

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**“FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN LA
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO”**

**POR
DRA. MONTSERRAT CEDILLO AVILA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

DICIEMBRE 2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**“FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN LA
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO”**

**POR
DRA. MONTSERRAT CEDILLO AVILA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

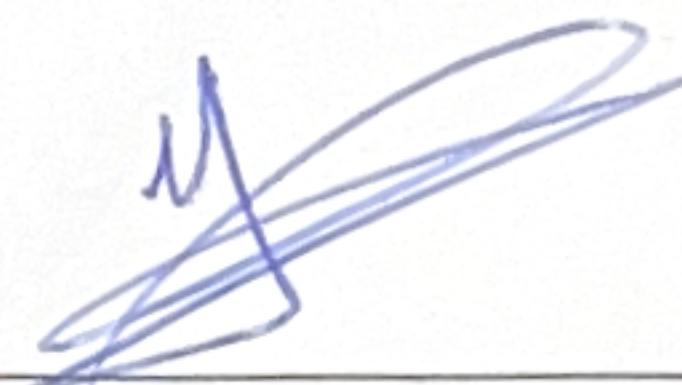
DICIEMBRE 2025

**“FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN LA
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO”**

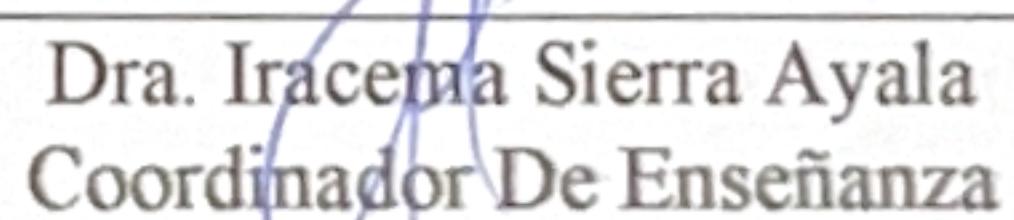
APROBACIÓN DE LA TESIS



Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera
Director De Tesis



Dra. Yeyetsy Guadalupe Ordóñez Azuara
Asesor De Tesis



Dra. Iracema Sierra Ayala
Coordinador De Enseñanza



Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera
Jefe De Departamento



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector De Estudios De Posgrado



**“FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN LA
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO”**

Este trabajo fue realizado en el área de la consulta No. 1 de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, en la Facultad de Medicina, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la dirección del Dr. Raúl F. Gutiérrez Herrera y la Codirección de la Dra. Yeyetsy Guadalupe Ordoñez Azuara.

Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera
Director De Tesis

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a la vida por darme la oportunidad de servir a los demás a través de la medicina y por permitirme transitar un camino que, aunque lleno de retos, ha sido profundamente significativo y gratificante.

A mi familia, por su amor constante, su paciencia infinita y por acompañarme en cada paso. Gracias por comprender mis ausencias, celebrar mis avances, aconsejarme e inspirarme para convertirme en la mejor versión de mí misma.

A mis profesores, por sus conocimientos, dedicación y guía. Gracias por enseñarme a mirar, escuchar y cuidar con el corazón.

A mis amigos y a todas las personas que formaron parte importante de esta etapa, por su apoyo sincero, por las risas compartidas y por su compañía incondicional.

A mis pacientes y a cada familia que tuve la oportunidad de atender durante este proceso formativo, razón y esencia de este trabajo. Gracias por confiar en mí y por recordarme que la medicina no solo cura cuerpos, sino que acompaña historias, miedos y deseos.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, cuyo apoyo constante e incondicional ha sido fundamental en mi formación profesional y personal. Por creer en mí incluso cuando el camino parecía difícil, por su cariño, por recordarme que los sueños se construyen día a día y por ser el mayor ejemplo a seguir en mi vida.

A mi abuelita y abuelito, ejemplo de resiliencia, perseverancia, amor y humildad. Ustedes me enseñaron el valor de envejecer con dignidad, vivir de manera plena y el privilegio de acompañar a quienes se enfrentan a la fragilidad con valentía.

A mis pacientes, que han compartido conmigo fragmentos de su vida, por mostrarme que detrás de cada diagnóstico hay un ser humano que merece ser escuchado. Ustedes han sido mi mayor escuela y mi razón para dedicarme a lo que hago.

"El futuro pertenece a quienes creen en la belleza de sus sueños."

-Eleanor Roosevelt

RESUMEN

Marco Teórico: El maltrato hacia las personas adultas mayores constituye un problema de salud pública reconocido por organismos internacionales debido a su alta prevalencia, su impacto físico y psicológico, y la dificultad para su detección, especialmente en sus formas no físicas. En México, la evidencia muestra variaciones en la frecuencia y tipología del maltrato, lo que hace necesario estudiar sus características a nivel local.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y los factores asociados al maltrato en adultos mayores atendidos en un hospital de tercer nivel.

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en 209 adultos mayores, en quienes se aplicó la Geriatric Mistreatment Scale (GMS) y un cuestionario sociodemográfico. Se describieron los tipos de maltrato y se evaluaron asociaciones mediante análisis bivariado y regresión logística.

Resultados: La prevalencia de maltrato fue de 16.7%, siendo el psicológico la forma más frecuente. Las mujeres presentaron mayor riesgo de maltrato, especialmente psicológico. Aunque la edad no se asoció con el maltrato global, se observó un incremento en el riesgo de maltrato físico con cada año adicional. No se encontró relación significativa con la tipología familiar.

Conclusiones: El maltrato hacia los adultos mayores es un fenómeno presente en la población estudiada, predominando las formas psicológicas y afectando especialmente a las mujeres. Los resultados subrayan la necesidad de fortalecer los sistemas de detección temprana en el primer nivel de atención y promover intervenciones dirigidas al entorno familiar y a la reducción de la sobrecarga del cuidador.

ABSTRACT

Background: Elder abuse is a public health issue recognized by international organizations due to its high prevalence, its physical and psychological impact, and the challenges in detection, particularly in its non-physical forms. In Mexico, evidence shows variations in the frequency and types of abuse, highlighting the need for local-level analysis.

Objective: The aim of this study was to determine the prevalence of elder abuse and its associated factors in older adults attending a tertiary level hospital.

Methods: A cross-sectional analytical study was conducted in 209 older adults, using the Geriatric Mistreatment Scale (GMS) and a sociodemographic questionnaire. Types of abuse were described, and associations were assessed through bivariate analysis and logistic regression.

Results: The prevalence of elder abuse was 16.7%, with psychological abuse being the most common form. Women showed a higher risk of abuse, particularly psychological. Although age was not associated with overall abuse, each additional year of age increased the likelihood of physical abuse. No significant association was found with family typology.

Conclusions: Elder abuse is present in the studied population, predominantly in its psychological form and affecting women to a greater extent. These findings underscore the need to strengthen early detection systems in primary care and to implement interventions focused on the family environment and caregiver burden reduction.

