



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

---

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"MARINA NACIONAL"  
MÉXICO DF.

**DETECCIÓN DE MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA EN LOS  
ADULTOS MAYORES EN UN SERVICIO DE GERONTOLOGÍA Y  
URGENCIAS ADULTOS DEL ISSSTE.**

TESIS  
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:  
**DR. LUIS GABRIEL ÁLVAREZ MARTÍNEZ**

DIRECTOR DE TESIS:

DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



MÉXICO D.F. 2008

No. de registro: 116.2008



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.

**DETECCIÓN DE MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA EN LOS  
ADULTOS MAYORES EN UN SERVICIO DE GERONTOLOGÍA Y  
URGENCIAS ADULTOS DEL ISSSTE.**

TESIS  
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**DR. LUIS GABRIEL ÁLVAREZ MARTÍNEZ**

AUTORIZACIONES



**DR. CARLOS EDUARDO CENTURIÓN VIGIL**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
“MARINA NACIONAL”  
ISSSTE, MÉXICO, DF.

DIRECTOR DE TESIS



**DR. E. RAÚL PONCE ROSAS**  
PROFESOR TITULAR “A” T.C.D  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

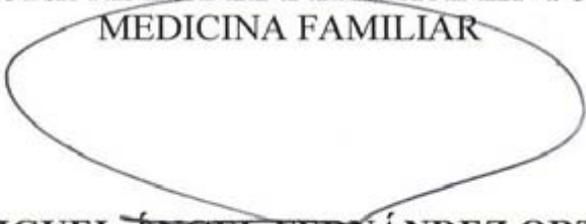
**DETECCIÓN DE MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA EN LOS  
ADULTOS MAYORES EN UN SERVICIO DE GERONTOLOGÍA Y  
URGENCIAS ADULTOS DEL ISSSTE.**

TESIS  
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

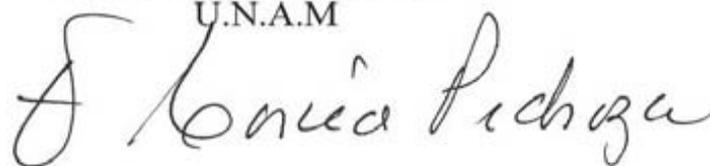
P R E S E N T A

**DR. LUIS GABRIEL ÁLVAREZ MARTÍNEZ**

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR



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



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M



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

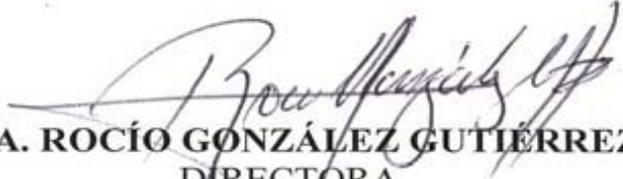
**DETECCIÓN DE MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA EN LOS  
ADULTOS MAYORES EN UN SERVICIO DE GERONTOLOGÍA Y  
URGENCIAS ADULTOS DEL ISSSTE.**

TESIS  
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

**DR. LUIS GABRIEL ÁLVAREZ MARTÍNEZ**

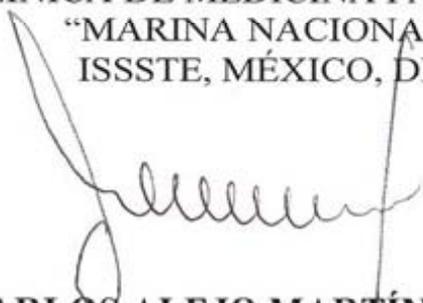
AUTORIDADES DE LA C.M.F "MARINA NACIONAL"



**DRA. ROCÍO GONZÁLEZ GUTIÉRREZ**  
DIRECTORA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"MARINA NACIONAL"  
ISSSTE, MÉXICO, DF.



**DR. CARLOS EDUARDO CENTURIÓN VIGIL**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"MARINA NACIONAL"  
ISSSTE, MÉXICO, DF.



**DR. CARLOS ALEJO MARTÍNEZ CALLES**  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"MARINA NACIONAL"  
ISSSTE, MÉXICO, DF.

## **AGRADECIMIENTOS:**

A MI MADRE

**LIDYA MARTÍNEZ JOACHIN “YAYA”**

POR SER EL PILAR Y UN SOSTÉN EN MI VIDA, YA QUE SIN TI “MAMITA ADORADA”, SIN TU APOYO, TU COMPRENSIÓN, TU AMOR Y CARIÑO NO HUBIESE SIDO POSIBLE ESTA META.

A MI PADRE

**GABRIEL ÁLVAREZ FUENTES**

TU CONFIANZA HACIA MI, POR TUS INVALUABLES CONSEJOS, RECUERDA QUE LOS SUEÑOS Y ESFUERZOS SIEMPRE SE HACEN REALIDAD...

A MIS HERMANOS  
ROBERTO Y FRANCISCO

A NICKY  
MI SOBRINA  
UNA PEQUEÑITA  
RAZÓN DE MI EXISTIR

A MIS TÍOS  
ARTE, RUBÉN,  
NENA, ARMANDO, RAÚL  
POR SU APOYO INCONDICIONAL  
DONDE QUIERA QUE SE ENCUENTREN.

A MIS GRANDES MAESTROS:

**DRA. ÁNGELA TORRES GONZÁLEZ**

**DR. CARLOS MARTÍNEZ CALLES**

**DR. MARTÍN LUNA AGUILAR**

**DRA. MA. DEL CARMEN GÓMEZ MANZO**

POR SU APOYO INCONDICIONAL DURANTE MI RECORRIDO POR  
LOS CAMINOS DEL CONOCIMIENTO DE LA MEDICINA  
FAMILIAR, LA CUAL SIN SU ACERTADA DIRECCIÓN Y  
EXCELENTES CONSEJOS NO HUBIESE SIDO POSIBLE LA  
CULMINACIÓN DE MI FORMACIÓN COMO MÉDICO  
ESPECIALISTA.

A MI ASESOR:

**DR. E. RAÚL PONCE ROSAS**

Por su enseñanza, por la ayuda que siempre me brindó, el tiempo dedicado a esta tesis, por su accesibilidad, por su dedicación a cada uno de sus residentes en formación y sobretodo por compartir esos extraordinarios conocimientos en Medicina y en Investigación, la cual no podría haber llegado a esta meta.

La Universidad tiene la dicha de contar con gente excelente como usted, el cual defiende a capa y espada nuestra especialidad, además de tener esa sencillez y calidez como ser humano, no encuentro otras palabras para poder expresar mi respeto y admiración hacia usted.

Este objetivo logrado también es parte suyo...

**GRACIAS...**

**DRA. SILVIA LANDGRAVE:**

## GRACIAS

No encuentro alguna otra palabra para poder expresarle mi respeto, cariño y admiración. Sabiendo que no existirá alguna otra forma de agradecerle todo su apoyo y esfuerzo hacia este “latoso residente”, además que no podré encontrar a otra persona en este mundo con su dedicación, amabilidad, calidez y sobretodo una verdadera vocación de enseñanza hacia la Medicina Familiar.

Usted es un claro ejemplo de cómo debe de ser un Médico Familiar, sabiendo que no es necesario un título para poder serlo. Espero que por mucho tiempo los futuros médicos familiares tengan la oportunidad de poder aprovechar su sabiduría y conocimientos en esta rama de la medicina muy poco valorada por el resto de las especialidades, como lo hice yo.

Quiero que sienta que este objetivo logrado también es suyo y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue a su apoyo, comprensión y paciencia.

