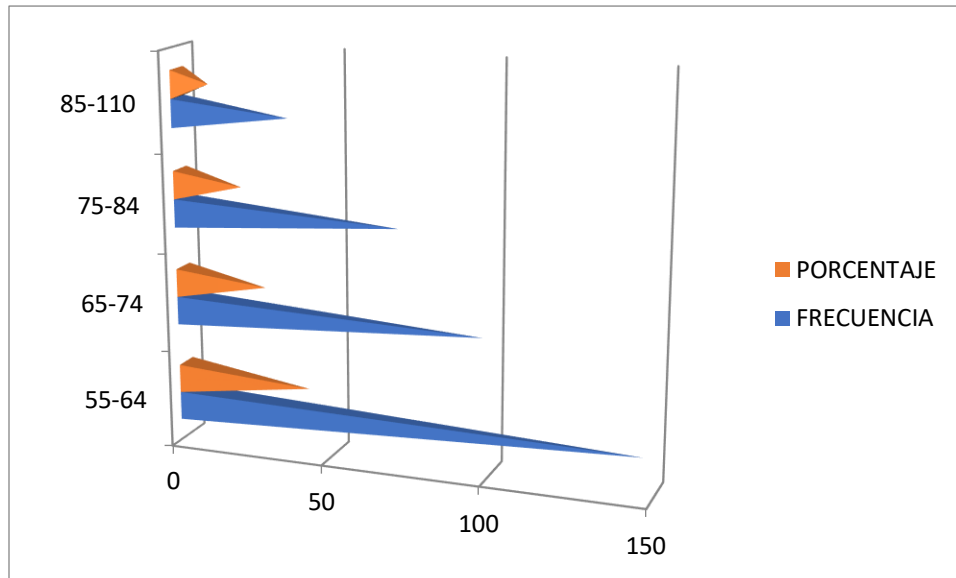
Total de la Muestra	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	102	29.2%
Mujeres	248	70.8%



Las edades de los adultos mayores estudiados fue de un rango de Adulto Mayor Joven de 55 a 64 años 146 pacientes (41.8%), Adulto Mayor Maduro 65-74 años 97 pacientes (27.8%), Adulto Mayor de 75 a 84 años 71 pacientes (20.2%) y Anciano de 85 años y más 36 pacientes (10.2%).

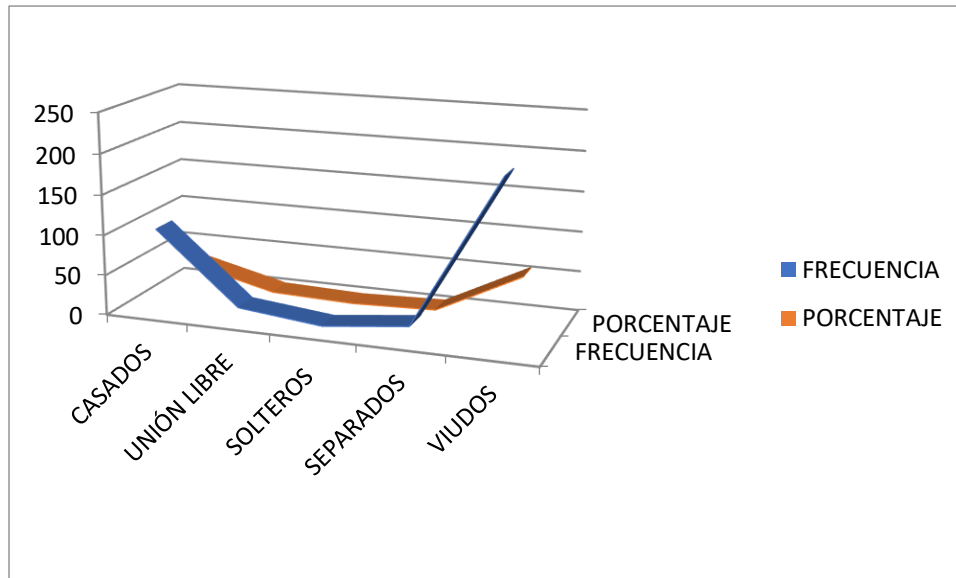
Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adulto mayor joven (55-64 años)	146	41.7%
Adulto mayor maduro (65-74 años)	97	27.7%
Adulto mayor (75-84 años)	71	20.3%
Anciano (85 años y más)	36	10.3%

Edad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	55-64	146	41.0	41.7
	65-74	97	27.2	69.4
Válidos	75-84	71	19.9	89.7
	85 y más	36	10.1	100.0
	Total	350	98.3	100.0
Perdidos	Sistema	6	1.7	
Total		356	100.0	



