

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TIPOS DE MALTRATO FAMILIAR EN EL
ANCIANO RELACIONADOS CON EL GÉNERO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSE DE JESUS SANCHEZ MENDOZA

SEDE : UMF No 140 IMSS

ASESOR : DRA Ma. TERESA AVALOS CARRANZA

REGISTRO : 2006-3607-0020

MEXICO, D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**TIPOS DE MALTRATO FAMILIAR EN EL ANCIANO
RELACIONADOS CON EL GENERO**

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

**PRESENTA :
DR. JOSE DE JESUS SANCHEZ MENDOZA**

AUTORIZACIONES :

DR. RAYMUNDO SILVA FERNANDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR MODALIDAD SEMIPRESENCIAL UMF No
140 IMSS

DRA. Ma TERESA AVALOS CARRANZA
COORDINADOR DE PROGRAMAS EDUCATIVOS
AREA DE EDUCACION CONTINUA Y CAPACITACIÓN DE NIVEL
CENTRAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ASESOR

**TIPOS DE MALTRATO FAMILIAR EN EL ANCIANO
RELACIONADOS CON EL GENERO**

PRESENTA :

DR JOSE DE JESUS SANCHEZ MENDOZA

**AUTORIDADES DE LA UMF No 140 DEL IMSS
« DON ALFONSO SÁNCHEZ MADARIAGA »**

DRA. MA. DEL ROCIO CORDERO ZARCO

**DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 140 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DR. GERARDO GUEVARA MEJIA

**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN
SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 140 DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**TIPOS DE MALTRATO FAMILIAR EN EL ANCIANO
RELACIONADOS CON EL GENERO**

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

**PRESENTA :
DR. JOSE DE JESUS SANCHEZ MENDOZA**

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por la fortaleza espiritual, que ha representado mucho para mí en los momentos mas difíciles de mi vida, quien da la luz para guiarme por el camino trazado, a quien debo todo en la vida que me fue otorgada.

A MIS PADRES: BRÍGIDA Y SIMON

Por darme la vida, apoyándome en todo momento, por sus desvelos y esfuerzo para convertirme en el profesionista que soy, enseñándome los valores que me rigen.

A MI FAMILIA

Mi esposa; por su comprensión y paciencia a pesar de lo difícil que le ha resultado la vida en varios momentos. Mis hijos; Ivett, Pepe, Charly, Ale, Edy y Lupita porque de cada uno de ellos he aprendido la importancia de ser padre y pertenecer a una familia.

A MIS COMPAÑEROS Y MAESTROS

Porque sin ellos no hubiera sido posible concluir mis estudios de especialización ni esta tesis, orientándome en el ejercicio de la profesión.

ME

MI”

“A TODAS LAS PERSONAS QUE

APOYARON Y CREYERON EN

MUCHAS GRACIAS

INDICE

PRESENTACION DE TESIS

HOJA DE FIRMAS -----	II
AGRADECIMIENTOS -----	V
INDICE -----	VI
RESUMEN -----	IX
INTRODUCCION -----	X

1.- MARCO TEORICO

1.1 Maltrato -----	1
1.1.1 Definiciones de Maltrato -----	3
1.1.2 Tipos de Maltrato -----	4
1.1.3 Factores de Riesgo en el Maltrato -----	6
1.1.4 Modelo Social del Envejecimiento -----	7
1.1.5 Perfil del Anciano Maltratado y su Agresor -----	8
1.2 Género -----	10
1.3 Planteamiento del Problema -----	12
1.4 Justificación -----	13
1.5 Objetivos del Estudio -----	15
1.5.1 General	
1.5.2 Específico	
1.6 Hipótesis -----	16

2.- MATERIAL Y METODOS

2.2 Tipo de Estudio	17
2.3 Tipo de Muestreo	17
2.4 Participantes	18
2.4.1 Criterios de Inclusión	
2.4.2 Criterios de Exclusión	
2.1 Variables	
2.1.1 Especificación de las Variables	19
2.1.1.1 Variable Independiente	
2.1.1.2 Variable Dependiente	
2.1.1.3 Variables Extrañas	
2.1.2 Definición Operacional de las Variables	20
2.1.3 Definición Conceptual de las Variables	20
2.5 Instrumento de Evaluación	21
2.6 Procedimiento	22
2.6.1 Cronograma de Actividades	23
2.6.2 Aspectos Éticos	24
2.6.2.1 La Declaración de Helsinki	
2.6.2.2 Principios Básico	
2.6.2.3 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia	

De Investigación Para la Salud -----	26
2.6.2.4 Consentimiento Informado -----	27
2.6.3 Recursos: -----	28
2.6.3.1 Recursos Humanos -----	28
2.6.3.2 Recursos Materiales: -----	28
2.6.3.2.1 Instalaciones	
2.6.3.2.2 De Consumo	
2.6.3.2.3 Equipo Adicional	
2.6.3.3 Recursos Financieros -----	29
2.7 Análisis de Datos -----	30
3.- RESULTADOS -----	31
4.- DISCUSION -----	33
5.- CONCLUSIONES -----	35
6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	37
7.- ANEXOS -----	39
7.1 Instrumento de Evaluación -----	40
7.2 Gráfica de Gantt -----	41
7.3 Hoja de Consentimiento Informado -----	42
7.4 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de	

Investigación para la Salud -----	43
7.5 Cuadros y Gráficas -----	45
EPILOGO -----	54

RESUMEN

Tipos de Maltrato Familiar en el Anciano Relacionados con el Género

Establecer, de acuerdo al género quienes son más maltratados, las mujeres o los hombres, en sus propios hogares y por sus familiares, así como saber el tipo de maltrato existente. El sustento de esta investigación es una población mayor de 70 años de edad.

Se trata de un estudio no experimental, de tipo observacional y descriptivo para determinar en forma retrospectiva y en base a un muestreo casual, a través de una encuesta validada por Canadian Task Force, en donde los ítems contenidos nos ayudan a evaluar si hay maltrato intrafamiliar al anciano.

De un total de 180 personas encuestadas de Enero a Marzo del 2006 en el consultorio N° 12 turno vespertino de la UMF 12 del IMSS, donde 85 fueron hombres y 105 fueron mujeres se encontró que las ancianas son más maltratadas que los ancianos, y que el tipo de maltrato que reciben es del tipo de negligencia y abandono.

Se concluye finalmente que dadas las condiciones socioculturales prevalecientes en nuestro entorno, la “mujer” anciana, por ser dependiente, parece más vulnerable y por lo tanto mayormente susceptible de recibir maltrato.

Palabras Clave: Anciano; Género; Abandono; Negligencia; Socioculturales.

INTRODUCCION

Según testimonios de ancianos y enfermeras de la residencia de “Virgen de la Peña” en Brihuega (Guadalajara), actualmente han aumentado los casos de violencia física y psicológica hacia los más débiles, entre ellos los ancianos, sector importante en la sociedad de nuestro país, el cual se verá incrementado en los siguientes años.

Resulta difícil comprender que las personas adultos mayores, tanto hombres como mujeres, puedan ser maltratados y más aún si el maltrato ocurre en sus propios hogares, ya que se ha considerado que el maltrato ocurra en las instituciones o por personas ajenas a ellos.

El Consejo de Europa define al maltrato en los ancianos como “todo acto u omisión cometida en contra de una persona mayor, en el cuadro de la vida familiar o institucional y que atente contra su vida, la seguridad económica, la integridad física, su libertad o que comprometa gravemente el desarrollo de su personalidad”. De acuerdo a esta definición podemos encontrar múltiples tipos de maltrato como: físico, sexual, emocional o psicológico, económico, negligencia, y otros como violencia estructural, violencia de derechos, violencia medicamentosa, abuso legal o social y el maltrato institucional entre otros.

Muchos son los factores que condicionan este maltrato entre los que se incluyen la personalidad del anciano, longevidad, enfermedades crónicas, demencias, falta de recursos económicos, familias numerosas sin educación, alcoholismo, incapacidad de la familia para cuidar al viejo, choque generacional, dependencia familiar, etc.

Por otro lado se requiere habilidad para llevar en forma ordenada y astuta para conducir un interrogatorio intencionado, tanto para el anciano como para su agresor, siendo más difícil de detectar el maltrato psicológico por lo que se debe determinar un perfil tanto para el agresor como para el maltratado y todo esto caerá en la responsabilidad del médico familiar quien es el que tiene el primer contacto con estos casos. Esto es relevante en el presente estudio cuya finalidad es diferenciar que anciano es más maltratado en el ambiente familiar si los hombres o las mujeres, de acuerdo a sus características de género como tal.

Se tomaron en cuenta la variable independiente de género (hombre-mujer) y la variable dependiente de maltrato, susceptible de modificar al igual que otras variables extrañas como religión, educación, ingresos, nivel sociocultural, lugar de origen, número de hijos, si hubo relaciones alternas y si viven solos o con sus familiares.

Se trata de un estudio no experimental de tipo observacional y descriptivo para ver comparativamente y en forma retrospectiva en un grupo de ancianos determinado, obtenido por muestreo no probabilístico de manera casual, si las ancianas resultan ser más maltratadas que los ancianos por sus características socioculturales.