Atentamente

Dr. Luis Gabriel Álvarez Martínez

El anciano quiere volver a esa pureza de la primera infancia; busca en su religión el sentido de la “verdad” con el deseo de entrar al reino del señor con tranquilidad y fe<sup>25</sup>.

**Oda a la edad** (por Pablo Neruda)

Yo no creo en la edad,  
Todos los viejos  
llevan  
en los ojos  
un niño,  
y los niños  
a veces  
nos observan  
como ancianos profundos,

Mediaremos  
la vida  
¿por metros o kilómetros  
o meses?  
¿Tanto desde que naces?  
Cuánto  
debes andar  
hasta que  
como todos  
en vez de caminarla por encima  
descansamos, debajo de la tierra,

Ahora,  
tiempo, te enrolló,  
te deposito mí  
caja silvestre  
y me voy a pescar  
con tu hilo largo, los peces de la aurora.



## RESUMEN

### **OBJETIVO:**

Identificar elementos que sugieran maltrato, abandono y negligencia en el paciente de la 3ª edad de la población de la clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” y el servicio de Urgencias Adultos del Hospital General “Tacuba” del ISSSTE.

### **DISEÑO:**

Estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó este estudio en el periodo de febrero – abril 2008, en el servicio de Gerontología y Urgencias Adultos, la muestra fue de 100 pacientes mayores de 65 años de edad, realizándose una encuesta dirigida para identificar el Maltrato, Abandono y Negligencia.

### **RESULTADOS:**

El 61% fueron pacientes del sexo femenino y el 39% del sexo masculino. El 85% vive con algún familiar. El 61% de los encuestados no cuentan con cuidador. Los resultados obtenidos a la evaluación concluyeron que el 73% de los evaluados presentan evidencia de maltrato, abandono y negligencia. El tipo de maltrato que predominó en este trabajo fue de negligencia/abandono. La víctima es de predominio femenino. Y las redes sociales de los pacientes ancianos fue su pareja.

**CONCLUSIONES:**

Se debe de tener un conocimiento más específico de este problema social en la educación sobre el maltrato, abandono y negligencia en los ancianos en el primer nivel de atención. Es necesario contar con mayores recursos, material y guías para la prevención y el adecuado diagnóstico del maltrato, así como el apoyo correspondiente de las autoridades para su realización.

**PALABRAS CLAVE:**

Maltrato, Abandono. Negligencia. Anciano. Adulto Mayor, Medicina Familiar, Atención Primaria.

## SUMMARY

### **OBJETIVE:**

To identify elements that suggest abuse, abandonment and negligence in the patient of the 3<sup>a</sup> age of the population of the clinic of Family Medicine “Marina Nacional” and the mature service of urgencies of the General Hospital Tacuba of the ISSSTE.

### **DESIGN:**

Study descriptive, observational, cross sectional, prospective.

### **MATERIAL AND METHODS:**

He was carried out this study in the period of february - april 2008, in the service of Gerontology and Urgencies Adult's, the sample belonged to 100 patients bigger than 65 years of age, being carried out a survey directed to identify the Abuse, Abandonment and Negligence.

### **RESULTS:**

The 61% was patient of the feminine sex and 39% of the masculine sex. 85% lives with some relative. 61% of those interviewed doesn't have caretaker. The results obtained to the evaluation concluded that 73% of those evaluated presents abuse evidence, abandonment and negligence. The abuse type that I prevail in this work was of negligence/abandonment. The victim is of feminine prevalence. And the social nets of the old patients were their couple.

### **CONCLUSIONS:**

A more specific knowledge of this social problem should be had in the education on the abuse, abandonment and negligence in the old men in the first level of attention. It is necessary to have bigger resources, material and guides for the prevention and the

appropriate one I diagnose of the abuse, as well as the support corresponding of the authorities for their realization.

**KEY WORDS:**

Mistreat, Abandonment. Negligence. Old man. Bigger adult, Family Medicine, Primary care.

ÍNDICE	Pág.
Introducción	1
1.    Marco teórico	3
1.1    La vejez.	3
1.1.1    Envejecimiento.	4
1.1.1.1    Características del envejecimiento	5
1.1.1.2    Causas de envejecimiento	5
1.1.1.3.    Teorías de los radicales libres y del déficit bioenergético a causa de la lesión peroxidativa mitocondrial.	7
1.1.1.4    Factores de riesgo, marcadores de “edad biológica” y envejecimiento prematuro	8
1.1.1.5    Nutrición y aporte de antioxidantes	9
1.1.2    Percepción de la vejez en diferentes tiempos	11
1.1.2.1    Percepción de la vejez desde la antigüedad	11
1.1.2.2    Percepción de la vejez desde la sociedad actual	12
1.1.2.3    Autopercepción de la vejez	14
1.2    El maltrato, abandono y negligencia del anciano	15
1.2.1    Aspectos de la historia del maltrato en el anciano	15
1.2.1.1    El maltrato en la antigüedad	16
1.2.1.2    El anciano en los tiempos modernos	20
1.2.2    La definición de maltrato	22
1.3    Epidemiología del maltrato, abandono y negligencia en el anciano	23
1.4    Factores de riesgo y vulnerabilidad de ser víctimas de maltrato	26
1.4.1    Formas de maltrato	28
1.4.2    Causas del maltrato	30
1.5    Instrumentos de evaluación para el maltrato, abandono y negligencia del adulto mayor	31
1.6    El papel del médico familiar en el maltrato, abandono y negligencia del adulto mayor	35
1.6.1    Detección del maltrato, abandono y negligencia en el paciente de la 3ª edad	37
1.7    Legislación y gerontología	41
2.    Planteamiento del problema	44
3.    Justificación	48
4.    Objetivos	50
4.1    Objetivo general	50
4.2    Objetivos específicos	50
5.    Material y métodos	50
5.1    Tipo de estudio	50
5.2    Diseño de la investigación del estudio	51
5.3    Población, lugar y tiempo	52
5.4    Muestra	52
5.5    Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	52
5.6    Variables	53
5.7    Definición conceptual y operativa de las variables	57
5.8    Diseño estadístico	59
5.9    Instrumento de recolección de datos	59
5.10   Maniobras para evitar o controlar sesgos	60

5.11	Prueba piloto	60
5.12	Procedimientos estadísticos	61
5.12.1	Plan de codificación de datos	61
5.12.2	Diseño y construcción de la base de datos	61
5.13	Análisis estadístico	61
5.14	Cronograma	61
5.15	Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.	61
5.16	Consideraciones éticas	62
6.	Resultados	63
7.	Discusión	82
8.	Conclusiones	88
9.	Referencias	96
10.	Anexos	99

## **INTRODUCCIÓN.**

El envejecimiento es un proceso que forma parte de los seres humanos que implica cambios permanentes, esto constituye un proceso en el que participan factores tanto biológicos, psicológicos y sociales. Dentro de este proceso se dan tanto pérdidas como ganancias, es la oportunidad de emplear la experiencia adquirida durante todos los años de la vida.

En este lapso puede haber maltrato, abandono o negligencia por parte de la familia y la sociedad. Este desprecio hacia las personas que se encuentran dentro de la llamada edad de oro o adultos mayores en plenitud como se les conoce hoy en día, es una de las primeras manifestaciones de maltrato, ya que en la sociedad hay una clara tendencia a menospreciar al anciano. El interés sobre este tema es un fenómeno sociocultural, debido a que la baja natalidad y un aumento de esperanza de vida, esta favoreciendo a que la pirámide poblacional se invierta y se amplíe en el número de adultos mayores (ancianos) en todo el mundo.