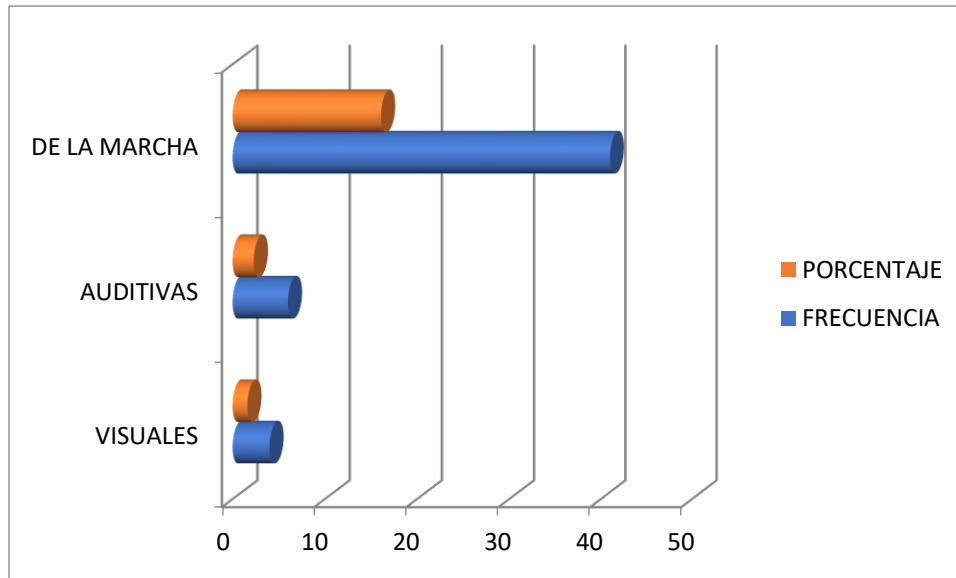
En cuanto a estado civil se hallaron adultos mayores 105 (30%) casados, 17 adultos mayores (4.9%) en unión libre, 6 (1.7%) solteros, 18 (5.1%) separados y viudos 204 (58.3%).

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casados	105	30%
Unión libre	17	4.9%
Solteros	6	1.7%
Separados	18	5.1%
Viudos	204	58.3%



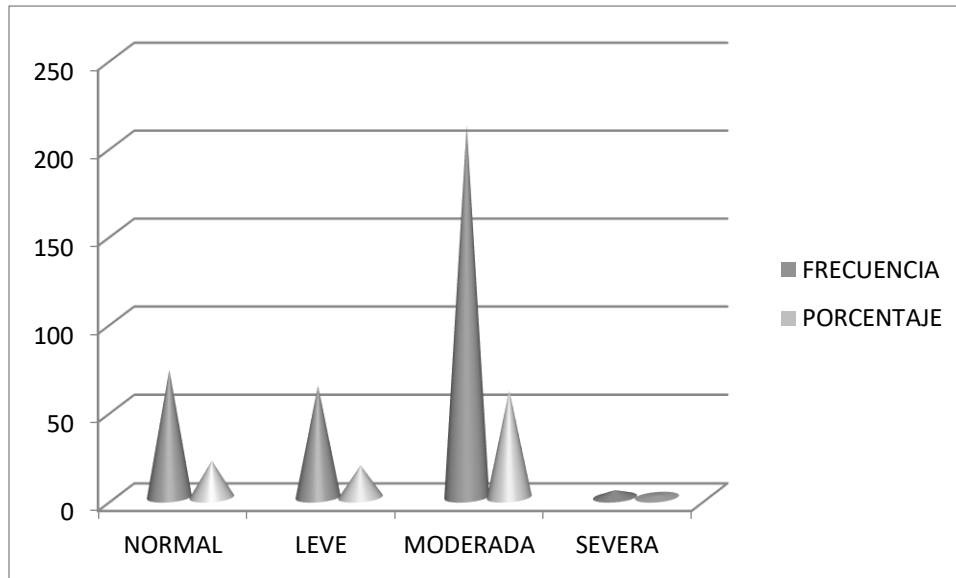
Se encontró un total de 256 (73.1% del total de la muestra) pacientes con enfermedades discapacitantes, de las cuales 18 (7.1%) presentaron alteraciones visuales, 77 (30.1%) presentaron alteraciones auditivas, 161 (62.8%) presentaron alteraciones de la marcha. Y un total de 94 (26.9%) adultos mayores sin dichas enfermedades.

Enfermedades discapacitantes antes	Frecuencia	Porcentaje
Alteraciones Visuales	18	7.1%
Alteraciones Auditivas	77	30.1%
Alteraciones de la Marcha	161	62.8%



En relación a la función familiar se hallaron 72 (20.6%) adultos mayores con un grado de función familiar normal, 63 (18%) con disfunción familiar leve, 211 (60.3%) con disfunción familiar moderada y 4 (1.1%) con disfunción severa.

Función Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Función Familiar Normal	72	20.6%
Disfunción Familiar Leve	63	18%
Disfunción Familiar Moderada	211	60.3%
Disfunción Familiar Severa	4	1.1%
Total	350	100.0%



Estadísticos para una muestra

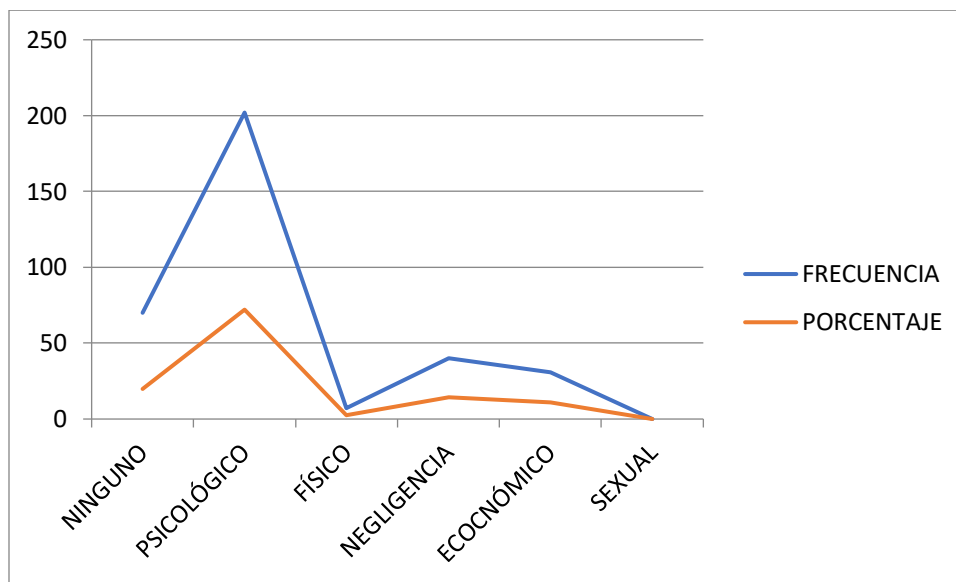
	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
funcionalidad familiar	350	2.42	.825	.044

Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 0					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
funcionalidad familiar	54.910	349	.000	2.420	2.33	2.51

Se encontró a 70 (20%) adultos mayores sin datos de maltrato y 280 (80%) adultos mayores con datos de maltrato. El maltrato que se presentó con más frecuencia fue el psicológico con 202 casos (72.1%), 40 (14.3%) casos de maltrato por negligencia, 31 (11.1%) maltrato económico, 7 (2.5%) casos de maltrato físico y ningún caso reportado de maltrato sexual.

Sospecha de maltrato	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	70	20%
MaltratoPsicológico	202	72.1%
MaltratoFísico	7	2.5%
Negligencia	40	14.3%
Maltratoeconómico	31	11.1%
Maltrato Sexual	0	0%
Total	350	100.0%



Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Maltrato familiar	350	2.31	1.175	.063

Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 0					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Maltrato familiar	36.864	349	.000	2.314	2.19	2.44

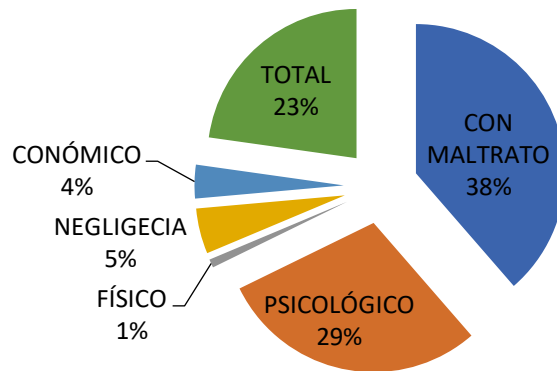
De los 280 adultos mayores que presentaron maltrato, las mujeres obtuvieron la mayor incidencia 212 (75.7%) casos, en los hombres 68 (24.3%) casos.

El maltrato que se presentó en el género femenino con más frecuencia fue psicológico 160 (75.5%) casos, negligencia 27 (12.8%) casos, económico 20 (9.4%) casos, físico 5 (2.3%) casos.

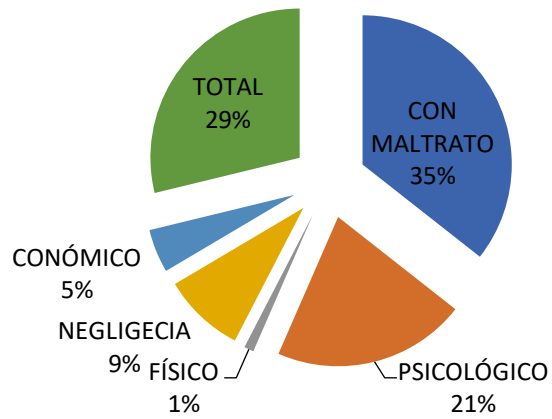
En los 68 casos que se presentaron en el género masculino, el más frecuente fue el maltrato psicológico 40 (58.8%) casos, negligencia 17 (25%) casos, económico 9 (13.2%) casos y físico 2 (3%) casos.

Genero	Datos de Maltrato					Total
	Con Maltrato	MaltratoPsicológico	Maltrato Físico	Negligencia	Maltratoeconómico	
Femenino	212 (75.7%)	160 (75.5%)	5 (2.3%)	27 (12.8%)	20 (9.4%)	125 (69.4%)
Masculino	68 (24.3%)	40 (58.8%)	2(3%)	17 (25%)	9 (13.2%)	55(30.6%)

Femenino



Masculino

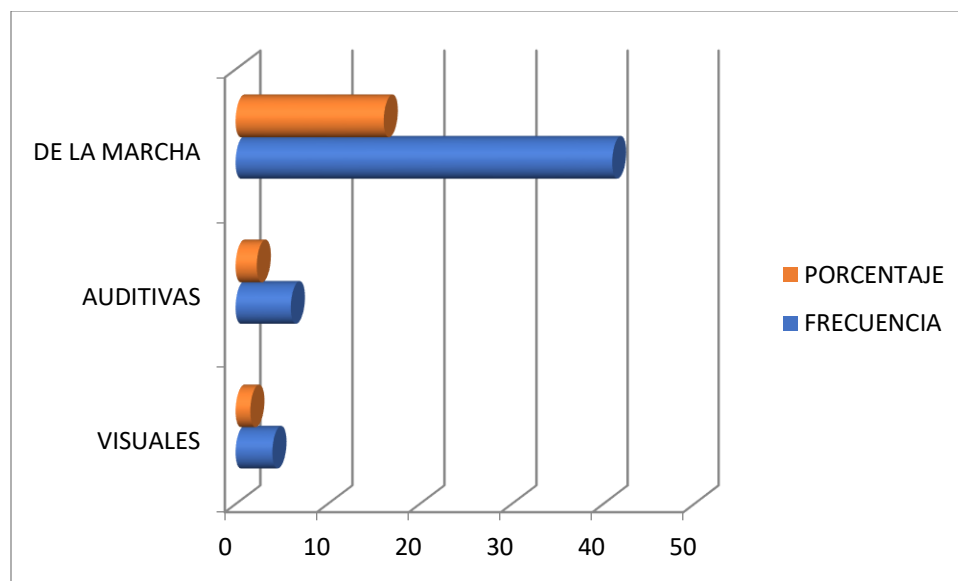


En 70 adultos mayores que no presentaron maltrato, 4 (1.6%) casos se encontraron con alteraciones visuales, 6 (2.3%) pacientes con alteraciones auditivas, 41 (16.1%) con alteraciones de la marcha.