1. MARCO TEORICO

1.1 MALTRATO

En la Red Latinoamericana de Gerontología se publica en febrero del 2000 la siguiente fundamentación: En los pueblos antiguos los ancianos eran abandonados en épocas de sequías o guerras, pero la mayoría eran venerados como sujetos mágicos y la matanza de ancianos correspondía más a un rito religioso que a un propósito destructivo. En la Edad Media existía una gran masa de ancianos maltratados, por su poca posibilidad de producción y su gran necesidad de cuidados, imposibles de satisfacer en épocas difíciles, a pesar de que eran pocos los que llegaban a una edad avanzada. Hace 200 años el promedio de vida era de 30-40 años y en los últimos 40 años se incremento a 50, posteriormente el promedio de vida se ha incrementado en forma progresiva, para que actualmente se tenga un promedio de vida superior a los 70 años. Esto debido a los avances tecnológicos y científicos que ahora existen, por lo que se dice que el anciano o la vejez son producto de las técnicas avanzadas o un “invento de la ciencia y tecnología del siglo XX” (Pszemiarower, 2004).

En los años 60´ se reconocía el abandono y abuso infantil y en los años 70´ el fenómeno del maltrato conyugal salió a la luz pública, pero apenas estos últimos veinte años se comenzó a tratar el tema de; los malos tratos y el abandono de los ancianos.

Últimamente se ha percibido un aumento de casos de violencia física y psicológica hacia los más débiles, entre ellos la población de más de 65 años, sector muy importante en la sociedad actual, la cual se supone que se verá incrementada en los últimos años y aunque no se conoce la incidencia real del maltrato a los ancianos, las estadísticas sugieren una variación actual del 2% hasta el 32% (Kozak ,1994).

Revisando las Guías Diagnósticas de Geriátrica del Hospital General de México se encontraron los siguientes datos estadísticos: en EE.UU. uno de cada 25 viejos son maltratados, Canadá reporta entre el 1% al 20%, Inglaterra un 3.2%, en México se calcula en un 35%, en España el 35% de personas ancianas atendidas por sus servicios sociales han sufrido algún tipo de maltrato. En 1999 en el Hospital General de México se reportó al maltrato dentro de los 10 primeros diagnósticos de egreso, con una prevalencia del 25.9%; esto es, que ingresaban al hospital con un diagnóstico diferente y se corroboraba maltrato al ser estudiadas (Vidales ,1999).

Según estudios realizados por la American Medical Association (AMA) (1994): 85% de los encuestados refieren que; de estar implicados en maltrato (como víctima o agresor) podrían explicarlo a un médico, solo un porcentaje menor lo explicaría a un cura y una proporción bastante menor lo haría a un policía.

Existen investigaciones que indican que los agresores de ancianos pueden presentar psicopatologías más graves que los agresores de otros grupos sociales (Finkelhor y Pillermer, 1988; Wolf, 1994).

Se debe de tener presente que, todavía, a la mayoría de las personas les resulta difícil comprender que este hecho pueda ocurrir, porque consideran que únicamente se da en las instituciones y les parece impensable que las personas mayores puedan ser maltratadas en sus propios hogares; gradualmente se está reconociendo que los ancianos están sufriendo abandono y/o malos tratos en sus propios domicilios o en los hogares de familiares cercanos. También se rechaza la creencia de culpar únicamente a la persona mayor de su situación de maltrato que sufre y se está haciendo responsable al agresor de sus propias acciones a pesar de que no existen programas dirigidos para aquellos que maltratan a los ancianos y tampoco hay planes terapéuticos a este respecto (Suárez M. 2001).

1.1.1 Definiciones de Maltrato:

Las definiciones más generalizadas son las difundidas por el Servicio de Salud Americano, específicamente por el Nacional Center of Elder Abuse, pero independientemente de la gran confusión que rodea a las definiciones y a los términos, existe cierto acuerdo sobre los tipos de abandono y maltrato a los ancianos. Así, el Consejo de Europa ha adoptado una definición, la cual encierra

todas las informaciones de carácter general y que han podido ser verificadas por distintas organizaciones y profesionales, llegando a definir el maltrato en los ancianos como: “Todo acto u omisión cometida en contra de una persona mayor, en el cuadro de la vida familiar o institucional y que atente contra su vida, la seguridad económica, la integridad física, su libertad, o que comprometa gravemente el desarrollo de su personalidad”.

1.1.2 Tipos de Maltrato:

Cabe destacar que no suele presentarse un solo tipo de abuso en forma aislada sino que tienden a presentarse varios en el mismo paciente. Los tipos de malos tratos y abuso en los ancianos para el Nacional Center of Elder Abuse son: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional o psicológico, negligencia, abandono, abuso económico y la autonegligencia. Aunque algunos otros autores incluyen a otros como: violencia estructural, violencia de derechos, violencia medicamentosa y maltrato institucional (en asilos o sitios de asistencia pública o privada), incluidos el abuso legal o social.

El abuso físico es cuando se causan lesiones corporales y pueden manifestarse por desgarros, fracturas o contusiones, heridas o quemaduras (Capezuti, E. 1996). Estas situaciones se incrementan cuando las víctimas son obesas, permanecen mucho tiempo en cama por enfermedad discapacitante, sufren de alteración mental o de incontinencia urinaria, debido a su imposibilidad para moverse, lo que las hace dependientes.

El abuso psicológico o psíquico es la imposición de la angustia, el pánico y el dolor emocional a través de actos verbales (Tatara, T., K. L. 1997). Como todo ser considerado “débil”, puede convertirse en el “chivo expiatorio” de todas las tensiones y conflictos de la familia y ser el blanco de conductas autoritarias y humillantes como serían los insultos y agravios que de una u otra forma subestiman al anciano generando en él, problemas tan serios como la depresión que en algunos casos puede llegar hasta el suicidio.

El abuso sexual es el acto que no ha contado con el consentimiento expreso del afectado, siendo los hijos, amigos, parientes o extraños los abusadores; son difíciles de denunciar y con un alto riesgo de que ocurran en forma continuada (www.taasa.org. Internet, 1999).

El abuso económico se entiende como: “dejarlos sin dinero, utilizar sus bienes sin autorización, ocultárselos, o apropiárselos (Peña, 1999). Por una mera cuestión cronológica los ancianos son a veces desapoderados de la administración de sus bienes, por sus parientes más jóvenes, instaurando una tutela que ninguna norma prevé, ocasionando una situación de “decidir por el anciano y no con el anciano”. Una de las manifestaciones más crueles de maltrato económico son los haberes jubilatorios tan escasos, que impiden a los mayores llevar una vida independiente y digna.

La negligencia es otro tipo de violencia que sistemáticamente se proporciona al anciano y puede ser: *activa* (privarlo de comida, bebida, uso erróneo de medicamentos o limitar su libertad) y *pasiva o personal* (se le confina en el último rincón, no se le asea, se le olvida llamarle para comer, no se le permite relacionarse ni hablar, etc.) (Capezuti, 1996).

Por otro lado hay falta de investigación sobre el maltrato institucional, Lau y Kosberg (1988), apuntan que un 96% de los ancianos institucionalizados sufren alguna clase de abuso en instituciones.

1.1.3 Factores de Riesgo en el Maltrato

Identificar los factores de riesgo es esencial para una prevención primaria antes de que el abuso esté consumado, de tal modo que se deberán tener presentes algunos factores de riesgo como son: la personalidad del anciano, longevidad, enfermedades crónicas, demencias, falta de recursos económicos, familias numerosas y sin educación, alcoholismo, violencia intrafamiliar, incapacidad de la familia para cuidar al viejo, colapso del cuidador, choque generacional, dependencia familiar, pérdida del cónyuge, embarazo o divorcio de una cuidadora, institucionalización, pérdida de trabajo del cuidador, sometidos a estrés (Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. 2001).

Por otro lado, actualmente se vive en un mundo donde impera la violencia, producto de una crisis integral, política, social y económica que castiga duramente a amplios sectores sociales. Dentro de este contexto, son excluidos del sistema social un gran número de seres humanos pertenecientes a los sectores más vulnerables de la población entre los que se encuentra el grupo de los ancianos.

Partiendo de todo lo anterior, la base teórica se relaciona con el concepto de Hudson F. (1991), que encierra la idea del maltrato al anciano como; “Una conducta destructiva contra una persona mayor, que ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y/o financiero que provocan

innecesario sufrimiento, dolor, lesión, pérdida o disminución de los derechos humanos y de la calidad de vida para la persona mayor”.

