



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina y Psicología

Coordinación de Estudios de Posgrado e Investigación

**“FRECUENCIA DE DETECCIÓN DE MALTRATO EN EL ADULTO
MAYOR QUE ACUDE A ATENCIÓN A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NÚMERO 27”**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Gómez Rodríguez Marco Antonio

ASESOR

Dr. Gutiérrez López Adrián Jesús

Médico especialista en Medicina Familiar en UMF No. 27

Tijuana, Baja California a 25 de Febrero del 2022

INDICE

I.	Título.....	3
II.	Identificación de los investigadores.....	4
III.	Resumen.....	5
IV.	Marco teórico.....	6
V.	Antecedentes.....	12
VI.	Justificación.....	16
VII.	Planteamiento del problema.....	18
VIII.	Objetivos.....	20
IX.	Material y métodos.....	21
	IX.I Diseño de estudio.....	21
	IX.II Población de estudio.....	21
	IX.III Periodo de estudio.....	21
	IX.IV Lugar de realización del estudio.....	21
	IX.V Tipo de muestreo.....	21
	IX.VI Tamaño de la muestra.....	21
	IX.VII Criterios de selección.....	22
	IX.VIII Procedimientos.....	23
	IX.IX Instrumentos de medición.....	24
	IX.XX Definición de variables y operacionalización.....	25
	IX.XI Análisis estadístico.....	27
X.	Aspectos éticos.....	28
XI.	Recursos: Humanos, materiales y financieros.....	30
XII.	Factibilidad y Bioseguridad.....	30
XIII.	Cronograma.....	31
XIV.	Resultados.....	31
XV.	Discusión.....	39
XVI.	Conclusiones.....	41
XVII.	Recomendaciones.....	42
XVIII.	Agradecimientos.....	42
XIX.	Referencias Bibliográficas.....	43
XX.	Anexos.....	46
	XV.I Carta Anuencia Director.....	46
	XV.II Consentimiento informado.....	47
	XV.III Cuestionario EASI.....	49
	XV.IV Hoja de recolección de datos.....	51

I. TITULO:

“FRECUENCIA DE DETECCIÓN DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A ATENCIÓN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”

II. IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Dr. Gómez Rodríguez Marco Antonio

Residente de Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27

Matricula: 98028293

Institución: IMSS, Baja California.

Teléfono celular: (663) 1995902

Correo electrónico: marcoantmarco@gmail.com

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dr. Gutiérrez López Adrián Jesús

Médico Familiar

Adscripción: UMF No. 27

Institución: IMSS. Baja California.

Teléfono celular: 664-294-5475

Correo electrónico: adrian.gutierrezl@imss.gob.mx

III. RESUMEN

“Frecuencia de detección de maltrato en el adulto mayor que acude a atención a la Unidad de Medicina Familiar Número 27”

Investigadores: Gómez-Rodríguez MA. Gutiérrez-López AJ

INTRODUCCIÓN: Como médicos especializados en el enfoque holístico de la familia es importante evaluar a la población geriátrica, ya que en base a la tasa poblacional, se estima que para el 2025, la población geriátrica comprenderá a la mayoría de la población de cada médico familiar, es por eso que como parte del análisis estructural de la familia, nos compete detectar patologías, tanto clínicas como sociales, y una de ellas es el maltrato. Se pretende identificar si la edad es un factor de riesgo para sufrir maltrato, con el fin de realizar detecciones oportunas, derivaciones, tratamientos en el adulto mayor, así como capacitaciones y reforzamiento de los conocimientos a los médicos familiares con respecto al maltrato, con mayor énfasis en población geriátrica, y dar resolución adecuada a dicha problemática con el fin de prevenir.

OBJETIVO: Conocer la frecuencia de detección de maltrato en el adulto mayor que acude a atención a la Unidad de Medicina Familiar Número 27.

MATERIAL Y MÉTODOS: Previa autorización por Comité de Investigación en Salud y Comité de Ética en Investigación y del Director de la Unidad, se realizó la presente investigación dentro de la UMF No. 27 de Tijuana, Baja California. Se incluyeron a 245 adultos mayores de 65 años que pudieran contestar verbalmente el cuestionario, pidiéndoles que firmen de consentimiento informado y que contesten el cuestionario EASI (Elder Abuse Suspicion Index). Se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas, y se procesaron los datos en el programa estadístico SPSS versión 25.

PALABRAS CLAVE: Maltrato al Anciano, Anciano, Atención.

IV. MARCO TEORICO

Las primeras investigaciones sobre el maltrato hacia la persona mayor comenzaron en Inglaterra en el año de 1975. Después, sucedieron más casos en los Estados Unidos de Norteamérica y, más adelante, en Canadá; sin embargo, no fue hasta finales de los años ochenta que el tema del maltrato a las personas mayores comenzó a generar más polémica y surgieron las investigaciones acerca de estos sucesos (1).

En el año 1982 se realiza la primera reunión internacional en torno al envejecimiento en Viena, Austria. Se toma como edad umbral los 60 años y se aprueban los derechos humanos fundamentales del anciano (2).

En el año 1985, el Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica definió el maltrato hacia la persona mayor como infligir daño injustificado, intimidación o castigo que da pie a daño físico y psicológico. Dentro de esta definición también se tomó en cuenta que privar a los adultos mayores de servicios o de necesidades básicas es considerado agresión (3).

Pero no es hasta 1988 cuando se describe el concepto de maltrato en el anciano por la Sociedad Británica de Geriátría en una conferencia multidisciplinar (3).

En mayo de 1995 surge el concepto de anciano maltratado en España tras la creación de la Declaración de Almería sobre el Anciano Maltratado durante la Primera Conferencia Nacional de Consenso, y se define como todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual, y económica, el principio de autonomía, o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad, Instituciones) (4).

En 1997 se crea The International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA), pero la problemática no es reconocida a escala mundial hasta 2002, cuando la OMS, mediante la Declaración de Toronto defiende y reclama la prevención y la detección del maltrato, así como la creación de estructuras por parte de los países, para no solo detectarlo, sino para proveer servicios tanto a la sociedad como a los profesionales sanitarios que permitan responder de forma adecuada contra el maltrato (5).

El envejecimiento se ha convertido en uno de los temas sociodemográficos más importantes del mundo actualmente. Una persona adulta mayor según la definición de la OMS es un individuo que tiene más de 60 años y menos de 74 años. En 1990, el número de personas de 65 años o más era de 328 millones en todo el mundo; sin embargo, las proyecciones indican que ese número pasará a ser de 828 millones para el año 2025, lo que representará un crecimiento de más del 250%. Aunado a ello, de acuerdo con los datos de la División de Población de la Organización de las Naciones Unidas, se estimó que el número de personas adultas mayores aumentó alrededor de 2.7 veces en los últimos 50 años (de 64 a 171 millones de personas) y su proporción con respecto a la población total casi se duplicó (de 7.9 a 14.4 %) (6).

Asimismo, la población de personas adultas mayores de diferentes edades se incrementará durante el periodo 2006-2050 de la siguiente manera. Por una parte, los de 60 años y más pasarán de 8 340 millones en el 2006 a 36 960 millones en el 2050. (6)

Por otra parte, los de 65 años y más pasarán de 5 730 millones en el 2006 a 28 580 millones en el 2050. Por último, los de 70 años y más pasarán de 3 690 millones en el 2006 a 19 890 millones en el 2050 (INEGI, 2013). Por lo tanto, la esperanza de vida en los hombres aumentará a 82 años y las mujeres a 85 años, con un promedio de 84 años (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2013) (7).

En este sentido, se prevé, para el año 2050, que uno de cada siete mexicanos estará en una edad preescolar y escolar, mientras que uno de cada cuatro mexicanos será una persona adulta mayor a los 60 años (7).

Cabe resaltar que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) de México está conformado por una red de 191 casas hogar, 221 estancias de día, 18

centros culturales, 11 albergues, 7 campamentos recreativos y 4 559 grupos de atención personal. En esta línea, el DIF afirma que sesenta de cada cien personas mayores, a los 60 años, ingresa a centros gerontológicos para vivir, ya que han sido rechazados o abandonados por su familia; además, se han encontrado evidencias de muertes provocadas en este sector de la población (8).

Así mismo la guía de práctica clínica para la detección y manejo del maltrato en el adulto mayor, define el maltrato al adulto mayor a cualquier acto u omisión como resultado de un daño, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de sus derechos fundamentales del individuo de 60 años y más, el cual puede ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional. En la misma línea, American Psychological Association (APA) define el maltrato hacia las personas mayores como cualquier daño causado por una persona que puede ser psicológico, material, sexual, físico, abandono o negligente. También, el diccionario de la Real Academia Española (RAE) define al maltrato como una acción y como un efecto de maltratar (8).

Tomando lo anterior como base tenemos entonces que el maltrato es la vulnerabilidad que una persona infringe en otra (9).

