

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA /
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 8
MÉXICO, D.F.

MALTRATO DEL ANCIANO MEXICANO

**TRADUCCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL
“ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT”
Y SU APLICACIÓN EN POBLACIÓN ANCIANA URBANA
MEXICANA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. IRENE ROJAS TAMARIZ

**DR. ANDRÉS JIMÉNEZ BUSTAMANTE
ASESOR TEMA DE TESIS**

**DR. EDUARDO MÁRQUEZ CARDOSO
ASESOR ESTADÍSTICO DE TESIS**

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA /
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 8
MÉXICO, D.F.

TÍTULO

MALTRATO DEL ANCIANO MEXICANO

**TRADUCCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL
“ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT”
Y SU APLICACIÓN EN POBLACIÓN ANCIANA URBANA
MEXICANA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

PRESENTA

DRA. IRENE ROJAS TAMARIZ

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE 2006

NÚMERO DE REGISTRO

MALTRATO DEL ANCIANO MEXICANO

TRADUCCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL “ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT” Y SU APLICACIÓN EN POBLACIÓN ANCIANA URBANA MEXICANA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DRA. IRENE ROJAS TAMARIZ

AUTORIZACIÓN

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN HOSPITAL GENERAL DE ZONA/
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 “SAN ANGEL”
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR.

DR. MIGUEL OCTAVIO SILVIA BERMUDEZ
DIRECTOR DEL HGZ/UMF 8 “SAN ANGEL”

DR. ANDRÉS JIMÉNEZ BUSTAMANTE
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DR. EDUARDO MÁRQUEZ CARDOSO
ASESOR ESTADÍSTICO DEL TEMA DE TESIS

DR. ADOLFO FIRPO
COLABORADOR A DISTANCIA.

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE 2006

MALTRATO DEL ANCIANO MEXICANO
TRADUCCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL
“ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT”
Y SU APLICACIÓN EN POBLACIÓN ANCIANA URBANA
MEXICANA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DRA. IRENE ROJAS TAMARIZ

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR.
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.,

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE 2006

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios la oportunidad de conocer a mi querido Abuelo Marlin Leiphart, mi inspiración y motivación para la elaboración y desarrollo de este tema.

A mi Amado Gustavo Ignacio Armenta, mi compañía, mi colaborador, mi asistente técnico, en este largo y emocionante trayecto.

A mis Papas, a mi Abuelita, por su amor, sus oraciones diarias y toda su paciencia.

Al Doctor Adolfo Firpo, por su apoyo incondicional a distancia.

Al Dr. Andrés Jiménez Bustamante, por que creyó en el proyecto desde el primer día.

A mi asesor estadístico y metodológico, Dr. Eduardo Márquez Cardoso, por su gran dedicación y su Paciencia. Y mi admiración a un Talentoso Médico Familiar.

Y a todas aquellas personas que de alguna forma han contribuido para llegar a esta meta en mi vida.



A MI QUERIDO MARLIN



TU NIETA AZTECA.

CON ADMIRACIÓN Y RESPETO A LA DOCTORA TERRY FULMER.



PROFESSOR OF NURSING CO-DIRECTOR,
HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING
DIVISION OF NURSING, SCHOOL OF EDUCATION,
NEW YORK UNIVERSITY DIRECTOR,
THE CONSORTIUM OF NEW YORK GERIATRIC EDUCATION CENTERS

Terry Fulmer, PhD, RN, FAAN, The Erlene Perkins McGriff Professor and Head, is the Co-Director for The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing, and Director of the Consortium of New York Geriatric Education Centers. She is also the Principal Investigator for the Geriatric Interdisciplinary Team Training Project (GITT), which is funded by the The John A. Hartford Foundation, Inc. She received her bachelor's degree from Skidmore College, her master's and doctoral degrees from Boston College and her Geriatric Nurse Practitioner Post-Master's Certificate from NYU. Dr. Fulmer's program of research focuses on acute care of the elderly and specifically, elder abuse and neglect. Her research work on "Dyadic Vulnerability/Risk Profiling for Elder Neglect" is funded from the National Institute on Aging in partnership with the National Institute of Nursing Research. Her publications include over 125 articles, 50 chapters and 16 books.

12 de octubre del 2006.

CÓMITE LOCAL DE INVESTIGACION NÚMERO 2605
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 8

Honorables miembros del Comité:

Reciban todos Ustedes mi cordial saludo. Esta carta autoriza a la Dra. Irene Rojas-Tamariz a traducir y contextualizar el "Elder Assessment Instrument" para su trabajo de investigación sobre el posible maltrato de personas de edad avanzada en la población Mexicana.

El "Elder Assessment Instrument" es comúnmente conocido por sus siglas en Inglés EAI y desarrollado en el 1984 como un instrumento de evaluación de personas de edad avanzada en salas de urgencias con hallazgos sugestivos de maltrato. Desde entonces el EAI ha demostrado ser un instrumento de investigación útil y ha evolucionado gradualmente adaptándose a diferentes tipos de trabajos de investigación sobre el tema general del maltrato de envejecientes.

Esta carta también autoriza al Dr. Adolfo Firpo, M.D. a mediar mi colaboración con la Dra. Rojas-Tamariz y apoyar su trabajo de investigación sobre este importante tema. El Dr. Firpo ha colaborado conmigo en la primera traducción del EAI al Español para investigar el trato negligente de personas mayores de extracción Latinoamericana/Hispana en Nueva York y Florida y trabajó extensamente en el desarrollo e implementación de un currículo para médicos, enfermeras y otros profesionales de las ciencias de la salud para la utilización efectiva del EAI en diversos ambientes clínicos y en la comunidad.

Sirva la presente para establecer los siguientes términos:

1ro – Se autoriza la traducción y contextualización de EAI para aplicarlo en la investigación y avalúo de nivel de riesgo de abuso o posible trato negligente en la población Mexicana seleccionada por la Dra. Rojas-Tamariz para efectuar su trabajo de tesis.

2do – Se espera que este trabajo permitirá evaluar la aplicación del EAI para investigar casos de maltrato de personas de edad avanzada en forma culturalmente sensitiva y apropiada al medio socio-cultural de la población Mexicana.

Con mis mejores deseos de éxito queda de Ustedes muy respetuosamente,

Terry Fulmer, PhD, RN, FAAN

The Erline Perkins McGriff Professor &
Dean, College of Nursing
New York University
246 Greene Street, 8th Floor
New York, NY 10003-6677
212-998-5303 PHONE
212-995-3143 FAX

12 October 2006

Special Local Research Committee Number 2605
General Hospital, Family Medicine Zone/Unit 8

Honorable Committee Members:

Greetings to all! This letter authorizes Dra. Irene Rojas-Tamariz to translate and contextualize the "Elder Assessment Instrument" for her research on the possible mistreatment of persons of advanced age in the Mexican population.

The "Elder Assessment Instrument" is well known in English as the EAI and was developed in 1984 as a tool for the evaluation of elderly persons presenting at emergency departments with findings suggestive of abuse or neglect. Since then the EAI has been proven as a useful clinical research tool and has gradually evolved and adapted to different research approaches on elder mistreatment.

This letter also authorizes Dr. Adolfo Firpo, M.D. to serve as liaison of my collaboration with Dra. Rojas-Tamariz and to support her research on this important topic. Dr. Firpo has been my collaborator in the first Spanish translation of the EAI to explore neglect among Spanish speaking elders from Latin America/Hispanic backgrounds here in New York City and in Florida. He also worked extensively in the development and implementation of a training curriculum for physicians, nurses and other health professionals in the effective use and application of the EAI in diverse clinical and community settings.

The following terms are established by this letter:

1st – The Spanish translation and contextualization of the EAI is authorized for its application to research and risk assessment of possible abuse and neglect in the Mexican population sample chosen by Dra. Rojas-Tamariz for her thesis work.

2nd – It is expected that Dra. Rojas-Tamariz's research will provide data to evaluate the level of success in the application of the EAI to assess cases of suspected mistreatment of elder persons in a culturally sensitive and appropriate manner responsive to the socio-cultural dimensions of a Mexican population residing in Mexico.

With my best wishes for your success and my respect and appreciation for your support,

Terry Fulmer, PhD, RN, FAAN
The Erline Perkins McGriff Professor &
Dean, College of Nursing
New York University
246 Greene Street, 8th Floor
New York, NY 10003-6677
212-998-5303 PHONE
212-995-3143 FAX

INDICE

PORTADA	
AGRADECIMIENTOS	
DEDICATORIAS	
ÍNDICE.....	1
RESUMEN.....	3
SUMMARY.....	4
TÍTULO DEL PROYECTO.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS O MARCO TEÓRICO	
MALTRATO DEL ANCIANO	
- DEFINICIÓN.....	6
- ANTECEDENTES HISTORICOS.....	6
- EPIDEMIOLOGÍA.....	7
- TEORÍAS DE MALTRATO.....	8
- CLASIFICACIÓN.....	9
- FACTORES DE RIESGO.....	12
- DETECCIÓN DE MALTRATO DEL ANCIANO.....	13
- LA ENTREVISTA.....	15
- EVOLUCIÓN DEL E.A.I.....	15
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	18
- CUESTIÓN LEGAL.....	19
- PREVENCIÓN DE EM.....	19
- EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA.....	20
- MANEJO.....	22
- DERECHOS DE LOS ANCIANOS.....	22
OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	25
HIPÓTESIS.....	26
JUSTIFICACIÓN.....	28
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	
“ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT”.....	29
ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	30
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	31
ESCALAS DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES.....	41
TIPO DE ESTUDIO.....	41
UNIVERSO DE TRABAJO.....	41
TÉCNICAS PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS ENTRE SUJETOS DE ESTUDIO.....	41
TÉCNICAS PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS SITUACIONALES... DE ESTUDIO.....	41
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, NO INCLUSIÓN, Y EXCLUSIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.....	42
CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL.....	43
CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO CONTROL.....	43
PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA.....	43
DETERMINACIÓN ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	43
SISTEMA DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	44
ANÁLISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACIÓN.....	44
ÁMBITO GEOGRÁFICO EN QUE SE DESARROLLARA LA INVESTIGACIÓN.....	44
RECURSOS HUMANOS.....	45
RECURSOS MATERIALES.....	45
FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO.....	45
LIMITE DE TIEMPO DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
CRONOGRAMA DEL PROYECTO.....	46
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO.....	47
RESULTADOS.....	48

DISCUSIÓN.....	53
CONCLUSIONES.....	57
DIFUSIÓN QUE SE DARÁN A LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO.....	58
CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO.....	59
CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	61
TABLA Y GRÁFICAS.....	64
ANEXO 1. EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO MENTAL.....	94
ANEXO 2. DEMOGRAFÍA DEL ANCIANO Y DEL CUIDADOR.....	95
ANEXO 3. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE MALTRATO DEL ANCIANO.....	96
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	98

RESUMEN

Rojas-Tamariz, I.* “Maltrato del Anciano Mexicano” Traducción Contextualización del “Elder Assessment Instrument” Y su aplicación en Población anciana Urbana Mexicana en un servicio de urgencias. 2006.

* Residente de Tercer Año Especialidad Medicina Familiar.

El Consejo Nacional (The National Research Council) (2003) define el Maltrato del Anciano como: (a) acciones intencionales para causar o crear serio riesgo de daño (sea este intencional o no) a un anciano vulnerable por un cuidador o otra persona de confianza que este en relación con el anciano. (b) fallas del cuidador para satisfacer las necesidades básicas o de proteger al anciano del daño. ⁽¹⁾

El “Elder Assessment Instrument” es comúnmente conocido por sus siglas en Inglés EAI y desarrollado en el 1984 como un instrumento de evaluación de ancianos en los servicios de Urgencias, con hallazgos sugestivos de maltrato. Desde entonces el EAI ha demostrado ser un instrumento de investigación útil y ha evolucionado gradualmente adaptándose a diferentes tipos de trabajos de investigación sobre el tema general del maltrato de ancianos.

Para estudiar el Maltrato del Anciano Mexicano, se ha empleado el EAI, el fue traducido, contextualizado y validado para aplicarlo en la investigación y avalúo de nivel de riesgo de abuso o posible MALTRATO en la población Mexicana seleccionada; Se espera que este trabajo permitirá evaluar la aplicación del EAI para investigar casos de maltrato en Ancianos en forma culturalmente sensitiva y apropiada al medio socio-cultural de la población Mexicana.

Palabras Claves: Maltrato Anciano Mexicano, Contextualización Elder Assessment Instrument.

SUMARY

Rojas-Tamariz, I.* "Maltrato del Anciano Mexicano" Traducción Contextualización del "Elder Assessment Instrument" Y su aplicación en Población anciana Urbana Mexicana en un servicio de urgencias. 2006.

* Residente de Tercer Año. Especialidad Medicina Familiar.

The National Research Council (1) has defined elder mistreatment (EM) as: (a) intentional actions that cause harm or create a serious risk of harm (whether or nor harm is intended) to a vulnerable elder by a caregiver or other person who stands in a trusting relationship to the elder or (b) failure by a caregiver to satisfy the elder's basic needs or to protect the elder from harm. ⁽¹⁾

The "Elder Assessment Instrument" is well known in English as the EAI and was Developed in 1984 as a tool for the evaluation of elderly persons presenting at emergency departments with findings suggestive of abuse or neglect. Since then the EAI has been proven as a useful clinical research tool and has gradually evolved and adapted to different research approaches on elder mistreatment.

To study the Elder Mistreatment in Mexican Population, has been used the EAI, which has been translate from English, contextualized and validate to use it in to research and risk assessment of possible abuse and possible Mistreatment in a Mexican population sample; Is expected that this work will evaluate the application of the EAI to assess cases of suspected mistreatment of elder persons in a culturally sensitive and appropriate socio-cultural dimensions a Mexican population.

Key Words: Mexican Elder Mistreatment. Elder Assessment Instrument Contextualization

**“MALTRATO DEL ANCIANO
MEXICANO”**

**TRADUCCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL
“ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT”
Y SU APLICACIÓN EN POBLACIÓN
ANCIANA URBANA MEXICANA EN UN
SERVICIO DE URGENCIAS**

1. MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN

El Consejo Nacional (The National Research Council) (2003) define el Maltrato del Anciano como: (a) acciones intencionales para causar o crear serio riesgo de daño (sea este intencional o no) a un anciano vulnerable por un cuidador o otra persona de confianza que este en relación con el anciano. (b) fallas del cuidador para satisfacer las necesidades básicas o de proteger al anciano del daño. ⁽¹⁾

En general incluye abuso, negligencia, explotación y abandono de los ancianos por su cuidador y es distinta a la violencia por extraños. Se reconoce que es un problema en el Reino de la Violencia Familiar. ^(1,2)

Es un Síndrome Clínico Multifacético que afecta a miles de ancianos cada año.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Maltrato en los Ancianos ha existido por años, y la conciencia médica sobre el tema ha comenzado apenas en 1970, con el reporte “canon de la abuela”. El primer caso reportado en la literatura esta en BMJ 1975. En 1986 los ancianos americanos se movilizaron y crearon una organización gubernamental con agencias locales y un importante numero de casos de abuso en el anciano fuero reportados, por lo que se establecieron el servicio de protección al anciano (APS) ^(2,4,7,29,32) American Medical Association, 1987, publicó su posición sobre Maltrato del Anciano, “Abuso quiere decir el acto u omisión la cual resulta en daño o amenaza de daño a la salud o bienestar del anciano; Incluye una lesión intencional física o mental; abuso sexual; no proporcionar la comida necesaria, ropa, o cuidados necesarios por parte de un cuidador, custodio, o responsable del anciano. ⁽⁷⁾

EPIDEMIOLOGÍA

El aumento en la esperanza de vida registrado en el mundo, abre el panorama de una expectativa de longevidad y de una calidad de vida. El número de personas vivas suma unos 600 millones de personas (10% de los 6 millones de seres humanos que hay en la Tierra) y se habrá duplicado para el año 2025, llegando a 1,2 mil millones o 14.9% de la población mundial. Para los Adultos mayores latinoamericanos, en el 2025 se estima una población a 97 millones (14.4% de la población total) y para esa fecha, más de la cuarta parte de este grupo 25 millones tendrá mas de 75 años. ⁽¹¹⁾ México ocupa el séptimo lugar mundial de envejecimiento acelerado, 6.9 millones de mexicanos (7.24%) son mayores de 60 años. Por lo que se deben enfrentar las consecuencias de una población que envejece a un ritmo preocupante. ⁽¹⁹⁾

Desde 1970 se ha propuesto que 5.4 % de la población anciana sufre de EM ⁽²⁾ Para 1981, el U.S. House of Representatives Select Committee on Aging, reportaban prevalencia del 4%, (1 de cada 25 ancianos) sufrían maltrato ⁽²³⁾ En 1992, se realizó una estimación de EM. Cuya tasa anual era de 32 por 1000, la cual se traduce en 700,000 – 1.1 millones de casos de EM anuales. ⁽¹⁰⁾ (Swagerty, 1999) prevalecía de Maltrato del Anciano se estimo que 2 millones de anciano ósea de 1 a 5% son maltratados cada año en los Estados Unidos ⁽⁷⁾ (Jogerst et, al, 2003) Se reportaron 190,005 casos de abuso domestico en el anciano en 17 Estados. Un rango de 8.6 por cada 1000 ancianos. ⁽²⁴⁾ Para 2004, la prevalecía de EM se ha determinado que afecta el 2.3 a 5.4 % de la población anciana. ⁽²⁾

Estadísticas en España, los expertos señalan que entre 1995 y 2001, los casos de maltrato se han duplicado, donde 5 de cada 100 ancianos españoles mayores de 65 años sufren algún tipo de maltrato. Donde el 72% de las víctimas conviven con el agresor, que en tres (30%) de cada diez casos es el cónyuge. Y el 70% suele ser otro familiar, mayoritariamente el Hijo. En España, el 80% de los ancianos viven con su familia. Un 20% viven solos y cerca del 3% viven en centros geriátricos. ⁽¹⁵⁾

En México; López Montes de Oca, coordinadora de Programas en la División de Salud de la Mujer, del Hombre y del Adulto Mayor, de la Coordinación de

PREVENIMSS, quien destacó que en México una de cada tres mujeres de 50 años o más sufre alguna clase de maltrato. ⁽³⁶⁾

TEORÍAS DE MALTRATO

Han sido debatidas desde hace más de 25 años, con un progreso mínimo donde se ha dado soporte a algunas, y se ha propuesto un Modelo de Concurrencia. (NCR) ⁽²⁾

Teoría situacional. La cual expone que el cuidador no puede satisfacer las necesidades del adulto vulnerable creando un ambiente de maltrato.

Teoría de Intercambio: la cual dice que la dependencia entre el adulto mayor y el abusador están relacionadas con patrones establecidos en la familia por largos periodos de tiempo. Donde el Maltrato del Anciano juega el papel clave en el ciclo familiar de la Violencia; los adultos que en la infancia sufrieron abuso, se convierten en los perpetradores del mismo. ^(2, 23,25,)

Teoría del aprendizaje social que propone al maltrato como conducta aprendida de cada persona.