1.1.4 Modelo Social del Envejecimiento

El inicio de la vejez es entre 66-70 años, posterior a la etapa de nido vacío, cuando todos los hijos han salido del hogar, cuando hay jubilación o retiro, disminución de ingresos, adaptación a nuevos roles y al tiempo libre, después de los 70 años se vive la vejez plena, con riesgo mayor de viudez, pérdida de capacidades, desarrollo de mecanismos de adaptación y a los 75 años, se vive el final de la vejez, con invalidez, con una separación o aislamiento creciente con los familiares, con pérdida de la independencia. Se considera viejo-joven al mayor de 75 años y viejo-viejo al mayor de 85 años (Mishara-Riedel 1986)

1.1.4 Perfil del anciano maltratado y de su agresor:

Es difícil identificarlos, ya que se requiere habilidad para realizar el interrogatorio, no solo al anciano sino a su agresor, que puede ser una persona extraña o el propio familiar; actitudes del maltratado como observar con recelo a su cuidador, mostrar temor para hablar, observación de lesiones físicas, desnutrición, descontrol de las enfermedades, desaseo o vestimenta inadecuada entre otras. El maltrato psicológico, a pesar de ser el tipo de abuso más frecuente, es el más difícil de detectar, por lo que se debe investigar hostigamiento, aislamiento emocional, manipuleo, humillación, confinamiento, influir miedo y algunas manifestaciones de depresión, ansiedad, demencia, inseguridad, miedo y somatización.

Por lo tanto para determinar el probable perfil de un **maltratador** de ancianos se deberá observar algunas características que incluyan entre otras: parentesco o no con la víctima, no asumir el papel de cuidador, depender del anciano económicamente, vivir en casa del anciano, consumir droga o alcohol, enfermedad psiquiátrica o alteraciones de la personalidad, tener pobres

contactos sociales, historia previa de violencia familiar, sometidos a estrés por pérdida de trabajo, enfermedad o problemas conyugales, en las entrevistas es hostil, irritable y suspicaz y muestra descontrol de la situación.

También se puede elaborar el perfil de un *anciano maltratado* con algunas características que deberán observarse como son: mujeres, por ser mayor la frecuencia en estas, viudas, con enfermedad crónica o progresiva (alzheimer, parkinson, enfermedad vascular cerebral, etc.), problemas y conducta anormal como incontinencia, agresividad y agitación nocturna, ser dependiente, con aislamiento social, ser dependiente de su cuidador para la mayoría de las actividades de la vida diaria, con mala higiene.

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

Todos los ancianos tienen derechos que incluyen la voluntad de no ser sometido a trabajos duros, la libertad de reunión, de prensa, de religión, un adecuado tratamiento médico, a no ser declarado incompetente, a votar y ser tratado con cortesía y dignidad; por lo que es imprescindible que la sociedad y la familia tengan una actitud franca, abierta, de aceptación de este grupo social, como un elemento importante de nuestra sociedad actual.

1.2 GÉNERO

Se considera al género como la interpretación social de la diferencia biológica entre hombres y mujeres, se refiere a las relaciones de poder y la configuración social de feminidad y masculinidad.

El término *género* introduce una variable sociohistórica fundamental en la concepción predominante durante siglos que definía al sexo como una realidad biológica y física inmutable. Sirve para estructurar la fundamental diferencia entre feminidad y masculinidad como conceptos elaborados socioculturalmente

frente a los significados tradicionales del sexo (macho y hembra), asentados en diferencias puramente biológicas y no es aceptable que se entienda que sexo y género son sinónimos como lo acepta la Real Academia Española (RAE) (Nieva de la Paz, 2004).

Al estudiar las condiciones de salud de una población con un enfoque de género, la OMS comprueba que la mujer, a cualquier edad, tiende a experimentar menores tasas de mortalidad que el hombre, pero está sujeta a una mayor morbilidad, expresado en una incidencia más alta de trastornos agudos, en mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales y en niveles más altos de discapacidad, lo que significa que la mujer tiene un total mayor de años de vida y también de más años de enfermedad y de disfunción, lo que podría reflejarse en posibilidad de mayor maltrato en edad adulta el ámbito familiar, social o institucional.

Partiendo de todos los elementos enunciados y de que como se menciona; que el médico debe velar, si es consultado por la familia o el anciano directamente, para que este último reciba la mejor atención posible, y parece relevante, llevar a cabo una investigación, a través de un cuestionario que pretenda valorar el abuso ejercido sobre los ancianos en sus hogares, resaltando un factor importante relacionado con el “género” ya que en las revisiones realizadas no se encontraron datos suficientes al respecto. Por lo tanto el estudio a realizar,

revelará la prevalencia del abuso y malos tratos en personas mayores, así como el tipo de maltrato existente, tanto en hombres como en mujeres.

El instrumento de evaluación utilizado en el presente estudio es el cuestionario del Canadian Task Force, validado por los servicios de salud pública de Canadá y que aparece en 1976 on the Periodic Health Examination y consta de 9 preguntas, en donde una sola respuesta afirmativa basta para considerar que hay maltrato en el anciano. Se eligió a este instrumento de evaluación por considerarlo sencillo, breve y con preguntas directas de fácil entendimiento para la población estudiada y cuyas respuestas, aparte de ser categóricas, determina si existe maltrato y de que tipo.

1.3 Planteamiento del Problema:

¿El tipo de maltrato que recibe el anciano dentro del ambiente familiar, está relacionado con el género?

1.4 Justificación

Estadísticas del Hospital General de México calculan en 35% el maltrato a los ancianos en nuestro país, y a nivel mundial existe una variación del 2% hasta el 32%. Pero estos datos no hacen distinción sobre quienes reciben el maltrato, si los hombres o las mujeres, así como tampoco son datos que especifiquen si se obtuvieron de un primer nivel de atención, lugar donde se encuentra el médico familiar.

Muchos son los factores que pueden condicionar este hecho, entre los que se han mencionado la personalidad del anciano, enfermedades crónicas, alcoholismo, dependencia familiar, etc., pero no hay datos específicos que determinen si el género pueda considerarse como una variable condicionante al tipo de maltrato que reciben los ancianos en su ambiente familiar. También son muchos los tipos de maltrato que se pueden presentar entre los cuales se mencionan: físico, emocional, sexual, económico, negligencia, abandono, etc., y resulta difícil de creer que los propios familiares se conviertan en agresores, y en esto radica la importancia del presente estudio de investigación.

En nuestro medio, el promedio actual de vida del ser humano es superior a los 70 años, debido a los avances tecnológicos y científicos con que se cuenta en materia de salud, por lo que cada vez se atiende a un número mayor de

ancianos en las instituciones como el IMSS y en un futuro la pirámide poblacional se verá invertida, con una población mayor de ancianos.

En la actividad diaria del médico familiar, se observa, que frecuentemente los ancianos llegan solos para su atención, a pesar de pertenecer a una familia muchas veces numerosa por lo que resulta importante conocer si existe algún tipo de maltrato en los mismos y la frecuencia en relación al género en que esto ocurre.

La trascendencia de este conocimiento y la factibilidad de realizar un estudio de esta naturaleza, será de mucha utilidad debido a que se podrán tomar medidas encaminadas a orientar a la población sobre la prevención, detección y alternativas de solución en el maltrato al anciano dentro de la familia, así como un enfoque más amplio de la situación, tomando en cuenta que en México, cada día habrá mas “ancianos”, con enfermedades crónico degenerativas, que implicarán un factor de riesgo para recibir maltrato, incluso por sus propios familiares.

1.5 Objetivos del Estudio:

1.5.1 General:

Determinar los tipos de maltrato al anciano dentro del ambiente familiar relacionados con el género.

1.5.2 Específicos:

- **Frecuencia del maltrato por género**
- **Frecuencia por edad**
- **Tipos de maltrato**

1.6 Hipótesis.

El presente estudio no constata hipótesis

2. MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo de estudio:

- No experimental
- Observacional
- Comparativo
- Retrospectivo
- Descriptivo

2.2 Tipo de muestreo:

Muestreo No Probabilístico o de selección casual: Se buscó en forma “intencional” si ha existido o no maltrato para el anciano en el ámbito familiar. Considerando la pirámide poblacional para el 2004 en el consultorio 11 del turno vespertino de la UMF 12 del IMSS se tiene una población adscrita de 192 personas mayores de 70 años, por lo que se estimó una muestra total de 180 encuestas a realizar para el siguiente estudio lo que equivale a un 93%.

2.3 Participantes:

La muestra son hombres y mujeres que acuden solos a consulta, de 70 años de edad o mayores, adscritos al consultorio 11 turno vespertino de la unidad de medicina familiar No 12 de Instituto Mexicano del Seguro Social en México, D.F.

El médico fue el responsable de aplicar el instrumento de evaluación, hacer el análisis y presentar los resultados.

El estudio estuvo apoyado por un asesor temático y por un asesor metodológico para el análisis de datos, resultados, discusión y conclusiones.

2.3.1 Criterios de Inclusión:

- Hombres o mujeres que acudan solos a la consulta medico familiar.
- Mayores de 70 años
- Que acepten participar en la investigación.

2.3.2 Criterios de Exclusión:

- Menores de 70 años.
- Que acudan acompañados a la consulta medica familiar.
- Que no acepten participar en la investigación.