Para tener una visión adecuada de este problema social recientemente detectado y realizar una atención oportuna, es necesario que el médico y el equipo multidisciplinario, realicen un interrogatorio dirigido ante cualquier posibilidad o sospecha de maltrato, abandono o negligencia. En este trabajo se aborda el tema del maltrato al anciano, donde se hace una revisión de la vejez y envejecimiento de manera general, explorando sus características y causas. Tomando en cuenta las teorías hasta hoy expuestas causantes de la vejez. Además de un enfoque en la perspectiva de las sociedades en diferentes tiempos del maltrato, abandono y negligencia. También se tratarán estos temas desde la perspectiva del médico familiar el cual se encuentra en una posición privilegiada para poder hacer prevención,

detección y un abordaje apropiado de este problema, debe tener presente aquellos signos de alarma o indicadores de maltrato para que, desde la atención primaria, se tomen las medidas necesarias para un envejecimiento satisfactorio con ayuda y consideración sobre la sensibilización multidisciplinaria del equipo de salud para el tratamiento de este problema y referir los casos de sospecha a centros de servicios sociales y comunitarios correspondientes.

Según la 1ª Conferencia Nacional celebrada en España, se tomaron en consideración los factores de riesgo, la vulnerabilidad de ser víctimas y las características que generalmente tienen los agresores de las personas de la 3ª edad. Se exploró las formas y causas del maltrato, abandono y negligencia, asimismo en la misma conferencia se hizo hincapié que no hay instrumentos de medición para que de una u otra forma se trate de evaluar o detectar el maltrato, abandono y negligencia en los pacientes ancianos que existen hasta la actualidad. En el presente trabajo se hizo una pequeña revisión del marco legal tanto a nivel nacional como internacional sobre el maltrato, abandono y negligencia.

# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1 LA VEJEZ.

La vejez es una etapa de la vida humana que describe en tres periodos<sup>3</sup>. En esta etapa ocurre una sucesión de modificaciones a nivel morfológico, fisiológico y psicológico, la cual posee un carácter irreversible<sup>9</sup>. Estas modificaciones que se observan principalmente al exterior del individuo, se dan incluso antes de que la persona tenga aspecto de anciano.

En la literatura se encuentran diferentes definiciones<sup>3</sup>, las cuales se abordan para tener una visión clara, ya que de acuerdo a la historia se dan diferentes nombres o categorías a esta parte de la población.

- *Presenil*: periodo comprendido de los 45 a los 60 años. Es una senilidad a ritmo lento, (el individuo no se da cuenta). Aquí los aspectos que interesan en esta etapa son la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de enfermedades crónicas.
- *Senil*: abarca de los 61 a los 75 años (envejecimiento parcial ya confirmado donde aparecen algunos signos). Cuyos aspectos de interés son los chequeos periódicos, control de las capacidades físicas y psíquicas, y la recuperación física.
- *Decrepitud / alta senilidad*: Se presenta después de los 76 años de edad, hay una disminución o pérdida de funciones específicas. Los órganos no trabajan al 100%.

Dentro de los marcos de referencia se encuentra otra clasificación para denominar a los pacientes ancianos<sup>3</sup>, donde se toma en cuenta la edad como principal factor<sup>3</sup>. En primer lugar se encuentra a la 3ª edad, la cual comprende de los 65 años a los 80 años. La 4ª edad es de los 80 años a los 100 años y por último se establece la 5ª edad, la cual corresponde a personas con más de 100 años de vida. Además otra denominación<sup>9</sup>, para estas personas es la de “Viejo joven” la cual es el anciano de 60 a 79 años y el “Viejo viejo” que son individuos de mas de 80 años.

Otro concepto muy popular en estos tiempos, que se encuentra relacionado con los malos tratos a los adultos mayores es “*viejismo*”; con este término se señala la actitud descuidada, irrespetuosa, despectiva o discriminatoria hacia los ancianos<sup>13, 59</sup>.

### **1.1.1 ENVEJECIMIENTO.**

Es la suma de todos los cambios que ocurren en el organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte<sup>2</sup>. ¿Pero realmente se sabe cuando una persona se encuentra en pleno envejecimiento? Afortunadamente se tienen algunos marcadores del envejecimiento, los cuales fueron explicados por Viñas Ribes J<sup>2</sup>, en 1996 y son:

- Antropométricos: el índice de masa corporal que decrece con la edad.
- Psicológicos: como la capacidad de reacción a estímulos sensoriales o de resolver operaciones matemáticas mentalmente.
- Fisiológicos: Como la capacidad vital (que disminuye con la edad).
- Bioquímicos: la demostración de el nivel de glutatión en sangre.

### **1.1.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO.**

Dentro de todos los cambios del organismo a través del tiempo presentan ciertos componentes<sup>2</sup>, como se mencionan a continuación:

- Aumento de mortalidad después de la maduración.
- Cambios en la composición del organismo, disminución de la “masa magra” y un aumento de la proporción de grasa en el organismo.
- Cambios funcionales progresivos que tienden al deterioro general del organismo.
- Susceptibilidad del organismo envejecido a enfermedades de varios tipos.

### **1.1.1.2 CAUSAS DE ENVEJECIMIENTO.**

Se debe de tener en cuenta que es un hecho relativamente nuevo y de gran importancia socio-económica es el progresivo envejecimiento de la población en los países desarrollados, con el consiguiente aumento y costo de los servicios sanitarios y asistenciales.

Debido a la baja natalidad, en un segmento de la población madura se presenta un “envejecimiento prematuro” a causa de diversos factores genéticos no medio ambientales.

Un análisis de este problema en busca de posibles soluciones que requiere revisión de las relaciones entre las causas del envejecimiento, de la nutrición, el papel de los radicales libres y los antioxidantes dietéticos y el uso de las técnicas de determinación de “edad biológica”<sup>60</sup>. Estos factores señalados son útiles para valorar el grado de involución que sufren las personas, así como la eficacia de los tratamientos para retrasar dicho proceso,

además prevenir ciertas enfermedades degenerativas, como la arteriosclerosis y ciertos tipos de cáncer.

En el simposio “The Biology of Aging” que se realizó en Gatlinburg (Tennessee), en 1957, se llegó a la conclusión de que “...una descripción del envejecimiento reducida a mecanismos que se comprendan no es posible por el momento”. En un sistema tan integrado como son las células vivas, no es fácil distinguir entre las causas y los efectos. Por ello, no se sabe si el envejecimiento deriva de la causa única o de muchas causas. La explicación del envejecimiento se basará en los cambios observados en las estructuras y en la distribución de las sustancias micro y macromoleculares que componen las células”<sup>14</sup>.

A continuación se hace una revisión breve sobre estos conceptos, que justifican el uso de suplementos antioxidantes en la medicina geriátrica preventiva.

- 1) Teorías de los radicales libres y del déficit bioenergético a causa de la lesión peroxidativa mitocondrial.
- 2) Marcadores de “Edad biológica” y envejecimiento prematuro.
- 3) Nutrición y aporte de antioxidantes.

### **1.1.1.3 TEORÍAS DE LOS RADICALES LIBRES Y DEL DÉFICIT BIOENERGÉTICO A CAUSA DE LA LESIÓN PEROXIDATIVA MITOCONDRIAL.**

En la actualidad se sabe que lamentablemente no se puede frenar el paso del tiempo y mucho menos el envejecimiento normal, sería el ir en contra de la propia naturaleza, ni prevenir el “envejecimiento prematuro” sin poder comprender las causas moleculares de la involución que sufren las células y el organismo con el paso de tiempo.