Teoría económico-política: la cual se enfoca en la pérdida del rol económico en los ancianos, quienes quedan dependientes de otros para su bienestar, y donde el cuidador, tiene la percepción de que el cuidado del anciano está acabando con todos sus recursos ^(2,23)

Teoría de la psicopatología del cuidador: la cual examina el rol del cuidador, con un problema mental, el cual pone en riesgo al anciano.

La NRC ha propuesto un Modelo Teórico para examinar el EM.

CLASIFICACIÓN

Al igual que ocurre en la Violencia generada en otros grupos sociales vulnerables, el maltrato a las personas mayores puede darse de dos formas: activas y pasivas. Las que se refieren al maltrato físico, emocional, y al abuso económico y dentro de la pasiva citamos: el abandono físico y emocional y la marginación ⁽²⁰⁾

SUBCATEGORÍAS DE EM

La APS ⁽²⁴⁾ (Servicios de protección al Anciano) ha definido ocho tipos de abuso y los a codificado en sus estatutos:

- 1) Abandono
- 2) Abuso emocional
- 3) Explotación
- 4) Negligencia
- 5) Abuso físico
- 6) Abuso sexual

Auto-negligencia

Abuso por otros

ABANDONO FÍSICO

La dependencia a familiares, acentuada por los estados precarios de salud, hacen que deban depender de terceros, quienes por falta de tiempo o desinterés provocan descuidos y desatenciones en la alimentación, asistencia médica y hábitos higiénicos, situación que se ve agravada cuando, por la total dependencia del anciano, ocasiona un detrimento general en el estado físico y emocional ⁽²⁰⁾

Abandono Pasivo: Se da por la inexperiencia o por alteraciones del cuidador, no se satisfacen las necesidades básicas del anciano, quedando solo y olvidado.

Abandono Activo: Le son negadas activamente las necesidades de básicas de la vida diaria, o no se proporciona la protección adecuada contra las necesidades a las que son propensas.

ABANDONO EMOCIONAL

En ocasiones se cumplen las satisfacciones básicas en cuanto a vestido, alimentación, e higiene “buenos hijos”, y se olvida de prestar atención psicoafectiva, e interesarse por sus problemas de pensamientos y sentimientos, y esta actitud de rechazo e indiferencia se conceptualiza como otra forma de maltrato ⁽²⁰⁾

ABUSO PSICO-EMOCIONAL

Es descrita como una acción física o verbal con la intención deliberada de causar dolor o estrés emocional, psicológico y mental. ^(7, 20, 23, 27,34) Es uno de los más desapercibidos y se marca en la mente y el corazón del anciano.

EXPLOTACIÓN FINANCIERA - ABUSO ECONÓMICO

Malversación de las posesiones o bienes del anciano cuya solvencia económica es elevada para beneficiar a otras personas, cometiendo falsificación de documentos, adjudicaciones indebidas de dinero; todo ello en contra de la voluntad o sin el consentimiento del anciano, ya que los familiares “presuponen” que dada una incapacidad del anciano, no podrá disponer de ingresos y de su patrimonio y “se consideran los correctos Administradores”. Además socialmente aceptado. ^(20,23,28)

NEGLIGENCIA

Negligencia Física: Falta del cuidador para proveer los servicios que son necesarios para la optima función del anciano ⁽⁷⁾

Negligencia Activa: Implica la decisión del cuidador de retener lo necesario para el Anciano.

Negligencia Pasiva: Implica que el cuidador, por ignorancia, no proporciona lo necesario para el anciano ⁽³⁰⁾

ABUSO FÍSICO

El acto (Pellizcar, empujar, jalar, pegar, abofetear, callar, morder, rotar el brazo, dar patadas, parar para amenazar, empujar al suelo, ahorcar, golpear, cortar, quemar, usar sujeciones físicas) que puede resultar en dolor, lesión, deterioro o enfermedad. ⁽⁷⁾ que traducen el Control y el Poder en los Binomios con Violencia; Presentándose un progreso en el deterioro de salud, una merma de sus facultades físicas y volitivas, y dado el aumento de las discapacidades, les impide defenderse de los actos violentos ^(20,23,28)

ABUSO SEXUAL

Hacer que la persona haga cosas sexuales, que no desee. Tratarlo como un objeto sexual, Lesionar las partes sexuales de su cuerpo. ⁽²⁸⁾

VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS

Privación de los derechos inherente de cada individuo: libertad (forzar a un traslado, una residencia, institución sin aviso explicación o participación en la decisión), expresión, reunión, propiedad, privacidad, voto. ^(7,23)

AUTO-NEGLIGENCIA

Este concepto no esta incluido en el concepto de Maltrato del Anciano ^(1,23)

ABUSO POR OTROS

El término de Maltrato no incluye a los ancianos victimas de delitos sociales. ^(1,23)

FACTORES DE RIESGO

Los ancianos no son inmunes al maltrato, pero su riesgo ^(7,23,25,27,28,31) se ve incrementado por:

ANCIANO	CUIDADOR
<p>Ser Mujer. Edad avanzada (>75 años) Dependencia física para las actividades de la vida Diaria. Demencia. Ancianos que viven solos. Bajos ingresos económicos Relaciones sociales escasas Disfunción social. Bajo nivel de educación Abuso de sustancias. Enfermedades Psiquiátricas Trastornos de la Personalidad Historia previa de violencia intrafamiliar Falta de apoyo Familiar Aversión al cuidador El hacinamiento El aislamiento Los problemas matrimoniales Los problemas económicos</p>	<p>Antecedentes de malos tratos hacia otros familiares o un cónyuge Alcoholismo o drogadicción. Trabajo como cuidador particularmente prolongado o pesado. Stress del Cuidador Personas con expectativas poco realistas Estrés intergeneracional. Expiración de sentimientos de culpa o para tratar de solucionar una relación con el anciano que nunca fue estable. El deseo de Institucionalización Falta de armonía en las responsabilidades compartidas. Pobreza, desempleo e inestabilidad social El stress del cuidador.</p>

DETECCIÓN DE MALTRATO DEL ANCIANO

Es un complejo proceso de detección, no bien definido en la literatura, ya que no hay escalas, instrumentos, o inventarios, que definan de una forma directa o cuantitativamente el EM. El Médico Familiar se encuentra en una posición para ayudar en la detección de Maltrato, la efectividad de reportar e investigar depende de habilidad cuidadosa de reconocerlo, ya que la práctica diaria lo demanda y responsabiliza al Clínico de la identificación de EM. Para ello se han creado un número de instrumentos o protocolos detallados y guías han sido diseñadas para ayudar a los profesionales médicos, en la búsqueda y

detección de las víctimas o sospechosos de EM, y dada su complejidad, que incluso los mejores instrumentos son muy complicados.^(2,23,25) Nuestras detecciones se pueden ver limitadas por el miedo del perpetrador y de la víctima, el primero por los términos legales, y el segundo por los sentimientos de culpa y de vergüenza. Y consecuentemente la necesidad de proteger a sus hijos.

La victimización es de “naturaleza humana”,⁽²⁸⁾ culturalmente era aceptado que el Hombre tiene el poder, y la mujer virtualmente no existe, llegando tal concepción al final de la vida de las parejas (violencia) perpetuando a la mujer maltratada.

En 1989, Hamilton, elaboró un modelo para valorar el “riesgo de abuso del anciano en el Hogar” combina una Escala de Valoración de la Vulnerabilidad del Anciano VASAP y una valoración de Estrés del cuidador SACS.⁽²⁵⁾

En 2004, El NRC hizo una revisión detallada de los instrumentos para detección de EM, la cantidad y variedad de atributos de los instrumentos contribuyen a la dificultad de lograr cualquier comparación cuantitativa y cualitativa en la variación del fenómeno. ⁽²⁾ Se reunieron expertos en el Tema, y exploraron las dificultades para concretizar el Modelo de EM; exploraron las teorías de Maltrato, y desarrollaron la búsqueda de instrumentos y evaluación de maltrato; establecieron los criterios de evaluación de EM: 1) Responsabilidad para identificar el maltrato por parte de los profesionales de la salud. 2) La falta de preparación de los profesionales para cubrir este rol. 3) Y la necesidad de mayor investigación acerca del tema.

Algunos adultos mayores serán capaces de auto identificarse como abusados, sin embargo no todos serán capaces de reconocerlo. Los adultos identificados por el observador quedan bajo la posibilidad de una visión distorsionada. Por lo mismo la necesidad de las guías para identificación de EM es primordial.⁽²⁾

Los instrumentos de búsqueda han cambiado acorde a los tiempos y a las necesidades en 1986 se utilizó uno solo como medio de comunicación acerca del tema aunque desde entonces ha habido progreso poco significativo existen instrumentos que colectan datos de una forma versátil y útil. La falta de

organización entre las instituciones ha tenido como consecuencia poco avance en el tema. Se analizaron 13 Guías o Listas de Chequeo, elaboradas por los expertos, dentro de las cuales se examinó EAI. El cual fue diseñado de acuerdo a las categorías de EM. Requiere entrenamiento, es de fácil administración, aplicable en casa de cuidado, clínicas, hospitales, servicios de urgencias. Cuenta con una versión, y se aplica solamente a la Víctima. Entre otras, que tienen una serie de limitaciones; requieren a la Víctima y al Cuidador (Johnson D, Ferguson, Mc-Cuan), y en algunos de estos la aplicación del instrumento toma más de una hora. Seis de los instrumentos descritos, evalúan directamente al cuidador.

De forma inicial tenemos los indicadores de EM: abrasiones, pérdida de la continuidad de la piel, contusiones, quemaduras, depresión, luxaciones, úlceras por decúbito, deshidratación, desnutrición, ropa inapropiada, pobre higiene, sobre sedación, problemas médicos no atendidos ⁽¹⁰⁾

LA ENTREVISTA

El anciano debe ser separado y entrevistado sin que el familiar este presente, es importante hacer las preguntas de manera directa y con lenguaje simple y directo. Ese el motivo por el que de forma inicial practicamos una evaluación mental; para valorar de forma objetiva si hay deterioro cognitivo y es importante conceder crédito a las palabras del adulto mayor. ^(20,23,31)

Debemos realizar una exploración física completa, por su puesto buscar signos de mala higiene, contusiones en las superficies flexoras, o que están en diferentes estadios evolutivos, quemaduras o fracturas ocultas. Definitivamente las pruebas de laboratorio pueden proporcionar también datos objetivos ante la sospecha clínica de deshidratación o desnutrición. ⁽²³⁾

La mayoría del Maltrato que se detecta no constituye una amenaza para la vida del paciente, pero, representan riesgos indudables de morbilidad y mortalidad ⁽²³⁾

Ante la sospecha de Maltrato, el Médico, puede llamar a los Servicios de Protección al Adulto, o podría voluntariamente hacer un reporte. ⁽³¹⁾

EVOLUCIÓN DEL INSTRUMENTO

El Elder Assessment Instrument (EAI) fue diseñado de acuerdo a las teorías de EM, incluye una Evaluación General del Anciano (4) , Negligencia (9), Estilo de vida usual (7), Evaluación Social (9), Evaluación Médica (6), Negligencia Psico-Emocional (5), y una Sección sumatoria (4). Emplea una escala tipo Likert y un área para agregar comentarios a cada sección. La sección sumatoria directa se uso para indicar la PROBABILIDAD DE LA PRESENCIA DE CADA TIPO DE MALTRATO y proviene de la interpretación de los hallazgos clínicos en las secciones previas.

Evaluación general: estado de la ropa, higiene, nutrición e integridad de la piel.

Negligencia: evidencia de contusiones-golpes, úlcera por presión, datos de deshidratación, diarrea, constipación-estreñimiento, heridas-cortadas, desnutrición e irritación por orina.

Estilo de Vida Usual: nivel de independencia para la administración de medicamentos, de ambulación, continencia urinaria, comer solo, mantener su higiene, manejo de finanzas y mantener a su familia.

Evaluación social: situación económica, relación con su familia, relación con los amigos, interacción con las personas de la casa de cuidado, vivienda, relación con el cuidador, participación en actividades sociales, soporte familiar y la capacidad para expresar sus necesidades.

Evaluación médica: duplicación de medicamentos, falta de medicamentos por incumplimiento u olvido , abuso de sustancias, signos de deshidratación, evidencia de daño por supuesto trauma, falta de respuesta al advertir enfermedad obvia y repetidas admisiones a los servicios médicos.

Negligencia psico/Emocional: donde el anciano declara estar solo, ser ignorado, ser impedido y queja subjetiva de descuido.

Evolución sumatoria: Evidencia de negligencia, abuso físico, psicológico, financiero.

Es un Instrumento de Evaluación, Valoración, Búsqueda, Acercamiento para detectar que Anciano tiene Maltrato. Publicado en 1984, en base a un protocolo, el cual fue organizado en forma narrativa, difícil de aplicar en los

Servicios de Urgencias. En 1981, se desarrollo el proyecto que consideraba la sospecha de casos de abuso en el anciano. El Protocolo de Búsqueda de Jhonson, fue modificado y ordenado en forma de lista con Factores Objetivos y Subjetivos, que integraron los síntomas de abuso físico, psicológico y material. Inicialmente realizaron un entrenamiento del personal de Enfermería, y realizan un prueba piloto 1981, para examinar los defectos, probar el instrumento, y detectar posibles casos de Abuso del Anciano. Sugiriendo en esta etapa que el instrumento debería ser un formato con menos narrativa. Cada Anciano en el que se sospechaba maltrato, era referido a un Equipo Multidisciplinario "Elder Abuse Team".

En 1983 un segundo piloto lleva a la revisión del Instrumento, y por un periodo de 5 meses. De 484 ancianos, 7% fueron evaluados como victimas de posible abuso, negligencia o maltrato. 6% Calificados con alta sospecha y factores de riesgo. De igual forma los casos sospechosos se refirieron al Equipo Multidisciplinario para continuar la Investigación.

Algunos adultos mayores serán capaces de auto identificarse como abusados, sin embargo no todos serán capaces de reconocerlo. Los adultos identificados por el observador quedaban bajo la posibilidad de una visión distorsionada. De ahí que la necesidad de las guías para identificación de maltrato es primordial. Los instrumentos de búsqueda han cambiado acorde a los tiempos y a las necesidades.

El uso de este Instrumento de Evaluación, demostró una validez de contenido de 0.83. Un tercer piloto, basado en la revisión de la Escala Likert, y un análisis sistematizado del puntaje para Abuso del Anciano ⁽¹³⁾

En una publicación de la Sociedad Americana de Geriátría, se evaluaron 11 instrumentos para la Búsqueda y Detección de Abuso del Anciano. La necesidad de su formación depende de 3 factores: la responsabilidad de identificación del daño por parte de los profesionales de la salud; la falta de preparación de los cuidadores de adulto mayores. Y la necesidad de mayor investigación acerca del tema.

En la Evaluación de los 11. "Elder Assessment Instrument" EAI. Se encuentra que el instrumento fue diseñado para clasificar EM. Incluye: Evaluación general del Anciano, Evaluación Física, Nivel de Independencia es su Estilo de Vida, Evaluación Social, Evaluación Medica, y una sección de Evaluación Sumatoria. Calificada sobre una escala tipo Likert, y una sección de comentarios, instrumento que recolecta los datos en forma cuantitativa, con una validez de contenido de 0.83, una sensibilidad de 71% y una especificidad del 93%. Esta dada por los equipos Multidisciplinarios en los Servicios de Urgencias. Además es el único instrumento que puede ser aplicado en los Servicios más demandados. (Admisión Continua) ⁽²⁾

En un proyecto En Florida en 2000-2001 demostró la viabilidad para una búsqueda y una rápida referencia de los casos de Negligencia en los Servicios de Urgencias. Se conformo un Equipo NAT (Neglect Assessment Team) Equipo de Detección de Negligencia: Geriatra, Trabajadora Social, Enfermera Geriátrica, Pasante de Enfermería. Equipo que revisaba y confirmaba o no los casos de sospecha de Negligencia. Otorgando una confiabilidad á 0.88. El NAT, identifico dos casos negativos que calificaron como positivos con el EAI, y diagnosticaron dos positivos de los negativos. Donde la Sensibilidad del EAI 71% y una especificidad del 93%. ⁽³⁾

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El Maltrato del anciano, deberá añadirse, en todos aquellos casos en que exista pérdida significativa de peso, desnutrición, deshidratación, traumas que no corresponden al mecanismo de lesión.

Situaciones en las que ha existido retraso en la demanda de atención médica o abandono en el tratamiento de problemas médicos, y a la inversa cuando se acude muchas veces a los servicios de Urgencias, con signos de mala higiene, o si durante el interrogatorio hay mal uso de la medicamento (por sobredosis o por falta de cumplimiento) ⁽²³⁾

CUESTIÓN LEGAL

El Abuso del Anciano no es solo un diagnóstico, es un delito. En los 50 estados de los Estados Unidos de Norteamérica, se han promulgado leyes que protegen al anciano del abuso doméstico; y es obligación denunciar la sospecha de Maltrato del Anciano. ⁽²⁵⁾ Las variantes en el perpetrador, 1) conducta criminal, agresión, robos. 2) hijos cariñosos ocupados para atender a sus padres ancianos. 3) violencia intergeneracional, donde los perpetradores fueron víctimas, y el sistema legal no acudió en su ayuda en las épocas anteriores. ^(24, 25)

La asociación médica americana (AMA) recomienda la investigación de EM en todos los pacientes geriátricos y legalmente se requiere en 44 estados de USA que los casos encontrados se reporten. Y las penas por no hacerlo van desde multas, hasta la pérdida del título profesional. Es generalmente aceptado que las formas de investigación breves son apropiadas a las situaciones de urgencia. ⁽²⁾

El Contacto con los Servicios de Protección al Adulto o las agencias locales, se deberá realizar ante la sospecha, para confirmar casos de abuso o negligencia. ⁽³¹⁾

PREVENCIÓN DE E. M.