TABLA DE CONTENIDO

<i>AGRADECIMIENTOS</i>	<i>i</i>
<i>DEDICATORIA</i>	<i>ii</i>
<i>RESUMEN</i>	<i>iii</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>iv</i>
<i>LISTA DE TABLAS</i>	<i>vii</i>
<i>LISTA DE FIGURAS</i>	<i>viii</i>
<i>LISTA DE ABREVIATURAS</i>	<i>ix</i>
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
1.1 ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO.....	1
CAPÍTULO II	9
JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	9
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
2.2 JUSTIFICACIÓN	10
2.3 OBJETIVOS.....	11
CAPÍTULO III	12
MATERIAL Y MÉTODOS	12
3.1 DISEÑO DE ESTUDIO	12
3.2 LUGAR DONDE SE DESARROLLÓ EL PROYECTO	12
3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE SUJETOS.....	12
3.4 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	12
3.5 CUADRO DE VARIABLES	13
3.6 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	14
3.7 PROCEDIMIENTOS.....	15
3.8 MECANISMO DE PROTECCIÓN PARA POBLACIÓN VULNERABLE	15
3.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	17
3.10 MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD	17
CAPÍTULO IV	18
RESULTADOS	18
CAPÍTULO V	22
DISCUSIÓN	22
CAPÍTULO VI	25

<i>CONCLUSIONES</i>	25
<i>ANEXOS</i>	26
Anexo 1. Escala Geriatrica de Maltrato al adulto mayor que se usó durante el estudio.	26
Anexo 2. Formato de Tipología familiar por presencia física en el hogar que se usó durante el estudio.	27
<i>RESÚMEN BIOGRÁFICO</i>	32

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1. Características de la población</i>	<i>18</i>
<i>Tabla 2. Características del maltrato en la población</i>	<i>20</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia del maltrato y sus tipos entre el sexo de los pacientes..... 20

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

INAPAM: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

CDC: *Centers for Disease Control and Prevention* (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades)

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

DIF: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

NCOA: *National Council on Aging*

FRA: *Fundamental Rights Agency* (Agencia Europea de Derechos Fundamentales)

ENH: Encuesta Nacional de los Hogares

GMS: *Geriatric Mistreatment Scale* (Escala Geriátrica de Maltrato)

RIC: Rango intercuartil

OR: *Odds Ratio*

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El maltrato hacia las personas adultas mayores constituye un problema creciente de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud reconoce que este fenómeno afecta la integridad física, psicológica, social y económica de quienes lo padecen, y estima que su frecuencia se encuentra subreportada debido a que muchas de sus manifestaciones ocurren en el ámbito doméstico y no son fácilmente detectadas en los servicios de salud (1). En México, se ha documentado la presencia de maltrato en sus distintas formas, aunque con variaciones en prevalencia según el contexto sociocultural y las características de la población atendida.

El primer nivel de atención, en particular la consulta externa de medicina familiar, representa un espacio estratégico para la identificación temprana del maltrato, ya que los profesionales de salud tienen contacto directo con personas mayores y sus familias. Sin embargo, la detección sistemática es limitada, y existe escasez de estudios que documenten la frecuencia y características del maltrato en este ámbito en contextos mexicanos.

Por ello, el presente estudio se propone determinar la frecuencia de maltrato en adultos mayores que acuden a la consulta externa de medicina familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, así como describir sus principales características sociodemográficas y los tipos de maltrato prevalentes

1.1 ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

Envejecimiento y vejez

El *envejecimiento* es un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos, en el cual de manera simultánea suceden procesos biológicos, psicológicos y sociales, los cuales ocasionan cambios progresivos en el organismo (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al envejecimiento desde un punto de vista biológico

como, “el resultado 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, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte” (3).

La vejez, por su parte, es una construcción social y cultural que varía según su contexto. Es una etapa de vida que comienza a los 60 años y es considerada la última etapa de vida y forma parte del envejecimiento (4).

Existen 3 etapas de la vejez según la OMS:

- **Primera etapa:** vejez temprana o adultos mayores jóvenes
 - Comienza alrededor de los 60 años hasta los 74 años, marcada por la transición de la vida laboral activa a la jubilación.
- **Segunda etapa:** adultos mayores de edad avanzada
 - Abarca aproximadamente desde los 75 hasta los 89 años. Durante esta etapa las personas pueden enfrentar desafíos relacionados con la salud, social y funcionalidad.
- **Tercera etapa:** grandes longevos
 - Inicia de los 90 años o más, asociado a mayor fragilidad y vulnerabilidad física. Suelen requerir mayor atención por parte de los familiares para apoyo en actividades de vida diaria para así tener una red sólida de cuidadores e involucramiento médico.

Comprender la diferencia entre envejecimiento y vejez es esencial para el abordaje integral del proceso de envejecimiento humano. Esta distinción resulta clave para evitar enfoques reduccionistas que asocian la vejez exclusivamente con deterioro o dependencia, y permite, en cambio, promover una visión más amplia y positiva del envejecimiento, orientada a garantizar el bienestar, la autonomía y la participación activa de las personas mayores en la sociedad.

El término *adulto mayor* se refiere a las personas que han alcanzado una etapa avanzada en su ciclo de vida. En México, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) considera como adultos mayores a quienes tienen 60 años o más. Esta etapa se caracteriza por cambios físicos, psicológicos y sociales que requieren adaptaciones tanto individuales como colectivas (5).

El *maltrato en el adulto mayor* es cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño, vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de derecho fundamentales del individuo de 60 años o más (1).

Este fenómeno puede manifestarse en diversos entornos, incluidos el hogar, instituciones y la comunidad en general. Factores como la dependencia física o económica, el aislamiento social y la falta de apoyo pueden aumentar la vulnerabilidad de los adultos mayores al maltrato.

Según la Ley de los derechos de las personas adultas mayores en México existen diferentes tipos de maltrato en el adulto mayor:

- **Físico:** Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas o ambas (6).
- **Psicológico/emocional:** Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales llevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio (6).
- **Económico:** Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral (6).

- **Sexual:** Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder (6).
- **Patrimonial:** Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima; hecha excepción de que medie acto de autoridad fundado o motivado (6).

Es importante destacar que estos tipos de maltrato pueden coexistir y que su detección puede ser compleja debido a factores como el miedo, la vergüenza o la dependencia del agresor.

En las últimas décadas, el mundo ha experimentado una transformación demográfica importante, caracterizada por un acelerado envejecimiento de la población. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que para el año 2030 habrá más de 1,400 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, cifra que casi se duplicará para 2050 (3).

Este fenómeno no es exclusivo de los países desarrollados; sin embargo, su impacto es particularmente notable en regiones como Europa, donde actualmente más del 20 % de la población supera los 65 años. En Estados Unidos, el número de adultos mayores alcanzó aproximadamente los 55 millones en 2022, y se espera que esta cifra supere los 80 millones para 2040. En el caso de México, el envejecimiento poblacional también se ha intensificado: en 2022, más de 17 millones de personas tenían 60 años o más, representando cerca del 14 % de la población total (7).

Este cambio poblacional es debido a un avance significativo en múltiples áreas, sobre todo en los sistemas de salud pública del mundo; pues gracias a la mejora en la atención

sanitaria, reducción de la mortalidad infantil y condiciones socioeconómicas más favorables se ha posibilitado que las personas prolonguen su esperanza de vida (8).

Esto plantea importantes desafíos para los sistemas de salud, comunidad y políticas públicas, al tiempo que demanda un enfoque integral y sostenible para garantizar el bienestar y la inclusión de las personas mayores.