Hoy en día después de cientos de teorías gerontológicas, sin fundamentos y que solamente tienen valor histórico como por ejemplo “la síntesis de proteínas” (1963) y la teoría del “reloj mitótico” (1985), solamente se encuentran válidas en la actualidad sobre los efectos envejecedores de los radicales libres y de la toxicidad residual del oxígeno, las cuales gozan de un grado de aceptación creciente.

Según Miquel et al<sup>14</sup>, en 1996 hace referencia sobre un estudio previo que había realizado en 1980 donde menciona una teoría ligada al envejecimiento con reacciones desorganizadoras no programadas de los radicales libres que se forman en el organismo a causa de la producción aerobia de energía (ATP).

Los oxi-radicales (fragmentos moleculares de oxígeno), que son muy reactivos e inestables, producen una desorganización gradual de las membranas celulares y subcelulares, que por contener cantidades muy elevadas de lípidos no saturados, son muy propensas a las peroxidación. Aquí la causa fundamental del envejecimiento sería una reacción de los lípidos de las membranas con productos derivados del oxígeno similar a las reacciones que ocurren durante el enranciamiento de las grasas alimenticias<sup>14</sup>.

Se propone que la lesión de los radicales libres no es en la membrana celular, es a nivel de la mitocondria, específicamente en el genoma mitocondrial (mtDNA) por lo que pierde su capacidad regeneradora. Las alteraciones mitocondriales que ocurren al envejecer disminuyen la cantidad máxima de energía que las células diferenciadas pueden producir durante condiciones de estrés o sobrecarga funcional y, por tanto, llevan a una disminución de la síntesis de proteínas y de la función especializada de órganos como el encéfalo y el corazón, que contienen un gran número de estas células.

Según Miquel en 1996<sup>14</sup>. En el proceso de involución celular, déficit bioenergético y los fallos homeostáticos, se asocian a procesos degenerativos ligados a la edad que llevan al uso masivo de fármacos para regularizar la función cardiovascular, así como de diuréticos, laxantes analgésicos, hipnóticos, sedantes y tranquilizantes, en sujetos mayores de 80 años.

#### **1.1.1.4 FACTORES DE RIESGO, MARCADORES DE “EDAD BIOLÓGICA” Y ENVEJECIMIENTO PREMATURO.**

Es bien sabido que las personas que presentan algún tipo de interacción a nivel fisiológico por ejemplo HAS o bioquímica como la dislipidemia presentan un mayor riesgo de contraer ciertas enfermedades consideradas como degenerativas y son mas propensos a presentar alteraciones y muerte prematura. Esto justifica la “EDAD BIOLÓGICA”<sup>12</sup>, ya que estudios dentro de la gerontología clínica confirman el hecho de que ciertos individuos pueden conservarse bien para su edad y otros presentan mas daño por el envejecimiento.

La determinación de la edad biológica en los humanos es ya de por si un tema de actualidad debido a que es de gran utilidad como una herramienta para ver el grado de involución

tanto a nivel individual y poblacional. Mediante la valoración de esta edad se puede comprobar el efecto nocivo o beneficioso de ciertas dietas u otros factores del estilo de vida de cada individuo, como la administración crónica de suplementos antioxidantes.

Entre los parámetros de la edad biológica, se encuentra: volumen respiratorio forzado, capacidad vital, tensión arterial sistólica, globulina sérica y tiempos de reacción. Aparentemente la conservación de la salud se asociaba al presentar un menor índice de consumo de cigarrillos, que tengan una mayor actividad física, por lo tanto como consecuencia debe de presentar una tensión arterial sistólica y diastólica menores, cifras bajas en suero de colesterol y triglicéridos, ácido úrico, glucosa y una mayor capacidad vital pulmonar.

Se considera que la preservación de la salud al envejecer, se encuentra estrechamente ligada al estilo de vida que haya llevado el anciano, y que no basta mantener los parámetros de normalidad sino que es esencial mantener en un inicio de la madurez, o sea que: *la salud en edades avanzadas es el resultado del mantenimiento de una edad biológica (u homeostasis) relativamente joven en comparación con personas de la misma edad*<sup>14</sup>.

#### **1.1.1.5 NUTRICIÓN Y APOORTE DE ANTIOXIDANTES.**

Es evidente que ciertos factores tanto genéticos, ambientales y estilos de vida son los responsables de que personas de la misma edad cronológica difieran de su edad biológica. Si es cierto que estos factores intervienen en el envejecimiento esta ligado a una degeneración mitocondrial por radicales libres y peróxidos, la geriatría preventiva del futuro se debería de orientar hacia la protección antioxidante y la preservación y

modulación de la producción de ATP, que a su vez ejerce un efecto favorable sobre la síntesis de proteínas y las funciones celulares especializadas.

Hay otra referencia de la teoría que para envejecer de manera muy saludable<sup>14</sup>, se debe de reducir el nivel de “estrés oxidativo” como consecuencia de los radicales libres por lo que es importante el consumo de una dieta adecuada, una buena alimentación debe de permitir reparar las lesiones moleculares y celulares que causan tales radicales, esto al ser estimulando la mitosis permite la repoblación de los tejidos celulares por células jóvenes.

Si se consume una dieta rica en grasas y azúcares refinadas y deficiente en antioxidantes estimula la oxidación incontrolada, mientras que un aporte óptimo de antioxidantes y “barredores” de radicales libres, como las vitaminas C y E, los fenoles y bioflavonoides de las frutas y verduras, sirven como un antídoto, destruyendo una gran proporción de dichos radicales<sup>14</sup>.

Los suplementos de las dietas en el paciente anciano pueden ser eficaces en el envejecimiento prematuro, sobre todo a nivel de los síndromes degenerativos ligados a la edad, un ejemplo es la aterosclerosis, artritis reumatoide, cataratas y la inmunodepresión. La administración de las vitaminas C y E tendrían un efecto favorable en la isquemia-reperusión, así como en procesos (infartos recientes de miocardio, estrés psicológico, tabaquismo, etc.) en donde se observan una elevación marcada de los niveles de peróxido de lípido en la sangre<sup>14</sup>.

Miquel<sup>14</sup> en 1996 llegó a la conclusión de que la suplementación de la dieta con antioxidantes protege contra la peroxidación de los lípidos y las proteínas encargadas de la formación del ateroma en el plasma y además también se sabe que la gente que consume de manera cotidiana la vitamina E pueden reducir hasta en un 40% su riesgo de contraer una

enfermedad coronaria. Por otra parte entre los beneficios de la administración de esta vitamina, los cuales han sido confirmados por la Universidad del Sur de California, las cuales mostraron un menor estrechamiento de la arteria coronaria debido a la formación de aterosclerosis en hombres que consumen 100 o más UI de vitamina E al día<sup>14</sup>.

Numerosos datos sugieren que el envejecimiento va de la mano con una pérdida no significativa, pero progresiva de antioxidantes aportadores de grupo tiol y que la administración de estos compuestos como la tioprolina, acetilcisteína, etc. puede contribuir a aumentar la duración de la vida y a disminuir la pérdida de función inmune que ocurre al envejecer.

### **1.1.2 PERCEPCIÓN DE LA VEJEZ EN DIFERENTES TIEMPOS.**

El tema del adulto mayor, ha adquirido en los últimos tiempos una gran importancia en la literatura mundial. En realidad hay pocos sobre este tema en particular, aunque existe la preocupación creciente de este problema social. Se debe tener una visión de la vejez a través de la historia para poder así poder formar un criterio propio.