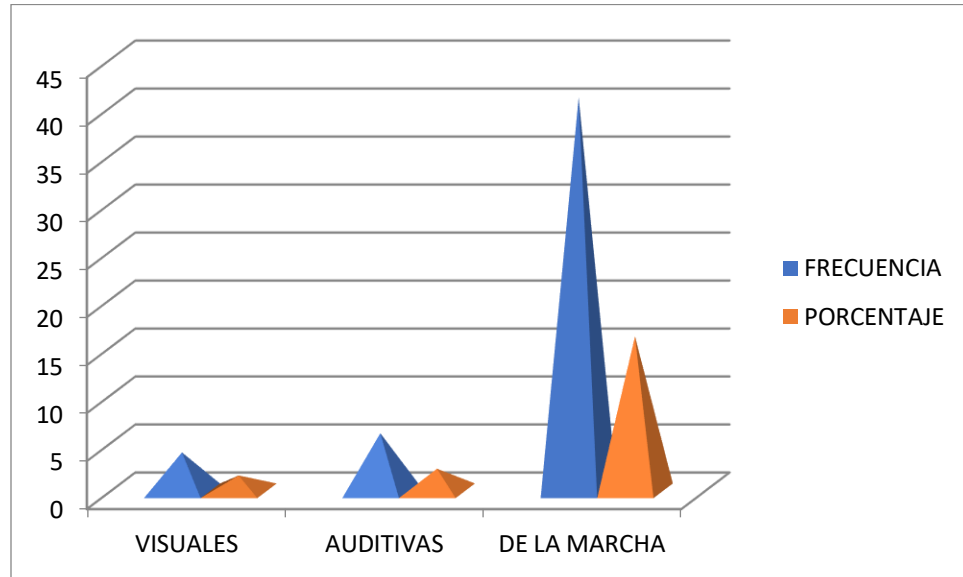
Mientras que los 280 adultos mayores con maltrato, donde 14 (5.4%) presentaron alteraciones visuales, 71 (27.7%) alteraciones auditivas y 120 (46.9%) alteraciones de la marcha. Se puede observar que los pacientes maltratados son los que presentan mayores alteraciones visuales, auditivas y de la marcha con un mayor porcentaje adultos mayores con alteraciones de la marcha.

Alteraciones	Frecuencia			
	Con datos de maltrato	Porcentaje	Sin datos de maltrato	Porcentaje
Visuales	14	5.4%	4	1.6%
Auditivas	71	27.7%	6	2.3%
De la Marcha	120	46.9%	41	16.1%

CON DATOS DE MALTRATO

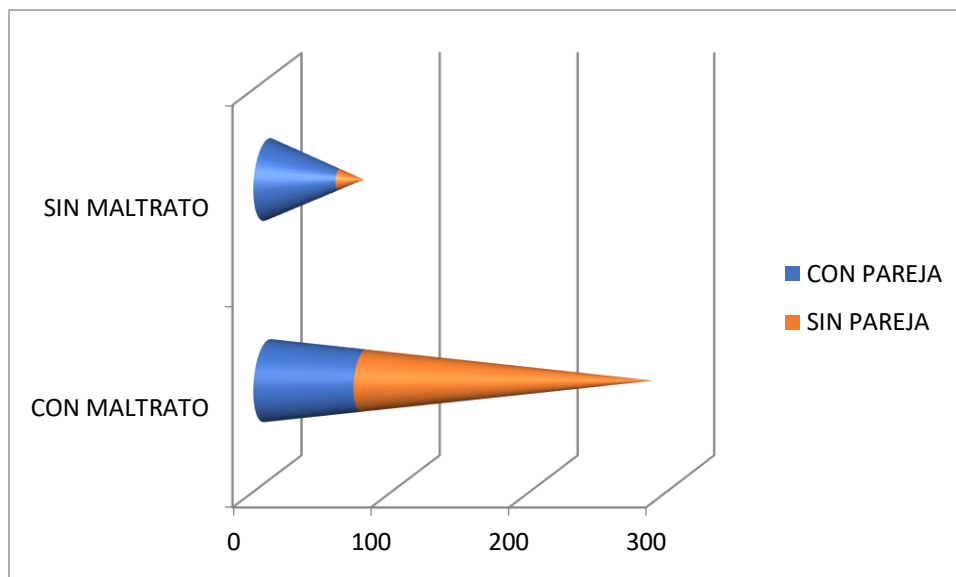


SIN DATOS DE MALTRATO



Los pacientes con datos de maltrato, en su mayoría no cuentan con pareja 210 (60%), y con pareja 70 (20%) adultos mayores. Frente a los 70 adultos mayores que no presentaron datos de maltrato, 52 (14.8%) presentaron pareja y 18 (5.2%) no tenían pareja.