Las primeras publicaciones alrededor del maltrato hacia la persona mayor datan de los años ochenta en Gran Bretaña, Estados Unidos y Canadá. A medida que se consolidaron las instituciones científicas de Geriátría y Gerontología, el interés por su estudio fue cobrando más fuerza. Así, en España, en la Primera Conferencia de Consenso sobre el Anciano Maltratado, en 1996, se definió como: (10)

[...] todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual, y económica, el principio de Autonomía, o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por este o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad e instituciones) (10).

Posteriormente, la Declaración de Toronto, a través de Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez (INPEA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS),

lo definió como “[...] la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona adulta...” (11).

El saber detectar y conocer por qué se produce el maltrato va a ser herramientas necesarias para la identificación de los posibles factores desencadenantes de este hecho. Del Hoyo (2013) describe diferentes perspectivas teóricas sobre el porqué se producen los malos tratos hacia el anciano (12).

1. Modelo situacional: Se basa en la interacción entre el estrés y ciertos factores situacionales y/o estructurales que propician el maltrato al anciano a quién consideran causante del estrés.
2. Teoría feminista: Se basa en la diferencia de poder en los vínculos. Esta teoría asume que por norma general es la mujer la víctima de malos tratos.
3. Teoría de la demanda excesiva: Teoría que establece un nexo entre el maltrato y el estrés interno o agotamiento del cuidador, es un modelo muy común en psiquiatría.
4. Modelo patológico: Hace referencia a los posibles problemas psiquiátricos o de abuso de alcohol o sustancias por parte del cuidador, de ahí la sensación de fracaso y de cargar contra el anciano su propia abulia. Esta teoría es poco útil debido a la falta de investigación.
5. Teoría de la transmisión entre generaciones de la violencia: También conocido como “violencia aprendida” donde el maltratador podría haber sido en el pasado una persona maltratada o ver el comportamiento como normal en su entorno, o el anciano maltratado haber sido un maltratador en la edad adulta. Es un modelo bastante reconocido en Psiquiatría.
6. Modelo ecológico: Defiende la interacción entre diferentes circunstancias (sociales, individuales, comunitarias, laborales, etc.) para dar lugar al maltrato (12).

Los factores de riesgo son características que se dan en el anciano que pueden aumentar la probabilidad de ser víctima de malos tratos. Si bien poseer estas características no hace al adulto mayor ser víctima, tan solo lo hace más vulnerable a ser potencialmente un candidato al maltrato. También cabe destacar que los malos tratos no son consecuencia de un solo factor, sino que suele ser la unión de múltiples factores de riesgo que interactúan entre sí. Según Corbacho (2013) los diferentes factores de riesgo de malos tratos son género, edad, estado civil, estado de salud, dependencia, aislamiento social y conducta (13).

Género: Investigaciones llevadas en España y en otros países europeos demuestran que el sexo femenino suelen ser víctimas de maltrato en un 0,9% en comparación con el 0,7% que presenta el sexo masculino. En estos resultados se caracterizaron por lo siguiente:

- Edad: Al aumentar la edad se aumenta el deterioro de la salud y, por ende, el riesgo de ser víctima de maltrato. Con una mayor incidencia es en adultos mayores de 75 años.
- Estado civil: Estar casado supone otro factor de riesgo en el maltrato.
- Estado de salud: El deterioro del anciano sumado a una mayor dependencia y demanda de cuidados por parte de su cuidador es considerado otro factor de riesgo.
- Dependencia: Que el adulto mayor dependa física, económica, o emocional mente de su cuidado, involucra un riesgo de maltrato.
- Aislamiento social: Que el adulto mayo, se encuentre recluido, es gradiente para riesgo de maltrato.
- Conducta: Poseer un comportamiento agresivo, conductas anormales, insomnio, agitación nocturna, etc. También contribuye a factor de riesgo de maltrato (14).

Es así que entre el 2003 y 2006 se comienza a crear planes de actuación destacando el de Girona con la publicación del Protocolo de Actuación contra el Maltrato a las Personas Mayores que es un instrumento esencial paralelo a la actuación (15).

Cabe mencionar que en Latinoamérica se posee poca referencia sobre el maltrato a la persona adulta mayor; aunque de antemano se asegura que la violencia doméstica y los conflictos intergeneracionales son los tipos de maltrato más común (16).

En este sentido, la Asociación Médica Americana define el maltrato hacia la persona adulta mayor como un acto donde se omite o se amenaza la salud o su bienestar.

Así, el maltrato hacia la persona adulta mayor también puede ser definido como la desatención a la persona mayor, lo cual provoca un descenso en su calidad de vida (López, 2016). Asimismo, el maltrato es una conducta destructiva, ya que puede generar efectos nocivos psicológicos, financieros, sexuales, de negligencia y físicos (Rodríguez et al., 2002) (17).

Con base en lo anterior, la Organización Mundial de la Salud plantea que el maltrato puede ser intencional hacia las personas mayores o, también, puede ser un trato deficiente de forma inconsciente. De igual forma, existe el maltrato por omisión que consiste en la prohibición o en la omisión de proveer de las necesidades o cuidados básicos a la persona mayor (18).

V. ANTECEDENTES

Entre el 2000 y el 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, por lo cual pasará del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2 000 millones en el transcurso de medio siglo (19).

En relación con lo anterior, la población adulta mayor de 64 años, el 79% vivirá en países en vías de desarrollo en el año 2050, comparado con el 59% en 2000. Esto corresponde con el aumento de las cifras absolutas de personas mayores de 64 años: de 418 millones en 2000 a 816 millones en 2025 y a 1 460 millones en 2050 (19).

Además, de acuerdo con las previsiones demográficas del Consejo Nacional de Población (CONAPO), los años de vida que espera aun vivir una persona al inicio de la vejez aumentará de 18.1 años en la actualidad a 22.5 años en el 2050 (Secretaría de Gobernación de México, 2013). En este sentido, en México las proyecciones de la esperanza de vida para el año 2000 eran de 75.3 años: 73.1 para los hombres y 77.6 para las mujeres; no obstante, para el 2050 de 83.7 años: 82 para hombres y 85.5 para mujeres. Es decir, la vida media de los mexicanos, al final del horizonte de la proyección, será mayor a la observada en Japón en fechas recientes, que es el país que registra, en la actualidad, el nivel de mortalidad más bajo del mundo. Por tanto, la esperanza de vida total aumentará (Instituto Nacional de Geografía [INEGI], 2013) (20).

La OMS define maltrato del anciano como “cualquier acto aislado o repetitivo o la falta de acción apropiada, ocurrida en cualquier relación de la que se espera confianza, que causa daño o malestar a la persona mayor” es importante notar, que esta definición excluye actos de violencia o conducta criminal contra los adultos mayores. La agresión al anciano traslapa con actos criminales, pero no es necesariamente sinónimo. La relación de confianza entre el abusador y el abusado es el clave en el problema, pudiéndose tratar de amigos, hijos, nietos, yernos, nueras, enfermeras, trabajadores

sociales, cuidadores, trabajadores domésticos, y cualquier otra relación familiar o de confianza (20).

En muchas instancias, los profesionales de la salud lo ignoran aún y no se han tomado acciones suficientes para proteger a los individuos víctimas de abuso (21).

Este desconocimiento se debe principalmente a la carencia de una definición universal y a la propia existencia de barreras que dificultan la detección de posibles situaciones de agresión, lo que ha llevado a calificarlo como «fenómeno iceberg» (22).

Estudios realizados sobre la demografía en abuso en el adulto mayor describen que existen factores que sugieren predisposición al maltrato en este grupo etario. Por ejemplo, fragilidad, sexo femenino, dependencia en actividades básicas de vida diaria, deterioro cognitivo o deterioro en estado de salud, problemas de comportamiento, agresividad, aislamiento, red de apoyo limitada, entre otros. Se reporta que el perfil de la víctima es: femenina entre 65-75 años, pensionada, residente en áreas urbanas, aislada socialmente El abandono es uno de los maltratos que sufren en México las personas adultas mayores; de hecho, se estima que el 20% de las personas mayores viven en soledad y que un 16% viven en abandono (Maas, 2017) (23).

Un estudio español realizado con personas mayores que viven en la comunidad reportó una prevalencia de 12.1% de abuso en la población estudiada, siendo el tipo psicológico el más frecuente, presente en más del 80% de todos los casos, seguido de tipo físico y sexual, por último económico y negligencia. La combinación de maltrato más probable es aquella en la que aparece simultáneamente abuso psicológico y físico. Aunque sobre el psicológico es más difícil consensuar su presencia, ya que tiene un componente altamente subjetivo y límites difusos, su elevada comorbilidad con otros tipos puede servir para el profesional como una señal de alarma de que es altamente probable la existencia de otras formas de abuso (24).

Actualmente, no se sabe con certeza si los factores determinantes del maltrato son culturales, estructurales o psicológicos; no obstante, uno de los principales problemas es que la persona mayor se siente vulnerable e inferior ante su agresor (López, 2016). (25)

La mayor prevalencia de abuso de este grupo etario en el ámbito domiciliar podría

explicarse parcialmente por los altos niveles de estrés, el burn-out y los problemas financieros que afectan a los cuidadores, que pueden incluso llevar a consecuencias fatales. A pesar de que los ancianos con problemas de salud frecuentemente visitan a su médico, quien está en una posición privilegiada para detectar y reportar los casos de abuso en esta población, solo el 2% de los casos sospechosos son reportados por los médicos (25).