#### **1.1.2.1 PERCEPCIÓN DE LA VEJEZ DESDE LA ANTIGÜEDAD.**

A lo largo de la historia se han dado opiniones y juicios muy diversos sobre la vejez, en su mayoría han sido rotundamente negativos, los cuales se han ido transmitiendo de generación en generación hasta la actualidad en las civilizaciones, durante los tiempos históricos. Las culturas más pobres consideran al anciano o viejo como una persona improductiva a la comunidad la cual tenía que sacrificar para no exponerse en riesgo al

grupo. Pero esta situación depende de las creencias, el sistema económico, los valores culturales de cada grupo social<sup>1</sup>.

Por ejemplo de la antigua Europa, a los ancianos se les atribuían poderes mágicos-religiosos por lo tanto retrasaban su eliminación. Esto no está muy alejado de la realidad actualmente en este país. Se sabe que no existen los poderes mágicos, sino lo que importa son los bienes materiales en la actualidad.

En el mejor de los casos, sin embargo, el anciano es respetado o temido, pero en menos ocasiones es positivamente querido y aceptado. Incluso en las sociedades en las que la ancianidad predomina y tiene el poder (por ejemplo la romana), se produce una corriente paralela y ambivalente de burla, envidia y desprecio que se manifiesta en la literatura o a nivel de conciencia popular<sup>1</sup>.

#### **1.1.2.2 PERCEPCIÓN DE LA VEJEZ DESDE LA SOCIEDAD ACTUAL.**

Hay que recordar que la vejez es una etapa más del ciclo vital en la que se producen una serie de cambios tanto biológicos como sociales, ante los cuales los sujetos van a tener que poner en marcha recursos para acomodarse a unas circunstancias que van a ser vivenciadas como negativas y estresantes.

En la sociedad hay diferencias en cómo se perciben a las personas mayores, en algunas culturas a los ancianos se les veía desde una perspectiva social. En los países pobres o de bajos recursos estas personas son consideradas como sujetos a los cuales no se les puede sacar provecho, incluso son consideradas como estorbo para sus propias familias.

En pleno siglo XX, continúan existiendo las percepciones erróneas que todavía prevalecen en la sociedad, un claro ejemplo es lo comentado por Salvarezza en 1988 referido por Antequera<sup>1</sup>. Estas percepciones no solo aparecen a nivel de creencias personales o sociales, sino que también se encuentran en la bibliografía hasta antes de 1990<sup>1</sup>.

- La consideración de que toda persona mayor de 65 años es un anciano: En realidad el criterio cronológico no se considera un factor determinante de la vejez, sino que influyen otras características personales como estado físico, la historia personal o el equilibrio familiar y social.
- Es la creencia de que los ancianos se hayan muy limitados, tanto en sus aptitudes biológicas, psíquicas y sociales: Sin tener en consideración que la vejez cuenta con recursos propios para compensar las posibles deficiencias y adaptarse de manera eficaz al medio.
- La vejez es totalmente negativa: Esta creencia que se encuentra muy determinada por el sistema de valores vigentes, el anciano es considerado como un ser improductivo y por lo tanto una carga social.
- La vejez es una enfermedad: A pesar de que el 86% de las personas de más de 65 años de edad tienen una o varias patologías crónicas de salud, la variabilidad en cuanto a la gravedad de tales problemas es amplia.

### **1.1.2.3 AUTOPERCEPCIÓN DE LA VEJEZ.**

Hasta el momento se ha expuesto cómo la imagen que socialmente se mantiene en los ancianos es claramente negativa, pero es más llamativo de este tema es el hecho de que, ésta percepción social es compartida por los propios ancianos<sup>1</sup>. En realidad, no es la edad cronológica por sí misma la que lleva a una persona a considerarse a sí mismo “viejo” aunque obviamente existe una relación entre edad cronológica y autopercepción. Son las presiones sociales y la ocurrencia de una serie de sucesos y experiencias las que van forzando al anciano, a aceptar la realidad de que se va haciendo viejo<sup>1,33</sup>.

Por otro lado, los ancianos no se comportan de una manera “adecuada para su edad” por satisfacer sus propias necesidades y/o deseos sino más bien por ajustarse a las expectativas y presiones sociales y ello es una clara muestra de su capacidad de adaptarse y acomodarse a las exigencias sociales.

Por lo tanto cada persona tiene un concepto de sí mismo y en función de este, procesa y organiza la información de su contexto en una estructura que le proporciona la base de principios para actuar en el presente y futuro, es así como el sujeto mantiene y desarrolla un esquema básico de su propia autopercepción que se extiende hasta el periodo de jubilación.

Los posibles sucesos de crisis, tales como dificultades financieras, conflictos interpersonales con los hijos, con los semejantes, indiferencia por parte de los adultos jóvenes, muerte de amigos, conciencia de soledad, enfermedad e incapacidad o dificultad en la adaptación a la jubilación, son elementos cada vez más difíciles de solucionar por parte del individuo<sup>33</sup>.

Lo que debe quedar claro para poder abordar bien el tema es conocer algunas definiciones de lo que es un anciano y/o personas de la tercera edad. En la literatura se considera que es lo mismo vejez que envejecimiento. A continuación se hace una revisión sobre el maltrato, abandono y negligencia durante diferentes épocas y culturas, aunque este tema como se verá a continuación, no es nada nuevo. Esta información va desde la antigüedad hasta la visión actual.

## **1.2 EL MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA DEL ANCIANO.**

El maltrato al anciano el cual es un problema social según la literatura esta catalogado como “nuevo” y no es porque no existiera, sino porque siempre ha sido un problema sin importancia. Hasta que se inicio la sensibilización multidisciplinaria hacia el maltrato al anciano como un problema público en 1978 en Estados Unidos<sup>10</sup>. En Europa comenzó en 1988 en la sociedad británica de geriatría, siguiendo en Francia con su carta de derechos y libertades de la persona de edad dependiente para sensibilizar la opinión publica. En España en 1996 con la creación de la sociedad nacional de la sociedad española y su declaración de Almería<sup>10</sup>. El maltrato es un grave problema que afecta a un número elevado de ancianos y refiere al trato abusivo que reciben las personas mayores de sus cuidadores, familia y extraños<sup>6</sup>.

### **1.2.1 ASPECTOS DE LA HISTORIA DEL MALTRATO EN EL ANCIANO.**

Una revisión hecha por Filman, K. M. en Chile realizada en 1996<sup>4</sup> llego a la conclusión de que a base de una revisión de fuentes principalmente históricas, antropológicas y literarias

se ha demostrado que el maltrato al adulto mayor, contrariamente a lo que se cree, no es un problema nuevo que emerge actualmente por motivos tales como “el aumento de la población de adultos mayores, el quiebre de la familia extendida, la incertidumbre económica, etc.” que son los que se aducen. En la literatura histórica, los mitos de la cultura griega, la Biblia, las leyendas, se encuentra el maltrato al anciano, como se verá a continuación.

#### **1.2.1.1 EL MALTRATO EN LA ANTIGÜEDAD.**

El respeto y el maltrato aparecen como temas gemelos en las relaciones intergeneracionales en todos los tiempos, y son parte de la ambivalencia de nuestra sociedad hacia el anciano en la actualidad. Amor, odio, lealtad y traición aparecen como dos paradigmas. Dentro del paradigma del odio es “natural” competir con los padres, envidiar sus poderes, ignorar sus opiniones, querer separarse de ellos y aun eliminarlos. Dentro del paradigma del respeto es “natural” ser leal a los padres, honrarlos, protegerlos y solo la noción de dañarlos aparece como repugnante.

El trato del adulto mayor depende de cada sociedad y en el tiempo en que se encuentre, además de que intervienen diferentes factores:

- a) Las condiciones económicas de la sociedad.
- b) La estructura familiar.
- c) Las creencias religiosas.
- d) La estructura política.