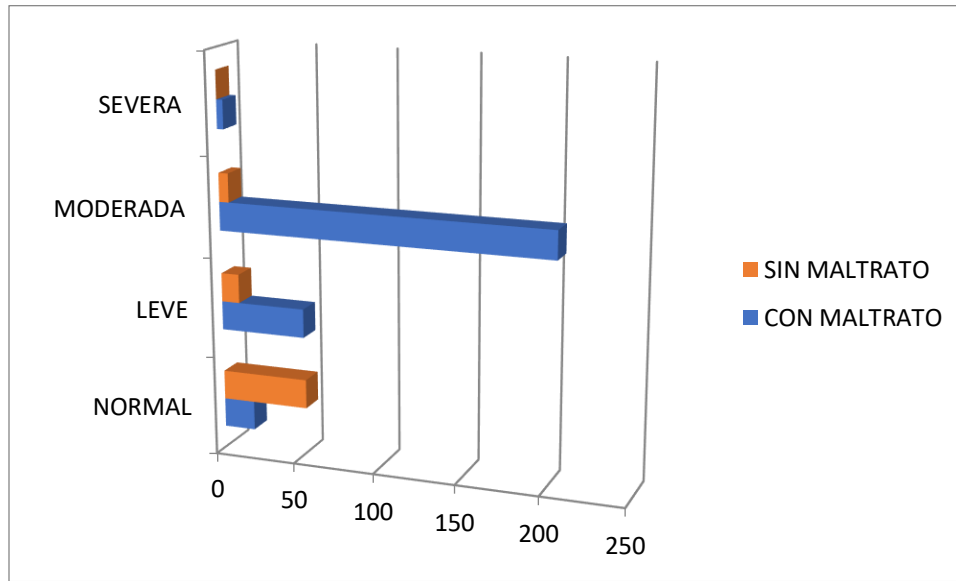
Pareja	Frecuencia			
	Con datos de maltrato	Porcentaje	Sin datos de maltrato	Porcentaje
Con pareja	70	20%	52	14.8%
Sin pareja	210	60%	18	5.2%



En relación a la función familiar los adultos mayores con datos de maltrato 19 (5.4%) adultos mayores refirieron funcionalidad familiar normal, 52 (14.9%) adultos mayores con disfunción leve, 205 (58.6%) disfunción familiar moderada, y 4 (1.1%) presento disfunción familiar severa.

En los adultos mayores sin datos de maltrato se encontraron 53 (15.1%) con un grado de función familiar normal, 11 (3.1%) con disfunción familiar leve, y 6 (1.7%) con disfunción familiar moderada, no se encontró ningún paciente con disfunción familiar severa.

Alteraciones	Frecuencia			
	Con datos de maltrato	Porcentaje	Sin datos de maltrato	Porcentaje
Función Familiar Normal	19	5.4%	53	15.1%
Disfunción Leve	52	14.9%	11	3.1%
Disfunción Moderada	205	58.6%	6	1.7%
Disfunción Severa	4	1.1%	0	0%



ANALISIS BIVARIADO

Correlaciones

		Edad	Genero	Alteraciones	Estado Civil	funcionalidad familiar	Maltrato familiar
Edad	Correlación de Pearson	1	.626**	.822**	.768**	.729**	.849**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000	.000
	N	350	350	350	350	350	350
Genero	Correlación de Pearson	.626**	1	.813**	.906**	.877**	.547**
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.000	.000
	N	350	350	350	350	350	350
Alteraciones	Correlación de Pearson	.822**	.813**	1	.803**	.818**	.803**
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000	.000	.000
	N	350	350	350	350	350	350
Estado Civil	Correlación de Pearson	.768**	.906**	.803**	1	.930**	.586**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000		.000	.000
	N	350	350	350	350	350	350
funcionalidad familiar	Correlación de Pearson	.729**	.877**	.818**	.930**	1	.639**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000		.000
	N	350	350	350	350	350	350
Maltrato familiar	Correlación de Pearson	.849**	.547**	.803**	.586**	.639**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	350	350	350	350	350	350

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

DISCUSIÓN

En el presente estudio encontramos que la prevalencia de maltrato total en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 66 de los 350 adultos mayores encuestados 280 respondieron haber sido maltratados en algún tipo, lo que corresponde al 80%; y los 70 adultos mayores restantes respondieron no haber sufrido ningún tipo de maltrato, esto es el 20%.

Estos resultados pueden justificarse al igual que en el estudio realizado en 2010 por Flores⁴⁰ ya que también es el primer estudio realizado en el medio y debido a la sensibilidad de la escala Geriátrica de maltrato al adulto mayor empleada.

La OMS reportó que existe una tasa de maltrato de 4 a 6% en la población mundial de adultos mayores, así mismo señala que en los Estados Unidos y Países Bajos no se encontraron diferencias significativas en las tasas de prevalencia por edad y sexo.⁴¹

Como lo refieren estudios previos sobre la situación actual del maltrato al adulto mayor podemos encontrar que los resultados son correspondientes, ya que de acuerdo a la investigación realizada por Giraldo sólo en la Ciudad de México se reportó una prevalencia de 16.2%.³⁵