En un estudio retrospectivo de 70 reportes médicos forenses de abuso en adultos mayores con discapacidad moderada o severa en Portugal, determinaron características sociodemográficas de las víctimas y los abusadores. Los resultados arrojaron que la mayoría de las víctimas eran mujeres, casadas, retiradas, con discapacidad moderada. La edad media de las víctimas de sexo femenino fue de 76.94 años, mientras que en hombres fue de 75 años. La proporción de discapacidad severa fue mayor en mujeres y en víctimas mayores de 74 años. En cuanto al agresor, en su mayoría eran hombres, con edad media de 52 años y ninguno de los abusadores tenía actividad profesional. No hubo relación estadísticamente significativa entre el sexo de la víctima y el agresor. Los agresores eran en su mayoría, al considerar la totalidad de los casos, hijos de las víctimas; los compañeros sentimentales fueron el principal agresor al considerar las víctimas en matrimonio. La discapacidad motora fue el principal tipo detectado en las víctimas. En el 74% de los casos había reporte de abuso previo, 93% de las víctimas refirió ser abusada frecuentemente y el 40% refirió tener más de 10 años de ser víctima de abuso. El 14.3% de los casos fueron reportados por profesionales, y en ninguno de los casos fue un médico el que realizó el reporte. El abuso físico fue el principal tipo documentado, y las lesiones se encontraron en múltiples sitios, con mayor frecuencia en cabeza y cuello, particularmente rostro (26).

La literatura reporta que las extremidades superiores son el sitio más frecuente para lesiones resultantes de abuso físico en ancianos, lo cual es esperable considerando que la mayoría de víctimas de abuso físico tratan defenderse. Los adultos mayores con discapacidad, especialmente severa, tienen menor capacidad para hacerlo, lo cual puede explicar la presencia de lesiones en múltiples sitios, así como la predominancia de lesiones en cabeza y cuello (26).

A nivel internacional dentro de los hallazgos del estudio del maltrato se encuentra el aporte de Eslami y colaboradores, quienes hallaron en una muestra de 4,467 adultos mayores de siete países europeos que más del 34% de los participantes informaron experimentar una vida de maltrato psicológico, 11.5% físico y 18.5% financiero (27).

En un estudio realizado en Cuba por Ramírez y colaboradores, se analizaron a 373 pacientes, se encontró que un 84% presentaban algún tipo de maltrato, para determinar la violencia intrafamiliar en adulto mayor se observó que el sexo femenino sufre más violencia (79%), las formas de abuso más comunes fueron la psicológica en un 72%, seguido por el físico en el 30,6% de los casos tanto en hombres como mujeres (28).

Las primeras investigaciones sobre el maltrato hacia la persona mayor comenzaron en Inglaterra en el año de 1975. Después, sucedieron más casos en los Estados Unidos de Norteamérica y, más adelante, en Canadá, sin embargo, no fue hasta finales de los años ochenta que el tema de maltrato a las personas mayores comenzó a generar más polémica y surgieron las investigaciones acerca de los sucesos. (28).

Por otro lado a nivel nacional Ruelas y colaboradores con 8,894 personas mayores de 60 años en México, encontrando una edad media de 70.16 años, predominando el sexo femenino, en donde identificaron una prevalencia de maltrato e 1,7%, donde predominan las agresiones verbales en un 60%, dentro del hogar 37.6% en las mujeres y agresiones físicas, en la vía pública en el caso de los hombres 30.7%, donde mayormente, los agresores no tenían un vínculo filial con los afectados (29).

VI. JUSTIFICACIÓN

El maltrato en el adulto mayor es un acto inherente para la sociedad, estadísticamente hablando es una de las problemáticas sociales que acuñan a la población vulnerable, siendo esta para el 2050 la mayor población con la que se cuente, tanto socialmente como en el sector salud, privado e institucional, ningún ser humano debe de sufrir de maltrato, todos debemos ser tratado con un trato digno y de respeto, salvaguardando la integridad física, emocional, social y psicológica, es por ello que es necesario el escrutinio en base a fundamento ya estudiado en otros países así como en el nuestro, para prevenir, identificar y dar encause correcto y oportuno, cuando se encuentre positivo el maltrato en un adulto mayor.

El instrumento EASI, es un instrumento que tiene un tiempo de aplicación no mayor a 2 minutos en los cuales se puede recopilar la información necesaria que nos haga sospechar de maltrato en los adultos mayores, siendo esta en un futuro no muy lejano la mayor afluencia de pacientes dentro de la consulta de Medicina Familiar; es por ello que la capacitación adecuada, la oportuna intervención de los Médicos Familiares es parte aguas para tratar de detectar, prevenir y encausar dicha problemática, recordado uno de los principales principios de la bioética, el principio de beneficencia.

Si bien el maltrato en los adultos mayores se ha infradiagnosticado en nuestra población, tal vez por miedo de los afectados, tal vez por falta de interés, o por falta de pericia, es tiempo de cambiar el rumbo de los hechos y dar un apoyo como médicos especializados en Medicina Familiar, como institución Mexicana y como seres humanos.

El siguiente estudio pretende ser el prólogo de una serie de estudios posteriores que permitan sensibilizar al Médico Familiar, que vaya en búsqueda intencionada de maltrato en adulto mayor, para así prevenirla, encausarla y dar resolución a dicha problemática.

Una vez localizados los pacientes positivos a maltrato el protocolo a seguir será, enviar a dichos pacientes a la consulta externa con su Médico Familiar con forma 4.30.200 donde se especifique motivo de envió, dentro de la consulta el Medico Familiar realizara consulta orientada a maltrato en el adulto mayor, llenando formato de "Aviso a Ministerio Público, así como el Registro de Atención a Violencia Familiar o Sexual, que se encuentra en la página oficial del IMSS, con su posterior envió a trabajo social, con forma 4.30.200, para seguimiento, orientación y dar respuesta a dicha petición.

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pirámide poblacional va cambiando año con año, se estima que la población adulta mayor, sea mayoría en el 2050, los médicos familiares como responsables de la salud familiar cuentan con la obligación de salvaguardar la integridad física y emocional de sus pacientes, así como la prevención, canalización y respuesta oportuna, para dar resolución a dicho evento, es por ello que es de suma importancia el adiestramiento, búsqueda intencionada, e inicio de protocolo de prevención y trato de maltrato en el adulto mayor (1).

El primer paso es la búsqueda intencionada, en este estudio de investigación se usa el instrumento EASI para valora el maltrato en el adulto mayor, así mismo valorar su prevalencia, para poner en pauta una problemática que hasta el día de hoy ha sido subdiagnosticada (2).

Se estima que solo un 20% de los casos es notificado, ya que pueden existir dificultades al denunciar por parte de la víctima, como miedo a represalias, ruptura de la relación con los hijos, temor al abandono, falta de conciencia sobre la gravedad de la situación, incapacidad por una demencia, no detección por profesionales debido a falta de información y dudas en la actuación (7).

Según una revisión sistemática reciente, la prevalencia mundial del maltrato a personas mayores es del 15,7% y uno de cada seis experimentó alguna forma de maltrato en el último año. En la misma revisión se citan cifras de prevalencia en países como Estados Unidos, donde llega a ser hasta del 10%; Reino Unido, que oscila entre el 2% y el 6%; Canadá, con el 6%, y España, con el 3% (15). En el caso de América Latina, por año se han registrado 38.000 casos de violencia contra los ancianos, en los que las tasas varían desde el 10% al 12% (8).

En nuestro país el maltrato es más frecuente en las mujeres y el maltratador regularmente es algún miembro de la familia (Fernández, 2002, Barrón-Cabrera, 2008). En el año 2006 se realizó una encuesta a personas adultas mayores de la Ciudad de México, la cual reportó que 16.7% de los adultos mayores sufren algún tipo de maltrato,

siendo el maltrato psicológico el más común con 12.2%, seguido del maltrato económico 3.9%, maltrato físico 3.7%, negligencia y abandono 3.5% y abuso sexual 0.9% (9).

Es por ello la importancia de la búsqueda intencionada de la prevalencia de maltrato en el adulto mayor, con el fin de dar asesorías, resolución a la problemática, en dado caso de encontrarse positiva, y crear medias de acción que prevengan en un futuro su reincidencia.

Por ende la justificación del siguiente estudio es el familiarizar al especialista en Medicina Familiar, en la búsqueda intencionada de maltrato en el adulto mayor, se busca que a partir de este estudio se encause a brindar, apoyo y seguimiento con base en fundamento científico el proceder ante dicha situación. Ya que posterior a ser identificados los pacientes positivos a maltrato serán enviados a su consultorio Médico así como a trabajo social para inicio de protocolo de estudio y quedando en manos de su Médico Familiar el proceder de dichas acciones que correspondan a cada situación.