Existe una gran inquietud por la forma en que se envejece, ya que esto implica un aumento en la cantidad de personas vulnerables y dependientes de terceros, lo cual a su vez eleva los porcentajes de maltrato hacia las personas de la tercera edad (9).

Según el centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), el maltrato se refiere a un acto intencional o la omisión de una acción por parte de un cuidador o persona de confianza que causa daño o crea un riesgo de daño a un adulto de 60 años o más (10).

En México, la *Guía de práctica clínica Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor* publicada en el 2013 define como maltrato a “cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de sus derechos fundamentales del individuo de 60 años o más, el cual puede ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional” (8).

El maltrato se puede clasificar en diferentes tipos; siendo estos el físico, sexual, psicológico y emocional; el abuso financiero y material; el abandono, la negligencia y la pérdida de dignidad y respeto (10). Entendiéndose por abuso físico a los actos realizados con intención de causar dolor o daño. El abuso psicológico se define como acciones ejecutadas de igual manera para causar dolor o daño emocional. El abuso económico que implica la apropiación indebida del dinero o los bienes de las personas mayores (11). En el maltrato sexual se incluye toda interacción sexual o contacto físico que no sea deseado por la víctima y se realiza sin su consentimiento, este tipo es más común en mujeres. Por último tenemos la negligencia que se define como el incumplimiento en la atención de las necesidades del adulto mayor por parte de quien tiene la responsabilidad de garantizar su

cuidado, lo cual a lo largo del tiempo puede generar riesgos para su seguridad y bienestar (8).

El maltrato hacia personas adultas mayores constituye un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos que afecta a millones de personas en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente una de cada seis personas mayores de 60 años ha sufrido algún tipo de abuso en contextos comunitarios durante el último año, lo que representa cerca del 16% de la población adulta mayor a nivel global. Esta cifra puede ser aún mayor si se consideran los casos no reportados, que son frecuentes debido al miedo, la dependencia económica, emocional o física del agresor, y la falta de mecanismos eficaces de detección (1,12).

En México, la situación es preocupante. Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) indican que entre el 10% y el 15% de las personas mayores han sufrido algún tipo de maltrato, ya sea físico, psicológico, económico, negligencia o abandono. Siendo el psicológico el más común en esta población (9).

En Estados Unidos, el maltrato a adultos mayores también representa un desafío significativo. La National Council on Aging (NCOA) estima que 1 de cada 10 adultos mayores de 60 años ha sido víctima de abuso. Sin embargo, se calcula que solo 1 de cada 14 casos es reportado a las autoridades, lo que demuestra la magnitud del subregistro. El envejecimiento progresivo de la población estadounidense ha motivado la creación de programas de prevención y atención, aunque persisten barreras culturales, económicas y estructurales (13).

En Europa, los estudios varían según el país, pero se estima que entre el 10% y el 20% de los adultos mayores han sufrido algún tipo de maltrato, especialmente en el entorno familiar y en instituciones. Según la Agencia Europea de Derechos Fundamentales (FRA), la violencia emocional y la negligencia son las formas más comunes. Algunos países como Suecia, Alemania y Francia han desarrollado políticas avanzadas de protección social y

atención geriátrica, mientras que en otros, las respuestas aún son limitadas. La Unión Europea ha impulsado iniciativas para visibilizar el problema, pero aún se requiere una mayor armonización normativa y acciones coordinadas (12).

En conjunto, estos datos evidencian que el maltrato hacia personas mayores es un fenómeno generalizado y, en gran medida, invisibilizado. Las diferencias en las tasas de prevalencia se deben no solo a factores culturales o económicos, sino también a la diversidad en las metodologías de estudio, definiciones operativas y mecanismos de denuncia. Por ello, es fundamental impulsar investigaciones rigurosas y sistemas de atención sensibles a las necesidades de las personas adultas mayores en todos los contextos.

Algunas características en las que se debe de estar alerta porque representan un riesgo para el maltrato son: el género femenino (a pesar de ello, las mujeres tienden a reportar con mayor frecuencia este tipo de situaciones), edad avanzada, una situación mental y física precaria, dependencia funcional, dependencia financiera, un ingreso bajo del abusado, relación intrafamiliar conflictiva, aislamiento social, falta de soporte social y dependencia a sustancias (8,14). Es importante recalcar que después de los 80 años la relación de maltrato en ambos sexos incrementa (11).

La violencia en el entorno familiar es la más común, y muchas veces pasa desapercibida dentro del sistema de salud, ya que el que los adultos mayores tengan la información y medios para realizar el reporte o denuncia se torna complicado para ellos, esto dificulta su identificación y visibilización. A pesar del marco legal existente, persiste un subregistro de casos y escasos protocolos especializados de atención geriátrica con enfoque en violencia (11).

Por estos motivos es relevante conocer la tipología familiar por presencia física en el hogar, la cual es entendida como la composición del núcleo de convivencia cotidiana y representa una variable sociodemográfica clave en estudios de salud (15). Diversas investigaciones han demostrado que vivir solo o en condiciones de aislamiento social se

asocia con un mayor riesgo de deterioro funcional, fragilidad, depresión y eventos cardiovasculares (16).

En el contexto mexicano, según la Encuesta Nacional de los Hogares (ENH) 2023 del INEGI, más del 17% de los adultos mayores viven solos, cifra que ha ido en aumento con el envejecimiento de la población y los cambios en las dinámicas familiares (17). Esta situación puede afectar no solo el acceso a redes de apoyo informales, sino también la adherencia a tratamientos y la percepción de bienestar. Por ello, incluir la tipología por presencia física en el hogar como variable en el presente estudio permitirá analizar posibles asociaciones entre el entorno familiar inmediato. En este estudio se solicitará al adulto mayor que enliste dentro de un círculo punteado quienes son las personas que habitan en su casa.

Por ello se han establecido distintos instrumentos a lo largo de los años, que ayudan a su identificación de una forma más precisa. Como la Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor (Geriatric Mistreatment Scale) (GMS) que fue la primer herramienta creada para evaluar el maltrato en personas mayores en personas hispanohablantes. Ha sido diseñada para evaluar cinco tipos de maltrato; físico, psicológico, negligencia, económico y sexual ya sea reciente o crónico. Cuenta con un alpha de Cronbach de 0.83 (exceptuando al maltrato económico que tiene un Alpha de Cronbach de 0.55). Es compuesto de un cuestionario de 22 preguntas, las cuales se formulan de manera clara y comprensible, juega un papel muy importante como herramienta para poder identificar de una manera fácil y relativamente sencilla el abuso a personas mayores (18).

Cada ítem puede tener respuestas dicotómicas (sí/no) o utilizar una escala de frecuencia (nunca, rara vez, a veces, frecuentemente), lo cual permite valorar tanto la presencia como la severidad del posible maltrato. Al igual cuenta con un apartado en el cual se especifica quien ha sido la persona que ha propiciado la agresión. Al obtener una respuesta positiva en alguno de los ítems, esto ya se consideraría que existe maltrato en el adulto mayor.