Nuestra sociedad, industrializada y moderna supone la prolongación de la vida y la jubilación en una edad en la que se disfruta de plenas facultades, pero, en nuestra cultura no se tiene la suficiente preparación cultural para asumir la nueva etapa. ⁽²⁰⁾

En la prevención de EM, el Médico Familiar puede desempeñar un importante papel, Educando a la población, acerca de un envejecimiento normal; segundo requiere de una estrategia efectiva: inicialmente identificando el Maltrato o los factores de riesgo del anciano, segundo identificando e interviniendo en los factores predisponentes, ósea que satisfagan las necesidades que puedan proveer el bienestar y seguridad a los Ancianos. ^(2,10,23,30) En las valoraciones programadas, deberá vigilar los factores de riesgo y síntomas y signos de Maltrato al Anciano; Ham, comenta que por supuesto lo que haría el médico Familiar es reducir la carga de los cuidadores, identificar el stress del cuidador, y cuando la carga de cuidado al anciano demasiado para la familia, el medico

no debe dudar proponer los cuidados de enfermería en casa, o fuera de ella, no anteponiendo nuestros propios valores a los pacientes y familias. ⁽²⁵⁾
Sabemos que es difícil y depende mucho de las Redes Sociales ^(7,18)

Ante la sospecha, o la confirmación los casos deben ser reportados a los departamentos de Protección del Anciano, Trabajo Social ⁽¹⁰⁾

“Romper el círculo vicioso de la violencia intergeneracional”

“Interrumpir o eliminar las causas de una situación”

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

El Maltrato sobre los ancianos ha existido por años, y la conciencia médica sobre el tema ha comenzado apenas en 1970; En 1986 los ancianos americanos se movilizaron y crearon una organización gubernamental con agencias localizadas por áreas; un importante número de casos de abuso en el anciano fueron reportados, por lo que se establecieron el servicio de protección al anciano (APS). Por consecuencia surge dentro de la educación médica, la necesidad de conocer las experiencias ambulatorias enfocadas en el maltrato al anciano los objetivos educacionales de dichas interacciones se enfocan en incrementar la conciencia médica acerca del maltrato al anciano y mayor oportunidad de colaborar un rol en ello. ⁽²⁹⁾

1) Universidad de California, Irving. unidad médica multidisciplinaria, inter_departamental; Implementa la formación geriátrica en sus médicos residentes de Medicina Familiar, promueve el amplio contacto con APS durante un mes, colaboran para investigar posible Maltrato al anciano. Lo involucra con organizaciones planeadas por el condado como: El equipo multidisciplinario de juntas (MDT) en donde colaboran: representantes de APS, procuradores, geriatras y psicólogos, que juntos revisan casos de abuso o negligencia. Durante este mes se espera que el residente maneje los conceptos geriátricos respectivos y los aplique en su consulta diaria, así como: conocer sus obligaciones legales, reconocer posibles casos de abuso, como llenar un repote y que esperar de APS.

2) Centro Médico del Condado Hennepin (Minneapolis, Minnesota) Se solicita un mes de rotación por los servicios de geriatría para los residentes de Medicina Interna, residentes de 2o año de Ginecología y Obstetricia. Son colaboradores de APS. Los tópicos se orientan a la epidemiología, definiciones del abuso al anciano, alcances y limitaciones del APS, revisión de ética biomédica con énfasis en la auto-negligencia de los médicos sobre el maltrato a los adultos mayores. Los residentes funcionan como supervisores para el condado sobre los servidores sociales que visitan a los domicilios donde habitan adultos mayores posibles víctimas de maltrato. También pueden apoyar al APS en acciones legales como oidores pasivos o requeridos por la corte como testigos acerca de algún caso. Finalmente los residentes se presentan semanalmente en una conferencia de ética biomédica donde presentan los casos en los que han estado envueltos; participado en la elaboración de nuevos sistemas de protección al adulto mayor.

3) Colegio de Medicina Baylor. Texas. Los residentes de Medicina Familiar, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia participan con el equipo de trabajo: médicos geriatras, practicantes de enfermería, trabajadores sociales y especialistas del APS. Las investigaciones experimentales realizadas por miembros del APS son enviadas al programa geriátrico para una mayor evaluación geriátrica. Por último todos los miembros del equipo, desarrollan un plan conjunto. Todos los integrantes rotan por el servicio durante un mes. Los participantes aprenden a realizar una evaluación geriátrica al conversar con los complejos grupos étnicos dentro de un equipo interdisciplinario de trabajo.

4) UMNDJ. Escuela de Medicina Robert Wood Jonson. New Jersey. El departamento de Medicina Familiar y los Dentistas, elaboraron una evaluación geriátrica intra-domiciliaria para su aplicación en algunos condados establecidos en Nueva Jersey. Los trabajadores de APS evalúan y envían a todos aquellos pacientes que se sospechan adultos vulnerables con carencias sanitarias. Las intervenciones sobre el paciente incluyen ambos aspectos cuidados de la salud y de trabajo social, así como aspectos legales. Estas evaluaciones intra-domiciliarias son tienen valor curricular para los residentes de Medicina Familiar y colaboradores como las practicantes de enfermería.

MANEJO

El manejo de EM constituye un verdadero reto; la intervención aguda, es la hospitalización del Anciano para su protección.

Primero involucra discutir la situación con el paciente, cuando esto es posible. Se le debe permitir tomar decisiones en la resolución. Los servicios Locales y Estatales difieren en sus métodos de manejo. Trabajo social, recurso valioso que debería involucrarse en la resolución.

Equipos multidisciplinarios, incluyen: Geriatras, trabajadores sociales, enfermeras, representantes legales, representantes financieros. El trabajo conjunto de este equipo resuelve problemas y además provee un foro de discusión con los participantes relacionados con el cuidado del adulto mayor.⁽⁷⁾

Grupos voluntarios, se avocan a proveer información a la víctima y dar acceso a los recursos como programas y servicios sociales de la comunidad.⁽⁷⁾

Objetivo: conseguir que el Anciano presente la mayor funcionalidad y que se reduzca su dependencia con el cuidador. Se deben de considerar: terapia de rehabilitación, ocupacional, integración a las actividades de la vida diaria.⁽²⁵⁾

DERECHOS DE LOS ANCIANOS

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU señala los artículos relacionados con las personas de la tercera edad que, en la medida de lo posible, los ancianos tienen derecho a disfrutar en el seno de la familia y la comunidad de una vida plena, saludable, segura y satisfactoria, así como ser estimados como parte integrante de la sociedad, en la cual los viejos pueden, si así lo desean tener una participación social.⁽¹⁶⁾

1.- El anciano es un ser humano provisto como cualquier otro de una dignidad que debe reconocérsele, porque es un tenedor de un valor intrínseco apoyado en la consideración objetiva de que la vejez no solamente es acumulación de años, sino también de experiencias.

2.- El anciano física y mentalmente sano es una fuerza productiva experimentada, que debe ser aprovechada en actividades adecuadas a su condición.

3.- Es en el seno de la familia, consciente y responsable, donde debe vivir el anciano, al lado de sus seres queridos y bienes más preciados. De ningún modo y por ninguna circunstancia debe ser arrojado fuera de ese ámbito.

4.- Como resultante del más elemental principio de justicia social, es deber de la familia y la sociedad proporcionar el mayor bienestar al anciano.

5.- El Estado debe procurar otorgar asistencia al anciano mediante una forma legal que le dé bases incommovibles, invariables e inmutables del hombre, correlativo de un deber del Estado y la Sociedad: atender a las limitaciones del necesitado, cuando se vive dentro de un régimen revolucionario y constitucionalista como el nuestro ⁽¹⁶⁾

Principios de la Organización de las Naciones Unidas:

Principio de Independencia; Se refiere al acceso que deben tener las personas adultas mayores a los derechos económicos, sociales y culturales; exhorta a los Estados a trabajar para que los Adultos mayores tengan lo siguiente: Acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuado, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia. Posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio y residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Principio de Participación: se refiere a la adopción de decisiones, la difusión de conocimientos, servicios a la comunidad y la formación de movimientos. Permanecer integradas a la sociedad.

Principio sobre los cuidados: Se relaciona con cuestión de protección de la familia y la comunidad, acceso a los servicios de protección de la salud, servicios sociales y jurídicos.

Principio de Autorrealización; hace mención a que las personas adultas mayores puedan aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencia y tener accesos a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad

Principios de la dignidad: señala el derecho que tienen las personas adultas mayores de estar libres de explotaciones y de maltrato físico o mental, de recibir un trato digno y de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia del Maltrato del Anciano en un Servicio de Urgencias de un segundo nivel de atención del IMSS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Contextualizar, validar, aplicar y confiabilizar el Instrumento de Detección de Maltrato del Anciano.

Conocer la relación entre el Maltrato y Edad

Conocer la relación entre el Maltrato y el Género

Conocer la relación entre el Maltrato y la Escolaridad

Conocer la relación entre el Maltrato y el Estado Civil

Conocer la relación entre el Maltrato y la Actividad Laboral

Conocer la relación entre el Maltrato y Dependencia Económica

Conocer la relación entre el Maltrato y el Género del Cuidador

Conocer la relación entre el Maltrato y el Parentesco del Cuidador

HIPOTESIS

La frecuencia del Maltrato del anciano es del 5.3 %

El Instrumento de Evaluación es valido y confiable para nuestra población.

Los ancianos mayores de 70 años de edad sufren más maltrato

Las mujeres ancianas tienen mayor maltrato que los hombres

Los ancianos que dependen económicamente sufren más maltrato, en relación a los que reciben su pensión.

Los ancianos de menor nivel socioeconómico sufren maltrato de tipo Psico-Emocional.

Los ancianos con mayor nivel de escolaridad sufren menos maltrato

Los ancianos viudos sufren mas maltrato en relación a los casados

Los ancianos que son cuidados por hombres tienen más maltrato Psico/Emocional.

Los ancianos que son cuidados por la hija, el hijo, sufren más maltrato que los que son cuidadas por la pareja.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia o abuso hacia el anciano había sido poco considerado, y no es sino hasta 1970, cuando los investigadores ponen en la mira, lo que para la sociedad no es evidente; - los ancianos sufren - Los cambios demográficos de la sociedad, llevan a considerar al envejecimiento como un problema de salud pública.

Día a día se ha visto que a nivel mundial y en México se incrementa el maltrato refiriéndolo como cualquier acto u omisión que producen daño (físicos, psicológico, financiero, social, violación de derechos).

Dado que es un fenómeno poco estudiado, debido inicialmente a su difícil cuantificación; Nos daremos a la tarea de explorar su frecuencia a través de un instrumento contextualizado, validado y confiabilizado; y la relación existente con algunos factores de riesgo.

¿Cuál es la Frecuencia de Maltrato en el Anciano Urbano Mexicano que acude al Servicio de Urgencias en el HGZ/UMF 8 "San Ángel"?

JUSTIFICACIÓN

Durante mi práctica clínica complementaria, en el servicio de Urgencias, observe como los ancianos, ingresaban de forma frecuente, por el mismo motivo de internamiento, o por esa pérdida de salud aparente. La persona encargada del anciano, o el cuidador, muchas veces contaban con los datos mínimos e indispensables de su paciente; el Anciano prefería el servicio de Urgencias a permanecer en su Casa.

Al ingreso, además de la pluri-patología del anciano, este se encontraba en malas condiciones de higiene, nutrición, hidratación. Durante el interrogatorio, con dosis bajas de los medicamentos por falta de administración o por olvido; en algunos casos la duplicación, como el factor común.

El abandono de los ancianos en el servicio de urgencias, llama mi atención en los pases de visita cuando no hay a quien dar el informe médico, y el Anciano, responde, con lágrimas o con justificaciones por su familiar. ¿Qué es lo que pasa? Y cuando tenía la oportunidad de llamar a sus domicilios, el teléfono no corresponde, o en el mejor de los casos la fría respuesta de - no hay quien vaya por El – Al egreso, este mismo paciente, que ya estaba dado de alto, la familia, no aceptaba llevarlos a su domicilio y decidía que su paciente, debía quedarse en el servicio.

Es el Médico Familiar quien se encuentra en una posición privilegiada para detectar de forma oportuna, manejar de forma apropiada este síndrome Clínico Multifacético; desempeña un papel esencial en la prevención, y en la identificación de los Factores de Riesgo. Formulando acciones anticipatorias durante el estudio de las familias, que son quienes perpetúan el Maltrato e incrementan la morbilidad y mortalidad.

Por esa razón es necesario realizar un estudio para identificar la frecuencia con que el anciano sufre maltrato; reconocer los factores de riesgo y sociodemográficos mas frecuentes en este grupo vulnerable.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN “ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT”

Se contextualizó, validó y confiabilizó el instrumento de medición.

Contextualización:

Se realizó la traducción del instrumento de medición del inglés al español y de español al inglés, adaptando las preguntas a nuestro contexto

Validación:

Se realizó una validación de contenido a través del juicio de 8 expertos, cuyas características son médicos de base, adscritos al servicio de urgencias, con ascendencia con el investigador

Se realizó en dos rondas con un acuerdo de 6 de 8 y 8 de 8.

Confiabilidad:

Se realizará una confiabilidad de consistencia interna por medio del Alpha de Cronbach.

Piloteo:

Se realizó el piloteo en 10 ancianos que se encontraban en el servicio de urgencias, para determinar tiempo de aplicación y reproducibilidad. Su tiempo de aplicación promedio de 15 minutos.

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLES INDEPENDIENTE:

MALTRATO DEL ANCIANO

FACTOR DE RIESGO
(GENERO, EDAD,
ESCOLARIDAD, ESTADO CIVIL,
ACTIVIDAD LABORAL,
DEPENDENCIA ECONÓMICA
DEL ANCIANO)
(GÉNERO Y PARENTESCO
DEL CUIDADOR)

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LA VARIABLE
MALTRATO DEL ANCIANO	a) Acciones intencionales para causar o crear serio riesgo de daño (sea este intencional o no) a un anciano vulnerable por un cuidador o otra persona de confianza que este en relación con el anciano. (b) Fallas del cuidador para satisfacer las necesidades básicas o de proteger al anciano del daño. ⁽¹⁾	CUALITATIVA	NOMINAL	SI = 1 NO = 2
<p>INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN</p> <p>“MALTRATO DEL ANCIANO”</p> <p>I. EVALUACIÓN GENERAL</p>				
ROPA	Prenda o conjunto de prendas exteriores con que se cubre el cuerpo.	CUALITATIVA	NOMINAL	MUY BUENA = 1 BUENA = 2 POBRE = 3 MUY POBRE = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
HIGIENE	Limpieza, aseo del individuo.	CUALITATIVA	NOMINAL	MUY BUENA = 1 BUENA = 2 POBRE = 3 MUY POBRE = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
NUTRICIÓN	Propiedad esencial de los seres vivos que consiste en el doble proceso de asimilación y desasimilación, conjunto de cambios efectuados en el organismo y el medio que le rodea.	CUALITATIVA	NOMINAL	MUY BUENA = 1 BUENA = 2 POBRE = 3 MUY POBRE = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
INTEGRIDAD DE LA PIEL.	Cualidad de completo, de la membrana gruesa que cubre el cuerpo.	CUALITATIVA	NOMINAL	MUY BUENA = 1 BUENA = 2 POBRE = 3 MUY POBRE = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999

II. EVALUACIÓN DE NEGLIGENCIA / DESCUIDO

CONTUSIÓN.	Lesión traumática, producida en los tejidos vivos por el choque violento con un cuerpo obtuso, sin solución de continuidad de la piel (contusión simple) o con ella (herida por contusión). Ocasionando un área de Equimosis o Moretón ó Mallugadura que se define como la extravasación de sangre en el interior de los tejidos, coloración producida por infiltración de sangre en el tejido celular subcutáneo o por la rotura de vasos capilares	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
CONTRACTURAS	Contracción involuntaria, duradera o permanente, de uno o más grupos musculares que mantiene la parte respectiva en posición viciosa, difícil o imposible de corregir pasivamente	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
ÚLCERA DE DECÚBITO	Solución de continuidad con pérdida de sustancia debida a un proceso necrótico, de escasa o nula tendencia a la cicatrización, producida por la compresión cutánea en partes que han perdido el panículo adiposo.	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
DESHIDRATACIÓN	Disminución o pérdida de agua de constitución de los tejidos; restricción de la ingestión de líquidos.	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
DIARREA	Evacuación intestinal frecuente, líquida y abundante.	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
ESTREÑIMIENTO	Retención de las materias fecales. Constipación; coprostasis; las materias fecales no excitan el reflejo de defecación.	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
LACERACIÓN	Desgarro, solución de continuidad, de bordes ordinariamente desiguales, producida por un estiramiento o avulsión.	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
DESNUTRICIÓN	Trastorno metabólico por defecto de asimilación o exceso de desasimilación.	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE

				EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
IRRITACIÓN POR ORINA	Pérdida superficial de la sustancia que solo interesa la epidermis, producida por el líquido secretado por los riñones.	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999

III. ESTILO USUAL DE VIDA

TOMAR CORRECTAMENTE SUS MEDICAMENTOS	Dicho del lenguaje, conforme a las reglas de administración metódica de uno o más medicamentos con un fin terapéutico determinado	CUALITATIVA	NOMINAL	TOTALMENTE INDEPENDIENTE = 1 EN SU MAYOR PARTE INDEPENDIENTE = 2 EN SU MAYOR PARTE DEPENDIENTE = 3 TOTALMENTE DEPENDIENTE = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
AMBULAR	Ir dando pasos, dirigirse a un lugar.	CUALITATIVA	NOMINAL	TOTALMENTE INDEPENDIENTE = 1 EN SU MAYOR PARTE INDEPENDIENTE = 2 EN SU MAYOR PARTE DEPENDIENTE = 3 TOTALMENTE DEPENDIENTE = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
CONTINENCIA	Facultad de retener las heces y la orina	CUALITATIVA	NOMINAL	TOTALMENTE INDEPENDIENTE = 1 EN SU MAYOR PARTE INDEPENDIENTE = 2 EN SU MAYOR PARTE DEPENDIENTE = 3 TOTALMENTE DEPENDIENTE = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
ALIMENTACIÓN	Acto de dar, proveer o de recibir alimento.	CUALITATIVA	NOMINAL	TOTALMENTE INDEPENDIENTE = 1 EN SU MAYOR

				PARTE INDEPENDIENTE = 2 EN SU MAYOR PARTE DEPENDIENTE = 3 TOTALMENTE DEPENDIENTE = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
MANTENER LA HIGIENE	Conjunto de operaciones y cuidados necesarios para mantener su cuidado, aseo, alineo	CUALITATIVA	NOMINAL	TOTALMENTE INDEPENDIENTE = 1 EN SU MAYOR PARTE INDEPENDIENTE = 2 EN SU MAYOR PARTE DEPENDIENTE = 3 TOTALMENTE DEPENDIENTE = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
MANEJO DE FINANZAS	Desenvolverse con habilidad en los asuntos de dinero.	CUALITATIVA	NOMINAL	TOTALMENTE INDEPENDIENTE = 1 EN SU MAYOR PARTE INDEPENDIENTE = 2 EN SU MAYOR PARTE DEPENDIENTE = 3 TOTALMENTE DEPENDIENTE = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
SOPORTE FAMILIAR.	Apoyo o sostén a la familia	CUALITATIVA	NOMINAL	TOTALMENTE INDEPENDIENTE = 1 EN SU MAYOR PARTE INDEPENDIENTE = 2 EN SU MAYOR PARTE DEPENDIENTE = 3 TOTALMENTE DEPENDIENTE = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999