Estas variables no se encuentran independientes unas a otras, al contrario, actúan entre sí. Un ejemplo sobre este tipo de factores se observó en las sociedades prelitteratas las cuales daba un buen trato al anciano, el cual era considerado una persona que poseía unas habilidades extraordinarias, útiles y necesarias para el desarrollo de la comunidad tales como: constructor de canoas, parteras, médicos, hechiceras o estratega guerrero. Las personas que no lograban alguna técnica especial durante su juventud, al llegar a la ancianidad eran cambiadas a trabajos que requirieran menos esfuerzo. Incluso en la cultura Inca a los ancianos, se le consideraba como última función como “espantapájaros”<sup>4</sup>. En estas sociedades a los ancianos eran considerados como “archivos”, acumuladores de información y comunicadores por excelencia: sabían cuando cosechar, las migraciones de los animales, etc. Se debía confiar en su memoria.

La familia es otro de los factores muy importantes en el trato a los ancianos. Si las normas sociales especifican que deben de ser bien tratados hay mayores probabilidades de que se les trate bien.

La religión era otro factor muy importante en el trato que se les daba a los ancianos. Muchas sociedades tenían grupos especiales llamados cuasisacerdotales que administraban los ritos de pasaje y estaban constituidos por viejos. Esto les daba poder, pues determinaban el estatus de los miembros más jóvenes de la sociedad. Otras creencia religiosas frecuentemente determinaban un buen trato al anciano pues no hacerlo era como ofender a los propios dioses, ya que el anciano era el mediador entre la vida y la muerte y su espíritu podía volver después de muerto a castigar a quienes lo habían ofendido.

Generalmente estas sociedades tenían residencia permanente, una economía asegurada, un sistema religioso y una red familiar estrecha. Este tipo de sociedades no garantizaba una vejez feliz, pero creaba condiciones más favorables.

Otras sociedades que “maltrataban” a los ancianos eran debidas a diversos factores<sup>4</sup>: “necesidades económicas en aquellas sociedades en que el subsistencia era precaria o difícil”. Un claro ejemplo de esta sociedad son representados por los nómadas, aquí los ancianos al irse lentificando, son menos capaces de poder contribuir en el grupo por lo que era dejado atrás.

La economía y la sociedad no siempre son una variable decisiva, un ejemplo son los Yagas (Chile)<sup>4</sup> ya extinguidos, quienes trataban bien a sus ancianos independientemente de su estado económico. Todo lo contrario a la Tonga (Oceanía) una sociedad estable, no carecían de alimentos, pero sus viejos generalmente estaba hambrientos, esto era debido a que los niños eran criados por sus abuelos en forma dura por o tanto no se creaban vínculos afectivos entre ellos. Algo similar pasaba en los Yuakuts en Liberia, Dinka de Sudan y en las Islas Fiji<sup>4</sup>.

Los indios Ojibwa<sup>4</sup> (Canadá) abandonaban o sacrificaban en sus rituales a los más viejos, algo similar realizaban los indios Soriono de Bolivia y en los poblados del Gran Norte de Siberiano. Estas culturas al viejo que no puede participar en la comunidad decide suicidarse ya sea congelándose o puede caminar hasta el cansancio en las frías estepas siberianas<sup>4</sup>. Muchas de las sociedades que mataban a sus viejos, lo hacían después de un largo tiempo de cuidado<sup>4</sup>. Su muerte era sinónimo de falta de respeto, odio o desprecio, estas culturas determinaban que ello era lo mejor cuando los individuos disminuían su condición física y mental, lo que los hacía ineficientes para contribuir a la sobrevivencia del grupo.

El anciano en el antiguo Oriente Medio se relaciona con lo sagrado y en estas sociedades (que son profundamente religiosas) el hecho de llegar a los 70 – 80 años, es una recompensa de todos los dioses al hombre que durante su vida fue justo y noble. En países como China, India y Japón<sup>4</sup>, el anciano siempre ha tenido un estatus importante a nivel familiar y social. Aquí el anciano actualmente es escuchado, honrado y ejerce un poder auténtico como patriarca y consejero.

Para los antiguos hebreos<sup>4</sup>, los ancianos desempeñaban un papel fundamental y eran considerados los jefes naturales del pueblo, el hombre mayor era sacerdote, juez, maestro, hombre de negocios. Era patriarca el que se comunica con Dios o mensajero de Dios. En el antiguo testamento<sup>4</sup>, se ven casi todos los actos humanos: asesinatos de todos los tipos; un casi sacrificio del propio hijo; un padre, sin quererlo, embaraza a su nuera; dos hijas conspirando para embarazarse del padre. El incesto es un motivo en la Biblia, pero no el parricidio.

El anciano en la antigua Grecia<sup>4</sup>, en referencia de la mitología, los dioses antiguos no amaban a los ancianos. En cada generación los jóvenes se rebelaban contra los ancianos, un ejemplo es que Cronos castra a Urano y a su vez es destronado por Zeus quien representa una generación de dioses jóvenes con fuerza de la juventud eterna. Los griegos imitan a los dioses tratando al viejo con negligencia y falta de respeto.

Según Minos en su estudio de Historia de la vejez (1989) referido por Fliman<sup>4</sup> menciona: *la vejez representa lo opuesto a los ideales griegos. Hubo conflictos generacionales en los cuales los padres viejos eran maltratados y si se respetó a algunos ancianos fue porque eran económicamente poderosos o porque eran grandes filósofos o trágicos.* Aunque los griegos asociaban la sabiduría con la vejez, esto representa ser un privilegio de muy pocos.

Los consejos eran más bien consultivos al lado de un gobierno monárquico. Los viejos de origen modesto, es más fácil encontrarlos decaídos y mendigando en las ciudades o caminos y sin duda eran la mayoría.

El anciano en la Edad Media<sup>4</sup>, era muy mal valorado. Débil e inepto era mal cotizado en la bolsa de la vida humana. Entre los autores cristianos aparece poca alusión al problema de la vejez y cuando aparece es negativa. Para San Agustín, al no ser la vejez intrínsecamente perfecta, no aporta necesariamente la sabiduría. Ello es un pensamiento que viene desde los tiempos bíblicos que indican que la vejez física no es verdadera sino aquella que aporta sabiduría.

En el siglo VI surge la idea del retiro (jubilación) que esta es un privilegio del anciano rico, quien tiene un medio de asegurar su salvación, poniendo los últimos días de su vida a salvo del desprecio: retirándose a un monasterio. Y para el anciano pobre, la posibilidad de retiro no existe debiendo de trabajar hasta que sus fuerzas se lo permitan.

En algunas regiones de Europa, Briod (1976) referido por Fliman<sup>4</sup>, relata que a las familias más pobres, el hospital local les pagaba una pequeña cantidad de dinero para que mantuvieran a sus padres y así evitar el número de mendigos. Ello sugiere que los ancianos eran abandonados o expulsados de sus casas.

### **1.2.1.2 EL ANCIANO EN LOS TIEMPOS MODERNOS.**

El siglo XVIII es para el mundo occidental “el siglo de las luces” sin embargo se continúan registrando datos muy similares al pasado. Una muestra es cuando se habla de los ancianos en Norteamérica, donde un ejemplo narra como aquellos tenían algún poder económico,

dejaban estipulado en sus testamentos, que sus bienes serian para sus hijos, siempre y cuando estos lo cuidaran a él y a su cónyuge sobreviviente<sup>4</sup>.