A pesar de la creciente preocupación por el maltrato hacia las personas mayores, la evidencia científica sobre su frecuencia en el contexto de la atención médica sigue siendo limitada, especialmente en entornos institucionales como los hospitales de tercer nivel en México. El edadismo o discriminación por edad, contribuye significativamente al maltrato de este grupo al reforzar estereotipos negativos y limitar su inclusión social. Como lo señalan diversos autores, erradicar estas actitudes es fundamental para garantizar un envejecimiento digno, lo cual subraya la urgencia de generar conocimiento local sobre esta problemática (19).

Este estudio tiene como objetivo determinar la frecuencia de maltrato en adultos mayores que acuden a consultar a la consulta externa de Medicina Familiar de un hospital de tercer nivel del noreste de México. Los médicos familiares, se consideran ser un pilar fundamental de toda institución, al ser el médico de primer contacto, se busca identificar de manera oportuna el maltrato en el adulto mayor. Para así poder realizar las intervenciones necesarias para identificar, prevenir y apoyar a este grupo vulnerable.

CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población de adultos mayores va en aumento, y con ello también el riesgo de maltrato, que puede manifestarse en diversas formas, como el abuso físico, emocional, psicológico, sexual y económico. El maltrato en el adulto mayor es un fenómeno que ha cobrado relevancia en las últimas décadas debido al aumento en la esperanza de vida y el crecimiento de la población geriátrica.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que alrededor de una de cada seis personas mayores sufre algún tipo de maltrato, aunque esta cifra puede ser aún mayor debido a la falta de denuncia y la invisibilidad del problema. En este contexto, la consulta externa de Medicina Familiar en las instituciones juega un papel crucial en la identificación y prevención del maltrato hacia este grupo vulnerable.

El Hospital Universitario, como una institución de salud de referencia de tercer nivel, tiene la responsabilidad no solo de atender las enfermedades y necesidades físicas de los pacientes, sino también de velar por su bienestar integral, detectando posibles casos de maltrato en las consultas rutinarias.

Esto nos lleva a la pregunta de investigación: ***¿Cuál es la frecuencia de maltrato en el adulto mayor en la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital Universitario?***

2.2 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio busca determinar la frecuencia con la que ocurre el maltrato en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital Universitario.

Esta investigación es relevante porque permitirá visibilizar un problema de salud pública que, si bien ha sido identificado en diversos estudios internacionales, sigue siendo poco documentado en muchos contextos locales, incluyendo el entorno de atención primaria en nuestro hospital. Además, proporcionará una base de datos que puede servir como referencia para futuras intervenciones, programas de sensibilización y capacitación del personal médico y administrativo sobre cómo identificar, manejar y prevenir el maltrato en los adultos mayores.

Conocer la frecuencia de este fenómeno en el ámbito local permitirá diseñar estrategias específicas para la detección temprana de casos, ofreciendo a los pacientes un entorno más seguro y comprometido con su bienestar. Asimismo, brindará información para la

formulación de políticas públicas y protocolos de atención más eficaces y adaptados a las necesidades de la población geriátrica.

En conclusión, esta investigación no solo aporta un análisis cuantitativo sobre la magnitud del maltrato en los adultos mayores, sino que también subraya la necesidad de un enfoque integral en el cuidado de esta población vulnerable, en la que los profesionales de la salud tienen un rol protagónico en la prevención y protección.

2.3 OBJETIVOS

Objetivo principal

- Determinar la frecuencia de maltrato en personas adultos mayores que acuden a consultar en la consulta de Medicina Familiar en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Objetivos específicos

- Identificar en qué etapa de la vejez se presenta con mayor frecuencia el maltrato hacia el adulto mayor.
- Analizar en qué sexo se presenta con mayor frecuencia el maltrato.
- Clasificar los tipos de maltrato más frecuentes en la población adulta mayor.
- Cuantificar la frecuencia de ocurrencia del maltrato en adultos mayores.
- Explorar la temporalidad de la presencia del maltrato en adultos mayores.
- Establecer quién es el principal agresor en los casos de maltrato hacia el adulto mayor.
- Describir las características familiares, como la tipología familiar según la presencia física en el hogar, en relación con el maltrato.

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

3.2 LUGAR DONDE SE DESARROLLÓ EL PROYECTO

Consulta externa de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE SUJETOS

Criterios inclusión

- Personas adultas mayores de 60 años que acudan a consulta externa de Medicina Familiar en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que cuenten con diagnóstico de trastorno neurocognitivo

Criterios de eliminación:

- Pacientes que retiren su consentimiento de participar en el estudio

3.4 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

ESTIMACIÓN DE UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN INFINITA					
		al cuadrado			
valor Z	1.96	3.8416			
valor p	0.1620			n=	208.6081
valor q	0.8380				
valor δ	0.0500	0.0025			

Se realizó el cálculo de muestra utilizando una fórmula de proporción de una población infinita, con un poder de 97.5 con un nivel de significancia de 0.05, con una prevalencia esperada de maltrato en el adulto mayor de 16.2% según estudios previos (20) y una precisión del 5%, obteniendo una muestra de 209 sujetos por incluir.

3.5 CUADRO DE VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de Variable	Unidad de Medida
Edad	Edad en años del paciente	Numérica discreta	Años
Sexo	Género con el que se identifica el paciente	Categórica nominal	Hombre / Mujer
Estado civil	Estado civil actual del paciente	Categórica nominal	Casado Unión libre Soltero Separado Viudo
Escolaridad	Máximo grado de estudios del paciente	Categórica ordinal	Ninguna Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Preparatoria Escuela técnica Licenciatura
Religión	Religión que profesa el paciente	Categórica nominal	Católica Cristiano evangélico/protestante Testigo de Jehová

			Sin religión Otro
Procedencia	Lugar de origen del paciente	Categórica nominal	Nombre del lugar de procedencia
Ocupación	Empleo actual del paciente	Categórica nominal	Descripción de la ocupación
Sitio de procedencia	Consulta de procedencia del paciente	Categórica nominal	Consulta de Medicina familiar / Referencia de otra unidad
Tipología familiar por presencia física en el hogar	Listado de personas que viven en la misma casa que el paciente	Categórica nominal	Núcleo integrado Núcleo no integrado Extensa ascendente Extensa descendente Extensa colateral
Puntuación GMS	Puntaje obtenido en la escala GMS	Numérica discreta	Puntos

3.6 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas; las numéricas se describieron con mediana y rango intercuartil (RIC). La normalidad de los datos se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para la comparación de variables categóricas se utilizó la prueba de χ^2 de Pearson y la prueba exacta de Fisher.. Las variables numéricas se compararon mediante la U de Mann-Whitney y se construyeron modelos lineales generalizados para explorar asociaciones predictivas. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p \leq 0.05$. El análisis se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 29 (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.).

3.7 PROCEDIMIENTOS

El estudio constó de una fase en la cual se realizó la aplicación de la escala GMS (Geriatric Mistreatment Scale) la cual es un instrumento para la detección de maltrato en personas adultas mayores, consta de 22 preguntas, que exploran experiencias de abuso como maltrato físico, psicológico, negligencia, abuso económico y abuso sexual ya sea reciente o crónico. Las preguntas se formulan de manera directa, clara y sencilla para el paciente (18).