IV. EVALUACIÓN SOCIAL

SITUACIÓN ECONÓMICA PARA LAS NECESIDADES BÁSICAS.	Respaldo, apoyo económico para satisfacer la carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida	CUALITATIVA	NOMINAL	MUY BUENA CALIDAD = 1 BUENA CALIDAD = 2 POBRE CALIDAD = 3 MUY POBRE CALIDAD = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
RELACIONES CON SU FAMILIA	Conexión, correspondencia, trato de carácter amoroso	CUALITATIVA	NOMINAL	MUY BUENA CALIDAD = 1

	con el grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.			BUENA CALIDAD = 2 POBRE CALIDAD = 3 MUY POBRE CALIDAD = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
RELACIÓN CON AMIGOS Y/O VECINOS	Conexión, correspondencia, trato que tiene carácter de amistad, con trato afectuoso, o que habita con otros en un mismo pueblo, barrio o casa, en habitación independiente	CUALITATIVA	NOMINAL	MUY BUENA CALIDAD = 1 BUENA CALIDAD = 2 POBRE CALIDAD = 3 MUY POBRE CALIDAD = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
RELACIÓN CON LAS PERSONAS DE LA CASA DE CUIDADO	Conexión, correspondencia, o trato con la persona que cuida en una residencia de ancianos.	CUALITATIVA	NOMINAL	MUY BUENA CALIDAD = 1 BUENA CALIDAD = 2 POBRE CALIDAD = 3 MUY POBRE CALIDAD = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
CARACTERÍSTICAS DE SU VIVIENDA	Dicho de una cualidad, manejo o gestión de un lugar cerrado y cubierto construido para ser habitado por personas	CUALITATIVA	NOMINAL	MUY BUENA CALIDAD = 1 BUENA CALIDAD = 2 POBRE CALIDAD = 3 MUY POBRE CALIDAD = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
RELACIÓN CON EL CUIDADOR	Examinar atentamente su buena relación con la persona encargada de la atención, asistencia.	CUALITATIVA	NOMINAL	MUY BUENA CALIDAD = 1 BUENA CALIDAD = 2 POBRE CALIDAD = 3 MUY POBRE CALIDAD = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
PARTICIPACIÓN ACTIVIDADES SOCIALES,	Tomar parte en algo, compartir tener el conjunto de operaciones o tareas diarias compartiendo las mismas opiniones	CUALITATIVA	NOMINAL	MUY BUENA CALIDAD = 1 BUENA CALIDAD = 2 POBRE CALIDAD = 3 MUY POBRE CALIDAD = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
SOPORTE FAMILIAR	Apoyo de los independientes.	CUALITATIVA	NOMINAL	MUY BUENA CALIDAD = 1 BUENA CALIDAD = 2 POBRE CALIDAD = 3 MUY POBRE CALIDAD = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
HABILIDAD PARA EXPRESAR NECESIDADES	Capacidad, disposición para manifestar con palabras, miradas o gestos lo que se quiere dar a entender Carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida.	CUALITATIVA	NOMINAL	MUY BUENA CALIDAD = 1 BUENA CALIDAD = 2 POBRE CALIDAD = 3 MUY POBRE CALIDAD = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
V. EVALUACIÓN MÉDICA				
DUPLICACIÓN DE MEDICAMENTOS	Acción o efecto de administrar algo doble, una	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE

	sustancia simple o compuesta que se administra al estrefir o al interior con fines terapéuticos			NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
DOSIS INUSUAL DE MEDICAMENTOS	Toma de medicina que se da al enfermo de forma no usual o infrecuente. Por dejar de tener en la memoria lo que se tenia o debía de tener.	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
ABUSO DE ALCOHOL/SUSTANCIAS	Usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente las sustancias que resultan de combinaciones que resultan de la sustitución de uno o más átomos de hidrogeno, por uno o mas grupos hidroxilos. O de medicamentos estimulantes o deprimentes.	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
DESHIDRATACIÓN	Privar a un cuerpo o a un organismo del agua que contiene. Dando lugar a una señal de la perdida de parte de agua.	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
CONTUSIONES ALEJADO DE SUPUESTO TRAUMA	Lesión traumática, o golpes producida en los tejidos vivos por choque violento de un cuerpo obtuso, lejos o distante del suceso o experiencia impactante vivido por un sujeto que produce diversos trastornos.	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
FALTA DE RESPUESTA ANTE ENFERMEDAD	No acudir a una cita u obligación, hecho de no estar donde debería para satisfacer una alteración o desviación del estado filológico en una o varias partes del cuerpo.	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
ADMISIONES REPETIDAS	Presentaciones frecuentes a los servicios.	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
VI. NEGLIGENCIA PSICO-EMOCIONAL				
DECLARA ESTAR SOLO POR LARGOS PERIODO DE TIEMPO	Manifestar, explicar que se halla o encuentra sin ayuda o sin compañía por periodos o espacios prolongados.	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999

DECLARA ES IGNORADO	Manifiesta o explica que no tiene noticias o conocimiento de algo o de alguien	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
IMPEDIDO LE PROHÍBEN	Manifiestar, explicar que se veda la el uso o la ejecución de una cosa o un hecho	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
QUEJA SUBJETIVA DE NEGLIGENCIA	Manifiesta expresión de dolor, pena, sentimiento, relativo al modo de pensar o sentir de uno y no al objeto de uno mismo en relación a la falta de satisfacer sus necesidades.	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999

VII. EVALUACIÓN SUMATORIA

NEGLIGENCIA	Se ha definido como la falla para satisfacer las necesidades de cuidado, u obligaciones para con un anciano	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
ABUSO FÍSICO	El acto (Pellizcar, empujar, jalar, pegar, abofetear, callar, morder, rotar el brazo, dar patadas, parar para amenazar, empujar al suelo, ahorcar, golpear, cortar, quemar, usar sujeciones físicas) que puede resultar en dolor, lesión, deterioro o enfermedad. ⁽⁷⁾ que traducen el Control y el Poder en los Binomios con Violencia; Presentándose un progreso en el deterioro de salud, una merma de sus facultades físicas y volitivas, y dado el aumento de las discapacidades, les impide defenderse de los actos violentos ^(20,23,28)	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999
ABUSO PSICOLÓGICO	Es descrita como una acción física o verbal con la intención deliberada de causar dolor o estrés emocional, psicológico y mental. ^(7, 20, 23, 27,34) Es uno de los más desapercibidos y se	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE

	marca en la mente y el corazón del anciano			EVALUAR = 999
ABUSO FINANCIERO	Malversación de las posesiones o bienes del anciano cuya solvencia económica es elevada para beneficiar a otras personas, cometiendo falsificación de documentos, adjudicaciones indebidas de dinero; todo ello en contra de la voluntad o sin el consentimiento del anciano, ya que los familiares "presuponen" que dada una incapacidad del anciano, no podrá disponer de ingresos y de su patrimonio y "se consideran los correctos Administradores". ^(20,23,28)	CUALITATIVA	NOMINAL	NO EVIDENCIA = 1 PROBABLEMENTE NO EVIDENCIA = 2 PROBABLE EVIDENCIA = 3 EVIDENCIA = 4 INCAPAZ DE EVALUAR = 999

DEMOGRAFÍA DEL ANCIANO

GÉNERO	Grupo taxonómico de especies que poseen uno o varios caracteres comunes.	CUALITATIVA	NOMINAL	MASCULINO = 1 FEMENINO = 1
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento que se mide por los años de la vida	CUANTITATIVA	DISCRETA	NUMEROS ENTEROS
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	CUALITATIVA	NOMINAL	NINGUNA = 1 MENOS DE PRIMARIA = 2 PRIMARIA COMPLETA = 3 SECUNDARIA COMPLETA = 4 PREPARATORIA COMPLETA = 5 CARRERA TÉCNICA = 6 LICENCIATURA = 7 POSGRADO = 8
ESTADO CIVIL	Situación en que se encuentra alguien o algo, y en especial cada uno de sus sucesivos modos de ser o estar. Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	CUALITATIVA	NOMINAL	SOLTERO = 1 CASADO = 2 DIVORCIADO = 3 SEPARADO = 4 VIUDO = 5 UNIÓN LIBRE = 6
SITUACIÓN LABORAL	Conjunto de factores o circunstancias que afectan a alguien o algo en un determinado momento relativo al trabajo, en su aspecto económico, jurídico y social	CUALITATIVA	NOMINAL	TIEMPO COMPLETO = 1 MEDIO TIEMPO = 2 RETIRADO = 3 JUBILADO = 4 PENSIONADO = 5 DESEMPLEADO = 6 JEFE DE FAMILIA / AMA DE CASA = 7 INCAPAZADO = 8 OTROS = 9
SITUACIÓN	Estado o constitución	CUALITATIVA	NOMINAL	INGRESO MÍNIMO

FINANCIERA	perteneciente o relativo a la económica.			DE 1,000 A 2000 PESOS MENSUALES = 1 INGRESO MEDIO DE 2,000 A 3,000 PESOS MENSUALES = 2 INGRESO MÁXIMO MÁS DE 4,000 PESOS MENSUALES = 3 EL CUIDADOR APORTA DINERO PARA EL CUIDADO DEL ANCIANO = 4 EL ANCIANO RECIBE SU PENSIÓN= 5
------------	--	--	--	--

DEMOGRAFÍA DEL CUIDADOR

CUIDADOR	Relativo a la persona que se dedica a la atención, bienestar y conservación.	CUALITATIVA	NOMINAL	CUIDADOR
GÉNERO	Grupo taxonómico de especies que poseen uno o varios caracteres comunes.	CUALITATIVA	NOMINAL	MASCULINO = 1 FEMENINO = 1
PARENTESCO	Individuo con lazos consanguíneos, conyugales o de adopción, con vínculos entre si e intereses en común, para trasladarla a un plano social donde, en su estructura como en sus funciones intervienen factores socioeconómicos	CUALITATIVA	NOMINAL	ESPOSA = 1 HIJA = 2 HIJO = 3 NUERA = 4 YERNO = 5 OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA = 6 CAIDADOR PAGADO = 7 OTRO = 8

ESCALAS DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Escalas nominal y escalar, cualitativas y cuantitativas.

TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo a maniobra del fenómeno estudiado: Observacional.

De acuerdo a la Fuente de información: Prospectivo

De acuerdo a la evolución del fenómeno: Transversal

De acuerdo a su naturaleza: Descriptivo

De acuerdo a su intervención: Exploratorio

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes de 60 y más años, derechohabientes que ingresen o se encuentren en el Servicio de Urgencias del HGZ/MF No. 8 "San Ángel

TÉCNICAS PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS SUJETOS DEL ESTUDIO

Selección homogénea.

Un Médico Residente aplicará el instrumento "EAI" para detección de Maltrato del anciano.

TÉCNICA PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS SITUACIONALES

Pacientes ancianos que se encuentran en el servicio de urgencias, y que cumplen con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, NO INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

Inclusión

- Ser derechohabiente del HGZ/UMF No 8 “San Ángel”
- Ingresar al servicio de Urgencias.
- Ancianos de 60 y más años.
- Cualquier sexo
- Cualquier estado social
- Con o sin patología crónica.
- Aceptar participar en el estudio, previo consentimiento informado.
- Obtener puntaje en el “Minimental” de más de 18 puntos.
- Contestar Datos Demográficos del Anciano
- Permitir la Aplicación del Instrumento de Evaluación del Anciano

No inclusión

- Pacientes de menos de 60 años de edad
- Que no acudan al Servicio de Urgencias
- Obtener un puntaje con “Minimental” menor de 18
- Pacientes que no acepten entrar al estudio

Exclusión

- Pacientes que decidan retirarse durante la Aplicación del Instrumento De Evaluación.

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO EN ESTUDIO

145 pacientes de 60 años y mas, derechohabientes del H.G.Z./U.M.F. No.8 que cumplan con los criterios de inclusión.

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO CONTROL

No necesaria para este estudio

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

Del universo total de pacientes que ingresan al servicio de Urgencias del HGZ/UMF No. 8 "San Ángel". se tomará a los ancianos de 60 años y más de acuerdo a las estadísticas Internacionales de Maltrato

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se determinara con la fórmula para: Determinación del tamaño de la muestra. Se estima la prevalencia de maltrato del 2.3 al 5.4 % por lo que se tomara para este estudio el 5.4 % de las estadísticas internacionales de maltrato al anciano.

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

$$P = 0.054$$

$$Z = 1.96$$

$$q = 0.946$$

$$d = (\text{coeficiente de confiabilidad}) (\text{error estándar}) = 0.0368$$

$$n = 145 \text{ ANCIANOS}$$

SISTEMAS DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Examen Mínimo Del Estado Mental. “Minimental” (Anexo 1)

Demografía del Anciano (Anexo 2)

Instrumento de Evaluación de Maltrato del Anciano (Anexo 3)

Carta de Consentimiento Informado para participación en proyectos de Investigación clínica (Anexo 4)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Se realizará de una base de datos en el programa estadístico SPSS V12.0 .

Para las variables cualitativas se utilizarán frecuencias absolutas y relativas.

Para las variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central (promedio y medianas) medidas de dispersión (rango o amplitud, desviación estándar e intervalo de confianza).

Para realizar la confiabilidad de consistencia interna del instrumento de medición, se realizará el Alpha de Cronbach.

AMBITO GEOGRÁFICO EN EL QUE SE DESARROLLARÁ LA INVESTIGACIÓN

Servicio de Urgencias del Hospital General de Zona / Unidad de Medicina Familiar No. 8 “San Ángel” Delegación 3 suroeste

Servicios de salud: Instituto Mexicano del Seguro Social

Ciudad: México, Distrito Federal.

Dirección: Río Magdalena 289, Colonia Tizapan San Ángel, Delegación Álvaro

Obregón, México, Distrito Federal. C.P. 01090

RECURSOS HUMANOS QUE SE UTILIZARAN

Investigador

Colaborador, Asistente Médico

Asesoría de Expertos

Asesores de Tesis

Asesor Metodológico - Estadístico

Asistentes médicas

Trabajo social

Grupo de Estadística ARIMAC

RECURSOS MATERIALES QUE SE EMPLEARAN

- Hoja recolectoras de información
- Papel de impresión
- Lápiz
- Bolígrafos
- Gomas
- Computadora Personal.
- Copias fotostáticas
- Software de computadora (Microsoft Word, Excel, SPSS data)
- Hoja de consentimiento informado (anexo 4)

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

Recursos propios del investigador

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO

En el Mes de Enero del 2006. Tuve la Oportunidad de conocer a la Dra. Fulmer, creadora del instrumento detección de Maltrato del Anciano, a quien visite y solicite autorización para traducir, y contextualizar el Instrumento a la Población anciana de mi País de quien recibí el Apoyo.

Durante el mes de Enero se realizará una traducción, contextualización, y validación del Instrumento; se aplicara a un grupo de ancianos, para hacer las correcciones necesarias.

Durante los meses de Enero, Febrero, Marzo, se aplicó el instrumento de Evaluación en el Servicio de Urgencias.

Durante los meses de Enero a Agosto se realizó el almacenamiento de Información y datos

Se realizará el análisis e interpretación de los datos; la descripción de los resultados durante los meses de Agosto y Septiembre; En Octubre se discutirán los resultados para después de completar el estudio se proceda a la elaboración de la tesis en Octubre y su presentación en el mes de Noviembre

RESULTADOS

La población quedo constituida por 145 ancianos. que obtuvieron un puntaje considerando su estado mental. El instrumento de medición, tuvo una confiabilidad de consistencia interna a través del Alpha de Cronbach de 0.893. Se elimino el ítem de la relación del anciano con el personal de la casa de Cuidado (Asilo/Residencia) que pertenece al Dominio IV: Evaluación Social, dado que ningún anciano vive en una casa de cuidados, o asilo. Quedando así constituido el Instrumento de evaluación por 43 ítems.

Demografía del Anciano

De los 145 ancianos, 53.8 % (78) masculinos y 46.2% (67) femeninos. **Gráfica 1.** La edad promedio fue de 72.9 ± 7 años con un rango de 40 años (90-60) **Tabla 1.** Todos derechohabientes del IMSS, solamente el 42.1 % (61) son originarios del Distrito Federal y el 57.9% (84) originarios de provincia. El 89% (129) profesan la religión católica. El 79.9 % tienen instrucción primaria o ninguna instrucción escolarizada. Y solo el 4% (6) tienen concluida una licenciatura. **Tabla 2.** 112 ancianos saben leer (61 hombres) y 105 saben escribir (58 hombres). El 57.9% (84) son casados. 7 solteros, uno divorciado, 8 separados, cuatro en unión libre, 28.3% (41 son viudos). **Tabla 3.** El 54.5 % tiene cinco hijos o menos. Del Total el 8.9 % (13) eran Obreros. Del total de mujeres 36 se dedicaban a ser únicamente amas de casa. Con actividad laboral en activo solo 13 (8.9%), reciben su pensión 48.3% (70), dedicadas a las actividades del hogar 28.3% (41) **Gráfica 2.** 111 de ellos reciben mas de 20 horas de cuidado a la semana por el Cuidador. Once ancianos (7.6%) sin Cuidador. 9.7% (14) el cuidador aporta dinero. El 36.6% tiene ingresos de 1000-2000 pesos al mes. El 79.3% de los pacientes conviven con cinco o menos personas dentro de la casa.

Estado de Salud del Anciano

El 96.6% tienen alguna enfermedad que requiere atención médica, el 72.4 % tienen algún problema que limita su actividad. El 44.8% han tenido de una a cuatro hospitalizaciones en el último año. Máximo 20 veces. El 57.2% ha tenido por lo menos una visita mensual al médico durante los últimos 12 meses. y el 8.3 % (12) no ha recibido consulta médica en el último año. El motivo de consulta en el área de Urgencias por enfermedad fue del 98.6 % (143) y solamente el 1.4% por caída.

Demografía del cuidador.

El 71% (103) de los cuidadores son del género Femenino. 31 (21.4%) son Masculinos. **Tabla 4.** La edad promedio del Cuidador es de 54 años. Con un rango de 64 años (85 a 21 años), el 24.8% (36) son originarios de Provincia, el 92.4 % (134) residen en el Distrito Federal. El 84.8% son católicos. El 58.6 % tienen instrucción primaria o menos. El 17.2% (25) concluyeron Secundaria. Y 24.1 tiene Instrucción Preparatoria o más. El 66.2% (96) son casados, 11% (16) son solteros. El 80% son Esposas (os) Hija o hijos. 44.1% (64) son Esposas (os). El 9.9 % el cuidador es la Nuera u otro miembro de la Familia. **Tabla 5.** 13.8% (20) son Jubilados, Pensionados o desempleados. 40.7% trabajan en casa o son Amas de Casa, 17% (25) tienen un trabajo de tiempo completo. El 36.6 % (53) tiene ingresos de 1,000 a 2,000 pesos al mes. El 80.7%(117) viven con el anciano. Y solamente el 3.4 % de ellos reciben pago.

Estado de Salud del Cuidador

El 60.7% requiere atención médica por alguna enfermedad. 81.4% no ha requerido de Hospitalizaciones en los últimos doce meses, el 73.1% (106) son Derechohabientes del IMSS.

Del Instrumento de Medición

El Instrumento de medición mostró una confiabilidad global de consistencia interna por medio del Alpha de Cronbach de 0.893 **Tabla 6.**

Maltrato en el anciano. Aplicación de Instrumento de Evaluación E.A.I.

En relación a la evidencia del maltrato en el dominio de la Evaluación General, se ve que es más frecuente la evidencia en relación a pobre muy pobre de la integridad de la Piel, como se muestra en la **Tabla 7**. Y de los cuales solo 41 no tienen evidencia.