2.4 Variables:

2.4.1 Especificación de las variables:

2.4.1.1 Variable Independiente: Género (hombre o mujer)

2.4.1.2 Variable Dependiente: Maltrato

2.4.1.3 Variables Extrañas:

- Número de hijos
- Ingresos (jubilación)
- Religión
- Educación (profesión u ocupación)
- Lugar de origen
- Otros : Vivir solos, relaciones alternas, nivel sociocultural

2.4.2 Definición Operacional de las Variables:

Género: La OMS define la desigualdad de género en función de las diferencias en materia de salud. La distinción entre los términos “sexo” (biológico) y “género” (social) es decisiva para investigar las desigualdades de salud y podemos tener el concepto fundamental de género como la interpretación social de la diferencia biológica entre hombres y mujeres. El género se refiere así, a las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres y la construcción social de feminidad y masculinidad.

Maltrato al Anciano: Según el Consejo de Europa lo define como: “Todo acto u omisión cometida en contra de una persona mayor, en el cuadro de la vida familiar o institucional y que atente contra su vida, la seguridad económica, la integridad física, su libertad o que comprometa gravemente el desarrollo de su personalidad”.

2.4.3 Definición Conceptual de las Variables:

Género: Expresión social del sexo.

Maltrato: La acción de maltratar o dar maltratamiento.

2.5 Instrumento de Evaluación:

Se utilizó el cuestionario de los Servicios de Salud Pública de Canadá (Canadian Task Force) que aparece en 1976 on the Periodic Health Examination (CTF), como mandato del gobierno de Canadá para el mejoramiento de la salud canadiense; el grupo de expertos evaluó la efectividad de los sistemas preventivos y realizaron el soporte de recomendaciones con énfasis en grupos de alto riesgo. El instrumento cuenta con 9 ítems: uno hace referencia al abuso físico (1), dos al abuso económico (2,5), tres mencionan el abuso psicológico (3,4,9), uno al abuso sexual (8), otro a la negligencia (7) y uno más al abandono

(6); se responde solo con un si o no y una sola respuesta afirmativa es suficiente para considerar maltrato en el anciano (Ruiz, 2000). En donde las preguntas son contestadas únicamente si o no.

Cuestionario:

- 1.- ¿Alguna vez alguien en su casa le ha pegado o hecho daño?
- 2.- ¿Le han cogido cosas suyas sin su consentimiento?
- 3.- ¿Alguna vez le han regañado o amenazado?
- 4.- ¿Tiene miedo de alguien en casa?
- 5.- ¿Ha firmado usted alguna vez documentos que no comprendía?
- 6.- ¿Está solo a menudo?
- 7.- ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?
- 8.- ¿Alguna vez alguien le ha tocado sin su consentimiento?
- 9.- ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que usted no quería?

2.6 Procedimiento:

Se consideró una asistencia total mensual aproximada de 100 personas mayores de 70 años que acudían solas a consulta, aplicando un total de 180 encuestas en el periodo comprendido del 2 de Enero al 31 de Marzo del 2006 específicamente se elaboraron tres encuestas diarias durante ese lapso de tiempo; seleccionando en forma casual a hombres o mujeres de 70 años o más

de edad que acudían sin acompañante a la consulta, preguntándoles si deseaban responder un cuestionario de maltrato para ingresar a un estudio.

Se aplicó un tipo de escala Nominal, de manera individual a los ancianos que acudieron en forma casual al servicio, para su atención médica.

Se informó, previo a la realización de la encuesta, en que consistía el estudio y que no representaba ningún daño o responsabilidad para el informante para que accedieran a firmar la hoja de consentimiento informado sin presión alguna del investigador, quién aplicó el cuestionario mediante una entrevista dirigida.

2.6.1 Cronograma de Actividades: (Gráfica de Gantt)

En diciembre del 2004 se realizó la planeación y elección del tema para que en enero del 2005 se elaborara la sustentación bibliográfica del estudio. El día 19 de febrero se programo la entrega del marco teórico y en octubre del 2005 se hizo la entrega del protocolo para aprobación en el Comité de la UMF # 28 del IMSS.

La elaboración y aplicación de encuestas para la captura de datos se efectuó entre los meses de enero a marzo del 2006, para que una vez terminadas se procediera al análisis de datos y conclusiones de marzo a octubre del mismo año, para estar en condiciones de entregar la presentación de resultados en los primeros días de noviembre del 2006.

2.6.2 Aspectos Éticos:

2.6.2.1 La Declaración de Helsinki: Establece las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica que involucre a seres humanos, cuya meta principal es el diagnóstico o la terapéutica. En el año 2000, fue revisada por la 52ª Asamblea General Médica Mundial en Edimburgo, Escocia.

.

2.6.2.2 Principios Básicos:

1.- La investigación biomédica que involucra seres humanos debe sujetarse a los principios científicos generalmente aceptados y deberá estar basada en experimentaciones adecuadas de laboratorio y animales, así como el conocimiento de la literatura científica.

2.- El diseño y ejecución de cada procedimiento experimental que involucre seres humanos deberá estar claramente formulado en un protocolo experimental, el cual será enviado a un comité independiente para su consideración, comentarios y guía.

3.- La investigación biomédica que involucre seres humanos debe ser conducida solo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínico competente. La responsabilidad para los sujetos humanos debe siempre descansar sobre una persona médicamente calificada y no en el sujeto de experimentación, aun cuando este haya dado su consentimiento.

4.- La investigación biomédica que involucre seres humanos, no puede ser llevada legítimamente a cabo a menos que la importancia del objetivo esté en proporción de los riesgos inertes.

5.- Todo proyecto de investigación biomédica que involucre seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los posibles beneficios para el sujeto a para otros seres humanos. En lo que concierne a los derechos del sujeto, estos siempre deben prevalecer sobre el interés de la ciencia y de la sociedad.

6.- Se debe respetar el derecho de cada sujeto a salvaguardar su integridad. Deben tomarse todas las precauciones para respetar la vida privada y para minimizar el impacto del estudio en la integridad física y mental y en la personalidad del sujeto.

7.- Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación sobre seres humanos, a menos que los riesgos sean previsibles. Los médicos deben detener la investigación si los peligros que conlleva sobrepasan a los beneficios potenciales.

8.- En la publicación de los resultados, el médico está obligado a preservar la veracidad de los mismos. Los reportes de experimentación que no estén de acuerdo con los principios estipulados en esta declaración no deberán ser publicados.

9.-En cualquier estudio con seres humanos, cada sujeto potencial debe ser informado de los objetivos, métodos, beneficios anticipados, peligros potenciales y molestias que el estudio pueda provocar. El individuo debe conocer la libertad

que tiene para abstenerse de participar en el experimento o retirarse del mismo si así lo desea. El médico obtendrá el consentimiento informado, de ser posible por escrito.

10.- Cuando se tenga el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe cuidar que el sujeto no esté en una relación dependiente, ya que podría consentir bajo presión. En ese caso el consentimiento informado deberá obtenerlo un médico que no participe en la investigación y que sea completamente independiente de esta relación.

11.- En caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser obtenido del guardián legal de acuerdo con la legislación nacional. En caso de que la incapacidad fisicomental impida obtener consentimiento informado, o cuando el sujeto sea un menor, el permiso del familiar responsable reemplaza al del sujeto de acuerdo con la legislación nacional.

12.- El protocolo de investigación debe contener siempre las consideraciones éticas involucradas, así como los postulados de la presente declaración.

2.6.2.3 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación

Para la Salud: Artículo 17; Categoría I

Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Se considera al presente estudio dentro de la categoría I, o sea, como de una “investigación sin riesgo” en la cual se emplearon métodos y técnicas de

investigación documental retrospectivos, donde no se realizó alguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio, ya que solo se realizó a entrevista y se aplicó un cuestionario en los cuales no se les identificó ni se trató aspectos de su conducta, sino de la conducta hacia ellos.

2.6.2.4 Consentimiento Informado.

En base al principio ético de “respeto a las personas” se debe tratar a los sujetos en estudio como individuos autónomos y obtener su consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación. Este revelará información adecuada para que el anciano pueda tomar la decisión de participar o no en el estudio, lo que incluirá:

- a) Naturaleza del proyecto de investigación.
- b) Procedimiento del estudio.
- c) Riesgos y beneficios del estudio
- d) Garantías de que la participación es voluntaria.
- e) Privacidad y confidencialidad.
- f) Preguntas sobre el estudio.

2.6.3 Recursos:

2.6.3.1 Recursos Humanos:

- Médico del consultorio 11 turno vespertino de la UMF 12 del IMSS, quién elabora y aplica la encuesta y desarrolla el estudio
- Asistente Médica que proporciona información del estudio, solicita aceptación del Consentimiento Informado y funge como testigo.
- Asesor Metodológico: Se encarga del Análisis de Datos.
- Asesor Temático: Orienta en el desarrollo del estudio

2.6.3.2 Recursos Materiales:

2.6.3.2.1 Instalaciones: Consultorio 11 de la UMF 12 del IMSS, en el turno Vespertino, que incluye el archivo y expedientes disponibles

2.6.3.2.2 De Consumo:

- Hojas blancas tamaño carta: Un millar.
- Bolígrafos tinta negra: Diez.
- Lápiz No2: Diez.
- Goma borrados: Tres.
- Engrapadora: Una.
- Fólderes tamaño carta: Veinte.
- Marcadores fluorescentes: Cinco.
- Cartuchos con tinta blanco/negro: Dos.
- Cartuchos con tinta de color: Uno

2.6.3.2.3 Equipo Adicional:

- Computadora.
- Impresora.
- Fotocopiadora.
- Engargolado o encuadernación
- Calculadora Científica

2.6.3.3 Recursos Financieros:

Estos corrieron a cuenta y gasto del propio investigador

2.7 Análisis de Datos:

Se inició el análisis estadístico por medio de una calculadora científica para la ordenación de los datos, posteriormente se elaboró una base de datos en el programa Excel para que finalmente se efectuara el análisis con resultados por medio del programa SPSS 14.0 , 2005.