Por lo que se puede apreciar se encontró en el presente estudio una alta incidencia de maltrato siendo los más prevalentes siendo el maltrato psicológico el mayor con el 72.1%, siguiendo por negligencia 14.3%, maltrato económico 11.1% y el maltrato físico 2.5%. Por lo que en los resultados obtenidos se encontró que la mayor prevalencia de maltrato fue el maltrato psicológico siendo para el género femenino 75.7% y para el género masculino 58.8% los cuales son similares al reporte de la Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y delitos sexuales en Chile nos reporta una incidencia de 86% de los adultos mayores han presentado violencia de tipo psicológica⁴², al igual que en el estudio realizado por Rivera demuestra que el 90% de los adultos mayores con maltrato correspondían al género femenino⁴³ y en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares en México nos muestra que el 17.8%

de las mujeres mayores de 60 años habían sufrido algún tipo de violencia.⁴⁴

Al igual que en estudios realizados en América Latina que nos reportan que en Argentina presentaron una prevalencia de maltrato de 42.4%; Brasil el 35%; Chile en tres estudios presentó 36.0%; 34% y 34.2. ⁴⁵

El estudio realizado por Arce encontró que el mayor porcentaje de maltrato fue por negligencia o abandono el 54%; le sigue, el maltrato psicológico 39%; y finalmente, el maltrato físico 7%.⁴⁶Rivera reportó en el 2006 que el maltrato más prevalente fue el psicológico 70,8%; por negligencia el 66,7% por maltrato financiero y el físico tienen el mismo porcentaje 29,2% y el sexual 8,3%.⁴³ Mientras que Herrera, en su estudio refiere que el maltrato al adulto mayor en España; es igual al porcentaje de maltrato infantil; y su prevalencia oscila de 3 al 10%.⁴⁶

En relación a el maltrato al adulto mayor y si está relacionado con alguna discapacidad no existen al momento estudios previos, por lo que en la investigación realizada encontramos que de los 280 adultos mayores con maltrato el 5.4% presentaron alteraciones visuales, 27.7% alteraciones auditivas y 46.9% alteraciones de la marcha. Cabe señalar que esto se debe quizá al cuidador primario ya que en varios trabajos se confirma que el maltratador es el cuidador principal,⁴⁷ y éste un familiar de primer grado; el 58% de los abusadores suelen ser los cónyuges,⁴⁸ en este caso sí se aprecia diferencia ya que los pacientes con datos de maltrato, en su mayoría no contaban con pareja 60%.

En cuanto a funcionalidad y maltrato al adulto mayor en el presente estudio en relación a la función familiar los adultos mayores con datos de maltrato el 5.4% de los adultos mayores refirieron funcionalidad familiar normal, 14.9% adultos mayores con disfunción leve, 58.6% disfunción familiar moderada y sólo el 1.1% presentó disfunción familiar severa, esto se corrobora con el estudio realizado por Cruz quien reportó que de 60 adultos mayores, el 46.7% de los encuestados, señalan que existe una Buena función familiar, el 35% indican que la Disfunción Familiar es leve, el 15% refieren que la Disfunción Familiar es Moderada y el 3.3% manifiestan que la Disfunción familiar es severa.⁴⁹

CONCLUSIONES

La población adulta mayor se encuentra en aumento en el mundo, se estima que para el año 2030 existirán alrededor de 36 millones de adultos mayores en nuestro país.⁴ Por lo cual será cada día más frecuente encontrar adultos mayores con algún tipo de maltrato.

El presente trabajo demuestra que el problema existe en nuestro medio y se encuentra con una frecuencia muy cercana a las estadísticas nacionales y latinoamericanas. Por lo cual se debe prestar más atención a este problema ya que algunos adultos mayores no manifiestan ser víctimas de maltrato por vergüenza o por miedo, ya que en la mayoría de los casos el agresor es un familiar cercano hasta en un 80%.⁷

Así mismo, se demuestra la prevalencia de sospecha de maltrato y factores asociados, en nuestra comunidad, con el fin de poder establecer estrategias y medidas preventivas del maltrato en el adulto mayor; Es conveniente realizar otros estudios para determinar el grado de dependencia física del adulto mayor, así como determinar el grado de fatiga del familiar o persona que funge la función de cuidador, para evitar el desgaste y como consecuencia maltrato hacia este tipo de pacientes.

Considero de vital importancia concientizar a los adultos mayores a denunciar el maltrato, así como capacitar al médico de primer contacto en la detección del mismo. Aunque existe una guía de práctica clínica en el Instituto Mexicano del Seguro Social una gran parte de los médicos desconocen las herramientas, algoritmos para la detección y criterios de referencia a segundo nivel. Por lo cual consideramos reforzar las medidas de prevención, capacitación en el conocimiento de la guía de práctica clínica de maltrato en el adulto mayor; así como favorecer la buena dinámica familiar, ya que la familia es el núcleo vital de nuestra sociedad.

Propuestas de solución

La transición demográfica en la actualidad y los cambios epidemiológicos subsecuentes a este cambio han incrementado la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas que invariablemente afectan la funcionalidad del adulto mayor; el maltrato al adulto mayor en este contexto se incrementa, por lo que es necesario implementar desde el primer nivel de atención en salud las siguientes acciones que podrían integrarse a programas de mejora.