Para conocer la tipología familiar por presencia física en el hogar, se preguntó al paciente, “¿Quiénes son las personas que habitan en su casa?” y se solicitó que las enlistara y englobara con una línea punteada.

Con esta investigación se buscó recabar la prevalencia de maltrato en el adulto mayor en una población del noreste de México.

Previo a la obtención de información del paciente, se procedió a la toma del consentimiento informado. El investigador encargado de obtener el consentimiento informado explicó a los participantes el contenido del protocolo, destacando su papel en el estudio y el propósito del mismo. Se les otorgó el tiempo necesario para leer detenidamente el documento de consentimiento informado y se brindó un espacio para que puedan aclarar cualquier duda que tengan. En caso de que decidieran participar, se les indicó que completaran la sección final del consentimiento. Aquellos que optaron por no participar no fueron presionados por el equipo de investigación. Además, los participantes podían retirar su consentimiento en cualquier momento sin presentar ninguna penalidad.

3.8 MECANISMO DE PROTECCIÓN PARA POBLACIÓN VULNERABLE

En caso de identificar que algún sujeto de estudio sufría maltrato, se procedió de la siguiente manera para garantizar su protección y bienestar:

- **Notificación inmediata:** Se informó al médico responsable de la consulta externa de Medicina Familiar para que evaluara la situación clínica y social del adulto mayor.

- **Consentimiento y confidencialidad:** Se mantuvo la confidencialidad del paciente, y se le explicó con claridad la situación, así como las acciones que se tomarían..
- **Canalización a servicios especializados:** Se refirió al paciente a los servicios sociales, psicológicos y legales disponibles en el Hospital Universitario o en las instituciones externas correspondientes, que pudieran brindar atención integral y protección.
- **Registro y seguimiento:** Se documentó el caso en el expediente clínico, respetando la privacidad y las normas éticas, y se dio seguimiento para asegurar que el paciente recibiera la atención adecuada.
- **Apoyo e intervención interdisciplinaria:** Se promovió la intervención de un equipo interdisciplinario que incluía profesionales de salud, trabajo social y psicología para el diseño de un plan de atención personalizado y prevenir futuros episodios de maltrato.

Si durante la consulta se identificó que el adulto mayor estaba sufriendo maltrato y se encuentra acompañado, se siguieron los siguientes pasos:

- **Evaluación discreta:** Se procuró realizar una evaluación confidencial y respetuosa, idealmente buscando un momento para hablar en privado con el paciente, sin la presencia del acompañante, para confirmar la situación y garantizar su seguridad.
- **Protección y seguridad:** Si no fue posible hablar en privado y existía riesgo inmediato, se valoró la situación con cautela para no exponer al paciente a un mayor daño o represalias por parte del acompañante.
- **Explicación y consentimiento:** Se explicó al paciente, en un ambiente seguro y confidencial, la importancia de recibir apoyo, y se canalizó a los servicios correspondientes.
- **Intervención con el acompañante:** En caso de ser apropiado y seguro, se dialogó con el acompañante para aclarar dudas o intervenir, siempre respetando la confidencialidad del paciente y la normativa legal vigente.

- Canalización y seguimiento: Se siguió el mismo proceso de referencia a servicios especializados y se dio seguimiento a la situación con el equipo interdisciplinario.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se desarrolló conforme a los principios éticos fundamentales: autonomía, garantizando que los adultos mayores participen de forma libre e informada mediante un consentimiento firmado, con información clara y sin coacción; beneficencia, procurando que el estudio genere conocimiento útil para mejorar la atención médica y social de esta población; no maleficencia, minimizando cualquier daño físico o emocional derivado de la participación y activando los protocolos correspondientes si se detecta una situación de maltrato; y justicia, asegurando una selección equitativa de los participantes, sin discriminación. Asimismo, se protegió la confidencialidad de los datos personales, y el protocolo fue sometido a revisión por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, conforme a la normativa nacional vigente.

Esta investigación de acuerdo con el “Reglamento de la Ley General de la Salud en Materia de Investigación para la Salud” en su Título 2do, Capítulo 1ro, Artículo 17, Fracción I, se considera como investigación sin riesgo.

3.10 MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD

La información de los pacientes fue utilizada y revelada sólo para las actividades y operaciones que estén relacionadas con el protocolo de investigación. El uso y revelación de datos sobre los pacientes se limitó al estándar del "mínimo necesario" y fueron utilizados solo por los investigadores relacionados con el protocolo de investigación. No se incluyeron datos personales del paciente en la base de datos y se utilizó un código identificador único para la identificación de cada paciente. Solo tuvieron acceso a la base de datos los miembros del equipo de investigación

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Se analizaron 209 pacientes adultos mayores, de los cuales 62.2% (n=130) correspondieron al sexo femenino. La mediana de edad fue de 70 años (RIC 65 – 79). En relación con el estado civil, 44.5% (n=93) eran casados y 22% (n=46) viudos. El nivel de escolaridad predominante fue primaria completa en 50.7% (n=106) y licenciatura en 13.9% (n=29). La mayoría de los participantes se identificó con la religión católica (69.4%, n=145). Respecto a la composición del hogar, la tipología familiar de núcleo integrado fue la más frecuente (47.8%, n=100), seguida de la extensa ascendente (18.7%, n=39).

Tabla 1. Características de la población

	Población total (n=209)
Sexo femenino	130 (62.2)
Edad	70 (65 – 69)
Estado civil	
Casado	93 (44.5)
Divorciado	18 (8.6)
Separado	4 (1.9)
Soltero	29 (13.9)
Unión libre	17 (8.1)
Viudo	46 (22.0)
Escolaridad	
Ninguna	15 (7.2)
Primaria incompleta	2 (1.0)
Primaria completa	106 (50.7)
Secundaria completa	38 (18.2)
Preparatoria	14 (6.7)
Escuela técnica	3 (1.4)
Licenciatura	29 (13.9)
Religión	
Católica	145 (69.4)
Cristiana	25 (12.0)
Testigo de Jehová	6 (2.9)
Otra	9 (4.3)
Ninguna	22 (10.5)
Tipología familiar	
Extensa ascendente	39 (18.7)
Extensa colateral	16 (7.7)
Extensa descendente	8 (3.8)
Núcleo integrado	100 (47.8)
Núcleo no integrado	13 (6.2)
Persona que vive sola	33 (15.8)

La mediana del puntaje total de la escala geriátrica de maltrato al adulto mayor (GMS) fue 0 (0–0). Se encontró que el 16.7% (IC 95% 12.2 – 22.2) de los adultos mayores reportaron haber sufrido algún tipo de maltrato. Al analizar los tipos específicos de maltrato, el maltrato psicológico fue el más frecuente estando presente en el 9.1% (IC 95% 5.8 – 13.6), seguido de maltrato físico en 6.2% (IC 95% 3.5 – 10.1), maltrato económico en 5.7% (IC 95% 3.2 – 9.5), y negligencia en 3.3% (IC 95% 1.5 – 6.5). Solo un caso (0.5%) correspondió a maltrato sexual (IC 95% 0.1 – 2.2).