Se realizó la distribución de frecuencias, y se aplicaron proporciones o porcentajes para la determinación del maltrato en la población estudiada. Los datos se representan mediante Tablas de Contingencia y Gráficas de Barras (VER ANEXOS)

Todo el análisis fue supervisado por un asesor metodológico.

3. RESULTADOS

Se aplicaron 180 encuestas a personas de 70 y más años de edad, que correspondió a un total de 105 mujeres (58.3%) y 75 hombres (41.7%)

De los resultados arrojados en el análisis de datos se puede observar que finalmente se comprueba un maltrato mayor en las mujeres ya que del total de personas encuestadas los datos arrojan que 86 de ellas son maltratadas, lo que equivale a un 47.8%, mientras que los hombres reciben menos maltrato ya que 41 respondieron que sí recibían algún tipo de maltrato, lo que es representa un 26.7% del total de las 180 entrevistas realizadas.

En relación al tipo de maltrato se pudo observar que lo más frecuente es el maltrato por negligencia y por abandono y nuevamente las mujeres fueron las que mostraron ser las más afectadas ya que 28 (15.55%) contestaron estar solas a menudo (abandono) y 68 (37.77%) dijeron que no les ayudaban en sus necesidades o cuidados personales cuando los necesitaban (negligencia). En los hombres lo más común fue la negligencia con 24 (13.33%) respuestas afirmativas y solo 10 (5.55%) mostraron abandono.

Por grupos de edad se muestra una tendencia a recibir maltrato en los grupos de edad de 70-74 años en un 26.12% en mujeres para que en el grupo mayor de 85 años se presente un descenso en el maltrato, con un 2.78%. En los hombres el

comportamiento de maltrato se aprecia diferente ya que el grupo de edad más vulnerable es el de 75-79 años con un 16.12% y también, se observa una disminución en ancianos mayores de 85 años con 2.78%.

Cabe mencionar que tanto hombres como mujeres, reciben al menos un tipo de maltrato como único, que equivale al 22.78% en hombres y 33.89% en mujeres, que fue lo más frecuentemente encontrado; pero un alto porcentaje reciben varios tipos de maltrato a la vez, también, reiterando que la negligencia y el abandono son los más comúnmente observados en la población estudiada, lo que arrojó un resultado de 3.89% de hombres y un 13.89%% de mujeres reciben más de un tipo de maltrato en el ámbito familiar.

4. DISCUSION

Los datos obtenidos sobrepasaron los datos estadísticos de otros países, aunque hay coincidencias en considerar al abandono como uno de los tipos más frecuentes de maltrato y en este estudio el abandono ocupó el segundo lugar en frecuencia, siendo el principal; la negligencia.

De acuerdo al presente estudio y a la muestra utilizada se determinó un maltrato mayor en la mujer, a diferencia de las estadísticas que maneja la literatura estudiada en las cuales mencionan solo el maltrato en forma generalizada sin la determinación del género, lo cual sugiere una aplicabilidad práctica en nuestro

país, México, donde en un futuro la pirámide poblacional será invertida, con una mayor población de ancianos, calculados en un anciano por cada cuatro habitantes.

También se pudo observar que el anciano que recibe maltrato intrafamiliar no lo externa fácilmente, y que tampoco es fácil de referir el abuso sexual, aunque se le brinde la confianza para hacerlo, y que el hecho de que firme una hoja de consentimiento lo hace susceptible de causa de temor a represalias, aunado a que algunos son beneficiarios y reciben atención médica institucional, que fue donde se realizó la entrevista, por parte de algún familiar o directamente por sus propios hijos, quienes son los derechohabientes y los ancianos son beneficiarios.

Durante la aplicación del instrumento de evaluación, aparte de la dificultad para encontrar uno elaborado por autor nacional y optando por uno canadiense, se corroboró un alto índice de analfabetismo, lo cual obstaculizó, en cierta forma, la hoja del consentimiento pues una gran parte no sabía firmar, por lo que se optó por la huella digital o estampar una "X".

Cabe mencionar que se tuvieron dificultades de orden financiero para la elaboración del estudio ya que no se contó con apoyo para el mismo.

5. CONCLUSIONES

Se pudo corroborar que efectivamente el maltrato dentro de la familia se hace más ostensible en la mujer y que no solo es un tipo de maltrato el que reciben sino que pueden ser maltratada de diferentes formas, siendo las más comunes, como se menciona en el estudio, la negligencia y el abandono y que el prestador de servicios de salud deberá estar pendiente ante la sospecha de esta situación para actuar de manera preventiva para evitar que esto siga avanzando. De tal manera que esto obliga a los médicos a acercarse más a sus pacientes para conocer la problemática familiar que, específicamente los ancianos, enfrentan a diario en sus domicilios.

También sería conveniente que, de acuerdo a la inquietud de este estudio, se deberá buscar la forma de que los pacientes ancianos acudan acompañados de un familiar a la consulta y poder, de esta forma, establecer contacto con los mismos para saber la dinámica de la familia involucrada en el cuidado del anciano.

El abordaje de este grupo de pacientes se tendrá que hacer, por lo tanto, desde el enfoque amplio de lo que representa la “medicina familiar” actual , donde se analizará la dinámica familiar que rodea al paciente y no solo se apreciará como “caso”, en forma individual.

Por otro lado es conveniente tomar en cuenta que el instrumento utilizado en el estudio es de otro país (Canadá) y que sería conveniente en próximos estudios modificar este o adaptar un instrumento mejor adecuado a nuestra población.

Finalmente se puede decir que se cumplió con los objetivos planteados en el presente estudio, y que será conveniente implementar o promover la cultura de la denuncia por el adulto mayor, cuando este reciba un maltrato y que las garantías que rigen en nuestras leyes para este grupo especial de personas se hagan valer.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Pszemiarower, S.N. Abuso y Maltrato en la Vejez., Rev. Red Latinoamericana de Gerontología (RLG), 2004; 35-52
2. - Kozak J. Difficulties in Addressing Abuse and Neglect in the Elderly Patients. Can. Med. Assoc. J.; 1994, 151: 1401-3
- 3.- Hospital General de México. Guías Diagnósticas de Geriatria. Síndrome de Maltrato (Abuso) al Anciano; 2003; 1,2
- 4.- Vidales OJA. Elaboración de una Escala para el Diagnóstico del Síndrome del Maltrato al Adulto Mayor. Tesis. Facultad de Medicina. UNAM. 1999
5. - American Medical Association. Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect. Chicago. (AMA);1994, 4-24
6. - Pillemer K, Finkelhor D. The Prevalence of Elder Abuse. A Random Simple Survey. The Gerontologist.;1998; 28: 51-57
- 7.- Wolf R. Maltrato del Anciano. Anzola E. Y Galinsky. D. edition 546. Washington. 1994; p. 396
8. - Suárez M. Sociedad Levantina de Geriatria y Gerontología. Geriatrik. España; 2001
9. - National Center on Elder Abuse <http://www.elderabusecenter.org/>
- 10.- Capezuti E. Detección Temprana de Abuso, Negligencia y Explotación a Personas de Edad Avanzada. Geriatric Secret. Pennsylvania; 1996; 140-143

11. - Tatara T., Kusmeskus L. Summaries of Statistical Data on Elder Abuse Settings for FY 95 and FY 96. National Center on Elder Abuse. Washington, 1997
- 12.-. El abuso Sexual en Ancianos www.taasa.org.internet; 1999.
- 13.- Peña N. Formas de Violencia Contra la Tercera Edad. Residencia. España; 1999
14. - Kosberg J. Preventing Elder Abuse: Identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist*. 1988; 28: 43-50
- 15.- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia
<http://www.gva.es/violencia/>
- 16.- Hudson MF. Elder Mistreatment: A Taxonomy with Definitions by Elder Abuse Neglect. 1991; 3 (2): 1-20
- 17.- Mishara B. Riedel R. El Proceso de Envejecimiento. Ed. Morata, S.A., Barcelona, España; 1986. p.282
- 18.- De la Paz N. Asombro Científico. Diario El País. España. 2004 jun 24
- 19.- Ruiz, SM. El Médico de Familia y el Canadian Task Force y Maltrato al Anciano. España: Atención Primaria; 2000; vol.26 No. 09: p. 641-646
20. - Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1994 update): 4 Secondary prevention of elder abuse and mistreatment. *Can Med Assoc J* 1994; 151: 1413-1420
- 21.- Méndez, RI. *El Protocolo de la Investigación*. 2ª ed. D.F., México: Trillas; 1990. p. 11-70