- Promover una adecuada dinámica familiar y fortalecer las redes de apoyo familiar.
- Rotación de los familiares a cargo del cuidado del adulto mayor disfuncional, con el fin de evitar la sobrecarga del cuidador.
- Crear una cultura de no maltrato al adulto mayor desde grupos etarios de edad temprana.
- Orientar al adulto mayor para denunciar el maltrato.
- Evitar el deterioro físico y cognitivo del adulto mayor, mediante programas de terapia física a fin de retardar lo más posible su disfuncionalidad.
- Integrar a grupos etarios, antecediendo a la etapa de adulto mayor a cambios en el estilo de vida.
- Orientación psicológica como red de apoyo hacia el adulto mayor y promover sus redes sociales.
- Preservar en lo posible la autonomía del adulto mayor.
- Capacitación del médico de primer nivel sobre el maltrato del adulto mayor y su prevención mediante el análisis de la guía de práctica clínica “Detección y Manejo del maltrato en los adultos mayores en primer nivel de atención”
- Fortalecer la atención del adulto mayor de manera holística y multidisciplinaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Agudelo BM, González GC, Rosa GM, Ham CR, López OM, et al. INEGI. [Online].; 2014 [cita 2017 Abril 23. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/eventos/2014/conacyt_inegi/doc/P-RobertoHam.pdf.
- 2. CONSEJO NACIONAL DE POBLACION CONAPO. CONAPO. [Online].; 2017 [cita 2017 Abril 23. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>.
- 3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y GEOGRAFIA. INEGI. [Online].; 2016 [cita 2017 Abril 23. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf.
- 4. Red Latinoamericana de Gerontología. Red Latinoamericana de Gerontología. [Online].; 2010 [cita 2017 Abril 23. Disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=1924>.
- 5. Abellán VKG, Abizanda SP, Alastuey GC, Albo PA, Alfaro OA, et al. Tratado de Geriatría para Residentes. 1st ed. International Marketing & Communication S, editor. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2012.
- 6. García PL, Ortiz LGH. El adulto mayor maduro: condiciones actuales de vida. Revista Médica de Risaralda. 2005; 11(2).
- 7. CONSEJO NACIONAL DE POBLACION. CONAPO. [Online].; 2017 [cita 2017 Abril 23. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Documento_Metodologico_Proye

cciones_2010_2050.

- 8. Marín MJ. Envejecimiento. Salud Pública Educ Salud. 2003; 3(1): p. 28-33.
- 9. Espinoza MD. Centro de Recreación para Adultos Mayores [http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf].
- 10. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. [Online].; 2017 [cita 2017 Abril. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>].
- 11. Barraza RA, P MC. El Envejecimiento. En ; 2006. p. 1-14.
- 12. SENADO DE LA REPÚBLICA LXIII LEGISLATURA. VISOR CUUDADANO. [Online].; 2016 [cita 2017 Abril. Disponible en: <http://www.senado.gob.mx/ibd/content/productos/vc/VC42.pdf>].
- 13. Bautista MS. Prevención y Detección del Maltrato en el Adulto Mayor. [Online].; 2012 [cita 2017 Abril. Disponible en: <http://www.innsz.mx/documentos/articulos/MaltratoAdultosMayores.pdf>].
- 14. Milenio Semanal. Pobreza y despojo, realidad de las personas de la tercera edad. Milenio. 2012 Julio.
- 15. Jiménez HY. Universidad Maimónides Incidencia del Maltrato en el adulto mayor. [Online].; 2010 [cita 2017 Abril. Disponible en: http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2007/2010/06/incidencia_del_maltrato_en_el.html].

- 16. GOBIERNO FEDERAL. GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA. [Online].; 2017 [cita 2017 Abril. Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf.
- 17. CIUDAD DE MÉXICO. ADULTO MAYOR. [Online].; 2017 [cita 2017 Abril. Disponible en: www.adultomayor.cdmx.gob.mx.
- 18. Manrique EB, Salinas RA, Moreno TK, Téllez RM. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud Pública de México. 2011 Enero-Febrero; 53(1): p. 26-33.
- 19. Corbacho AK, Salvadores FP. El maltrato en el anciano. Tesis de Grado. Valdecilla: Universidad de Cantabria; 2013.
- 20. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Junta de Gobierno de Madrid. [Online].; 2016 [cita 2017 Abril. Disponible en:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GiqojGSWaMoJ:www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/gp201404.pdf+&cd=10&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>.
- 21. Observatorio de Personas Mayores. Boletín sobre el envejecimiento. [Online].; 2007 [cita 2017 Abril. Disponible en:
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm31.pdf>.
- 22. Campillo MR. Violencia con el anciano. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002 Abril.

- 23. Martínez QC, Pérez MV, Cardona SY, Inclán RL. Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(1-2).
- 24. Observatorio de Personas Mayores. Colección Manuales y Guías Serie Personas Mayores. [Online].; 2017 [cita 2017 Abril. Disponible en: <http://www.copib.es/pdf/imsero-malostratos-01.pdf>.
- 25. Terry Fulmer , Guadano Lisa , Bitondo Carmel , Connolly Marie. Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments. American Geriatrics Society. 2004; 52(2): p. 297-304.
- 26. Bover BA, Taltavull AL, Moreno SM, Mota MS. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. Aten Primaria. 2003; 32(9): p. 541-551.
- 27. Bazo, M.T. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. RevEspGeriatrGerontol. 2001; 36(1): p. 8-14.
- 28. Ana G.L. Maltrato en el ámbito institucional. RevMultGerontol. 2003; 13(2): p. 102-113.
- 29. Cordero JJ, García CS, Rodríguez SI, Santana CD, Fernández LO, et al. Consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2010 Junio; 8(4): p. 78-89.
- 30. Sitzet OW. The periodic health examination. CMA Journal. 1979; 121.