Ante la situación nos formulamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de detección de maltrato en el adulto mayor que acude a atención a la Unidad de Medicina Familiar Número 27?

VIII. OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer frecuencia de detección de maltrato en el adulto mayor que acude a atención a la Unidad de Medicina Familiar Número 27.

Objetivos específicos

- Detectar la frecuencia de maltrato aplicando el instrumento EASI a adultos mayores que acuden a atención a la Unidad de Medicina Familiar Numero 27.
- Describir características sociodemográficas de los adultos mayores que acuden a atención en la Unidad Medicina Familiar Número 27 (sexo, edad, estado civil y escolaridad).

IX. MATERIAL Y MÉTODOS

IX.I Diseño y tipo de estudio: Descriptivo, prospectivo, transversal.

IX.II Población de estudio: Adultos mayores derechohabientes, adscritos a la unidad de Medicina Familiar No. 27 que tengan cita programada en consulta externa.

IX. III Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 27 de la Ciudad de Tijuana, Baja California.

IX. IV Período de estudio: El estudio se realizó en febrero del 2022.

IX. V Muestreo: No probabilístico, por conveniencia.

IX. VI Tamaño de la muestra: Infinita.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.05) (0.95)}{(0.03)^2} = \frac{(3.8416) (0.0475)}{0.0009}$$

$$\frac{0.182476}{0.0009} = 202.75 = 203$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra buscado.

Za2= parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC) $(1.96)^2$ (95 % de seguridad).

p= proporción esperada (5 % = 0.05).

q= (1-p) probabilidad de que no ocurra el evento estudiado. $(1 - 0.05 = 0.95)$.

d = precisión (3% = 0.03).

Conociendo el total de participantes para la muestra 203 adultos mayores, se estima el 20% de pérdidas que pudiera haber en el estudio, por lo que nos da como resultado de 244 participantes. Incluyéndose en el presente estudio a 245 participantes.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

1. Adulto mayor de 65 o más años de edad derechohabiente que se encuentre en la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Criterios de exclusión

1. Adulto mayor que no puedan contestar el cuestionario.
2. Adulto mayor que no desee participar en el estudio.
3. Adultos mayores que no quieran firmar el consentimiento informado.
4. Adultos mayores que cuenten con patología cognitiva que los imposibilite la toma de decisiones como esquizofrenia, demencia, delirium, retraso psicomotor.

Criterios de eliminación

1. Cuestionarios incompletos o mal requisitados.

METODOLOGIA

IX.VIII. Procedimiento del estudio:

Previa aprobación del protocolo de estudio por el Comité de Investigación en Salud y Comité de Ética en Investigación y del Director de la Unidad Médica Numero 27; se incluyeron a 245 adultos mayores derecho habientes que se encontraban en la Unidad de Medicina Familiar N. 27 durante el mes de febrero 2022, sin interrumpir consulta o labores dentro de la Unidad: se les explico e invito a participar en el protocolo de estudio explicándoles con detenimiento en que consiste, una vez acepten a participar y firmaran el consentimiento informado, se pasaron al área de medicina preventiva para respetar y cuidar la privacidad del sujeto en estudio. Se llenó la hoja de recolección de datos del paciente de forma anónima con la edad, sexo, estado civil y escolaridad y posteriormente se realizó el llenado del instrumento validado EASI por el investigador principal.

Todo esto se realizó en un área específica, asignada por Enseñanza (consultorio de medicina preventiva) donde se permitió la privacidad del participante, y así se mejoró la calidad de la entrevista, para asegurar la corta duración y evitar distractores externos.

Se les brindo información verbal a los adultos mayores sobre el maltrato en el anciano dando énfasis en la prevención.

Los adultos mayores derecho habientes identificados con maltrato se canalizaron al área de consulta externa, con solicitud 4-30-200 para tener valoración integral por su Médico Familiar y Trabajo social, quienes a su vez le darán seguimiento y la canalización correspondiente según corresponda.

IX.IX Instrumentos de medición:

- Cuestionario EASI (Elder Abuse Suspicion Index)

El cuestionario EASI está conformado por 6 reactivos de los cuales se puede responder “NO” y “SI” con un alfa de Cronbach de 0.98.

5 reactivos con aplicables al sujeto en estudio y el sexto reactivo es para el encuestador, donde dos respuestas afirmativas son consideradas indicio de maltrato.

Así mismo se tomaran los datos sociodemográficos como edad, sexo, estado civil y escolaridad, para su posterior análisis.

IX.X Operacionalización de las variables:

Variable independiente: Adulto mayor, edad, sexo, estado civil, escolaridad.

Variable dependiente: maltrato.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta este momento.	Edad cronológica del adulto mayor al momento de realizar el estudio. .	Cualitativa Ordinal	1. 65 - 70 años. 2. 71 - 75 años. 3. 76 – 80 años. 4. 81 - 85 años. 5. Mayor de 85 años.
Sexo	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Sexo al que corresponde el sujeto de estudio	Cualitativa Nominal.	1. Masculino 2. Femenino.
Estado Civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que	Cualitativa nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Divorciado

	otro sexo o de su mismo sexo	establece ciertos derechos y deberes		
Escolaridad	Nivel de preparación que alcanzó una persona en el sistema educativo	Ultimo nivel escolar terminado.	Cualitativa, ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Sabe leer y escribir 3. Primaria 4. Secundaria 5. Preparatoria 6. Licenciatura 7. Posgrado
Maltrato	Comportamiento violento que causa daño físico o moral.	Resultado de la aplicación del cuestionario EASI a los adultos mayores.	Cualitativa, Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Positivo (2 o más reactivos con respuesta sí) 2. Negativo (1 o menos reactivos con respuesta no)

IX. XI Análisis de datos

Se recolecto la información en una hoja de datos y se utilizó estadística descriptiva: Medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar) para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, mientras que procesar los datos se utilizó en el programa estadístico SPSS versión 25.

X. ASPECTOS ÉTICOS

En base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud la presente investigación se consideró sin riesgo a la salud. La ética de esta investigación respeta de forma primordial la Declaración de Helsinki de 1964, actualizado en 2013 en Brasil, Fortaleza. Tomando como principio básico el Artículo 8 que basa en el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20, 21 y 22, incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación.

El deber como investigador es solamente hacia el sujeto de estudio tal como se norma en el Artículo 2, 3 y 10; el cual participará en la investigación de manera voluntaria y sin presión de ningún tipo como lo estipula el Artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el Artículo 6, el bienestar del sujeto debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el Artículo 5 y por último se respetará el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones.

Los documentos que conforman la base de datos serán manejados en forma confidencial y únicamente los investigadores tendrán acceso a ellos, el investigador principal será el encargado de la recolección de datos así como del resguardo de los mismos. Dado que se aplicará la encuesta y se manejarán datos personales, es necesario el llenado de una carta de consentimiento informado por participante, en la cual se incluye fecha y nombre de quien lo solicita, así como los beneficios de su participación (Anexo I).

Se requirió la aprobación del estudio por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (CIEIS) 204 y autorización del Director de la Unidad de Medicina Familiar.

El riesgo de investigación se consideró sin riesgo a la salud, correspondiente a la relación riesgo beneficio, se considera mayor el beneficio de la realización de este estudio con un nulo riesgo durante su desarrollo.

La confidencialidad de datos obtenidos, y la seguridad de la información generada serán salvaguardadas por el investigador principal, así como el investigador responsable, con el fin de hacer honor a lo establecido previamente en base a la declaración de Helsinki de 1964, actualizado en 2013 en Brasil, Fortaleza.

XI. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Se contó con los recursos humanos:

Gómez Rodríguez Marco Antonio, Residente de Medicina Familiar, Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27, con Matricula: 98028293, Institución: IMSS, Baja California. Teléfono celular: (663) 1995902, Correo electrónico: marcoantmarco@gmail.com

Dr. Gutiérrez López Adrián Jesús, Médico Familiar, Adscripción: UMF No. 27, Institución: IMSS. Baja California, Teléfono celular: 664-294-5475, Correo electrónico: adrian.gutierrezl@imss.gob.mx

Recursos físicos:

Se contó con los recursos físicos dentro de la unidad para realizar el estudio. Los recursos financieros fueron provistos por el investigador principal.

XII FACTIBILIDAD Y BIOSEGURIDAD

Factibilidad:

Fue factible la realización de este estudio ya que se contó con los recursos tanto del personal como material.

Bioseguridad:

No tuvo ningún problema de bioseguridad.

XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

32Actividad	Septiembre 2021	Febrero 2022
	Enero 2022	
Elaboración del protocolo	XXX	
Aceptación del protocolo		XXX
Recolección de datos		XXX
Captura de datos		XXX
Análisis de resultados		XXX
Redacción de discusión y conclusión		XXX
Presentación a sinodales		XXX

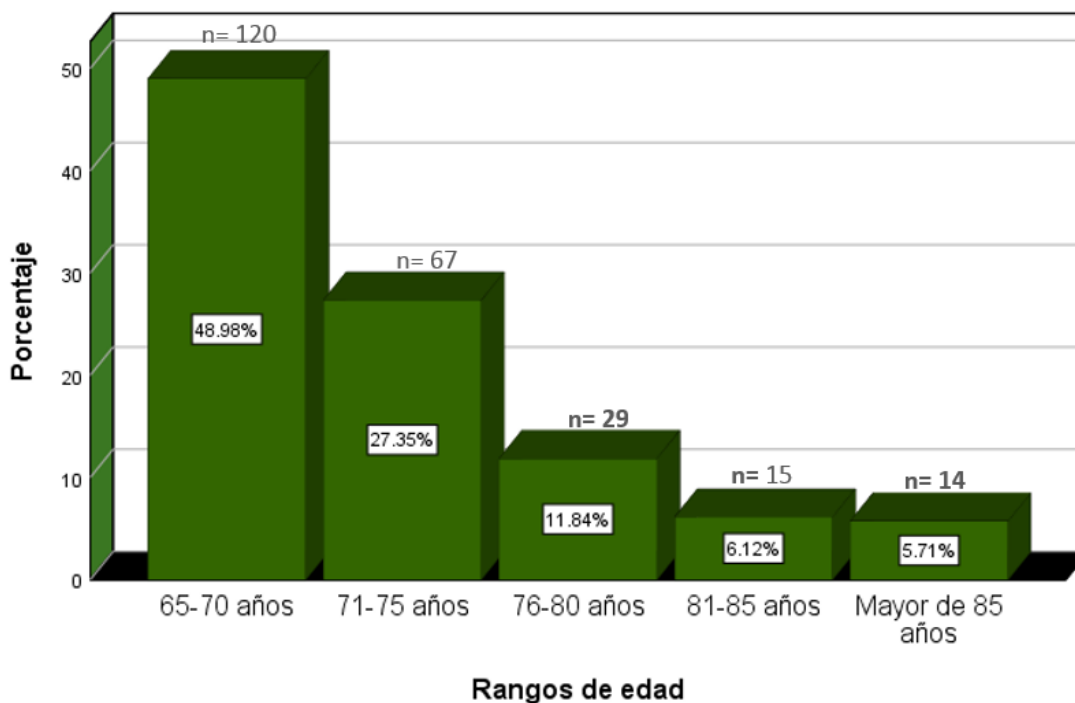
XIV. RESULTADOS

Se incluyeron a 245 pacientes mayores de 65 años de edad, con una edad media de 72.11 (65.99), mediana de 71 (DE \pm 6.45), predominando la edad entre 65 a 70 años en un 48.98% (n=120), el sexo femenino en un 53.88% (n=132), el 51.02% cursaron la primaria (n=125), 37.96% casados (n=93). De los cuales el 13.47% tuvieron una detección positiva (n=33), encontrando que la edad media fue de 75.18 (66-90) con una mediana de 72 (DE \pm 8.21), predominando en un 69.70% el sexo femenino (n=23), 30.30% se encontraban entre los 65 a 70 años (n=10), 33.33% entre los 71 a 75 años (n=11), 12.12 % entre los 76 a 80 años (n=4), 6.06% entre los 81 a 85 años (n=2), 18.18 % mayores de 85 años (n=6), 33.33% eran analfabetas (n=11), 42.42% estudiaron la primaria (n=14), 18.18% secundaria (n=6), 3.03 licenciatura (n=1), 3.03% posgrado (n=1), 27.27% solteros (n=9), 24.24% casados (n=8), 9.09% en unión libre (n=3), 21.21 % viudo (n=7) y 18.18 % divorciados (n=6).

Características sociodemográficas

La edad media de los participantes fue de 72.11 (65-99) con una mediana de 71 (DE 6.45), encontrando a 120 (48.98%) entre las edades de 65 a 70 años, 67 (27.35%) entre 71 a 75 años de edad, 29 (11.84%) entre los 76 a 80 años de edad, 15 (6.12%) entre los 81 a 85 años de edad y 14 (5.71%) mayores de 85 años. Gráfico 1. Tabla 1.

Gráfico 1. Rangos de edad de los adultos mayores que acuden a la UMF 27.



N= 245

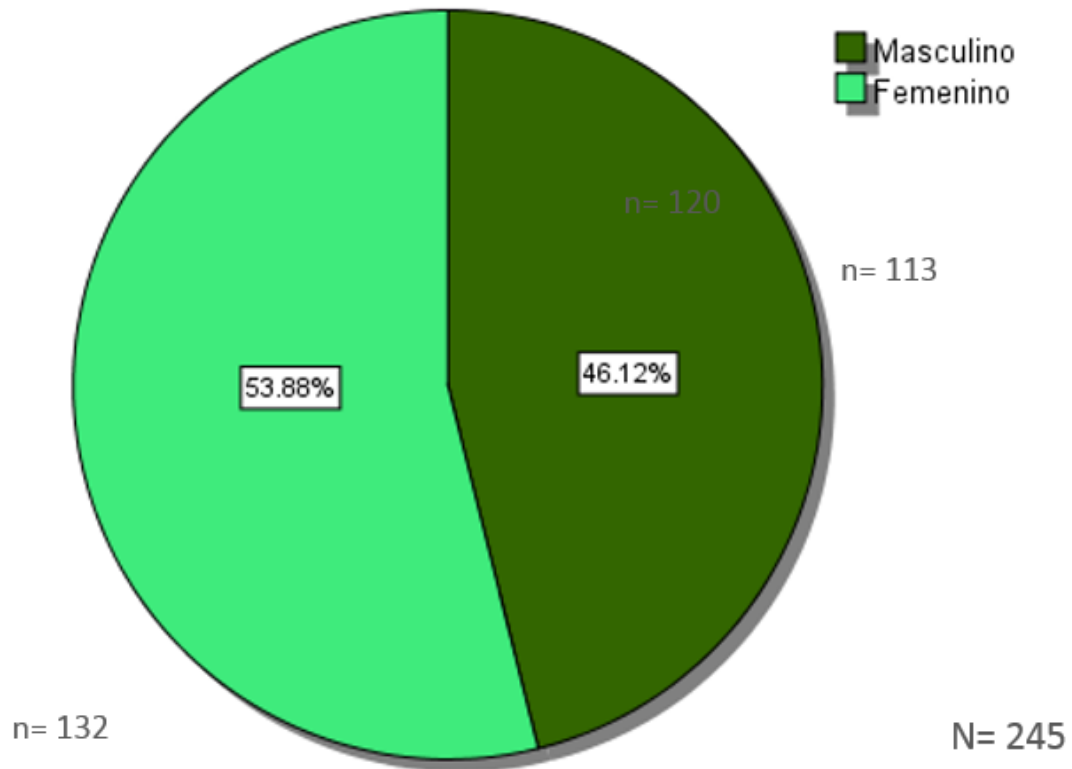
* UMF 27 = Unidad de Medicina Familiar número 27.

** N= Total de pacientes incluidos.

*** n= Número de pacientes incluidos.

De los 245 participantes incluidos, 113 (46.12%) fueron del sexo masculino mientras que 132 (53.88 %) fueron del sexo femenino. Gráfico 2. Tabla 1.

Gráfico 2. Sexo de los adultos mayores que acuden a la UMF 27.



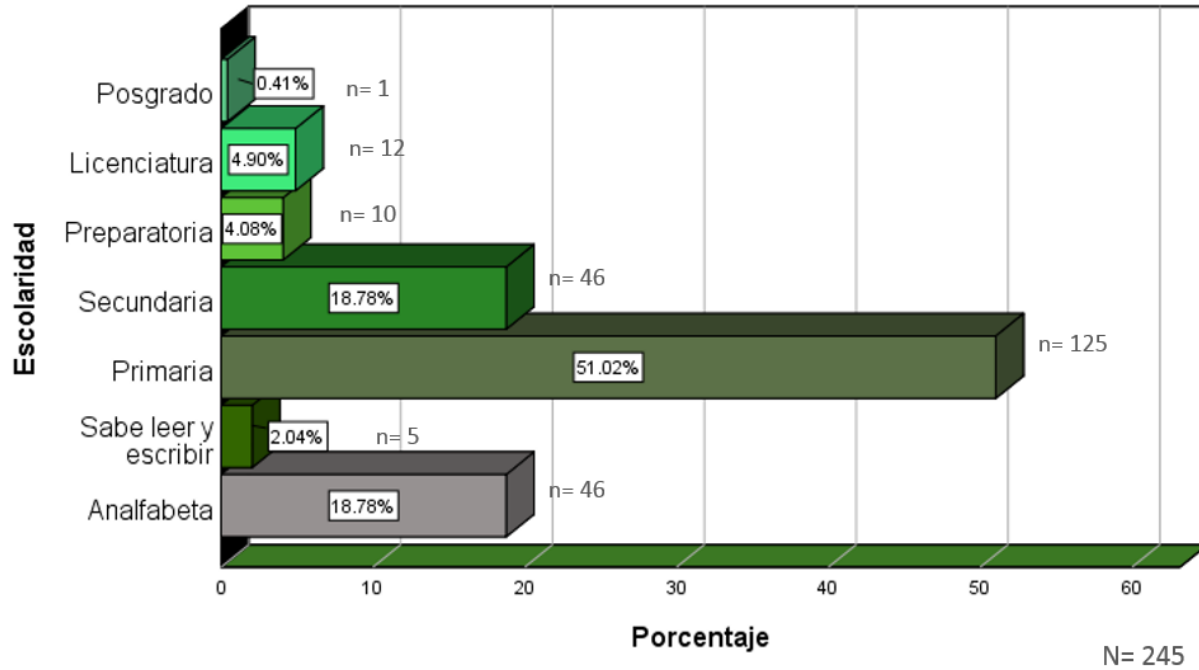
* UMF 27 = Unidad de Medicina Familiar número 27.