- 22.- Canales, F. Metodología de la Investigación.1ª ed. D.F., México: Limusa; 2005.p. 85-99
- 23.- Hulley S. y Cummings S. Diseño de la Investigación Clínica. Barcelona, España: Ed. Doyma S.A. 1993 p. 83-9
- 24.- Declaración de Helsinki 52ª. Asamblea General Médica Mundial. Edimburgo, Escocia. 2000

7. ANEXOS:

7.1 Instrumento de Evaluación (Canadian Task Force)

7.2 Gráfica de Gantt

7.3 Hoja de Consentimiento Informado

7.4 Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la Salud (Reglamento)

7.5 Cuadros y Gráficas:

7.5.1 CUADRO Y GRAFICA 1: Población Total Encuestada

7.6.2 CUADRO Y GRAFICA 2: Población Maltratada

7.6.3 CUADRO Y GRAFICA 3: Cantidad de Maltrato y Porcentaje

7.6.4 CUADRO 4: Tipos de Maltrato en Hombres

7.6.5 CUADRO 5: Tipos de Maltrato en Mujeres

7.6.6 CUADRO 6: Porcentaje de Maltrato Relacionado a Edad y Género

7.6.6 GRAFICAS 4 y 5: Características de la Población por Edad

7.6.7 GRAFICAS 6 Y 7: Características de la Población por Edad y Género

7.1 Instrumento de evaluación para el maltrato en el anciano: Canadian Task Force

1.- ¿Alguna vez alguien en su casa le ha pegado o hecho daño?

SI NO

2.- ¿Le han cogido cosas suyas sin su consentimiento?

SI NO

3.- ¿Alguna vez le han regañado o amenazado?

SI NO

4.- ¿Tiene miedo de alguien en casa?

SI NO

5.- ¿Ha firmado usted alguna vez documentos que no comprendía?

SI NO

6.- ¿Está solo (a) a menudo?

SI NO

7.- ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?

SI NO

8.- ¿Alguna vez alguien le ha tocado sin su consentimiento?

SI NO

9.- ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que usted no quería?

SI NO

7.2 Gráfica de Gantt

	DIC 2004	ENE 2005	FEB 2005	OCT 2005	ENE 2006	MAR 2006	OCT 2006	NOV 2006
Planeación del Protocolo y Elección del Tema	04							
Elaboración y Sustentación Bibliográfica		08	19					
Entrega del Marco Teórico			19					
Entrega de protocolo Tiraje de encuestas				26				
Realización de Encuestas y Captura de Datos					02	31		
Análisis de Datos y Conclusiones						31	26	
Presentación Resultados							27	02

7.3 Hoja de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yo _____ reconozco que me han informado previamente y declaro libre y voluntariamente participar en el estudio PROTOCOLO DE INVESTIGACION que se realizará en el Instituto Mexicano del Seguro Social sobre “Diferencias en el Maltrato Familiar al Anciano Relacionado al Género”.

Estoy conciente de que los procedimientos consisten en _____ y que los riesgos a mi persona serán _____

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme del estudio en el momento que así lo desee y en caso que así lo decida, la atención que como paciente recibo de esta Institución no se verá afectada.

Firmo este CONSENTIMIENTO en presencia de un testigo y sin haber estado sujeta(o) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Lugar y Fecha

Aceptante

Testigo

Nombre y Firma (o huella)

No. Afiliación

Nombre y Firma

7.4 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la Salud (1987)

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran; cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se les identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

II.- Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva, electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos

meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros , y

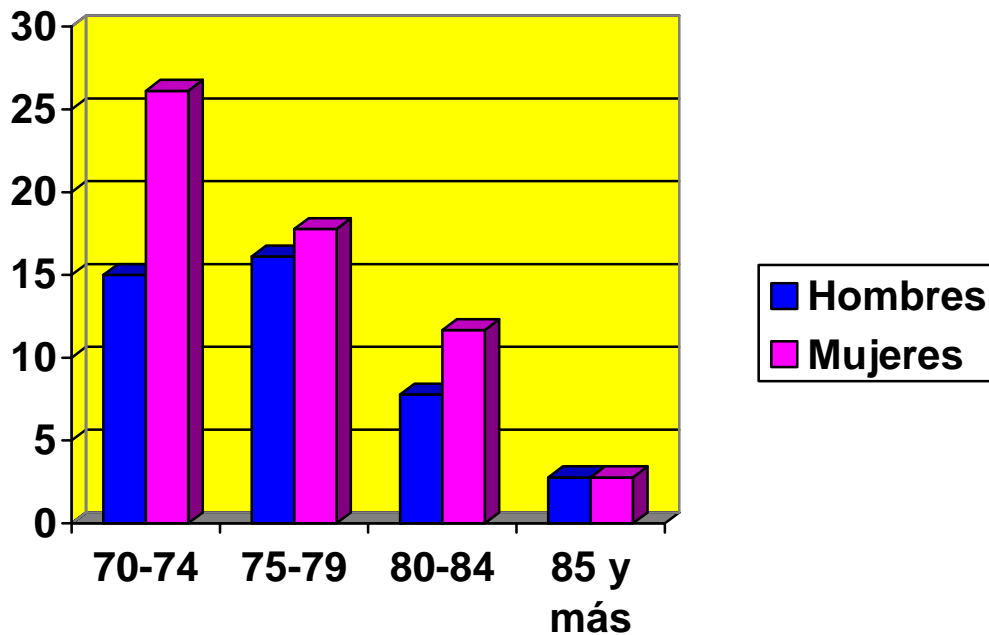
III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyen procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

7.5 Cuadros y Gráficas

CUADRO 1 (POBLACION TOTAL ENCUESTADA)

	HOMBRES		MUJERES	
	NUMERO	%	NUMERO	%
70 A 74 AÑOS	27	15.0%	47	26.12%
75 A 79 AÑOS	29	16.12%	32	17.78%
80 A 84 AÑOS	14	7.78%	21	11.67%
85 Y MAS AÑOS	5	2.78%	5	2.78%
TOTAL	75	41.7%	105	58.3%

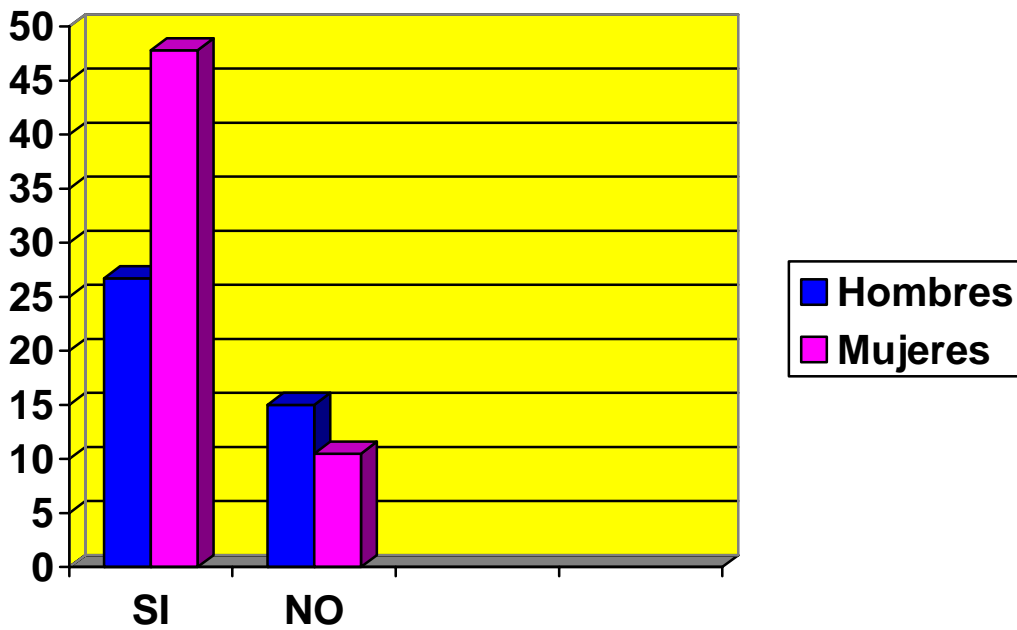
GRAFICA 1 (POBLACION TOTAL ENCUESTADA)



CUADRO 2 (POBLACION MALTRATADA)

	HOMBRES		MUJERES	
	NUMERO	%	NUMERO	%
SI RECIBEN MALTRATO	48	26.7%	86	47.8%
NO RECIBEN MALTRATO	27	15.0%	19	10.5%
TOTAL	75	41.7%	105	58.3%