Ya en el siglo XIX, con la masificación de los medios de comunicación, se conocieron mayores antecedentes de maltrato al anciano, pero siempre dentro de un contexto sensacionalista y aislado. En 1898, un diario en Minnesota, narra como una pareja de ancianos fue engañada por su nieto para poder despojar de sus propiedades y poder mandarlos a un asilo<sup>4</sup>.

En la literatura moderna, se encuentra el maltrato al adulto mayor, parricidio y los deseos parricidas. Ejemplo de ello da Guy de Meaupassant en su libro de familia en que un marido, su mujer y sus cinco hijos se entretienen atormentando a un viejo abuelo. Le niegan alimentos bajo el disfraz de proteger su salud<sup>4</sup>.

Por todo lo anterior se encontró que el trato que se les daba a los viejos en todos los tiempos y en las distintas sociedades y culturas, queda la impresión que, por distintas causas, se produce una ambivalente frente al adulto mayor.

La mayoría de los ancianos no quiere reconocerse como víctimas de malos tratos por temor a represalias, o al confinamiento en instituciones, o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta insoportable; por otra parte, los familiares o los cuidadores, no van a dar facilidades en la detección por razones obvias.

Se ha considerado que solamente se notifican una sexta parte de todos los casos de maltrato a las instituciones y servicios de protección<sup>6</sup>. Tampoco ha habido mucha sensibilidad por parte de los profesionales sanitarios en este sentido y los recursos sociales para dar una solución al problema, una vez detectado, son escasos a pesar de afectar a un

grupo de población que crece exponencialmente. Estas cuestiones son una perspectiva clara, en este mundo se tiene que considerar que la vejez en la mayoría de los casos es vista como algo indeseable por las mismas personas que se acercan, como en la actualidad se piensa en la fatal edad. Esto es debido a múltiples factores que se van presentando en esta etapa de la vida, por ejemplo se da una involución en las características físicas y psíquicas que tienen como consecuencia un deterioro mayor en su propia percepción que en otras edades<sup>33</sup>. A continuación se hace una recapitulación del maltrato, abandono y negligencia al anciano, considerando a este último también como persona de la 3ª edad, adulto en plenitud o adulto mayor.

### **1.2.2 LA DEFINICIÓN DE MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA.**

En la primera conferencia nacional de consenso sobre el anciano maltratado celebrada en España en 1995, se acuerda definir maltrato al anciano como: “ *Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y mas años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente*”<sup>7</sup>.

Dentro de la clasificación de enfermedades (CIE 10)<sup>39</sup>, esta considera dentro del rubro a la negligencia, abandono y otros síndromes de maltrato en la categoría Y06 – Y07, dejando en otro término al abuso y otros tipos de violencia fuera de este contexto.

### **1.3 EPIDEMIOLOGÍA DEL MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA EN EL ANCIANO.**

Se debe tener en consideración que no hay reportes con cifras exactas. Entre las primeras referencias encontradas fue en España con el informe de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizado en Madrid en el 2002, donde había una preocupación colectiva por las mujeres mayores, a esto se unieron otras comisiones federales en América Latina, España y Portugal.

En España, Marín, N. y cols, referido por Caballero<sup>10</sup>, efectúan la primera aportación pública sobre el síndrome del maltrato y abuso al anciano durante el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, celebrado en Las Palmas, año 1990. Un paso decisivo lo constituye la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre anciano maltratado, convocada en el año de 1996<sup>10</sup>. Como fruto de la misma, resulta la Declaración de Almería<sup>7, 10</sup>, constituyéndose en un serio documento que se eleva a los organismos públicos del Estado y de las Autonomías para recabar su atención sobre el asunto y solicitarles fondos para la educación, información y la investigación pluridisciplinaria sobre el problema.

Antes de este informe en Madrid, ya se había comenzado en otros países la idea sobre la protección a las personas de la tercera edad, por ejemplo en 1988 con la formación de la sociedad británica de geriatría. Un año después sale la primera publicación especializada: *Journal of Elder Abuse and Neglect*. Durante ese mismo tiempo en Francia se publica la Carta de Derechos y Libertades de la Persona de Edad Dependiente con lo que buscan sensibilizar la opinión pública y prevenir los casos de abuso y maltrato, tanto en el hogar familiar como en las instituciones<sup>10</sup>.

En América latina se creó el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)<sup>5</sup>, el cual proporciona cifras y expectativas en este continente:

- El envejecimiento demográfico está más avanzado en Uruguay, Argentina, Chile y varios países del Caribe.
- Entre el año 2000 y 2025 se calcula que habrá 47.000.000 de adultos mayores que se sumarán a los 41.000.000 ya existentes.
- Entre el 2025 y 2050 este incremento será de 86,000.000.
- En el año 2000: la población de 60 años fue del 8% y pasará al 14.1% en el año 2025 y el 22.6% en el 2050 respectivamente.
- Este organismo prevé que la población de adultos mayores crecerá a un ritmo del 3.5%.

En un estudio realizado por A. Ruiz Sanmartín en Barcelona 2001<sup>37</sup>: se menciona que *“la prevalencia de la sospecha de maltrato a ancianos (SMA), cuyo resultado fue del 11.9%, 26 personas con maltrato distribuyéndose en seis de tipo físico, 20 psicológico, uno sexual, tres negligencia y tres abandono. Nueve personas presentaban más de un solo tipo de maltrato. las variables asociadas significativamente en este estudio fueron: mujer (18%), percibir ayudas sociales (46%), ser viudo/a ( 21%), no haber tenido un trabajo remunerado (20%), y tener una residencia rotatoria (28%)”*.

Durante el XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria realizado en Sevilla el 7 de diciembre de 2004, en su taller dedicado al maltrato de las personas mayores, se menciona que el maltrato por negligencia es el más frecuente pero también se producen abusos psicológicos, económicos y físicos<sup>11</sup>.

En 1996, en México se había calculado 35%, sin que se tuviera un registro confiable por la falta de denuncias (según Pichardo en 1996), referido en el XXV Congreso de la Sociedad Andaluza de Geriátrica y Gerontología<sup>39</sup>.

En México, hay muy poca información sobre la temática de maltrato, abandono y negligencia y sobre todo sobre el marco legal es relativamente nuevo. La violencia al anciano se encuentra en fuentes o estudios aislados que no reflejan objetivamente la magnitud y trascendencia del problema. Hasta ahora la información existente son las reportadas por ciertas instituciones, por ejemplo el Centro de Atención a la Violencia Familiar, el Instituto Nacional del Adulto Mayor, el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), o el Hospital General de México, cuyos resultados son útiles, pero no representativos de la situación que prevalece en este país. Se encontró una prevalencia del maltrato en el anciano del 25.9%, en la cual no hubo datos que se reflejaran que la edad no constituyó un factor de riesgo para el maltrato al igual que el género, al no encontrar diferencias significativas. El tipo de abuso que predominó en este estudio fue el psicológico y la negligencia<sup>58</sup>.

#### **1.4 FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD DE SER VÍCTIMAS DE MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA.**

Estudios en Estados Unidos muestran que la víctima tipo es mujer, de más de 75 años de edad, sin ocupación, con impedimentos funcionales, solitarios, amedrentados y que vive en su casa con un hijo/a adulto. Los malos tratos suelen ir asociados o estar relacionados con el consumo de alcohol<sup>8,13</sup>.

Esto en comparación con estudios realizados en Canadá donde encontraron que del total de la población estudiada, el 52% de los maltratados son hombres y el 48% son mujeres, de los cuales el 58% son maltratados por los cónyuges y el 42% por los hijos adultos. En este estudio se menciona que los ancianos que dependen de familiares, solo una pequeña parte sufre malos tratos<sup>8,13</sup>.