En relación a la negligencia, encontramos que los porcentajes más altos corresponden a la evidencia de deshidratación, desnutrición, estreñimiento; y solo en 7 (4.8%) con evidencia de contusiones o golpes. Refiérase a la **Tabla 8**.

En relación a la Dependencia del anciano y su evidencia; 68 (47.6%) son dependientes para mantenimiento de su familia. Solo el 4% requiere ayuda para alimentarse. **Tabla 9**.

En relación a la evidencia de maltrato en el dominio de Evaluación Social; 81 (55.9%) considera que su situación económica es de muy pobre calidad, contra el 44.1% sin Evidencia en este ítem. Seguido de la Evidencia de su pobre habilidad para expresar sus necesidades. **Tabla 10**.

Solo 41 ancianos con evidencia del mal uso del medicamentos (8 por duplicación y 33 por falta de cumplimiento). En el dominio de Evaluación Médica destaca la evidencia de los datos de Deshidratación. **Tabla 11**.

En relación a la evidencia de maltrato y el dominio de Negligencia psico-emocional 61 ancianos declaran estar solos, 50 declaran que son ignorados. **Tabla 12**. y de los cuales solo 79 no presentan datos de evidencia.

Evidencia de la Evaluación sumatoria, se encuentra evidencia del abuso psicológico en 39 (26.9%) en contra de la no Evidencia del 73.1%. **Tabla 13**.

Del estudio donde n=145, dominios con Evidencia. Solo en dos casos la Evidencia es 0 (1.4%) sin evidencia de ninguna clase de maltrato. El resto con evidencia de algún subtipo de maltrato. Con 1-2 dominios con evidencia 25 (17.2%) lo que consideraríamos que los ancianos sufren alguna clase de maltrato, en menor grado. 21 ancianos (14.5%) tienen evidencia en 5 dominios. Y a 6 dominios con evidencia 16.6% del global con Evidencia de Maltrato. **Tabla 14**.

Aplicación del Instrumento de evaluación

Maltrato del anciano y su relación con los Factores Demográficos.

Relación de la evidencia de la Evaluación General – muy pobre – con la edad del anciano, se ha visto que hay mayor en aquellos de 70 años y más con un 67.4% global, con un riesgo de .59 por el hecho de tener 70 años y más, como lo muestra la **Tabla 15**. En cuanto al género, la evidencia se encuentra más frecuente ente en los hombres, como lo muestra la tabla

Con una escolaridad menor de Primaria, encontramos evidencia. Donde los casados y Viudos ocupan el mayor porcentaje. A los Pensionados le siguen en porcentaje las Amas de casa. Ancianos con Ingresos procedentes de su Pensión. **Tabla 16**.

Con la relación del cuidador, la Evidencia es cuando el cuidador es del género femenino. Y se relaciona con la esposa seguida de la hija. **Tabla 17**.

La relación de la evidencia Evaluación de Negligencia, juega un papel importante en el instrumento. Se encuentran que el grupo de ancianos de 70 años y más, el grupo de los hombres en mayor proporción que las mujeres, y la escolaridad primaria o menos. **Tabla 18**. En relación a su estado civil los casados, seguidos de los viudos sufren Negligencia, aquellos que reciben pensión o son amas de casa, como se ve en la **Tabla 19**. En relación al cuidador y la evidencia de negligencia esta asociada al género femenino, así como lo observamos en la **Tabla 20**.

El nivel de dependencia evidencia en el grupo de 70 años y más, predominio femenino, relacionada con la el nivel de escolaridad. **Tabla 21**. Mayor Dependencia en el grupo de los casados, seguidos de los viudos, pensionados y amas de casa, con bajos ingresos. **Tabla 22**. Donde el Cuidador y la dependencia no cambian en relación a los anteriores. **Tabla 23**.

La evidencia de Evolución social con la misma predominancia del grupo de 70 años, masculinos, y con baja escolaridad, interacciones de pobre calidad **Tabla 24**. Casados y viudos, lo que nos hace formular nuevas hipótesis

Tabla 25. El género Femenino en relación a la evidencia **Tabla 26**.

La relación de la evidencia con la evaluación médica, se hace evidente en la mitad del grupo de los ancianos de 70 años, predominando el género masculino **Tabla 27**. Donde los casados alcanzan el porcentaje más alto para este Dominio. **Tabla 28** y continuamos observando que el grupo de los

pensionados con evidencia. El Cuidador no modifica la evidencia de este dominio. **Tabla 29.**

En el dominio de Negligencia Psico-Emocional, predominan los valores de no evidencia, con un porcentaje global máximo en el grupo de anciano de 70 años y más. El grupo de las mujeres con Evidencia, como se ve en la **Tabla 30.** El grupo de los Viudos con el mayor porcentaje global 17.93% Como vemos se ve favorecida por ingresos bajos. **Tabla 31.** y la características del cuidador no incrementan la evidencia. **Tabla 32.**

DISCUSIÓN

Este estudio documenta solo algunos factores de riesgo en relación a la evidencia de Maltrato en el Anciano. Los expertos en su afán de búsqueda han creado los equipos multidisciplinarios para confirmar los casos. El uso de este instrumento de Evaluación en los servicios de Urgencias, lo hace importante en la búsqueda de los casos verdaderos. Donde 1º Cualquier punto positivo, puede ser interpretado en el contexto de los ítems del instrumento con comentarios subjetivos 2º Considerando seleccionar diferentes áreas para la búsqueda de Maltrato. 3º Refinar el "EAI" para nuestras diferentes sociedades

En relación al género del Anciano y el Maltrato, la literatura reporta que más mujeres llegan a edades avanzadas, estas sufren enfermedad, discapacidad y pobreza mas que los hombres de su misma edad, además de su carga de desgaste, participando en la reproducción, función como cuidadora de hijos, ancianos, nietos y otras personas dependientes de sus familias. Donde a pesar de su papel central en la familia, cuando es una mujer mayor, es extremadamente vulnerable al abandono, al maltrato y al abuso de sus familiares y de la comunidad ⁽¹¹⁾ En este estudio encontramos que los hombres son mas vulnerables en todos los dominios del EAI. Con un porcentaje global de evidencia de 51.7 en relación al grupo de las mujeres 45.5. Que dista de la literatura.

Estudios han visto que 14 a 25% de las mujeres vistas en los servicios ambulatorios, el 20% abuso físico. En mujeres ancianas se estima que solo uno de 14 casos de abuso físico es identificado de forma aguda. ⁽¹⁷⁾

El grupo de Ancianos mayores de 85 años de edad, sufre problemas físicos y cognitivos, que incrementan su vulnerabilidad a varios tipos de Maltrato. ⁽³⁰⁾ Encontrándose que la presentación de Maltrato es más frecuente a los 75±5 ^(5,11,23)

En relación a la evidencia y el grupo de edad el Maltrato se presenta en el grupo de ancianos de 70 años y más en 64.1%. Haciendo hincapié que estos ancianos presentan problemas físicos, y tienen un Minimental de más de 18 puntos.

Durante el primera década de este siglo, se espera una agudización de la carga social, un envejecimiento patológico, poca disponibilidad de cuidadores

en virtud de la poca red de apoyo familiar; y los niveles de pobreza asociados al analfabetismo de nuestras poblaciones ⁽¹¹⁾

Durante este estudio se encontró que 112 ancianos saben leer (61 hombres) y 105 saben escribir (58 hombres). 112 ancianos saben leer (61 hombres) y 105 saben escribir (58 hombres). De la evidencia total de Maltrato. El 79.9% de ellos tiene escolaridad primaria o menos, que puede estar en relación a sufrir maltrato en la “tercera edad.”

En la mayoría de los estudios, las mujeres solas o viudas son víctimas de múltiples delitos inclusive de abusos sexuales, por su limitada movilidad, deficiente habilidad física y por su soledad. Muchas viven en cuartos aislados, sin servicio, sin amigos, en condiciones infrahumanas. Y las que pertenecen a otra clase social, permanecen en sus casas, tipo familiar, grandes, solas propiciando su victimización. ^(12,25) Corroborando la literatura, en el estudio 41 ancianos (28.3%) viudos sufren alguna clase de maltrato. E incluso es el grupo donde encontramos que 6.9% tiene evidencia en los seis dominios. Del grupo de casados, el 57.9%. sufre alguna clase de maltrato en menor o mayor proporción.

La población anciana activa disminuye. La jubilación supone el cese de la actividad laboral y la disminución concomitante de ingresos. La mayoría de los ingresos de la población anciana proviene de las pensiones, donde un 85.6% de los mayores de 60 años cobran algún tipo de pensión. La jubilación aparte presenta otros aspectos: reduce las relaciones sociales y aumenta el tiempo libre. Originan cambios psicológicos y sociales en las persona, En algunos la economía no resulta un problema, mas representa una falta de gratificación afectiva y una perdida de la autoestima. ⁽⁹⁾ Y pese a los cuerdos gubernamentales de incluirlos dentro de los aumentos salariales, se les continua pagando cuotas obsoletas que no van a la realidad económica y le impide llevar una vida digna de subsistencia. ⁽¹²⁾ En este interesante trabajo encontramos que la población pensionada sufre Maltrato, en un 46.9% del global sufren alguna clase de maltrato. Refiriéndonos a este grupo 41 (28.3% del global) continúan siendo amas de casa y evidentemente sufren maltrato.

Las personas mayores representan apenas del 3.3 al 8.3% de la población total y 30-70 % de la población total se encuentra por debajo de la línea de pobreza. Los ingresos de un 66 a 86% de las personas son inferiores al costo

de la canasta básica para dos personas. ⁽¹¹⁾ Hay que reconocer, que la evolución demográfica es consecuencia y un factor condicionante del desarrollo económico. El crecimiento de este grupo etario de la población se puede predecir. Y los resultados de revelan que 53 ancianos (36.6% global) tienen un ingreso de 1000 a 2000 pesos mensuales, el 48% Global reciben su pensión, raquítica en algunas ocasiones. Del grupo n= 145; 14 (9.7%) el cuidador aporta dinero para el cuidado del anciano, De esta forma el anciano, se ve limitado para satisfacer sus necesidades básicas.

De la relación del cuidador con el anciano y su evidencia con el Maltrato en el Anciano, La evidencia, sugiere que los ancianos que sufren alguna clase de maltrato, abuso físico es por el esposo (a), pareja y una serie de factores son asociados a con este abuso. Las últimas revisiones, el maltrato es perpetuado por los familiares (Lithwick et al., 1999) la pareja (20 %) más que los hijos que ahora son adultos. ⁽³⁵⁾ En el estudio encontramos que el cuidador en su mayoría es del género Femenino 71% Global, que se relacionan directamente con el anciano que sufre maltrato, en los seis dominios, que nos lleva a formular teorías, acerca del cuidador. De los 11 ancianos que no tienen cuidador, el 100% de ellos con evidencia de Maltrato. De acuerdo al resultado, este estudio corrobora que los adultos enfermos o dependientes son más propensos al diagnóstico maltrato, y los encontramos en los servicios de Urgencias ⁽³⁾

Los cuidadores pagados o no pagados hacen su mayor esfuerzo para proveer de cuidado a los ancianos, pero la capacidad de los cuidadores puede verse excedida por el anciano, lo cual lo convierte en más frágil y dependiente.

Limitaciones: Estadísticamente hay diferencias significativas en relación a los resultados. La falta de la confirmación de los casos de Maltrato por parte de un equipo de un equipo multidisciplinario. El estudio, solo se aplica a los ancianos, y sería bueno aplicar un instrumento aparte a los cuidadores, y correlacionar los grupos y las Teorías de Maltrato. Además la incapacidad de reconocerse maltratado o ser el perpetuador del maltrato; saberse abusado o abusador, de acuerdo a su contexto y los límites de la familia a la que pertenecen.

Y cuando tenemos al evidencia o la alta sospecha de Maltrato, sabemos que no se puede cuantificar, aunque se busque su cuantificación.

En la sociedad mexicana, específicamente en la familia mexicana, por su contexto y cultura, no se observa a si misma como factor de riesgo en el Maltrato de sus ancianos. Por el contrario se concibe como sobre protectora confundiendo esta con la invalidación del Ser Anciano.

LIMITACIONES:

Estadísticamente hay diferencias significativas en relación a los resultados. La falta de la confirmación de los casos de Maltrato por parte de un equipo multidisciplinario. El estudio, solo se aplica a los ancianos, y seria bueno aplicar un instrumento aparte a los cuidadores, y correlacionar los grupos y las Teorías de Maltrato. Además la incapacidad de reconocerse maltratado o ser el perpetuador del maltrato; saberse abusado o abusador, de acuerdo a su contexto y los límites de la familia a la que pertenecen.

Y cuando tenemos al evidencia o la alta sospecha de Maltrato, sabemos que no se puede cuantificar, aunque se busque su cuantificación.

En la sociedad mexicana, específicamente en la familia mexicana, por su contexto y cultura, no se observa a si misma como factor de riesgo en el Maltrato de sus ancianos. por el contrario se concibe como sobre protectora confundiendo esta con la invalidación del Ser Anciano.

CONCLUSIONES

La estructura de la familia se diversifica cuando el individuo alcanza la llamada "edad de Oro", dando como resultado que los ancianos vivan solos, con su pareja, o algunos viven con los hijos.

El envejecimiento en México se ha incrementado notablemente, cambiando la demografía de nuestra sociedad; donde por el consumismo, el materialismo, el anciano ha pasado a último término dentro de las familias. Que por necesidad han adoptado al padre o madre anciano, o han envejecido con una pareja enferma, a lo que sumamos los factores demográficos y vulnerables del Anciano, y nos da como Resultado; Cientos de Casos de Maltrato.

Este trabajo documenta los casos de Maltrato como evidencia; se encontró que solo el 1.4 % del global (n=145) no presenta ninguna evidencia de Maltrato. El resto sufre maltrato en mayor o menor proporción.

De este estudio, se desprende la necesidad de valorar las circunstancias que rodean al anciano el contexto personal, familiar, social. Donde tendría que verse implicados los servicios de trabajo social, rehabilitación. Medicina preventiva, Medicina Legal, Psicología, y los servicios legales o jurídicos. Para integrar verdaderos Equipos Multidisciplinarios que estudien, ayuden y favorezcan calidad.

El trabajo, deja abierta la puerta a la prevención después del conocimiento, que nos lleva a enfocarnos en el anciano y el cuidador, que son sujetos diarios demandantes de atención personalizada e individualizada.

AL IGUAL QUE EN INGEN CARE HOUSES
BUSCAMOS; EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA.

DIFUSIÓN QUE SE DARÁ A LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO.

Se presentará el trabajo a Terry Fulmer, PhD, RN, FAAN. The Erline Perkins McGriff Professor & Dean, College of Nursing New York University

Se propondrá en las Jornadas Medicas de Medicina Familiar.

Se propondrá para su publicación en la Gaceta Médica de la UNAM

Se propondrá para su publicación en la Revista de Salud Pública

Se propondrá para su difusión en las jornadas del Consejo Mexicano de Medicina Familiar

CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO

El presente protocolo se apega a las declaraciones que en materia de investigación, toma en cuenta la declaración de Helsinki y su modificación de Tokio.

Declaración de Helsinki.

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos.

Adoptada por la 18^a. Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y encomendada por la 35^a. Asamblea Médica Mundial (Venecia 1938) y la 41^a. Asamblea Médica Mundial (Hong-Kong 1989).

Principios Básicos.

La investigación biomédica en seres humanos debe contar con los principios científicos generalmente aceptados y debe basarse en experimentos bien realizados así como conocimiento profundo de la literatura pertinente.

El diseño y la ejecución experimental en seres humanos deberá formularse en un protocolo de investigación que se remitirá para consideraciones, comentarios y asesoramiento de un comité independiente del investigador con la condición de dicho comité se ajuste a las leyes y reglamentos del país en el que se lleve a cabo la investigación.

La investigación se realizará por personas científicamente calificadas bajo la supervisión de un profesional médico clínicamente competente.

La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia de su objetivo este en proporción con el riesgo que corre el sujeto de experimentación.

La investigación debe proceder una valoración cuidadosa de los riesgos predecibles para el individuo frente a los posibles beneficios para él o para otros, debe respetar el derecho a la integridad e intimidad del individuo.

Los médicos no realizarán investigación cuando los riesgos sean mayores que los beneficios.

Al publicar los resultados inherentes a la investigación se tiene la obligación de respetar su exactitud.

Cualquier investigación deberá otorgar información adecuada a cada persona participante en cuanto a los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento puede implicar. Las personas deben ser informadas de que tienen la libertad para no participar en el experimento y para anular cualquier momento su consentimiento voluntario por escrito.

El consentimiento informado deberá darlo el padre o tutor legal en caso de incapacidad jurídica, física o mental, o cuando el individuo sea menor de edad.

El protocolo de investigación siempre mencionará las consideraciones éticas según el caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en esta declaración.

CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.

- *La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4º., publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.
- *La Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1987; en su Artículo 2º. Fracción VII, 68 fracción IV, 96 fracción I a VII, 97,98,99 y 100 fracciones I a VII; 101 y 102 fracciones I a IV, 103 y 115 fracciones V; 119 fracción I; 141,160,164 y 168 fracciones VI; 174 fracción I; 186 y 189 fracción I; 238, 321 y 324.
- *El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987.
- *El acuerdo con el que crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983.
- *El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.
- *La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.
- *Los acuerdo 5/95 al 55/95 del 11 de enero 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización del Instituto.
- *El manual de organización de la dirección de prestaciones médicas fechado en 1996
- *Manual de Organización y operación del fondo para el fomento de la investigación médica (FOFOI), 1999.
- *El acuerdo numero 27991 (19-IV-1991) del Honorable Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social que establece la creación de la Jefatura de Servicios de Investigación de la Subdirección General Médica del IMSS.