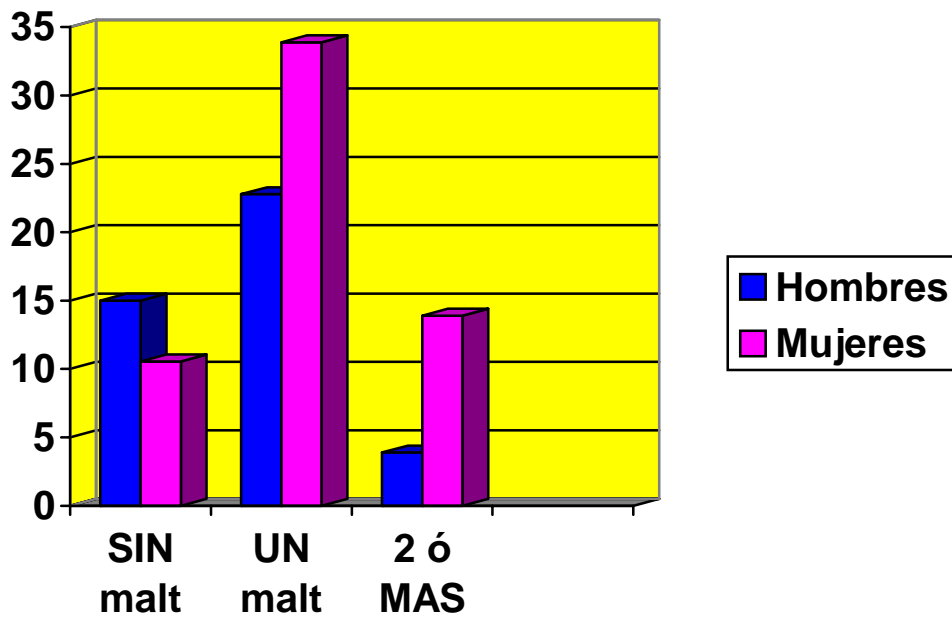
GRAFICA 2 (POBLACION MALTRATADA)



CUADRO 3 (TIPO DE MALTRATO Y PORCENTAJE)

	HOMBRES		MUJERES	
	NUMERO	%	NUMERO	%
SIN MALTRATO	27	15%	19	10.55%
UN TIPO DE MALTRATO	41	22.78%	61	33.89%
DOS O MAS TIPOS DE MALTRATO	7	3.89%	25	13.89%
TOTAL	75	41.7%	105	58.3%

GRAFICA 3 (TIPO DE MALTRATO Y PORCENTAJE)



CUADRO 4 (TIPOS DE MALTRATO EN HOMBRES)

	HOMBRES				TOTAL
	70-74	75-79	80-84	85 Y MAS	
PEGADO O HECHO DAÑO	0	1	1	0	2
TOMADO COSAS SIN SU CONSENTIMIENTO	2	1	1	1	5
REGAÑADO O AMENAZADO	1	0	1	0	2
TIENE MIEDO DE ALGUIEN EN CASA	0	0	0	0	0
FIRMADO DOCUMENTOS QUE NO COMPRENDIA	1	2	0	0	3
ESTA SOLO A MENUDO	4	4	2	0	10
S/AYUDA EN CUIDADOS Y NECESIDADES PERSONALES	10	14	6	4	34
TOCADO SIN SU CONSENTIMIENTO	0	0	0	0	0
OBLIGADO A HACER COSAS QUE NO QUERIA	0	0	1	0	1
TOTAL	18	22	12	5	57

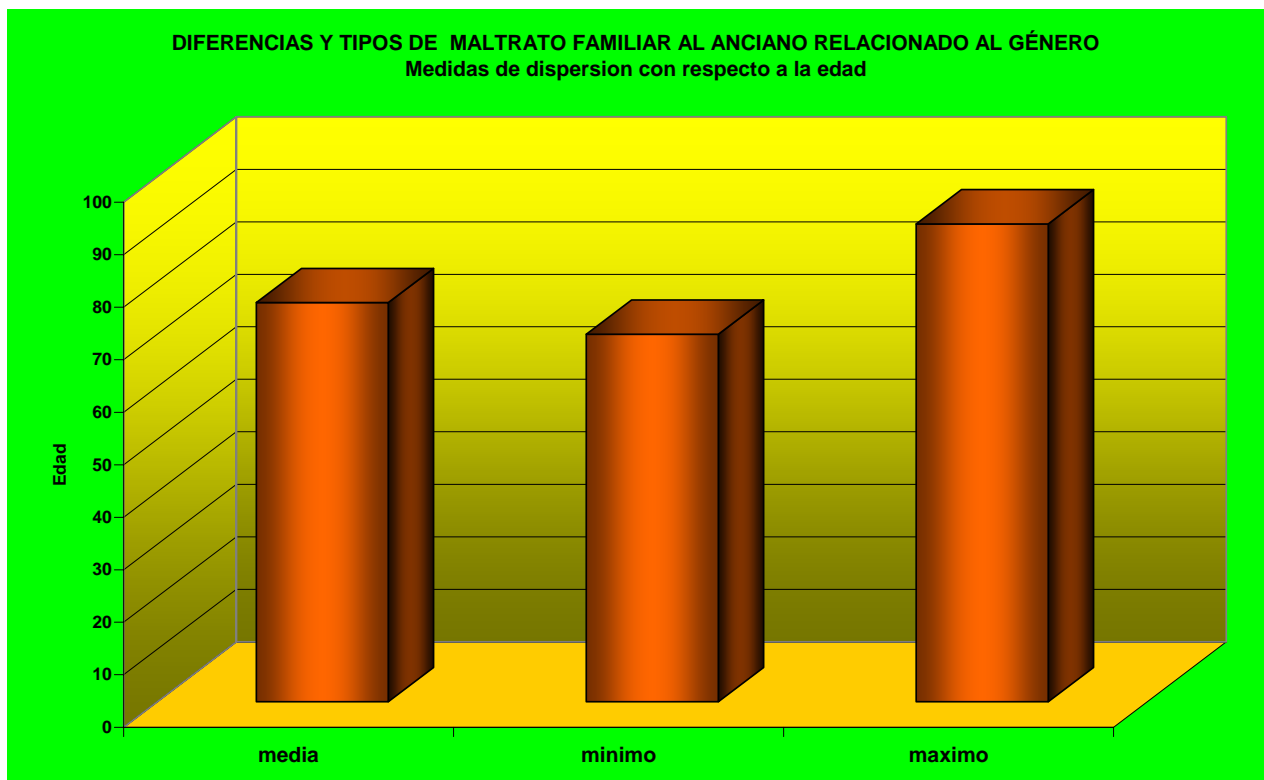
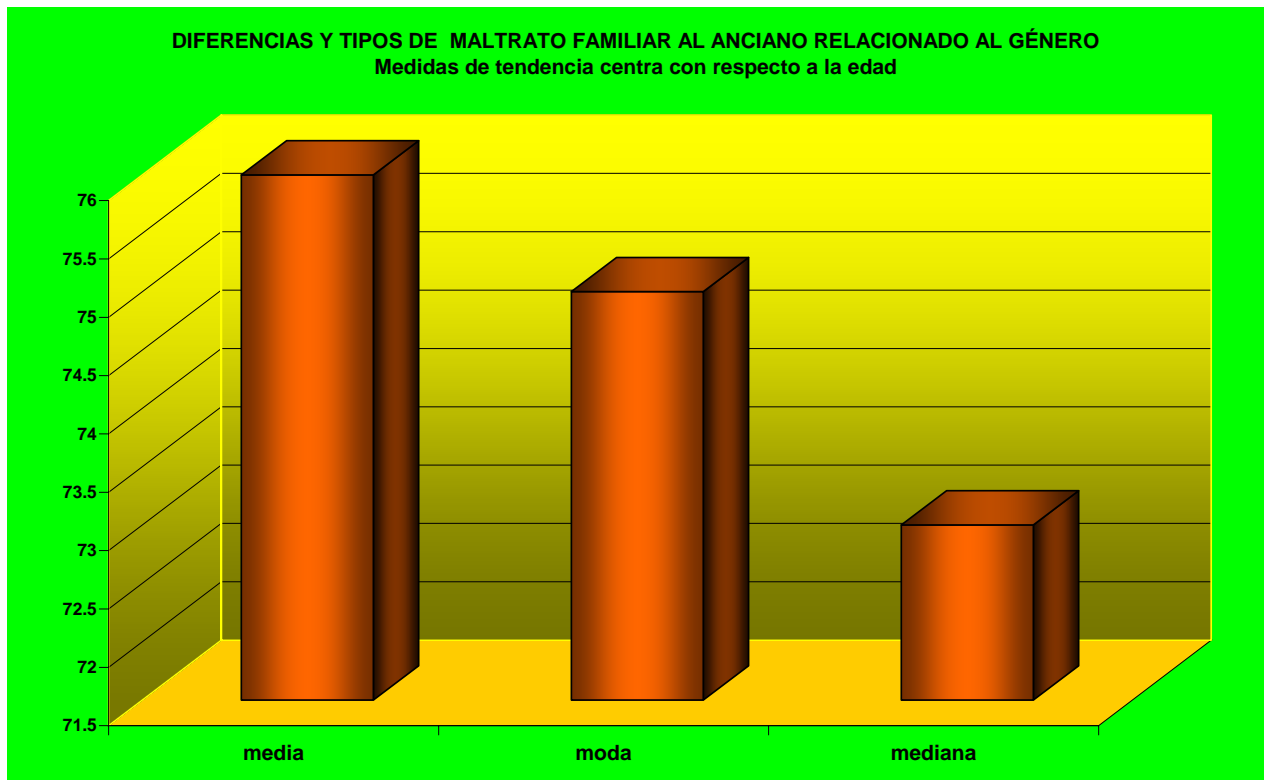
CUADRO 5 (TIPOS DE MALTRATO EN MUJERES)