- 31.Salomé GP. Atención del anciano en el centro del adulto mayor EsSalud TACNA. Tesis de Médico Especialista en Geriatria. Facultad de Medicina, Universidad del Perú; 2002.
- 32.Gutiérrez RLM, Carlos d. Geriatria. 3rd ed. México: El Manual Moderno; 2014.
- 33.Elderly NiftCot. Brief Abuse Screen For The Elderly. 2011. Instrumento.
- 34.Hoover MR. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assesment and Intervention. American Family Physician. 2014; 1(1).
- 35.Giraldo RM. EMPAM-DF. [Online].; 2006 [cited 2017 Abril. Available from:
http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/investigacion/analisis_EMPAMDF.pdf.
- 36.Giraldo RL, Rosas CO. Development and psychometric proprieties of the Geriatric Mistreatment Scale. GeriatrGerontolInt. 2013; 13: p. 466-474.
- 37.Suarez CM, Alcalá EM. APGAR Familiar: Una herramienta para detectar la disfunción familiar. RevMed La Paz. 2014 Junio: p. 53-57.
- 38.Cuidadores Domiciliarios de Adultos Mayores. Violencia y Maltrato en el Adulto Mayor. [Online]; 2017 [cita 2017 Abril. Disponible en:
<https://nancyclides.wordpress.com/2011/01/29/violencia-y-maltrato-en-el-adulto-mayor/>.
- 39.Ruiz CF, Hernández-Orozco ML. El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. Archivos en Medicina Familiar:

Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C;
2009. p. 147-149.

- 40. Flores B Eulogia M: Prevalencia Y Factores Asociados A Maltrato En Adultos Mayores De La Parroquia Yanuncay De La Ciudad De Cuenca, Universidad De Cuenca Facultad De Medicina 2009 p.113
- 41. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre Violencia y la salud. El Maltrato de las personas mayores. 2003 Cap V, pp. 135-136
- 42. Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales. Ministerio del Interior, Gobierno de Chile 2008
- 43. Rivera, Maltrato en el adulto mayor: estudio exploratorio y una propuesta de intervención desde la perspectiva del trabajo social, Universidad de Valparaíso 2005.
- 44. Violencia y Maltrato hacia las personas Adultas Mayores en México: Resultados para la Generación de políticas públicas ENDIREH 2011 y estadísticas vitales sobre Mortalidad 1990-2010
- 45. Ramírez Leila., Uno de cada 3 adultos mayores sufre algún tipo de maltrato. La Nación., Chile., Santiago, 2006
- 46. Barahona M. Lorenzo, Violencia en el adulto mayor, Perú, 2006
- 47. Arechederral. Maltrato y mayores. Sesenta y Más 1999; pp176:4851
- 48. Pillemer K, Finkelhor D. Causes of elder abuse: caregiver stress versus problem relatives. Am J Orthopsychiatry 1989;59:179-87

- 49. Cruz Sánchez Magali del Rocio. Funcionamiento familiar y maltrato al adulto mayor que acude al centro del adulto mayor de santa cruz De Cajamarca, 2017

ANEXOS



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Prevalencia de maltrato al adulto mayor en el entorno familiar que acude a la consulta externa de la UMF 66 IMSS
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 66
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se realiza esta investigación con fines académicos y para beneficios de la Unidad.
Procedimientos:	Se realizarán cuestionarios en la Unidad a pacientes adultos mayores adscritos
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Brindar información y asesoría acerca del maltrato familiar y estrategias para su prevención
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados serán expuestos mediante representaciones gráficas y las de más importancia serán dadas a conocer al personal de salud.
Participación o retiro:	Voluntario
Privacidad y confidencialidad:	Los datos recopilados serán conocidos por el investigador principal y los colaboradores.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No aplica
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Implementar estrategias para prevenir el maltrato familiar al adulto mayor
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Alfonso Cuevas Lucero
Colaboradores:	Dra. Elvira Evelyn Robles Rentería
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Anexo I

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Nombre: _____ Edad _____ Sexo _____ UMF66

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	0	1	2
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo (a) quiere?			

Análisis:

Puntaje Total: _____

Familias altamente funcionales : 7 a 10 puntos
Familias moderadamente funcionales: 4 a 6 puntos
Familias severamente disfuncionales: 0 a 3 puntos

ESCALA GERIATRICA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR

Nombre: _____ Edad _____ Sexo _____ UMF66

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas de acuerdo su vivencia personal recuerde que sus respuestas son confidenciales.

Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor					
Se sabe que hay situaciones difíciles que normalmente no se platican pero que afectan mucho a las personas adultas mayores, conocer lo que pasa permitirá tomar las medidas necesarias para que en un future ya no suceda. Dígame si usted ha vivido alguno de los siguientes problemas en el ultimo año, dentro o fuera del hogar.					
	A	B	C	D	E
	Sisu respuesta es sí pase a B	¿Esto ocurrió...	¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	Quién fue el responsable? PARENDESCO	¿Es hombre o mujer?
¿Durante los últimos 12 meses a usted...	0 No 1 Si * No respondió	1. unavez? 2. pocas veces 3. muchas veces? 99. no respondió	01 un año y menos 98 no recuerda	<i>Registre el parentesco que tiene con la persona mayor</i>	1. Hombre 2. Mujer
FISICO					
1 ¿Le han golpeado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2 ¿Le han dado puñetazos o patadas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3 ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4 ¿Le han aventado algún objeto?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5 ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
PSICOLOGICO					
6 ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7 ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8 ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

9 ¿Le han hecho sentir miedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10 ¿No han respetado sus decisiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11¿Le han prohibido salir o que la visiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
NEGLIGENCIA					
12¿Le han dejado de proporcionar la ropa,elcalzado,etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14¿Le han negado protección cuando la necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15¿Le han negado acceso a la casa que habita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ECONOMICO					
16¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
17 ¿Le han quitado su dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
18¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
19¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
20¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
SEXUAL					
21¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Total	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			/22	
				<i>Maltrato: Si</i> ① <i>No</i> ②	