No se encontró asociación entre la edad y la presencia global de maltrato ($p=0.095$). Tampoco se observaron asociaciones entre la edad y los tipos de maltrato psicológico ($p=0.385$), negligencia ($p=0.455$), económico ($p=0.217$) ni sexual ($p=0.086$). Sin embargo, por cada año adicional de edad se aumenta la probabilidad de sufrir maltrato físico (OR 1.101; IC95% 1.008–1.203; $p=0.033$).

Se identificó que las mujeres presentaron una probabilidad 3.5 veces mayor de sufrir maltrato en comparación con los hombres (OR 3.493; IC95% 1.379–8.847; $p=0.008$). Asimismo, las mujeres mostraron una probabilidad casi seis veces mayor de sufrir maltrato psicológico (OR 5.792; IC95% 1.301–25.790; $p=0.021$) (ver Figura 1). No encontraron asociaciones entre el sexo y los demás tipos de maltrato. De forma similar, no se encontraron diferencias significativas entre la tipología familiar y la presencia de maltrato ni entre los tipos de maltrato evaluados.

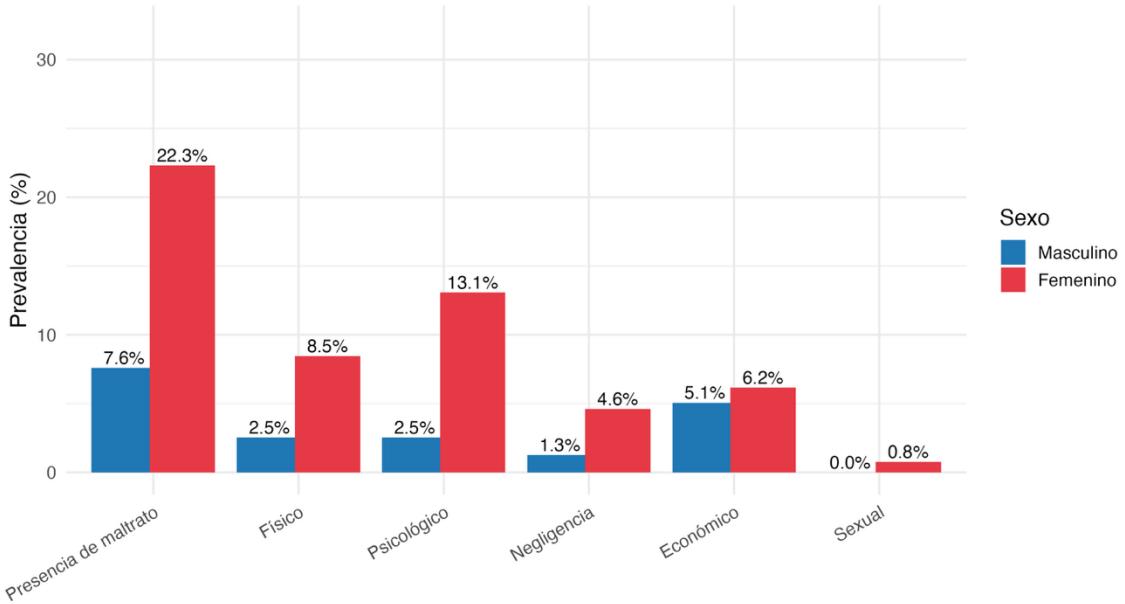


Figura 1. Prevalencia del maltrato y sus tipos entre el sexo de los pacientes

Entre los pacientes que reportaron maltrato, se encontró que 91.4% ($n=32$) lo habían experimentado durante el último año o menos, mientras que 8.6% ($n=3$) no recordaban el tiempo exacto. La frecuencia de los episodios fue de pocas veces en 42.9% ($n=15$) y una sola ocasión en 28.6% ($n=10$) (ver tabla 2). El agresor identificado con mayor frecuencia fue un hijo (34.3%, $n=12$), seguido del esposo (22.9%, $n=8$) y hermanos (20%, $n=7$). Respecto al sexo del responsable, 70.6% ($n=24$) fueron hombres, 26.5% ($n=9$) mujeres, y un caso involucró a ambos.

Tabla 2. Características del maltrato en la población

	Población que sufre maltrato (n=35)
Temporalidad	32 (91.4)
Un año o menos	3 (8.6)
No recuerda	
Frecuencia	
Una sola ocasión	10 (28.6)
Pocas veces	15 (42.9)
Muchas veces	9 (25.7)
No proporcionó información	1 (2.9)
Parentesco	
Esposo	8 (22.9)
Hermano	7 (20)
Hijos	12 (34.3)
Nietos	2 (5.8)
Otro	6 (17.1)
Sexo del responsable	
Masculino	24 (70.6)
Femenino	9 (26.5)
Ambos	1 (2.9)

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La prevalencia de maltrato se encuentra dentro del rango reportado a nivel mundial. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 1 de cada 6 personas de 60 años o más experimentan algún tipo de abuso en entornos comunitarios (1). Además, una revisión sistemática global reciente sugiere una prevalencia conjunta del abuso a ancianos de alrededor del 27.6% (IC 95% 23.5–31.6), aunque con gran heterogeneidad entre los estudios (21).

El hecho de que nuestra prevalencia sea algo menor a ese promedio global puede reflejar diferencias contextuales culturales, socioeconómicas, metodológicas, o un subregistro. Esto refuerza la necesidad de fortalecer la detección del maltrato en la práctica clínica, particularmente en atención primaria (22).

El patrón de prevalencias de los tipos específicos de maltrato en la población coincide con hallazgos internacionales. En la revisión realizada por Kitaw *et al.* (23) el abuso emocional/psicológico exhibió la mayor prevalencia (20.9%), seguido por negligencia (19.3%), explotación financiera (11.7%), abuso físico (7.9%) y abuso sexual el menos frecuente (1.5%).

Estos datos refuerzan que, aunque el maltrato físico sea más visible, las formas más frecuentes como el psicológico, el económico o la negligencia suelen permanecer ocultas y requieren sistemas de detección sensibles

En un estudio mexicano previo, se reportó también que aproximadamente 16 de cada 100 adultos mayores presentaban algún tipo de maltrato en el último año, con el abuso psicológico como el más común (24). Esto sugiere que nuestros resultados replican tendencias observadas localmente, lo que apoya la validez externa de los hallazgos, al menos dentro de contextos similares.

No obstante, otras investigaciones en poblaciones rurales u otros contextos han reportado prevalencias de hasta 44.2% (25). Las variaciones pueden deberse a diferencias en metodología, definición de maltrato, sensibilidad del instrumento, o características de la población estudiada (por ejemplo, nivel de dependencia, red familiar, soporte social).

Nuestro hallazgo de mediana de puntaje GMS igual a 0 (0–0) sugiere que muchos adultos mayores no reportan signos de maltrato de manera general, o bien que las manifestaciones no alcanzan umbrales que el cuestionario detecte como positivos. Esto puede reflejar un subregistro o normalización del maltrato, fenómeno descrito en la literatura: muchas formas de abuso (p. ej. negligencia, maltrato psicológico) son percibidas por las víctimas como parte del trato familiar, lo que dificulta su identificación.

El bajo reporte de maltrato sexual (0.5 %) coincide con la tendencia global de subnotificación, posiblemente por vergüenza, estigma o temor a las represalias (3,23).