	MUJERES				TOTAL
	70-74	75-79	80-84	85 Y MAS	
PEGADO O HECHO DAÑO	3	0	0	1	4
TOMADO COSAS SIN SU CONSENTIMIENTO	5	3	2	1	11
REGAÑADO O AMENAZADO	3	0	0	2	5
TIENE MIEDO DE ALGUIEN EN CASA	3	1	0	0	4
FIRMADO DOCUMENTOS QUE NO COMPRENDIA	0	0	0	0	0
ESTA SOLA A MENUDO	17	7	4	0	28
S/AYUDA EN CUIDADOS Y NECESIDADES PERSONALES	28	20	15	4	67
TOCADO SIN SU CONSENTIMIENTO	0	0	0	0	0
OBLIGADA A HACER COSAS QUE NO QUERIA	0	0	0	0	0
TOTAL	59	31	21	8	119

CUADRO 6 (PORCENTAJE DE MALTRATO RELACIONADO A EDAD Y GÉNERO)

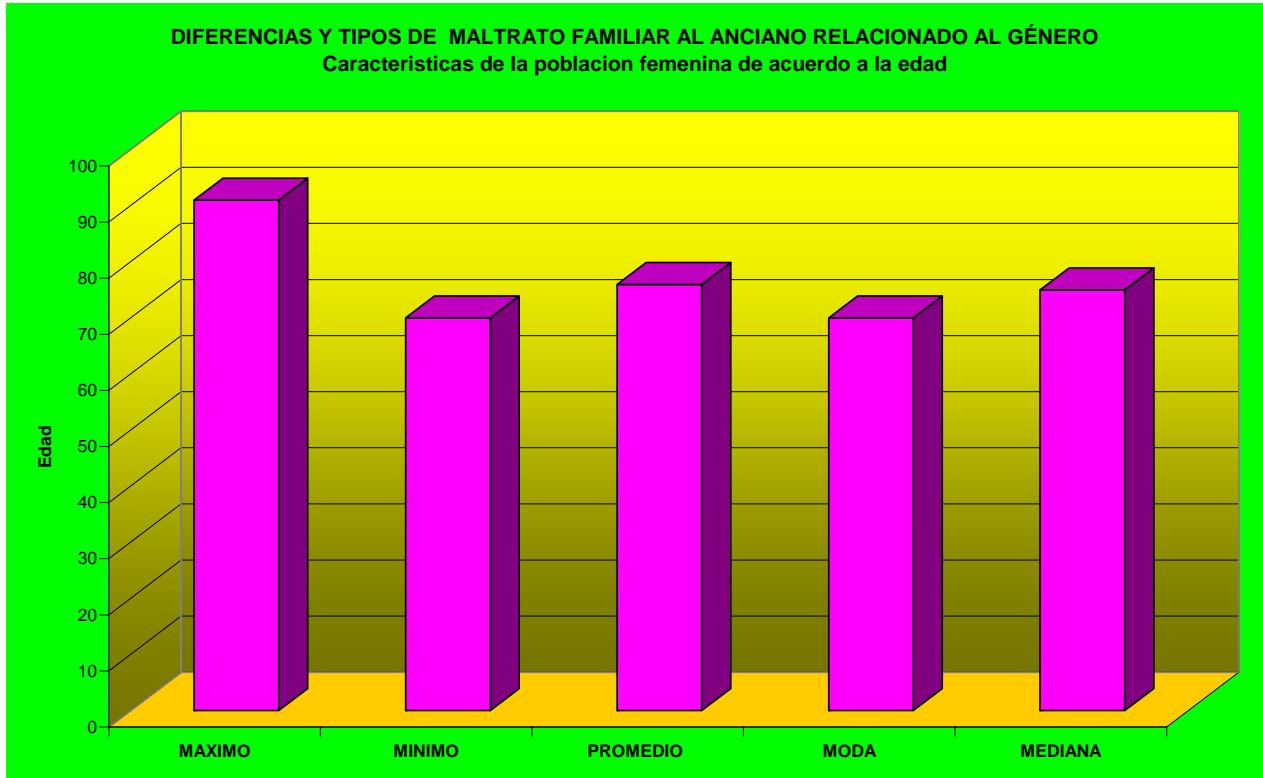
EDAD	70 A 74 AÑOS		75 A 79 AÑOS		80 A 84 AÑOS		85 Y + AÑOS	
SEXO	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
SIN MALTRATO	12 (6.67%)	8 (4.44%)	9 (5.0%)	7 (3.89%)	5 (2.77%)	4 (2.22%)	1 (0.55%)	0 (0%)
UN TIPO DE MALTRATO	13 (7.22%)	26 (14.44%)	18 (10.0%)	19 (10.55%)	7 (3.89%)	13 (7.22%)	3 (1.67%)	3 (1.67%)
2 ó MAS TIPOS DE MALTRATO	2 (1.11%)	13 (7.22%)	2 (1.11%)	6 (3.33%)	2 (1.11%)	4 (2.22%)	1 (0.55%)	2 (1.11%)
TOTAL	27 (15.0%)	47 (26.10%)	29 (16.11%)	32 (17.77%)	14 (7.77%)	21 (11.66%)	5 (2.78%)	5 (2.78%)
	HOMBRES 75 =41.7%				MUJERES 105 = 58.3%			

GRAFICAS 4 Y 5 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION POR EDAD

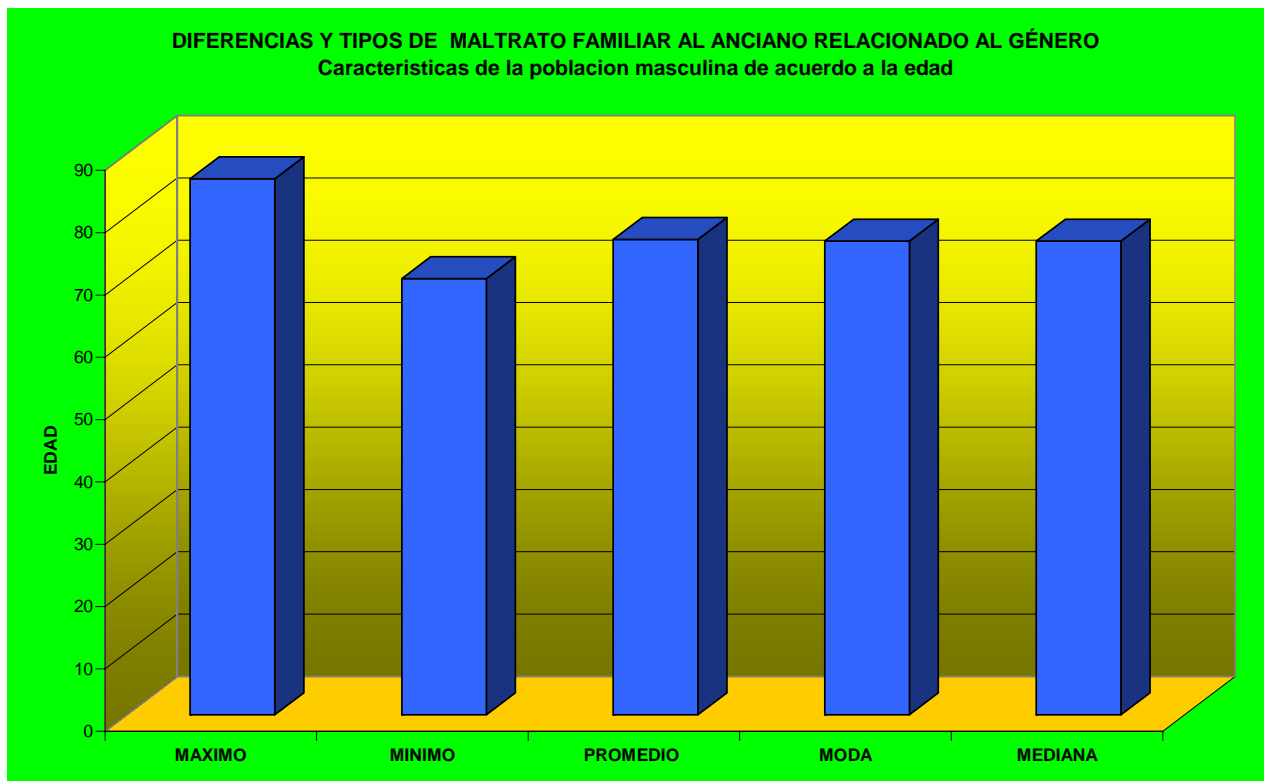


GRAFICAS 6 Y 7 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION POR EDAD Y GENERO

MUJERES



HOMBRES



EPILOGO

***“LAS ACCIONES VIOLENTAS SIEMPRE SE MANIFIESTAN SOBRE LOS
MÁS DÉBILES, EN ESTE CASO LOS ANCIANOS, POR LO TANTO
DEBEMOS DOTARLOS DE FORTALEZA COMO SI FUERAN
NUESTROS PROPIOS PADRES “***

J. de Jesús Sánchez Mendoza

Médico Familiar