BIBLIOGRAFÍA QUE APOYA EL PROYECTO

- 1.- VandeWeerde, C, Firpo, A., Fulmer, T., Paveza, G J., Bolton, M., "Recognizing Elder Mistreatment" (2005) in Gallo, J, Fulmer, T, Paveza, P, Bogner H., (eds) Handbook of Geriatric Assessment 4th Edition. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 72-96.
- 2.- Fulmer T, Guadagnos L, Bitondo C, Connolly M.T. Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments. J Am Geriatr Soc 2004; 52: 297-304
- 3.- Fulmer T, Paveza G, Abraham I, Fairchild S. Elder neglect assessment in the emergency department. J Emerg Nurs 2000; 26:436-43
- 4.- Fulmer T, Firpo A, Guadagno L, Easter T.M, Kahan F, Paris B. Themes From a Grounded Theory Analysis of Elder Neglect Assessment by Experts. The Gerontologist 2003; 43: 745-752
- 5.- Fulmer T, Paveza G, VandeWeerd C, Guadagno L, Fairchild S, Norman R, Abraham I, Bolton-Blatt Marguarette. Neglect Assessment in Urban Emergency Departments and Confirmation by an Expert Clinical Team. J Gerontology 2005; 60A (8): 1002-1006
- 6.- Fulmer T, Paveza G, VandeWeerd C, Fairchild S, Guadagno L, Bolton-Blatt M, Norman R. Dyadic Vulnerability and Risk Profiling for Elder Neglect. The Gerontologist 2005; 45 (4): 525-534
- 7.- Swagerty D.L, Takahashi P, Evans J.M. Elder Mistreatment. Am Fam Physician 1999; 59 (10): 2804-2808.
- 8.- Fulmer T, McMahon DJ, Baer-Hines M, Forget B. Abuse, neglect, abandonment, violence, and exploitation: An analysis of all elderly patients seen in one emergency department during a six-month period. J Emergency Nursing 1992; 18 (6): 505-510.
- 9.- Guillen F, Pérez del Molino J. Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico. Madrid España: Editorial Masson. 2002; 31-102.
- 10.- Fulmer, T. Elder Mistreatment Assessment as a Part of Everyday Practice. J Gerontological Nursing 1992; 42-45
11. Engler TA. "Una ventana para la vejez: Población, Pobreza y Posibilidades", Engler, T. y Peláez, M. Más vale por viejo. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo. 2002; 3-266
- 12.- Lima-Malvido ML. Victimización del Anciano. Lima MLM En Modelo de atención a Víctimas en México. Primera edición. México. Editorial Sociedad Mexicana de Criminología. 1997: 223-237

- 13.- Fulmer T, Street S, Carr K. Abuse of the elderly: Screening and detection. J Emerg Nurs 1984; 10: 131-140
- 14.- Reyes S, Beam P, Garcia C, Villa M, Heres J, Córdova A, Jagger C. Validation of a Modified Version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. Ag Neuropsychology and Cognition 2004; 11(1): 1-11
- 15.- Doménech Ch. Violencia y Mayores: el maltrato silencioso. Perfiles 2003;191:18-21.
- 16.- García Quintanilla J. Problemas y Derechos de los Ancianos. Comisión Independiente de los Derechos Humanos A.C. 1993; 2: 5-27
- 17.- Mouton Ch. Espino D. Health Screening in Older Women. Am Family Physician 1999; 59: 1835- 1842
- 18.- Terán-Trillo M, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A, et al. Redes Sociales en Atención Médica Familiar. Arch Med Fam 1999; 1 (2): 35-44
- 19.- Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ., Terán Trillo M, Ponce-Rosas ER. Pobreza y daños a la salud a nivel familiar. Arch Med Fam 1999; 1 (1): 27-34
- 20.- Ruiz-Carbonell R. La violencia familiar y los Derechos Humanos: La Violencia familiar en el colectivo de Personas Mayores. Ed. México: CNDH, 2001; 7:191-200
- 21.- Thévenon A, Pollez B. Manual de Rehabilitación en Geriatría. Ed. Madrid: Editorial Masson, 1996.
- 22.- Beck J C, et al. Geriatrics Review Syllabus. A Core currículum in Geriatric Medicine. Ed. New York: American Geriatrics Society. 1992.
- 23.- Ham RJ. Malos tratos a ancianos. En: Taylor RE, editor. Medicina de Familia. Principios y Práctica. 5ª.ed. Barcelona: Springer, 1998: 270-274
- 24.- Jogerst GJ, Daly JM, Brinig MF, Dawson JD, Schmuch GA, Ingram JG. Domestic Elder Abuse and the Law. Am J Public Health 2003; 93 (12): 2131-2136
- 25.- Costa AJ. Abuso de ancianos. En Violencia Familiar y Relaciones abusivas. Clínicas de Atención Primaria 1993; 2: 441- 457
- 26.- Robertson RG, Montagnini M. Geriatric Failure to Thrive. Am Fam Physician 2004;70:343-50
- 27.- MacLennan W. "Abuse of the elderly": a chapter in the World Report on Violence and Health. Edited by E.G. Krug et al. Geneva: World Health Organization, 2002. Age and Ageing 2003; 32: 136

- 28.- Eyler AE, Cohen M. Case Studies in Partner Violence. Am Fam Physician 1999; 60: 2569-76.
- 29.- Heath JM, Dyer CB, Kerzner LJ, Mosqueda L, Murphy C. Four Models of Medical Education about Elder Mistreatment. Academic Medicine 2002; 77 (11): 1101-06
- 30.- Rosenblatt DE. Elder Abuse. What Can Physician Do? Arch Fam Med 1996; 5: 88-90
- 31.- Wolf RS. Suspected Abuse in an Elderly Patient. Am Fam Physician 1999; 59 (5): 1319-1320
- 32.- Lachs MS, Pillemer K. Abuse and Neglect of elderly persons. NEJM 1995; 332 (7): 437-443
- 33.- Mezey MD, et al. Geriatric Nursing Protocols for Best Practice. 1a Edición: New York. Editorial Springer Publishing Company, 1999.
- 34.- Mezey MD, et.al. The Encyclopedia of Elder Care. 1a Edición: New York. Editorial Springer Publishing Company, 2001.
- 35.- Jasinski JL, Dietz TL. Domestic Violence and Stalking Among Older Adults: An Assessment of Risk Markers. J Elder Abuse & Neglect 2003; 15(1): 3-18
- 36.- Montes de Oca I. La Sensibilización de la Familia, esencia para evitar el Maltrato al Adulto Mayor. Boletín de Prensa IMSS 2005; 18 Febrero 2005.
- 37.- Padilla Nieto E. Manual de Derechos Humanos y no Discriminación del Adulto Mayor. 3ª Ed. México Comisión Nacional de Derechos Humanos 2003.
- 38.- Allen PD, Kellett K, Gruman C. Elder Abuse in Connecticut's Nursing Homes. J Elder Abuse & Neglect 2003; 15(1): 19-42
39. DOJ reviewed. Prosecutors curriculum on Elder Abuse. U.S. Department of Justice. NYC Elder Abuse Training Project. 2005

TABLAS

Tabla.1
EDAD DE LOS ANCIANOS
DEL HGZ UMF 8 SAN ANGEL
2006
n= 145

Media	72.90
Mediana	73.00
Moda	65(a)
Desv. típ.	7.045
Mínimo	60
Máximo	90

Tabla. 2
ESCOLARIDAD DEL ANCIANO
DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006
n= 145

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	36	24.8
Menos de Primaria	54	37.2
Primaria Completa	26	17.9
Secundaria Completa	10	6.9
Preparatoria Completa	4	2.8
Carrera técnica	9	6.2
Licenciatura	6	4.1
Total	145	100.0

Tabla. 3
ESTADO CIVIL DEL ANCIANO
DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006
n= 145

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	7	4.8
Casado	84	57.9
Divorciado	1	.7
Separado	8	5.5
Viudo	41	28.3
Unión Libre	4	2.8

Tabla. 4
GÉNERO DEL CUIDADOR DEL ANCIANO
DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006
n=145

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	103	71.0
Masculino	31	21.4
No cuidador	11	7.6

Tabla. 5
PARENTESCO DEL CUIDADOR CON EL ANCIANO
DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006
n=145

	Frecuencia	Porcentaje
Esposo(a)	64	44.1
Hija	37	25.5
Hijo	15	10.3
Nuera	6	4.1
Otro miembro de la Familia	8	5.5
CUIDADOR PAGADO	3	2.1
Otro: Amigo, Conocido	1	.7
No cuidador	11	7.6
Total	145	100.0

Tabla. 6
CONSISTENCIA INTERNA. CONFIABILIDAD POR DOMINIO.
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN. MALTRATO EN EL ANCIANO
HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL.
2006

Dominios	Media	IC 95 %	Mediana	DE	Correlación intraclass (n=145) Alpha de Cronbach
Evaluación General (4 ítems)	8.34	7.95-8.72	8.00	2.384	0.831
Evaluación Negligencia (9 ítems)	12.93	12.27-13.58	12.00	4.010	0.605
Estilo de Vida Usual (7 ítems)	10.72	10.02-11.41	9.00	4.258	0.771
Evaluación social* (8 ítems)	18.42	17.74-19.09	18.00	4.174	0.769
Evaluación médica (7 ítems)	9.9	9.49-10.48	9.00	3.016	0.475
Negligencia Psicológica/emocional (4 ítems)	7.54	6.84-8.23	6.00	4.293	0.890
Evaluación sumatoria (4 ítems)	6.03	5.64-6.42	5.00	2.395	0.608
Global* (43 ítems)	74.09	71.42-76.46	72	16.40	0.893

* Fue eliminado el ítem que se refiere a la relación del anciano con el personal de la casa de cuidados, dado que ninguno pertenece a una Casa de Cuidados, Asilo o Residencia.

Tabla. 7
DIFERENCIAS ENTRE LA EVIDENCIA Y NO EVIDENCIA DE CADA ÍTEM,
DEL DOMINIO I. EL INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DEL
MALTRATO EN ANCIANOS URBANOS MEXICANOS
DEL HGZ/UMF 8 SAN ÁNGEL.
2006

n=145	EVIDENCIA	NO EVIDENCIA
Evaluación General—Ropa *	15 (10.3%)	38 (26.2%)
Evaluación General—Higiene	52 (35.9%)	93 (64.1%)
Evaluación General—Nutrición	69 (47.6%)	76 (52.4%)
Evaluación General—Integridad de la Piel	88 (60.7%)	57 (39.3%)
Global Evaluación General; Solamente 41 no presentan datos de evidencia		
* Incapaz de evaluar 92 (63.4%)		

Tabla. 8
DIFERENCIAS ENTRE LA EVIDENCIA Y NO EVIDENCIA DE CADA ÍTEM,
DEL DOMINIO II. DEL INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DEL
MALTRATO EN ANCIANOS URBANOS MEXICANOS
DEL HGZ/UMF 8 SAN ÁNGEL.
2006

n=145	EVIDENCIA	NO EVIDENCIA
Evaluación Negligencia—Contusiones _ equimosis	7 (4.8%)	138 (95.2%)
Evaluación Negligencia—Contracturas	11 (7.6%)	134 (92.4%)
Evaluación Negligencia—Úlceras por presión	7 (4.8 %)	138 (95.2%)
Evaluación Negligencia—Deshidratación	65 (44.8%)	80 (55.2%)
Evaluación Negligencia—Diarrea	20 (13.8%)	125 (86.2%)
Evaluación Negligencia—Constipación_ estreñimiento	35 (24.1%)	110 (75.9%)
Evaluación Negligencia—Heridas	12 (8.3%)	133 (91.7%)
Evaluación Negligencia—Desnutrición	39 (26.9%)	106 (73.1%)
Evaluación Negligencia—Irritación por Orina	10 (6.9 %)	135 (93.1%)
Global Evaluación Negligencia Solamente 51 no presentan datos de evidencia		

Tabla. 9
DIFERENCIAS ENTRE LA EVIDENCIA Y NO EVIDENCIA DE CADA ÍTEM,
DEL DOMINIO III DEL INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DEL
MALTRATO EN ANCIANOS URBANOS MEXICANOS
DEL HGZ/UMF 8 SAN ÁNGEL.
2006

n=145	EVIDENCIA	NO EVIDENCIA
Estilo de Vida Usual—Administración de sus medicamentos	24 (16.6%)	121 (83.4%)
Estilo de Vida Usual—Caminar solo	26 (17.9%)	119 (82.1%)
Estilo de Vida Usual—Control micción/defecación	18 (12.4%)	127 (87.6%)
Estilo de Vida Usual—Alimentarse	6 (4.1%)	139 (95.9%)
Estilo de Vida Usual—Bañarse	20 (13.8%)	125 (86.2%)
Estilo de Vida Usual—Manejar su dinero	24 (16.6%)	121 (83.4%)
Estilo de Vida Usual—Mantenimiento de su familia	68 (47.6%)	76 (52.4%)
Global Estilo de Vida Usual; Solamente 59 no presentan datos de evidencia		

Tabla. 10
DIFERENCIAS ENTRE LA EVIDENCIA Y NO EVIDENCIA DE CADA ÍTEM,
DEL DOMINIO IV DEL INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DEL
MALTRATO EN ANCIANOS URBANOS MEXICANOS
DEL HGZ/UMF 8 SAN ÁNGEL.
2006

n=145	EVIDENCIA	NO EVIDENCIA
Evaluación Social—Su situación económica	81 (55.9%)	64 (44.1%)
Evaluación Social—Su relación con su Familia	42 (29.0%)	103 (71.0%)
Evaluación Social—Su relación con amigos	48 (33.1%)	97 (66.9%)
Evaluación Social—Su interacción con el personal de la casa de cuidados	0 (0%)	0 (0%)
Evaluación Social—Su vivienda	20 (13.8%)	125 (86.2%)
Evaluación Social—Su interacción con la persona que lo cuida	19 (13.1%)	115 (79.3%)
Evaluación Social—Su participación en actividades sociales	57 (39.3%)	87 (60%)
Evaluación Social—La ayuda que recibe por parte de la familia	58 (40%)	84 (57.9%)
Evaluación Social—Su habilidad para expresar necesidades	73 (50.3%)	72 (49.7%)
Global. Evaluación Social; Solamente 27 no presentan datos de evidencia		

Tabla. 11
DIFERENCIAS ENTRE LA EVIDENCIA Y NO EVIDENCIA DE CADA ÍTEM,
DEL DOMINIO V. DEL INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DEL
MALTRATO EN ANCIANOS URBANOS MEXICANOS
DEL HGZ/UMF 8 SAN ÁNGEL.
2006

n=145	EVIDENCIA	NO EVIDENCIA
Evaluación Médica—Mal uso de medicamentos por sobredosis o duplicación	8 (5.5%)	137 (94.5%)
Evaluación Médica—Mal uso de medicamentos por falta de cumplimiento	33 (22.8%)	112 (77.2%)
Evaluación Médica—Consumo de alcohol ó uso de alguna droga	21 (14.5%)	124 (85.5%)
Evaluación Médica—Signos clínicos deshidratación	40 (27.6%)	105 (72.4%)
Evaluación Médica—Contusiones alejados de supuesto trauma	1 (0.7%)	144 (99.3%)
Evaluación Médica—Falta de respuesta al advertir enfermedad obvia	28 (19.3%)	117 (80.7%)
Evaluación Médica—Repetidas admisiones a los servicios médicos	21 (14.5%)	124 (85.5%)
Global. Evaluación Médica; Solamente 58 no presentan datos de evidencia		

Tabla. 12
DIFERENCIAS ENTRE LA EVIDENCIA Y NO EVIDENCIA DE CADA ÍTEM,
DEL DOMINIO VI. DEL INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DEL
MALTRATO EN ANCIANOS URBANOS MEXICANOS
DEL HGZ/UMF 8 SAN ÁNGEL.
2006

n=145	EVIDENCIA	NO EVIDENCIA
Negligencia Psico/Emocional—Declara estar solo por largos periodos de tiempo	61 (42.1%)	84 (57.9%)
Negligencia Psico/Emocional—Declara que es ignorado ó recibe trato silencioso	50 (34.5%)	95 (65.5%)
Negligencia Psico/Emocional—Declara que es Impedido para recibir compañía, noticias, cambios de rutina	24 (16.6%)	121 (83.4%)
Negligencia Psico/Emocional—Queja subjetiva de negligencia ó declara que se siente descuidado	39 (26.9%)	106 (73.1%)
Global. Negligencia Psico/Emocional; Solamente 79 no presentan datos de evidencia		

Tabla. 13
DIFERENCIAS ENTRE LA NO EVIDENCIA Y LA EVIDENCIA DE CADA
ÍTEM DEL DOMINIO VII EVALUACIÓN SUMATORIA, DEL INSTRUMENTO
DE EVALUACIÓN PARA MALTRATO EN ANCIANOS
URBANOS MEXICANOS. DEL HGZ/UMF 8 SAN ÁNGEL.
2006

n=145	EVIDENCIA	NO EVIDENCIA
Evaluación Sumatoria—Evidencia de negligencia	29 (20%)	116 (80%)
Evaluación Sumatoria—Evidencia de abuso físico	2 (1.4%)	143 (98.6%)
Evaluación Sumatoria—Evidencia de abuso psicológico	39 (26.9%)	106 (73.1%)
Evaluación Sumatoria—Evidencia de abuso financiero	27 (18.6%)	118 (81.4%)

Tabla. 14
GLOBAL DE LOS DOMINIOS CON EVIDENCIA DEL
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE MALTRATO EN EL ANCIANO.
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZUMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145		DOMINIOS CON EVIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN EVIDENCIA DE MALTRATO		0	2	1.4
EVIDENCIA DE MALTRATO	LEVE	1	8	5.5
		2	17	11.7
	MODERADO	3	28	19.3
		4	45	31.0
	GRAVE	5	21	14.5
		6	24	16.6
		Total	145	100

Tabla. 15
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: EDAD, GÉNERO, ESCOLARIDAD
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO I. EVALUACIÓN GENERAL. "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145					
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA	VALOR p	RAZON DE MOMIOS
EDAD	60 A 69 años	33 (22.7%)	18 (12.4%)	NS	0.594
	70 años y más	71 (67.4%)	23 (15.9%)		
GÉNERO	Masculino	57 (39.3%)	21 (14.5%)	0.042	0.866
	Femenino	47 (32.4%)	20 (13.8%)		
ESCOLARIDAD	Ninguna	33 (22.7%)	3 (2.1%)	NS	NS
	Menos de Primaria	40 (27.5%)	14 (9.7%)		
	Primaria Completa	14 (9.6%)	12 (8.3%)		
	Secundaria Completa	5 (3.4%)	5 (1.4%)		
	Preparatoria Completa	2 (1.4%)	2 (1.4%)		
	Carrera Técnica	7 (4.8%)	2 (1.4%)		
	Licenciatura	3 (2.1%)	3 (2.1%)		

Tabla. 16
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: ESTADO CIVIL,
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL, SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL.
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO I. EVALUACIÓN GENERAL. "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA	VALOR p
ESTADO CIVIL	Soltero	5 (3.4%)	2 (1.4%)	
	Casado	54 (37.2%)	30 (20.7%)	NS
	Divorciado	1 (0.7%)	0	
	Separado	8 (5.5%)	0	
	Viudo	34 (23.4%)	7 (4.8%)	
	Unión Libre	2 (1.4%)	2 (1.4%)	
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL	Tiempo completo	5 (3.4%)	1 (0.7%)	
	Medio Tiempo	3 (2.1%)	4 (2.8%)	NS
	Retirado	7 (4.8%)	3 (2.1%)	
	Pensionado	50 (34.5%)	20 (13.8%)	
	Desempleado	9 (6.2%)	2 (1.4%)	
	J_Fam ó Ama de Casa	30 (20.7%)	11 (7.6%)	
SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL	Ingreso mensual 1000-2000 pesos	40 (27.58%)	13 (9.1%)	
	Ingreso mensual 2000-4000 pesos	4 (2.75%)	4 (2.75%)	NS
	Cuidador aporta dinero para el anciano	10 (6.89%)	4 (2.75%)	
	Anciano recibe su pensión	50 (34.5%)	20 (13.8%)	