** N= Total de pacientes incluidos.

*** n= Número de pacientes incluidos.

En cuanto a la escolaridad 46 (18.78%) eran analfabetas, 5 (2.04%) solo sabían leer y escribir, 125 (51.02%) cursaron la primaria, 46 (18.78%) la secundaria, 10 (4.08%) la preparatoria, 12 (4.90%) la licenciatura y 1 (0.41%) tenía posgrado. Gráfico 3. Tabla 1.

Gráfico 3. Nivel de estudios de los adultos mayores que acuden a la UMF 27.



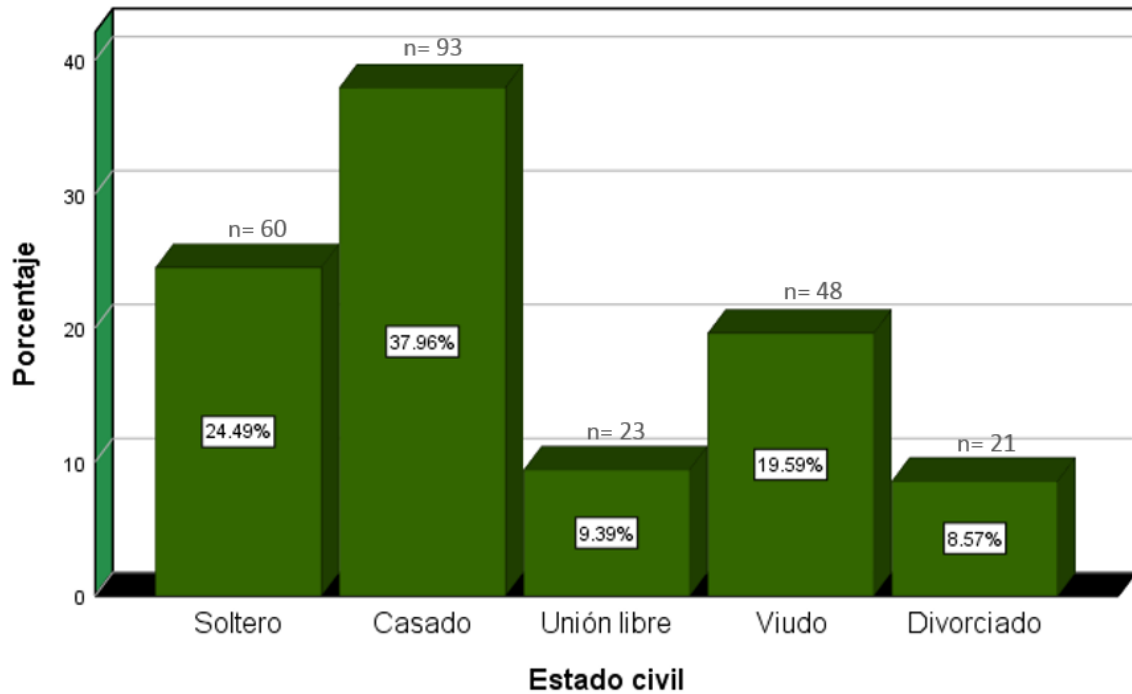
* UMF 27 = Unidad de Medicina Familiar número 27.

** N= Total de pacientes incluidos.

*** n= Número de pacientes incluidos.

Respecto al estado civil de los participantes, 60 (24.49%) eran solteros, 93 (37.96%) casados, 23 (9.39%) en unión libre, 48 (19.59%) viudos y 21 (8.57%) divorciados. Gráfico 4. Tabla 1.

Gráfico 4. Estado civil de los adultos mayores que acuden a la UMF 27.



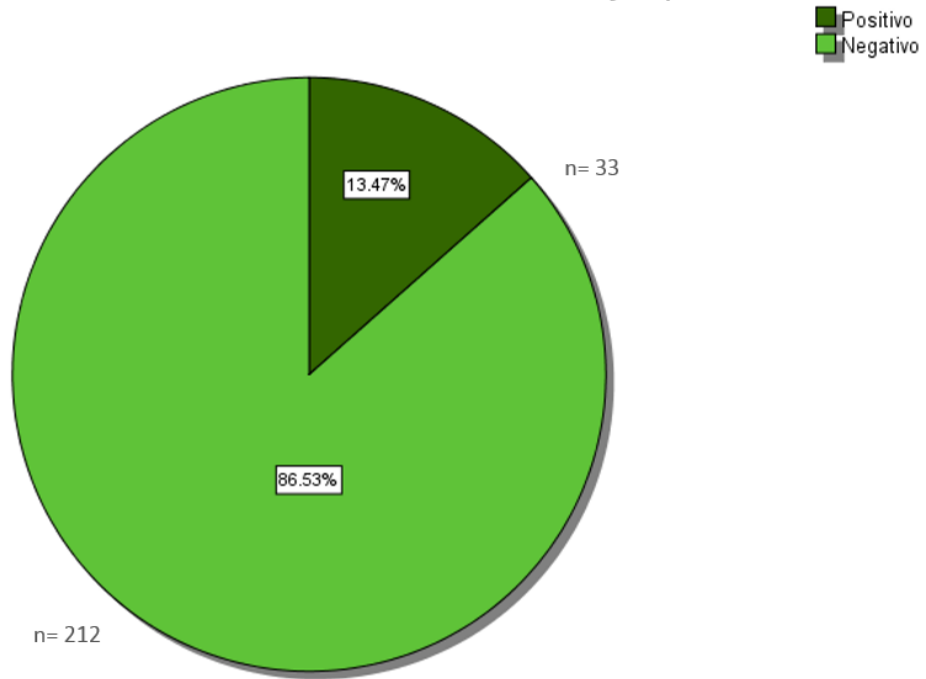
N= 245

- * UMF 27 = Unidad de Medicina Familiar número 27.
- ** N= Total de pacientes incluidos.
- *** n= Número de pacientes incluidos.

Detección de maltrato en el adulto mayor

Para la detección del maltrato en el adulto mayor se aplicó el instrumento EASI, obteniendo que 33 (13.47%) tuvieron una detección positiva mientras que 212 (86.53 %) tuvieron una detección negativa. Gráfico 5.

Gráfico 5. Detección del maltrato en al adulto mayor que acude a la UMF 27.



- * UMF 27 = Unidad de Medicina Familiar número 27.
- ** N= Total de pacientes incluidos.
- *** n= Número de pacientes incluidos.
- + Maltrato = Resultado de la aplicación del instrumento EASI.

113

De los 33 pacientes que se detectaron con maltrato la edad media fue de 75.18 (66-90) con una mediana de 72 (DE 8.21), 10 (30.30%) entre los 65 a 70 años, 11 (33.33%) entre los 71 a 75 años, 4 (12.12 %) entre los 76 a 80 años, 2 (6.06%) entre los 81 a 85 años, 6 (18.18 %) mayores de 85 años, 23 (69.70%) fueron del sexo femenino, de los cuales 11 (33.33%) eran analfabetas, 14 (42.42%) estudiaron la primaria, 6 (18.18%) secundaria, 1 (3.03) licenciatura , 1 (3.03) posgrado, 9 (27.27%) solteros, 8 (24.24%) casados, 3 (9.09%) en unión libre, 7 (21.21 %) viudo y 6 (18.18 %) divorciados. Tabla 2.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores que acuden a la UMF 27.

	Total n (%)
Total	245 (100)
Edad	
Media	72.11
Rm-RM	65-99
Mediana	71.00
DE (\pm)	6.45
Rangos de edad	
65-70 años	120 (48.98)
71-75 años	67 (27.35)
76-80 años	29 (11.84)
81-85 años	15 (6.12)
Mayores a 85 años	14 (5.71)
Sexo	
Femenino	132 (53.88)
Masculino	113 (46.12)
Escolaridad	
Analfabeta	46 (18.78)
Sabía leer y escribir	5 (2.04)
Primaria	125 (51.02)
Secundaria	46 (18.78)
Preparatoria	10 (4.08)
Licenciatura	12 (4.90)
Posgrado	1 (0.41)
Estado civil	
Soltero	60 (24.49)
Casado	93 (37.96)
Unión libre	23 (9.39)
Viudo	48 (19.59)
Divorciado	21 (8.57)

UMF No. 27 = Unidad Medica Familiar numero 27, Tijuana Baja California, n= número de pacientes incluidos, Rm=rango mínimo, RM=rango máximo, DE= desviación estándar.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los adultos mayores que acuden a la UMF 27 de acuerdo a la detección de maltrato.