La falta de asociación entre la edad y la presencia global de maltrato indica que la mera variable etaria no necesariamente predice que una persona mayor sufra alguna forma de abuso; esto coincide con revisiones que muestran heterogeneidad en la relación edad-maltrato y que la prevalencia global no siempre aumenta de forma lineal con la edad cronológica. No obstante, el hallazgo específico de que cada año adicional de edad incrementa la probabilidad de maltrato físico sugiere un mecanismo diferenciado para la violencia física. Es posible que el aumento de la dependencia funcional, la fragilidad o las demandas de cuidado asociadas a la mayor edad favorezcan situaciones de tensión o sobrecarga del cuidador que, en algunos contextos, desembocan en episodios de violencia física; la literatura ha documentado la relación entre mayor dependencia del anciano, mayor carga del cuidador y riesgo de conductas abusivas (26,27).

Diversos estudios y revisiones muestran que las mujeres mayores con frecuencia experimentan tasas más altas de ciertos tipos de abuso (especialmente emocional/psicológico y explotación) y enfrentan factores estructurales que aumentan su vulnerabilidad: mayor esperanza de vida, mayor probabilidad de vivir solas, dependencia

económica y trayectorias de cuidado que pueden perpetuar desigualdades acumuladas a lo largo de la vida. Estos determinantes estructurales y relacionales pueden explicar por qué, en esta muestra, las mujeres fueron significativamente más afectadas, en particular por maltrato psicológico (21,28,29).

La falta de asociación entre la tipología familiar y la presencia de maltrato sugiere que la composición formal del hogar no es por sí sola el factor determinante; en cambio, las dinámicas relacionales, la calidad de los cuidados y la presencia de factores de riesgo en el cuidador (estrés, consumo de sustancias, problemas de salud mental, dependencia financiera respecto al adulto mayor) suelen desempeñar un rol más importante en la génesis del maltrato. Esto concuerda con modelos ecológicos del maltrato en la vejez que priorizan características individuales y relacionales sobre la mera estructura familiar (1,30).

El patrón temporal y la distribución de la frecuencia del maltrato muestran la naturaleza en muchos casos recurrente o persistente del maltrato. Esto refuerza que la detección en consulta ambulatoria debería incluir preguntas sobre eventos pasados recientes y la repetición de episodios, no solo indagar sobre incidentes aislados, dado que la cronicidad se asocia a mayor impacto físico y psicológico (21).

Respecto a los agresores, se ha visto a los familiares cercanos, especialmente hijos adultos y cónyuges, como los principales perpetradores en los entornos comunitarios. Estudios muestran que, en la gran mayoría de los casos con perpetrador conocido, éste es un miembro de la familia, y que los factores de riesgo del perpetrador (p. ej., dependencia financiera, problemas de salud mental o consumo de sustancias) favorecen la aparición del abuso. Este patrón remarca la necesidad de intervenir en el núcleo familiar, ofreciendo apoyo y recursos a cuidadores para reducir la sobrecarga y prevenir la escalada hacia el abuso (31,32).

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

El presente estudio identificó que el maltrato hacia los adultos mayores es un problema vigente en la población evaluada, sobre todo en la población femenina lo que remarca la vulnerabilidad de este grupo y la necesidad de estrategias con enfoque de género.

Los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer la detección temprana en el primer nivel de atención mediante instrumentos sensibles y abordajes sistemáticos, así como implementar intervenciones dirigidas tanto a los adultos mayores como a sus cuidadores. Reconocer el rol central de los familiares como agresores permite orientar acciones preventivas hacia el apoyo familiar, la reducción de la sobrecarga del cuidador y la promoción de entornos seguros para las personas mayores.

ANEXOS

Anexo 1. Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor utilizado durante el estudio.



Facultad de Medicina y
Hospital Universitario

	A Si su respuesta es sí pase a B	B ¿Esto ocurrió... →		C ¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	D Quién fue el responsable? PARENTESCO	E ¿Es hombre o mujer?
		1. una vez?	2. pocas veces?			
¿Durante los últimos 12 meses a usted ...						
	0 No	1. una vez?	01 un año y menos			
	1 Si →	2. pocas veces?	98 no recuerda		<i>Registre el parentesco que tiene con la persona mayor</i>	
	* No respondió	3. muchas veces?	99. no respondió			
FISICO						
1 ¿Le han golpeado?	<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"/>
3 ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
4 ¿Le han arrojado algún objeto?	<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"/>
PSICOLOGICO						
6 ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	<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"/>
8 ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	<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, el calzado, 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"/> /22				Maltrato: Sí <input checked="" type="radio"/> (1) No <input type="radio"/> (0)	

Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O, Geriatr Gerontol Int. 2013 Apr;13(2):466-74 (martha.giraldo@salud.gob.mx) V.2.0 Agosto 2025

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
Ave. Francisco I. Madero s/n y Ave. Gonzalitos, C.P. 64460
Col. Miras Centro, Monterrey, N.L., México.
Conm. (81) 8346 9400, 8346 7800 ext. 115, Fax. (81) 8347 8651



Anexo 2. Formato de Tipología familiar por presencia física en el hogar utilizado durante el estudio.



Tipología familiar por presencia física en el hogar

- ¿Quiénes son las personas que habitan en su casa?
Enliste dentro del cuadro los nombres de las personas que habitan con usted y el parentesco que tienen con usted.

A large, empty rectangular box outlined in black, intended for the respondent to list the names and relationships of the people living in their household.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

1. World Health Organization (WHO). Maltrato de las personas mayores [Internet]. 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
2. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 Jun;25(2):57–62. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=en&nrm=iso&tlang=en
3. World Health Organization (WHO). Envejecimiento y Salud [Internet]. 2024. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Envejecimiento y vejez [Internet]. 2019. Available from: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es#:~:text=son%20conceptos%20diferentes.-,Al%20proceso%20que%20inicia%20desde%20el%20nacimiento%20y%20termina%20con,estamos%20en%20proceso%20de%20envejecimiento>
5. Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado (PENSIONISSSTE). Día del Adulto Mayor [Internet]. 2017. Available from: <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es#:~:text=En%20México%20se%20considera%20Adulto,metas%20familiares%2C%20profesionales%20y%20sociales>
6. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES [Internet]. Congreso de la Unión; Jun 14, 2024. Available from: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>
7. Lugo García MG. México, oficialmente un país envejecido. Gaceta UNAM [Internet]. 2023; Available from: <https://www.gaceta.unam.mx/mexico-oficialmente-un-pais-envejecido/>

8. Agudelo-Cifuentes MC, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Restrepo-Ochoa DA. Maltrato al adulto mayor, un problema silencioso. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2020 Mar;38(2).
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER [Internet]. 2024. Available from: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Abuse of Older Persons [Internet]. 2024. Available from: <https://www.cdc.gov/elder-abuse/about/index.html>
11. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. Gerontologist. 2016 Apr 1;56(Suppl 2):S194–205.
12. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Fundamental Rights Report 2024. Bietlot, Bélgica: Publications Office of the European Union; 2024.
13. National Council on Aging (NCOA). Get the Facts on Elder Abuse [Internet]. 2024. Available from: <https://www.ncoa.org/article/get-the-facts-on-elder-abuse/>
14. Santos-Rodrigues RC dos, Brandão BML da S, Araújo-Monteiro GKN de, Marcolino E de C, Moraes RM de, Souto RQ. Assessment tools for elder abuse: scoping review. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2022;56.
15. Ordóñez Azuara Y, Gutiérrez Herrera RF, Méndez Espinoza E, Alvarez Villalobos NA, Lopez Mata D, de la Cruz de la Cruz C. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. Aten Primaria. 2020 Dec;52(10):680–9.
16. Golaszewski NM, LaCroix AZ, Godino JG, Allison MA, Manson JE, King JJ, et al. Evaluation of Social Isolation, Loneliness, and Cardiovascular Disease Among Older Women in the US. JAMA Netw Open. 2022 Feb 2;5(2):e2146461.
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de los Hogares (ENH) 2023 . México; 2023.

18. Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatr Gerontol Int.* 2013 Apr;13(2):466–74.
19. Sierra-Ayala I, Gutierrez-Herrera R, Riquelme-Heras H, Gomez-Gomez C, Ordoñez-Azuara Y. Ageism: Discrimination that Must Disappear. *J Geriatrics Palliative Care.* 2017;5(1):1.
20. Giraldo Rodríguez L, Pavón León P. Maltrato de personas mayores con multimorbilidad y su relación con la calidad de vida. *Horizonte Sanitario.* 2023 Sep 19;22(3):561–72.
21. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2017 Feb;5(2):e147–56.
22. Medina Campos RH. Instituto Nacional de Geriatría. 2024. Maltrato a personas mayores: un problema global que requiere atención urgente.
23. Kitaw TA, Baylie A, Tekle BA, Tilahun BD, Getie A, Abate BB, et al. Elder abuse without borders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2025 Dec 1;25(1).
24. Santana-Flores M, González-Ramírez L. Maltrato y factores de riesgo en adultos mayores. *Acta de Ciencia en Salud.* 2019 Apr 1;(9):15–20.
25. Pedraza Martínez J, López Nolasco B, Maya Sánchez A, Cano Estrada EA. Maltrato en el adulto mayor en el municipio de Chilcuautla, Hidalgo, México. *SANUS Rev Enf.* 2021;10(21).
26. Kohn R, Verhoek-Oftedahl W. Caregiving and elder abuse. *Med Health R I* [Internet]. 2011 Feb;94(2):47–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21456376>
27. Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Moleras-Serra A, Pujol-Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: Prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health.* 2018 Jan 22;18(1).
28. Jeon GS, Cho S Il, Choi K, Jang KS. Gender differences in the prevalence and correlates of elder abuse in a community-dwelling older population in Korea. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Jan 1;16(1).

29. Roberto KA, Hoyt E. Abuse of older women in the United States: A review of empirical research, 2017–2019. *Aggress Violent Behav.* 2021 Mar;57:101487.
30. Fraga Dominguez S, Ozguler B, Storey JE, Rogers M. Elder Abuse Vulnerability and Risk Factors: Is Financial Abuse Different From Other Subtypes? *Journal of Applied Gerontology.* 2022 Apr 1;41(4):928–39.
31. United States Administration for Children and Families, United States Administration on Aging, National Center on Elder Abuse, American Public Human Services Association, Westat Inc. The national elder abuse incidence study: Final report. Washington, D.C: National Administration on Aging; 1998.
32. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. Campion EW, editor. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2015 Nov 12;373(20):1947–56. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1404688>

RESÚMEN BIOGRÁFICO

La Dra. Montserrat Cedillo Avila nació en Monterrey, Nuevo León. Realizó sus estudios desde nivel preescolar hasta secundaria en el Colegio Pan American School, Campus San Pedro. Posteriormente cursó la preparatoria en el Centro de Investigación y Desarrollo de Educación Bilingüe (CIDEB) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Continuó su formación profesional en la Facultad de Medicina de la UANL, graduándose como Médico Cirujano y Partero en el año 2020. Realizó su Servicio Social en el Departamento de Patología de la misma institución. Más adelante ingresó a la Especialidad en Medicina Familiar en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, donde llevó a cabo su residencia médica durante el periodo de marzo de 2023 a febrero de 2026.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. med. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ

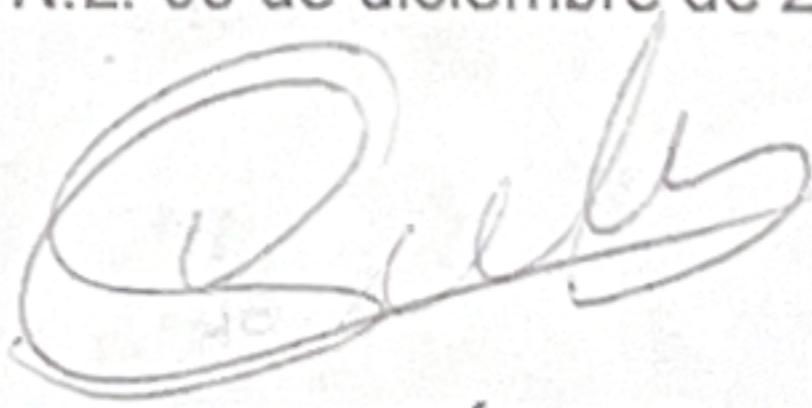
Subdirector de Estudios de Posgrado del
Hospital Universitario de la U.A.N.L.

Presente:

Por medio de la presente hago constar que la tesis titulada "**FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO**" cuyo autor es la Dra. Montserrat Cedillo Avila del programa de Medicina Familiar, ha sido revisada por el programa de Turnitin, encontrando un 29% de similitud y después de la interpretación de los datos se ha llegado a la conclusión que no existe evidencia de plagio de la tesis.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano sus finas atenciones me despido de usted.

ATENTAMENTE.
«Alere Flamam Veritatis»
Monterrey, N.L. 08 de diciembre de 2025


DR. RAÚL FERNANDO GUTIÉRREZ HERRERA.
Jefe del Departamento de Medicina Familiar



MEDICINA FAMILIAR

SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS
DE POSGRADO

Clave 12-51
12-2025



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
Ave. Francisco I. Madero s/n y Ave. Gonzalitos, C.P. 64460
Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L., México.
Tel. (81) 8333 3619 • Conm. (81) 8389 1111, ext. 3115 • 2115

 **Medicina Familiar**

Montserrat Cedillo Avila

FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITA...

TESIS 23-26

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:538107586

26 páginas

Fecha de entrega

8 dic 2025, 12:29 GMT-6

6232 palabras

Fecha de descarga

8 dic 2025, 12:33 GMT-6

34.306 caracteres

Nombre del archivo

FRECUENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FA....docx

Tamaño del archivo

433.8 KB

SUBDIRECCION DE ESTUDIOS

DE POSGRADO

*Jane 12-81
12 Dic 2025*

P
FACULTAD DE MEDICINA


Rafael Fernando Curiel Pérez
MEDICINA FAMILIAR

Dr. Raúl Fernando Curiel Pérez

29% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Exclusiones

- ▶ N.º de fuentes excluidas

Fuentes principales

- 23%  Fuentes de Internet
- 12%  Publicaciones
- 25%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS
DE POSGRADO

P 13 Dic 2025
dan 2:51

FACULTAD DE MEDICINA



MEDICINA FAMILIAR

Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Helleira