Tabla. 17
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN RELACIÓN AL CUIDADOR:
GÉNERO DEL CUIDADOR, PARENTESCO CON EL ANCIANO
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO I. EVALUACIÓN GENERAL. "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA	VALOR p
GÉNERO DEL CUIDADOR	No Cuidador	11 (7.6%)	0	
	Masculino	24 (16.6%)	7 (4.8%)	NS
	Femenino	69 (47.6%)	34 (23.4%)	
PARENTESCO DEL CUIDADOR CON EL ANCIANO	Esposos (a)	39 (26.89%)	25 (17.2%)	
	Hija	27 (18.6%)	10 (6.9%)	NS
	Hijo	13 (9.1%)	2 (1.4%)	
	Nuera	4 (2.7%)	2 (1.4%)	
	Otro miembro de la Familia	6 (4.1%)	2 (1.4%)	
	CUIDADOR PAGADO	3 (2.0%)	0	
	Otro sin parentesco.	1 (0.7%)	0	
	No Cuidador	11 (7.6%)	0	

Tabla. 18
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: EDAD, GÉNERO, ESCOLARIDAD
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO II. EVALUACIÓN DE NEGLIGENCIA. "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA	VALOR p	RAZON DE MOMIOS
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS					
EDAD	60 A 69 años	34 (23.4%)	17 (11.7%)	NS	NS
	70 años y más	60 (41.4%)	34 (23.4%)		
GÉNERO	Masculino	52 (35.85)	26 (17.9%)	NS	0.84
	Femenino	42 (28.95%)	25 (17.24%)		
ESCOLARIDAD	Ninguna	29 (20%)	7 (4.85 %)	NS	NS
	Menos de Primaria	36 (24.85)	18 (12.4%)		
	Primaria Completa	15 (10.3%)	11 (7.6%)		
	Secundaria Completa	6 (4.1%)	4 (2.8%)		
	Preparatoria Completa	1 (0.7%)	3 (2.1%)		
	Carrera Técnica	6 (4.1%)	3 (2.1%)		
	Licenciatura	1 (0.7%)	5 (3.5%)		

Tabla. 19
CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS: ESTADO CIVIL,
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL, SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL.
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO II. EVALUACIÓN DE NEGLIGENCIA. "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA	VALOR p
n= 145				
CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS				
ESTADO CIVIL	Soltero	3 (2.1%)	4 (2.8%)	
	Casado	53 (36.5%)	31 (21.3%)	NS
	Divorciado	1 (0.7%)	0	
	Separado	7 (4.8%)	1 (0.7%)	
	Viudo	27 (18.6%)	14 (9.6%)	
	Unión Libre	3 (2.1%)	1 (0.7%)	
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL	Tiempo completo	4 (2.8%)	2 (1.3%)	
	Medio Tiempo	6 (4.1%)	1 (0.7%)	NS
	Retirado	7 (4.8%)	3 (2.1%)	
	Pensionado	42 (28.9%)	28 (19.3%)	
	Desempleado	9 (6.2%)	2 (1.3%)	
	J_Fam ó Ama de Casa	26 (17.9%)	15 (10.34%)	
SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL	Ingreso mensual 1000-2000 pesos	38 (26.2%)	15 (10.3%)	
	Ingreso mensual 2000-4000 pesos	6 (4.1%)	2 (1.4%)	NS
	Cuidador aporta dinero para el anciano	8 (5.5%)	6 (4.1%)	
	Anciano recibe su pensión	42 (28.9%)	28 (19.3%)	

Tabla. 20
CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS EN RELACIÓN AL CUIDADOR:
GÉNERO DEL CUIDADOR, PARENTESCO CON EL ANCIANO
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO II. EVALUACIÓN DE NEGLIGENCIA. "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145 CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA	VALOR p
GÉNERO DEL CUIDADOR	No Cuidador	7 (4.8%)	4 (2.7%)	0.01
	Masculino	20 (13.7%)	11 (7.6%)	
	Femenino	67 (46.2%)	36 (24.8%)	
PARENTESCO DEL CUIDADOR CON EL ANCIANO	Esposos (a)	42 (28.9%)	22 (15.2%)	NS
	Hija	21 (14.4%)	16 (11.1%)	
	Hijo	11 (7.5%)	4 (2.8%)	
	Nuera	4 (2.7%)	2 (1.4%)	
	Otro miembro de la Familia	6 (4.1%)	2 (1.4%)	
	CUIDADOR PAGADO	2 (1.3%)	1 (0.7%)	
	Otro sin parentesco.	1 (0.7%)	0	
	No Cuidador	7 (4.82)	4 (2.8%)	

Tabla. 21
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: EDAD, GÉNERO, ESCOLARIDAD
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO III. ESTILO DE VIDA USUAL. "E.A.I" ANCIANOS URBANOS
MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA	VALOR p	RAZON DE MOMIOS
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS					
EDAD	60 A 69 años	26 (17.9%)	25 (17.2%)	NS	0.589
	70 años y más	60 (41.4%)	34 (23.4%)		
GÉNERO	Masculino	35 (24.1%)	43 (29.6%)	NS	3.91
	Femenino	51 (35.2%)	16 (11%)		
ESCOLARIDAD	Ninguna	28 (19.3%)	8 (5.5%)	NS	NS
	Menos de Primaria	36 (24.8%)	18 (12.4%)		
	Primaria Completa	11 (15.4%)	15 (10.3%)		
	Secundaria Completa	3 (2.1%)	7 (4.8%)		
	Preparatoria Completa	2 (1.4%)	2 (1.4%)		
	Carrera Técnica	5 (3.5%)	4 (2.4%)		
	Licenciatura	1 (0.7%)	5 (3.5%)		

Tabla. 22
CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS: ESTADO CIVIL,
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL, SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL.
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO III. ESTILO DE VIDA USUAL. "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145

CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA
ESTADO CIVIL	Soltero	2 (1.4%)	5 (3.4%)
	Casado	48 (33.1%)	36 (24.8%)
	Divorciado	1 (0.7%)	0
	Separado	8 (5.5%)	0
	Viudo	25 (17.2%)	16 (11%)
	Unión Libre	2 (1.4%)	2 (1.4%)
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL	Tiempo completo	0	6 (4.1%)
	Medio Tiempo	1 (0.7%)	6 (4.1%)
	Retirado	8 (5.5%)	2 (1.4%)
	Pensionado	34 (23.4%)	36 (24.8%)
	Desempleado	7 (4.8%)	4 (2.7%)
	J_Fam ó Ama de Casa	36 (24.8%)	5 (3.4%)
SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL	Ingreso mensual 1000-2000 pesos	35 (24.1%)	18 (12.4%)
	Ingreso mensual 2000-4000 pesos	4 (2.7%)	4 (2.7%)
	Cuidador aporta dinero para el anciano	13 (23.4%)	1 (0.7%)
	Anciano recibe su pensión	34 (23.4%)	36 (24.8%)

Tabla. 23
CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS EN RELACIÓN AL CUIDADOR:
GÉNERO DEL CUIDADOR, PARENTESCO CON EL ANCIANO
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO III. ESTILO DE VIDA USUAL "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145

CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA
GÉNERO DEL CUIDADOR	No Cuidador	5 (3.4%)	6 (4.4%)
	Masculino	22 (15.2%)	9 (6.2%)
	Femenino	59 (40.7%)	44 (30.3%)
PARENTESCO DEL CUIDADOR CON EL ANCIANO	Esposo (a)	32 (22.1%)	32 (22.1%)
	Hija	27 (21.9%)	10 (6.7%)
	Hijo	10 (6.8%)	5 (3.4%)
	Nuera	5 (3.4%)	1 (0.7%)
	Otro miembro de la Familia	5 (3.4%)	3 (2.1%)
	CUIDADOR PAGADO	2 (1.4%)	1 (0.7%)
	Otro sin parentesco.	0	1 (0.7%)
	No Cuidador	0	6 (4.1%)

Tabla. 24
CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS: EDAD, GENERO, ESCOLARIDAD
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO IV EVALUACIÓN SOCIAL "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA	VALOR p	RAZON DE MOMIOS
CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS					
EDAD	60 A 69 años	39 (26.9%)	12 (8.2%)	NS	0.617
	70 años y más	79 (54.48%)	15 (10.3%)		
GÉNERO	Masculino	61 (42.1%)	17 (11.7%)	NS	1.5
	Femenino	57 (39.31%)	10 (6.9%)		
ESCOLARIDAD	Ninguna	34 (23.4%)	2 (1.4%)	NS	NS
	Menos de Primaria	44 (30.3%)	10 (6.9%)		
	Primaria Completa	22 (15.2%)	4 (2.8%)		
	Secundaria Completa	7 (4.8%)	3 (2.1%)		
	Preparatoria Completa	3 (2.1%)	1 (0.7%)		
	Carrera Técnica	7 (4.8%)	2 (1.4%)		
	Licenciatura	1 (0.7%)	5 (3.4%)		

Tabla. 25
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: ESTADO CIVIL,
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL, SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL.
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO IV EVALUACIÓN SOCIAL "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA
ESTADO CIVIL	Soltero	5 (3.4%)	2 (1.4%)
	Casado	63 (43.44%)	21 (14.4%)
	Divorciado	1 (0.7%)	0
	Separado	8 (5.5%)	0
	Viudo	38 (26.20%)	3 (2.1%)
	Unión Libre	3 (2.1%)	1 (0.7%)
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL	Tiempo completo	6 (4.1%)	0
	Medio Tiempo	5 (3.4%)	2 (1.4%)
	Retirado	8 (5.5%)	2 (1.4%)
	Pensionado	55 (37.9%)	15 (10.3%)
	Desempleado	10 (6.8%)	1 (0.7%)
	J_Fam ó Ama de Casa	34 (23.4%)	7 (4.8%)
SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL	Ingreso mensual 1000-2000 pesos	45 (31%)	8 (5.5%)
	Ingreso mensual 2000-4000 pesos	6 (4.1%)	2 (1.4%)
	Cuidador aporta dinero para el anciano	12 (8.3%)	2 (1.4%)
	Anciano recibe su pensión	12 (8.3%)	15 (13.03%)

Tabla. 26
CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS EN RELACIÓN AL CUIDADOR:
GÉNERO DEL CUIDADOR, PARENTESCO CON EL ANCIANO
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO IV EVALUACIÓN SOCIAL "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145

CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA
GÉNERO DEL CUIDADOR	No Cuidador	11 (7.5%)	0
	Masculino	29 (20%)	2 (1.4%)
	Femenino	78 (83.8%)	25 (17.24%)
PARENTESCO DEL CUIDADOR CON EL ANCIANO	Esposo (a)	50 (34.4%)	14 (9.6%)
	Hija	26 (17.9%)	11 (7.6%)
	Hijo	15 (10.3%)	0
	Nuera	5 (3.4%)	1 (0.7%)
	Otro miembro de la Familia	7 (4.8%)	1 (0.7%)
	CUIDADOR PAGADO	3 (2.1%)	0
	Otro sin parentesco.	1 (0.7%)	0
	No Cuidador	11(7.5%)	0

Tabla. 27
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: EDAD, GÉNERO,
ESCOLARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO
DEL ANCIANO. DOMINIO V EVALUACIÓN MÉDICA "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA	RAZON DE MOMIOS
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS				
EDAD	60 A 69 años	25 (17.2%)	26 (17.9%)	0.496
	70 años y más	62 (42.7%)	32 (22%)	
GÉNERO	Masculino	49 (33.7%)	29 (20%)	0.776
	Femenino	38 (26.2%)	29 (20%)	
ESCOLARIDAD	Ninguna	20 (13.8%)	16 (11.0%)	
	Menos de Primaria	33 (22.7%)	21 (14.4%)	
	Primaria Completa	18 (12.4%)	8 (5.5%)	
	Secundaria Completa	7 (4.8%)	3 (2.1%)	
	Preparatoria Completa	1 (0.7%)	3 (2.1%)	
	Carrera Técnica	5 (3.4%)	4 (2.8%)	
	Licenciatura	3 (2.1%)	3 (2.1%)	

Tabla. 28
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: ESTADO CIVIL,
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL, SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL.
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO V EVALUACIÓN MÉDICA "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA
ESTADO CIVIL	Soltero	4 (2.7%)	3 (2.1%)
	Casado	50 (34.48%)	34 (23.4%)
	Divorciado	1 (0.7%)	0
	Separado	8 (5.5%)	0
	Viudo	22 (15.1%)	19 (13.1%)
	Unión Libre	2 (1.4%)	2. (1.4%)
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL	Tiempo completo	4 (2.8%)	2 (1.4%)
	Medio Tiempo	6 (4.1%)	1 (0.7%)
	Retirado	8 (5.5%)	2 (1.4%)
	Pensionado	40 (27.58%)	30 (20.6%)
	Desempleado	8 (5.5%)	3 (2.1%)
	J_Fam ó Ama de Casa	21 (14.4%)	20 (13.8%)
SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL	Ingreso mensual 1000-2000 pesos	33 (22.7%)	20 (13.7%)
	Ingreso mensual 2000-4000 pesos	6 (4.1%)	2 (1.3%)
	Cuidador aporta dinero para el anciano	8 (5.5%)	6 (4.1%)
	Anciano recibe su pensión	40 (27.6%)	30 (20.6%)

Tabla. 29
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN RELACIÓN AL CUIDADOR:
GÉNERO DEL CUIDADOR, PARENTESCO CON EL ANCIANO
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO V EVALUACIÓN MÉDICA "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA
GÉNERO DEL CUIDADOR	No Cuidador	8 (5.5%)	3 (2.0%)
	Masculino	14 (9.6%)	17 (11.7%)
	Femenino	65 (44.8%)	38 (26.2%)
PARENTESCO DEL CUIDADOR CON EL ANCIANO	Esposo (a)	38 (26.2%)	26 (17.9%)
	Hija	21 (14.4%)	16 (11%)
	Hijo	7 (4.8%)	8 (5.5%)
	Nuera	4 (2.7%)	2 (1.4%)
	Otro miembro de la Familia	7 (4.8%)	1 (0.7%)
	CUIDADOR PAGADO	2 (1.3%)	1 (0.7%)
	Otro sin parentesco.	0	1 (0.7%)
	No Cuidador	8 (6.6%)	3 (2.0%)

Tabla. 30
CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS: EDAD, GENERO, ESCOLARIDAD
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO VI NEGLIGENCIA PSICO - EMOCIONAL "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA	VALOR p	RAZON DE MOMIOS
CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS					
EDAD	60 A 69 años	20 (13.7%)	31 (21.3%)	NS	1.48
	70 años y más	46 (31.7%)	48 (33.1%)		
GÉNERO	Masculino	31 (21.4%)	47 (32.4%)	NS	0.603
	Femenino	35 (24.1%)	32 (22.06%)		
ESCOLARIDAD	Ninguna	20 (13.8%)	16 (11%)	NS	NS
	Menos de Primaria	27 (18.6%)	27 (18.6%)		
	Primaria Completa	9 (6.2%)	17 (11.7%)		
	Secundaria Completa	3 (2.1%)	7 (4.8%)		
	Preparatoria Completa	0	4 (2.7%)		
	Carrera Técnica	5 (3.4%)	4 (2.7%)		
	Licenciatura	2 (1.4%)	4 (2.7%)		

Tabla. 31
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: ESTADO CIVIL,
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL, SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL.
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL ANCIANO.
DOMINIO VI NEGLIGENCIA PSICO - EMOCIONAL "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA
ESTADO CIVIL	Soltero	5 (3.44%)	2 (1.4%)
	Casado	28 (19.3%)	56 (38.6%)
	Divorciado	1 (0.7%)	0
	Separado	5 (3.44%)	3 (2.1%)
	Viudo	26 (17.93%)	15 (10.3%)
	Unión Libre	1 (0.7%)	3 (2.1%)
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL	Tiempo completo	3 (2.1%)	3 (2.1%)
	Medio Tiempo	2 (1.4%)	5 (3.44%)
	Retirado	4 (2.75%)	6 (4.1%)
	Pensionado	28 (19,3%)	42 (96%)
	Desempleado	8 (5.5%)	3 (2.1%)
	J_Fam ó Ama de Casa	21 (14.5%)	20 (13.8%)
SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL	Ingreso mensual 1000-2000 pesos	28 (19.3%)	25 (17.24%)
	Ingreso mensual 2000-4000 pesos	4 (2.8%)	4 (2.8%)
	Cuidador aporta dinero para el anciano	6 (4,13%)	8 (5.5%)
	Anciano recibe su pensión	28 (19.3%)	42 (28.96%)