	Detección positiva n (%)	Detección negativa n (%)
Total	33	212
Edad		
Media	75.18	71.64
Rm-RM	66-90	65-99
Mediana	72.00	70.00
DE (±)	8.21	6.02
Rangos de edad		
65-70 años	10 (30.30)	110 (51.89)
71-75 años	11 (33.33)	56 (26.42)
76-80 años	4 (12.12)	25 (11.79)
81-85 años	2 (6.06)	13 (6.13)
Mayores a 85 años	6 (18.18)	8 (3.77)
Sexo		
Femenino	23 (69.70)	109 (51.42)
Masculino	10 (30.30)	103 (48.58)
Escolaridad		
Analfabeta	11 (33.33)	35 (16.51)
Sabía leer y escribir	0 (0)	5 (2.36)
Primaria	14 (42.42)	111 (52.36)
Secundaria	6 (18.18)	40 (18.87)
Preparatoria	0 (0)	10 (4.72)
Licenciatura	1 (3.03)	11 (5.19)
Posgrado	1 (3.03)	0 (0)
Estado civil		
Soltero	9 (27.27)	51 (24.06)
Casado	8 (24.24)	85 (40.09)
Unión libre	3 (9.09)	20 (9.43)
Viudo	7 (21.21)	41 (19.34)
Divorciado	6 (18.18)	15 (7.08)

UMF No. 27 = Unidad Medica Familiar numero 27, Tijuana Baja California, n= número de pacientes incluidos, Rm=rango mínimo, RM=rango máximo, DE= desviación estándar, detección de maltrato= resultado de la aplicación del instrumento EASI.

XV. DISCUSIÓN

En el estudio realizado por Maas y colaboradores en el (Maas, 2017) se encontró que el abuso en el adulto mayor existe predisposición al maltrato cuando se cumplían con las siguientes características, ser de sexo femenino, dependencia de las actividades básicas de la vida diaria, deterioro cognitivo, aislamiento, red de apoyo limitada, entre otros (23). En el presente estudio se concluyó que la predisposición a maltrato coincidía con ser de sexo femenino, en un 23 %, así como también predominó en un 9 % el estado civil soltero, y el haber dependido de las actividades básicas de la vida diaria por lo menos una vez en los últimos 12 meses.

Según lo estudiado por (López, 2016), no se saben con certeza los factores determinantes de maltrato pero se sugiere que son de índole cultural, estructurales o psicológicos; no obstante, uno de los principales problemas es que la persona mayor se siente vulnerable e inferior ante su agresor (24). Mientras que este estudio arrojó que los factores determinantes a sufrir maltrato es en parte a nivel de educación en un 14 % tenían como máximo estudios de nivel primaria, 11 % analfabetas lo que en conjunto muestra que un 25 % de la población positiva a maltrato su nivel de no sobrepasaba la primaria.

A nivel internacional dentro de los hallazgos del estudio de maltrato por (Eslami y colaboradores), de los cuales hallaron que en una muestra de 4,467 adultos mayores de siete países europeos que más del 34 % de los participantes informaron experimentar una vida de maltrato psicológico 11.5 % físico y 18.5 % financiero (27). En el siguiente estudio de investigación se encuentra que un total de 245 pacientes estudiados un 13.46 % dio positiva para maltrato. Siendo esto un dato similar a lo encontrado en la literatura internacional.

En Cuba por Ramírez y colaboradores analizaron a 373 pacientes, encontrando que un 84 % presentaban algún tipo de maltrato, donde el sexo femenino sufre violencia en un

79 % (28). En el siguiente estudio arrojo que los adultos mayores positivos a maltrato representa el 53.88 % el sexo femenino y un 46.12 % correspondían al sexo masculino. Correspondiente a los resultados obtenidos por otros investigadores se observa que la mayor incidencia fue en el sexo femenino así como en los estudios demostrados.

Ruelas y colaboradores con 8,894 adultos mayores estudiados en México, encontraron que la vida media era de 70.16 años, con predominio en sexo femenino (29), mientras que la media de edad de pacientes en la población detectados para maltrato es de 75.18 años, lo que se correlacionan a investigaciones nacionales.

En relación a lo encontrado en las literaturas los datos obtenidos en el siguiente estudio corresponden a lo encontrado por otros autores, tanto internacional como nacional.

La mayor limitante en este estudio es la falta de implementación de protocolo institucional, así como el desconocimiento tanto del médico como del paciente para la búsqueda intencionada de maltrato, ya que no es uno de los motivos de consulta que se represente.

La principal fortaleza del presente trabajo de investigación es su practicidad, en la aplicación del instrumento de detección de maltrato en el adulto mayor, ya que se existe un número considerable de pacientes afectados dentro de nuestra población, con el fin de tomar decisiones oportunas que permitan el óptimo desempeño y resolución de la misma, se puede realizar dentro de la consulta externa con un cuestionario de 6 preguntas, con un tiempo estimado de aplicación no mayor a 5 min, iniciando así la familiarización del Médico Familiar con las definiciones, conceptos y protocolo. A su vez servirá como primer paso para un acercamiento a un tema de relevancia internacional que se puede prevenir, evitando costes para el instituto y aumentando la calidad de vida de las personas afectadas.

XVI. CONCLUSIONES

El anterior estudio ayudo a identificar de forma fácil, frecuencia de maltrato en el adulto mayor, identificando media de edad, genero, escolaridad, que abre pauta para próximos estudios de investigación, así como la implementación de protocolos determinados que apoyen al Médico Familiar en su praxis diaria, con el único fin de prevenir, y dar resolución oportuna a casos detectados.

El grado de beneficio del siguiente estudio, va orientado a la población geriátrica ya que se demostró que corresponde a casos detectados positivos sin tratamiento o encause correcto, por lo que este estudio podría ser un parte aguas en nuevos estudios de investigación para optimizar las medidas correspondientes para el beneficio de los pacientes geriátricos.

La población beneficiada son los adultos mayores, atendidos en la unidad médica número 27, ya que el escrutinio dirigido, denotará más casos positivos y por ende la prevención, tratamiento y prevención de dicho diagnóstico, que se verá reflejado en la salud de la familia en general.

No obstante, de los pacientes que fueron detectados positivos en el siguiente estudio negaron la atención por parte de su médico familiar, argumentando motivos personales para no solicitar el apoyo institucional.

XVII. RECOMENDACIONES

Para la institución, el dar capacitación dirigida a la búsqueda intencional de maltrato, no solo en el adulto mayor si no en el población en general, con seminarios, platicas, trípticos que infundan en la unidad el salvaguardar la integridad familiar.

Para el personal médico, el realizar concientización sobre la existencia del maltrato en el adulto mayor, explicando que la búsqueda no lleva más de cinco minutos y se puede realizar durante la consulta con solo cinco preguntas; capacitar al personal médico cuando se detecte maltrato en cuál es el protocolo a seguir en base a los fundamentos institucionales, con el fin de dar atención oportuna y me medida de lo posible tratar de prevenir dichas acciones.

Para el derechohabiente, brindar atención dirigida para realizar desensibilización, así como fortalecer el raport, para que solicite ayuda y junto con su médico familiar encaminar en buena dirección su atención y prevención de complicaciones o desenlaces sombríos.

XVIII. AGRADECIMIENTO

A mi madre por su apoyo incondicional, sacrificios, y desvelos, que realizo para que el día de hoy estuviera parado donde estoy, a mi familia por ser el cimiento donde erigí mi profesión, a mis maestros que aportaron con su conocimiento esa hambre de querer superarme profesionalmente, a mis amigos que estuvieron a mi lado, que me apoyaron, alentaron y me enseñaron que la familia no solo es de sangre si no que se va construyendo con forme a la vida.