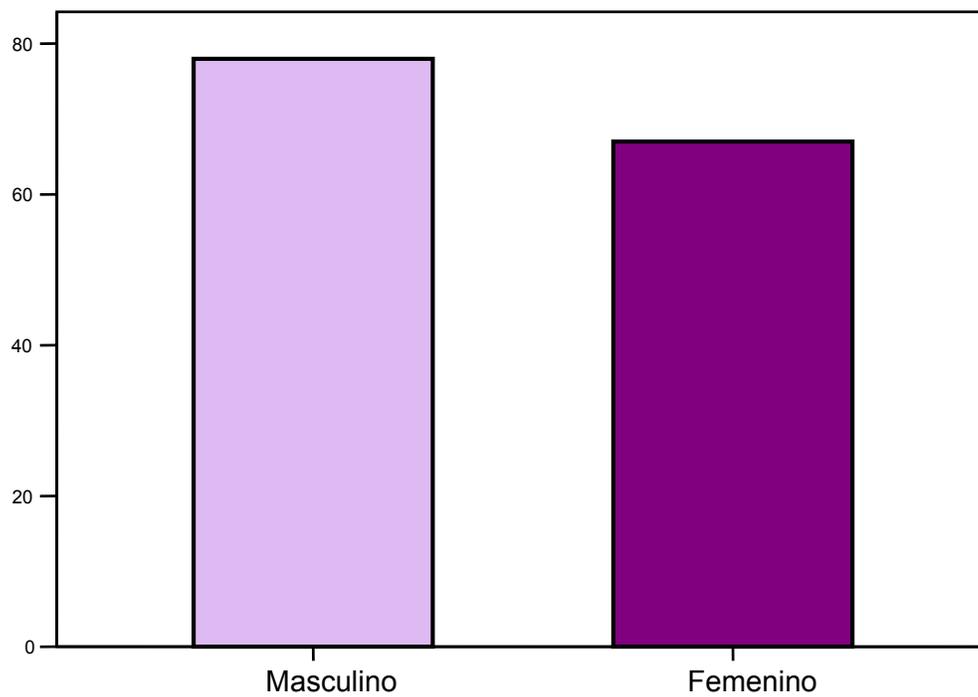
Tabla. 32
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN RELACIÓN AL CUIDADOR:
GÉNERO DEL CUIDADOR, PARENTESCO CON EL ANCIANO
Y SU RELACIÓN CON LA EVIDENCIA DEL MALTRATO DEL
ANCIANO. DOMINIO VI NEGLIGENCIA PSICO - EMOCIONAL "E.A.I"
ANCIANOS URBANOS MEXICANOS DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006

n= 145

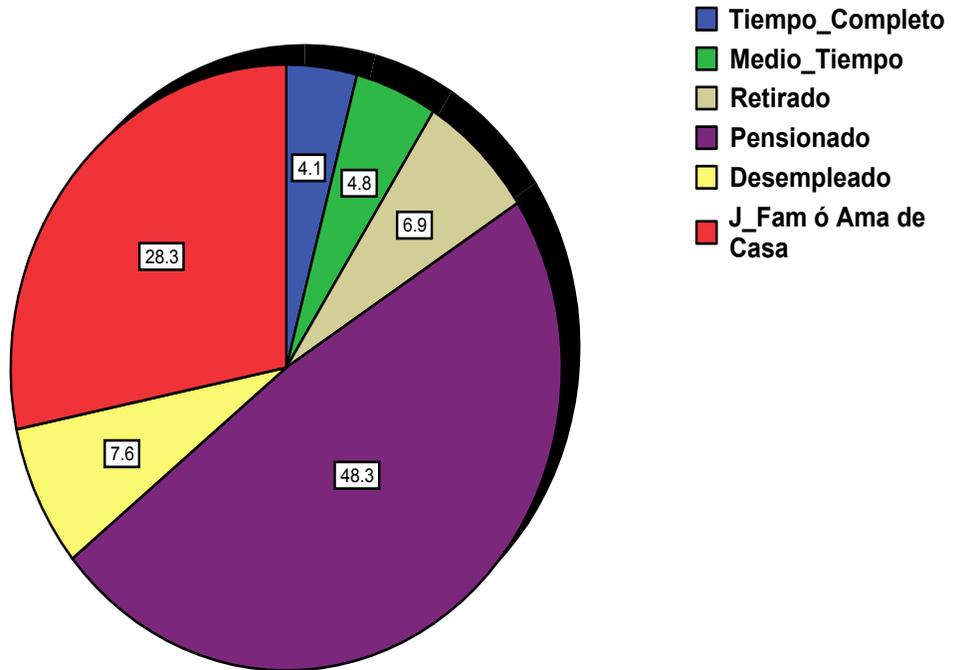
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		EVIDENCIA	NO EVIDENCIA
GÉNERO DEL CUIDADOR	No Cuidador	11 (7.5%)	0
	Masculino	16 (11%)	15 (10.3%)
	Femenino	39 (26.8%)	64 (44.1%)
PARENTESCO DEL CUIDADOR CON EL ANCIANO	Esposo (a)	23 (15.8%)	41 (28.27%)
	Hija	15 (10.3%)	22 (15.2%)
	Hijo	6 (4.1%)	9 (6.2%)
	Nuera	2 (1.4%)	4 (2.7%)
	Otro miembro de la Familia	5 (3.4%)	3 (2.0%)
	CUIDADOR PAGADO	3 (2.1%)	0
	Otro sin parentesco.	1 (0.7%)	0
	No Cuidador	11 (7.5%)	0

GRÁFICAS

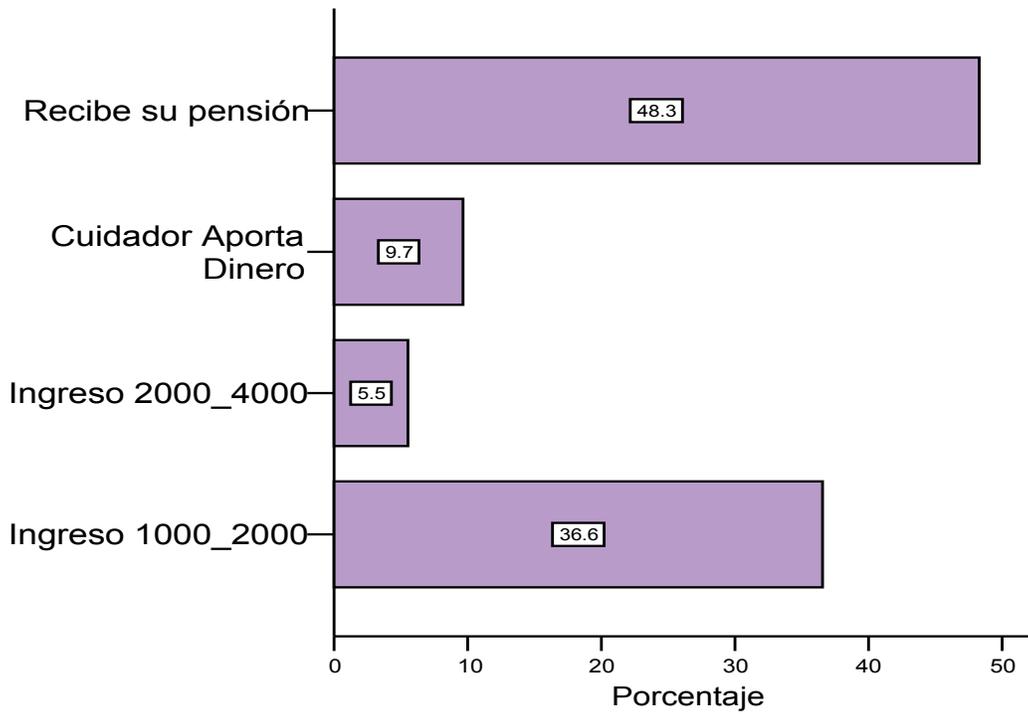
Gráfica. 1
GÉNERO DE LOS ANCIANOS
DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006
n = 145



Gráfica. 2
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL DEL ANCIANO
DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006
n=145



Gráfica. 3
SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL DEL ANCIANO
DEL HGZ UMF 8 SAN ÁNGEL
2006
n= 145



Anexo_2

Caso No.		Demografía del Anciano y del Cuidador	
Nombre del Anciano		No. Afiliación	
Nombre del Cuidador			
<u>DATOS DEMOGRÁFICOS DEL ANCIANO</u>		<u>DATOS DEMOGRÁFICOS DEL CUIDADOR</u>	
Género M 1 F 2		Género FEMENINO MASCUNO	
Edad		Edad	
ORIGEN Y RESIDENCIA		ORIGEN Y RESIDENCIA	
1 Originario del D.F.		1 Originario del D.F.	
2 Originario de Provincia		2 Originario de Provincia	
3 Residente del D.F.		3 Residente del D.F.	
RELIGIÓN		RELIGIÓN	
1 Religión Católica		1 Religión Católica	
2 Religión Protestante		2 Religión Protestante	
3 Otra		3 Región otra	
ESCOLARIDAD		ESCOLARIDAD	
1 Ninguna		1 Ninguna	
2 Menos de Primaria		2 Menos de Primaria	
3 Primaria completa		3 Primaria completa	
4 Secundaria completa		4 Secundaria completa	
5 Preparatoria completa		5 Preparatoria completa	
6 Carrera Técnica		6 Carrera Técnica	
7 Licenciatura		7 Licenciatura	
8 Escolaridad Post-Grado		8 Escolaridad Post-Grado	
ESTADO CIVIL	No. HIJOS	ESTADO CIVIL	No. HIJOS
1 Soltero		1 Soltero	
2 Casado		2 Casado	
3 Divorciado		3 Divorciado	
4 Separado		4 Separado	
5 Viudo		5 Viudo	
6 Unión Libre		6 Unión Libre	
Antes ¿EN QUÉ TRABAJABA?		PARENTESCO DEL CUIDADOR CON EL ANCIANO	
ACTUALMENTE SU SITUACIÓN LABORAL ES:		1 Esposa	5 Yerno
1 Tiempo completo		2 Hija	6 Otro miembro de la Familia
2 Medio tiempo		3 Hijo	7 Cuidador Pagado
3 Retirado		4 Nuera	8 Otro
4 Jubilado		TRABAJO	
5 Pensionado		1 Tiempo completo	
6 Desempleado		2 Medio tiempo	
7 Jefe de Familia / Ama de casa		3 Retirado	
8 Incapacitado		4 Jubilado	
9 Otros		5 Pensionado	
CUANTAS HORAS LO CUIDAN POR DIA		6 Desempleado	
1 Es por el cuidador		7 Trabajo en casa / Ama de casa	
2 Es por otros.		8 Incapacitado	
(S) Mas de 20 horas de cuidado por semana		9 Otros	
SITUACIÓN FINANCIERA		SITUACIÓN FINANCIERA	
1 Ingreso mínimo 1000-2000 pesos mensuales		1 Ingreso mínimo 1000-2000 pesos mensuales	
2 Ingreso medio 2000-4000 pesos mensuales		2 Ingreso medio 2000-4000 pesos mensuales	
3 Ingreso máximo más de 4000 pesos mensuales		3 Ingreso máximo más de 4000 pesos mensuales	
4 El cuidador aporta dinero para el mantenimiento del anciano		4 El cuidador aporta dinero para el mantenimiento del anciano	
5 El anciano recibe su pensión		5 El anciano recibe su pensión	
INFORMACIÓN ACERCA DEL HOGAR		INFORMACIÓN ACERCA DEL HOGAR	
1 El cuidador vive con el Anciano (% Si)		1 Cuidador vive con el Anciano (% Si)	
ANTECEDENTES DE SALUD		ANTECEDENTES DE SALUD	
No. De personas que vive dentro de la casa (bajo el mismo techo)		Enfermedades que padece el Cuidador	
ANTECEDENTES DE SALUD		Número de Hospitalizaciones es los últimos 12 meses.	
1 Enfermedades=Problemas de salud que requieren Atención Médica		SEGURO DE SALUD	
1 Problemas que limitan su actividad		1 Seguridad Social (% si)	
No. Veces que ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses		2 Seguro Privado (% si)	
No de visitas al Doctor en los últimos 12 meses		3 No asegurado (% si)	
SEGURO DE SALUD		4 Otros (% si)	
1 Seguridad Social (% si)		¿El cuidador Recibe pago?	
2 Seguro Privado (% si)			
3 Ningun seguro de salud			
4 Otros (% si)			
Versión al español y adaptación transcultural de Elder Assessment Instrument			
OBJETIVO: traducir Elder Assessment Instrument al idioma español y probar este instrumento en Ancianos urbanos Mexicanos. Servicio de Urgencias			
DISEÑO : estudio Observacional	Dra. Irene Rojas Tamariz	Residente De Medicina Familiar	
	Fulmer, T., Paveza, G., VandeWeerd, C., Fairchild, S., Guadagno, L.,		
	Bolton-Blatt, M., Norman, R., (2005) Dyadic Vulnerability and Risk Profiling		
	For Elder Neglect. The Gerontologist, 45, 525-534		

ANEXO 3								
MD	Elder (abuse) Assessment Instrument.						Nombre:	
IRT	Instrumento de Evaluación de Maltrato del Anciano						Caso No.	
4	General Assessment	I. Evaluación General	Muy Buena	Buena	Pobre	Muy Pobre	Incapaz	
							De Evaluar	
1	Clothing	Ropa	1	2	3	4	399	1
2	Hygiene	Higiene	1	2	3	4	399	2
3	Nutrition	Nutrición	1	2	3	4	399	3
4	Skin Integrity	Integridad de piel	1	2	3	4	399	4
		Comentario:						
9	Neglect Assessment	II. Evaluación de Negligencia / Descuido Maltrato del Anciano	No Evidencia	Probablemente No evidencia	Probable Evidencia	Evidencia	Incapaz	
							De Evaluar	
5	Bruising	Contusiones / Mallugaduras o Equimosis	1	2	3	4	399	5
6	Contractures	Contracturas articulares - musculares	1	2	3	4	399	6
7	Decubiti	Ulcera por presión o llagas	1	2	3	4	399	7
8	Dehydration	Deshidratación	1	2	3	4	399	8
9	Diarrhea	Diarrea	1	2	3	4	399	9
10	Impaction	Constipación o estreñimiento	1	2	3	4	399	10
11	Lacerations	Heridas o pérdidas de continuidad de la piel	1	2	3	4	399	11
12	Malnutrition	Desnutrición	1	2	3	4	399	12
13	Urine burns/excoriations	Rosado / Irritación por orina	1	2	3	4	399	13
		Comentario:						
7	Usual Lifestyle	III. Estilo de Vida Usual	Totalmente independiente	En su mayor parte independiente	En su mayor parte Dependiente	Totalmente Dependiente	Incapaz	
							De Evaluar	
14	Administration of meds	Para tomar correctamente sus medicamentos Usted es?	1	2	3	4	399	14
15	Ambulation	Para caminar, Usted es?	1	2	3	4	399	15
16	Continence	Para el control completo de la micción y defecación, Usted es?	1	2	3	4	399	16
17	Feedings	Para llevar los alimentos del plato a su boca, Usted es?	1	2	3	4	399	17
18	Maintenance of hygiene	Para bañarse, Usted es?	1	2	3	4	399	18
19	Management of finances	Para manejar su dinero, Usted es?	1	2	3	4	399	19
20	Family support	Para el mantenimiento de su familia Ustes es?	1	2	3	4	399	20
		Comentario:						
9	Social Assessment	IV. Evaluación Social	Muy Buena calidad	Buena Calidad	Pobre Calidad	Muy Pobre Calidad	Incapaz	
							De Evaluar	
21	Financial situation	Considera que: Su situación económica para sus necesidades básicas, ES?	1	2	3	4	399	21
22	Interaction with family	Las relaciones con SU FAMILIA usted considera que son...	1	2	3	4	399	22
23	Interaction with friends	Las relaciones con sus AMIGOS, VECINOS, son.....	1	2	3	4	399	23
24	Interaction with home personnel	Su relación con las personas que lo cuidan, en la casa de asistencia, asilo, Son:	1	2	3	4	399	24
25	Living arrangement	Las características de su Vivienda	1	2	3	4	399	25
26	Observed relationship with care provider	Su relación con LA PERSONA que lo cuida es:	1	2	3	4	399	26
27	Participation in daily social activities	Su participación en actividades sociales, (misa, reuniones, salidas)	1	2	3	4	399	27
28	Support systems	La AYUDA que recibe por parte de los hijos, de los nietos, familia, considera que:	1	2	3	4	399	28
29	Ability to express needs	Su capacidad, su habilidad para expresar sus necesidades (afectivas, económicas) es...	1	2	3	4	399	29
		Comentario:						

7	Medical Assessment	V. Evaluación Médica	No Evidencia	Probablemente No evidencia	Probable Evidencia	Evidencia	Incapaz De Evaluar	
30	Duplication of similar medications (e.g., multiple laxatives, sedatives)	Mal uso de medicamentos, por sobredosis o por duplicación (ejem. Uso de múltiples laxantes o sedantes)	1	2	3	4	999	30
31	Unusual doses of medication	Mal uso de medicamentos, por la falta de cumplimiento, olvido	1	2	3	4	999	31
32	Alcohol/substance abuse	Consumo de Alcohol o uso de alguna Droga.	1	2	3	4	999	32
33	Dehydration	Signo de lienzo húmedo, mucosas secas, ojos hundidos, sed	1	2	3	4	999	33
34	Bruises and/or trauma beyond what is compatible with alleged trauma	Contusiones y/o golpes que estan alejados del supuesto Trauma	1	2	3	4	999	34
35	Failure to respond to warning of obvious disease	Falta de respuesta al advertir enfermedad obvia - no acuden rápido al servicio	1	2	3	4	999	35
36	Repetitive admissions due to probable failure of health care surveillance	Repetidas admisiones a los servicios médicos por probable perdida de la vigilancia del estado de salud.	1	2	3	4	999	36
Comentario:								
4	Emotional / Psychological Neglect	VI. Negligencia Psico/Emocional	No Evidencia	Probablemente No evidencia	Probable Evidencia	Evidencia	Incapaz De Evaluar	
37	Elder states being left alone for long periods of time	Anciano que declara estar solo por largos periodos de tiempo	1	2	3	4	999	37
38	Elder states being ignored or given the "silent treatment"	Anciano que declara que es ignorado, reciben un trato silencioso	1	2	3	4	999	38
39	Elder states failure to receive companionship, news, changes in routine, information	Anciano que declara que es impedido le prohíben recibir: compañía, noticias, cambios de rutina, información.	1	2	3	4	999	39
40	Subjective complaint of neglect	Queja subjetiva de Negligencia, o que declara que se siente descuidado	1	2	3	4	999	40
Comentario:								
Summary Assessments			NO Evidencia	Probablemente No evidencia	Probable Evidencia	Evidencia	Incapaz De Evaluar	
41	Evidence of neglect	Evidencia de negligencia	1	2	3	4	999	41
42	Evidence of physical abuse	Evidencia de abuso físico	1	2	3	4	999	42
43	Evidence of psychological abuse	Evidencia de abuso psicológico	1	2	3	4	999	43
44	Evidence of financial abuse	Evidencia de abuso financiero	1	2	3	4	999	44
Comentario:								
Disposition			SI	No				
45	Referral to social service	Referir a Trabajo social.						
46	Referral to other	Referir a otro:						
If yes, please specify			Si, favor de especificar.					
1) Elder Assessment Instrument completed by assessment nurse. (Adapted from Fulmer T, Street S, Carr K Abuse of the elderly: screening and detection. J.Emerg Nurs 1984;10:131-40.)								
2) Fulmer T, Firpo A, Guadagno L, East T, Kahan F, Paris B. Themes from a grounded Theory Analysis of Elder Neglect Assessment by experts. The Gerontologist 2003;43:745-752								
3) Fulmer T, Paveza G, VanderWeerd C, Guadagno L, Fairchild S, Norman R, Abraham I, Bolton-Blatt M. Neglect Assessment in Urban Emergency Departments and Confirmation by Expert Clinical Team. Journal of Gerontology: Medical Sciences. 2005;60A:1002-1006								
Versión al español y adaptación transcultural de Elder Assessment Instrument								
Objetivo: traducir Elder Assessment Instrument al idioma español y probar este instrumento en Ancianos urbanos Mexicanos en Servicio de urgencias								
Diseño: estudio Observacional								
Dra. Irene Rojas Tamariz			Residente de Medicina Familiar			cs002675@siu.buap.mx		
México D.F. Hospital General de Zona / Unidad de Medicina Familiar No. 08								

Carta de consentimiento informado para participación en proyectos de investigación clínica

México DF. A _____ de _____ del _____

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

MALTRARO DEL ANCIANO MEXICANO
Versión al español y adaptación transcultural de Elder Assessment Instrument

Objetivo: traducir Elder Assessment Instrument al idioma español y probar este instrumento en Ancianos Urbanos Mexicanos, en el Servicio de Urgencias

Diseño: estudio Observacional

Registrado en el comité local de investigación medica con el número _____

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: permitir la exploración física, y responder al cuestionario para la detección de Maltrato del Anciano.

Declaro que se me ha informado sobre los riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de este estudio:

**Tiempo para contestar la encuesta de evaluación (aproximadamente 20 minutos máximo)*

**Detectar posiblemente maltrato en el anciano*

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

Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto Mexicano Del Seguro Social

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Aceptación verbal No Acepta Responder al Cuestionario

Paciente: _____

Caso No. _____

Dra. Irene Rojas Tamariz
Residente de Medicina Familiar