XIX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. López-Fernández R, Vicedo-Soto JE, Medina-Fragoso D. Maltrato a las personas adultas mayores que habitan al sur de la Ciudad de México. *Anales en Gerontología*. 2019; 1 (11): 18-39.
2. Agudelo-Cifuentes MC, Cardona-Aragón DC, Segura-Cardona A. Maltrato al adulto mayor, un problema silencioso. *Rev. Fac. Nac Salud Pública* 2020; 38 (2): 1-11.
3. Montero-Solano G, Vega-Chávez J, Hernández G. Abuso y maltrato en el adulto mayor. *Medicina Legal de Costa Rica* 2017; 34 (1) 1- 11.
4. Giraldo - Rodríguez, L., Rosas-Carrasco, O. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatr Gerontol Int* 2017; 13 (2): 466-474.
6. Partezani-Rodríguez RA. Envejecimiento saludable y el ejercicio de los derechos humanos. *Rev. Latino – Am. Enfemagem*. DOI: 10.1590/1518-8345.0000.3097. Consultado 11 Dic 21.
7. Forero-Borda LM, Hoyos-Porto S, Martínez Buitrago V, et al. Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. *Univ. Med* 2019; 60 (4): 43-58.
8. Pabón-Poches DK, Delgado-Meza JA. Maltrato en la población adulta mayor: una revisión. *Espacio Abierto* 2017; 26 (2): 245-267.
9. Robles-Silva L, García-Barragán TL, Ramírez-Contreras MG. Salud Pública y envejecimiento en México, revisión bibliométrica. *Rev Med Int Mex Seguro Soc* 2020; 58 (1): 37-49.
10. Varela-Pinedo LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2018; 33(2):199-201.
11. Núñez ML, Fajardo E, Henao AM. Violencia contra las personas mayores: percepción de actores de redes de apoyo social. *Rev. Espacios* 2020; 41 (47): 391 -398.
12. Martínez-Pérez TJ, González-Aragón CM, Castellón-León G, et al. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?. *Rev Finlay* 2018; 8 (1): 59 – 65.

13. Soria-Romero Z, Montero-Arce BJ. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Papeles de Población. Disponible en: [http:// dx.doi.org /10.22185/24487147.2017.93.022](http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022). Consultado 02 Oct 21.
14. Serie Creación documento de trabajo n°86. Lagos, L. (2020). Generalidades sobre Envejecimiento, Vejez y Personas Mayores. Facultad de Ciencias de la Salud: Escuela de Terapia Ocupacional. Centro de Investigación en Educación Superior CIES-USS.
15. Alvarado-García A, Lamprea-Reyes L, Murcia-Tabares K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enferm. univ* 2017; 14(3): 199-206.
16. Rodríguez-Ávila N. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horiz. Sanitario* 2018; 17 (2): 87-88.
17. Patricia-Tachera M, Hernán-Ferreira A, Luisa-Sosa C, et al. Significados que le atribuyen al envejecimiento activo y saludable un grupo de personas mayores que viven en comunidad. *Enferm* 2017; 26 (3): 1 – 9.
18. García-Rosique RM, Guisado-Zamora K, Torres-Triana A. Maltrato intrafamiliar hacia el adulto mayor en el del Policlínico Reynold García de Versalles. *Rev.Med.Electrón.* 2017; 38(6): 826-836.
19. Serra -Valdés M, Cordero-López G, Viera -García M. El maltrato a los ancianos o el no mejor trato. *Realidad y retos. Medisur* 2018; 16(2):233-240.
20. Villafuerte-Reinante J, Alonso-Abatt Y, Alonso-Vila Y, et al. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *Medisur* 2017; 15(1):85-92.
21. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento (internet) S.F. (Citado 2021 Oct 20) Disponible en <http://www.who.int/topics/egeing/es/>. Consultado 05 jun 2021.
22. Ministerio de Protección Social. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (2019-2020) (internet) 2020. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/documentos%20y%20Publicaciones/POL%c3%8DTICA%20Nacional%20%de%20envejecimiento%20y%20vejez.pdf>. Citado 22 Oct 21.

23. Organización mundial de la salud (OMS) Aumento de maltrato a las personas de edad: según la OMS afecta a uno de cada seis ancianos (internet) 2020 Disponible en <http://www.who.int/es/news-rom/detail/114-06-2020Abuse-of-older-people-on-the-rise-in-6-affected>. Citado 02 Nov 21.
24. Center for Disease Control on Prevention Elder Abuse Prevention (Internet) 2021 Disponible en <http://www.cdc.gov/features/elderabuse/>. Citado 20 Nov 2021.
25. Montero-Solano G, Vega-Chaves JC, Hernández G. Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor. Med. Leg. Costa Rica 2017; 34 (1): 1-12.
26. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen [internet]. 2020. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf. Consultado 24 Dic 2021.
27. Eslami B, Viitasara E, Macassa G et al. The prevalence of lifetime abuse among older adults in seven European countries. International public Health 2016; 61 (2): 891-901.
28. Rodríguez-Calvo MD, Gómez-Mendoza C, Guevara de León T, et al. Intrafamily violence in the elderly. Revista Archivo Médico de Camagüey 2018; 22 (2) 1-9.
29. Ruelas-González M, Duarte-Gómez M, Flores-Hernández S, et al. Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico´s 2012. International Journal for Equity in Health 2016; 15 (31): 1-17.

XX. ANEXOS (1)

CARTA NO INCONVENICIA AL DIRECTOR

Tijuana, Baja California a _____ mes de _____ del año 2022

Dr. Gutiérrez López Adrián Jesús

Por medio de la presente se le comunica que es requisito para realizar investigación en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la autorización por parte del Comité de Investigación que corresponda de acuerdo con las características del estudio. En su caso, requiere ser registrado en el Comité Local de investigación No. 204; una vez que se tenga la autorización, cuente con la anuencia para la realización del protocolo de investigación titulado:

“Frecuencia de detección de maltrato en el adulto mayor que acude a atención a la Unidad de Medicina Familiar Número 27”

Atentamente

Dr. Francisco Javier Camacho Reyes

Director de la Unidad de Medicina Familiar Numero 27.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de
investigación (adultos)

Nombre del estudio:	“Frecuencia de detección de maltrato en el adulto mayor que acude a atención a la Unidad de Medicina Familiar Numero 27”
Patrocinador externo: (Si aplica)	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California, en Febrero del 2022.
Número de registro Institucional:	R-2022-204-032
Justificación y objetivo:	Conocer la frecuencia de detección de maltrato en el adulto mayor que acude a atención a la Unidad de Medicina Familiar Número 27.
Procedimientos:	Una vez usted firme el consentimiento informado se le invitara al consultorio de medicina preventiva en donde se le realizara unas preguntas sobre su edad, sexo, estado civil y se le harán una encuesta llamada EASI (Elder Abuse Suspicion Index), con 6 preguntas, para detectar maltrato sin límite de tiempo. Toda información que se obtenga será de forma anónima, una vez se termine se le dará una breve explicación sobre el maltrato en adulto mayor.
Posibles riesgos:	Riesgo mínimo, ya que sólo se realizara una encuesta y puede sentirse incomodo al momento de realizarle las preguntas.
Posibles beneficios:	Conocer si existe maltrato, como prevenirlo y ayudarle en caso de que lo presente, para así canalizarlo de manera oportuna con su Médico Familiar para su valoración, seguimiento y derivación.
Información de Resultados y alternativas de Tratamiento:	En caso de ser detectado con maltrato, será enviado a consulta con su Médico Familiar quien enviara a Trabajo Social, para su derivación.
Participación y retiro:	Tiene la libertad de decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento que considere, sin que esto afecte su relación con el instituto o Medico, brindándole toda la atención y contestando todas las dudas que se presenten.
Privacidad:	La información que usted proporcione será confidencial y todos los datos serán analizados de forma anónima.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas las dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio

Si acepto participar y que se use mi información solo para este estudio.

Si acepto participar y que se use mi información para este estudio y estudios futuros

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

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Dr. Gómez Rodríguez Marco Antonio. Residente de Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27. Matrícula: 98028293

Institución: IMSS, Baja California.

Teléfono celular: (663) 1995902

Correo electrónico: marcoantmarco@gmail.com

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dr. Gutiérrez López Adrián Jesús. Médico Familiar.

Adscripción: UMF No. 27

Institución: IMSS. Baja California.

Teléfono celular: 664-294-5475

Correo electrónico: adrian.gutierrezl@imss.gob.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participantes podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma Testigo 2

Cuestionario Índice de Sospecha de Maltrato a Personas Mayores (EASI)

Folio : _____ Edad: _____

Sexo: M F Estado civil: _____ Escolaridad: _____

Por favor, intente contestar a cada pregunta solamente con un SI o un NO.

6. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?

O Sí O No

2. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente con la que quiere estar?

O Sí O No

3. En los últimos 12 meses/En el último año ¿se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?

O Sí O No

7. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

O Sí O No

8. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?

O Sí

O No

La siguiente pregunta es exclusivamente para el profesional. No hacer la siguiente pregunta a la persona mayor.

9. A) El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: escaso contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos, ¿Ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?

O Sí

O No

RESULTADOS: Dos respuestas afirmativas son consideradas indicio de maltrato

Positivo: _____

Negativo: _____

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

No. Encuesta: _____

ENCUESTA PARA EVALUAR PREVALENCIA DE MALTRATO EN ADULTO MAYOR, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27, TIJUANA BAJA CALIFORNIA, MÉXICO.

Establecimiento de salud: Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana Baja California

Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer la prevalencia de maltrato en adulto mayor. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradecemos su participación.

DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:

1. Edad del encuestado en años: _____

2. Sexo:

Masculino	1
Femenino	2

3. Nivel de estudios:

Analfabeta	1
Sabe leer y escribir	2
Primaria	3
Secundaria	4
Preparatoria	5
Licenciatura	6

	Posgrado	7
4. Estado civil	Soltero	1
	Casado	2
	Unión libre	3
	Viudo	4
	Divorciado	5