En el cuadro No. 1 se muestran algunas de las características de riesgo de maltrato y los rasgos que presenta comúnmente el cuidador.

Cuadro No. 1.

#### **RIESGOS DE MALTRATO**

<b>Pacientes con riesgo de sufrirlo</b>	<b>Cuidadores con riesgo de dar maltrato</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Más de 75 años</li><li>• Mujeres</li><li>• Los que padecen discapacidad física y/o mental.</li><li>• Los que viven con sus hijos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Múltiples responsabilidades</li><li>• Acaban de terminar de pasar una crisis.</li><li>• Antecedentes de violencia.</li><li>• Los inmaduros y aislados.</li></ul>

Tomado de Chasco Parramon C. Malos tratos en ancianos. Geriátrika. 1996; 12 (4): 51-52<sup>6, 26</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1988 emitió las características sobre la víctima y el agresor <sup>8</sup>, las cuales se describen en el cuadro No. 2.

Cuadro No. 2

### CARACTERÍSTICAS SOBRE LA VÍCTIMA Y EL AGRESOR

Víctima	Agresor
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mujer</li> <li>b) Más de 75 años</li> <li>c) Físicamente impedida</li> <li>d) Con disminución mental y comportamiento infantil.</li> <li>e) Socialmente aislado</li> <li>f) Deprimido con actitud hipercrítica</li> <li>g) Predispuesto a adoptar el papel del enfermo.</li> <li>h) Repetidos intentos frustrados de recibir ayuda en su pasado.</li> <li>i) Maltratado en el pasado por su progenitor.</li> <li>j) Demasiado pobre para vivir independientemente.</li> <li>k) Testarudo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Familiares que han sido cuidadores por años.</li> <li>b) El 75% vive con la víctima.</li> <li>c) Tipo de parentesco: 40% cónyuge y 50% hijos o nietos.</li> <li>d) El 75% ha cumplido más de 50 años; el 20% más de 70.</li> <li>e) Parientes extenuados por estrés, el 48% necesita el dinero de las víctimas y/o el 50% necesita su casa.</li> <li>f) Socialmente aislados generalmente desempleado.</li> <li>g) Antecedente de arresto y delitos.</li> <li>h) Problemas económicos.</li> <li>i) Antecedente de depresión o ansiedad (91%), alcoholismo (63%), o adicciones (68%).</li> <li>j) Comunicación inexistente.</li> <li>k) En la infancia hubo hostilidad entre padres e hijos.</li> </ul>

Tomado de González Ceinos M. Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. Univ. Del país Vasco. Citado en Enero-Febrero 2003. (2 pantallas). Disponible en URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid) <sup>7,8</sup>.

### **1.4.1 FORMAS DE MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA.**

Hay que tener en cuenta los diferentes tipos de maltrato que pueden presentarse en los ancianos.<sup>8, 6,7, 9, 12, 20, 21, 22, 27.</sup>

Se han descrito múltiples clasificaciones de malos tratos, como la propuesta por WOLF Y PILLEMER en 1989<sup>8</sup>, descrito por:

1. Maltrato físico: daño físico, abuso sexual y/o contención física.
2. Maltrato psicológico: infringir angustia mental.
3. Negligencia activa: rechazo o incumplimiento de la aceptación de las obligaciones en los cuidados.

En el National Center On Elder Abuse (NCEA) en Estados Unidos <sup>7</sup>, se distinguen diferentes categorías de abuso y maltrato, las cuales se muestran en el cuadro No. 3.

Cuadro No. 3  
**TIPOS DE MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA.**

<b>Abuso físico</b>
<b>Abuso sexual</b>
<b>Abuso emocional</b>
<b>Negligencia (física, médica y emocional)</b>
<b>Autonegligencia</b>
<b>Abandono médico</b>
<b>Abandono emocional</b>
<b>Abandono económico.</b>
<b>Violación de los derechos personales</b>
<b>Explotación financiera o material</b>

Tomado de Bover A, Moreno M L, Mota S, Taltavull J M. Aten Primaria 2003; 32 (9): 541-542 <sup>7</sup>.

En cuanto a los tipos de abuso o maltrato se menciona solo algunos <sup>10, 20, 59</sup>:

**ABUSO FÍSICO:** Es el uso de fuerza física que puede resultar en daño corporal, dolor o deterioro físico. Puede incluir golpes, pellizcos, empujones, patadas, quemaduras, castigos físicos, latigazos, uso inapropiado de fármacos, de restricciones físicas, forzar a comer, etc.

**ABUSO SEXUAL:** Contacto sexual no aceptado, de cualquier clase. Puede incluir: tocamientos, hacer fotografías impúdicas sin consentimiento, asalto sexual, sodomización, violación, desnudez forzada, etc.

**ABANDONO:** Desamparo de un anciano por una persona que había asumido la responsabilidad de proporcionarle cuidados, o bien por la persona a cargo de su custodia (tutor legal). Incluye el abandono en instituciones asistenciales, tales como hospitales, residencias, y clínicas; también en centros comerciales o locales públicos y en la vía pública.

**ABUSO ECONÓMICO:** Uso legal o impropio de todos los fondos económicos, bienes, propiedades, posesiones del anciano, etc.

**NEGLIGENCIA:** Conducta que amenaza la propia salud o seguridad personal del mayor de edad, mediante restricciones, ausencias o deficiencias en la provisión de comida, bebida, ropa, higiene, aseo, refugio, medicación o seguridad.

**ABUSO PSÍQUICO:** Uso de la coacción, insulto, menosprecio, infravaloración, descalificación, conductas de dominio e imposición.

**EXPLOTACIÓN FINANCIERA:** Malversación de recursos de las personas para el beneficio de otra persona.

**VIOLACIÓN DE DERECHOS:** suspensión de cualquier derecho (libertad, propiedad, discurso, privacidad, voto, etc.).

Es de destacar que el más frecuente es la negligencia, seguido del emocional, posteriormente el financiero, el físico, el abandono y, por último y mas infrecuente el sexual<sup>11, 29</sup>.

#### **1.4.2 CAUSAS DEL MALTRATO**

¿Pero por que hay maltrato en los ancianos? Los adultos mayores mas vulnerables son aquellos que tienen dificultad para comunicarse y muestran discapacidad. Las personas con parkinson o demencia senil tienen más probabilidad que otros de sufrir<sup>8</sup>.

La falta de conocimientos, las actitudes negativas hacia los ancianos, contribuyen al abuso y descuido de estas personas por lo que se maneja *“las cinco teorías principales para explicar el abuso y abandono en el anciano”* y son <sup>6,29</sup>:

- 1) Psicopatología del causante del abuso
- 2) Stress
- 3) Violencia entre generaciones
- 4) Dependencia
- 5) Aislamiento

En Estados Unidos se realizó una encuesta a 2020 ancianos, en la cual encontraron que se hacen 32 denuncias por cada 1000 mayores de 65 años (el 65% era entre los cónyuges y el 23% participaron los hijos). Además en estas encuestas observaron que es dos veces mayor el maltrato de la esposa al cónyuge que viceversa.

## **1.5 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA EL MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA DEL ADULTO MAYOR.**

Para el complejo proceso de detección del maltrato del adulto mayor, el cual no se encuentra claramente definido por la literatura, no hay escalas ni instrumentos que sean específicos para el maltrato. Para este problema social se han creado numerosos instrumentos o protocolos detallados o guías para poder ayudar a los profesionales en la búsqueda del maltrato en el paciente geriátrico<sup>64</sup>.

González en 1997 y referido por Bover<sup>7</sup>, comenta: los instrumentos de medida del maltrato que se encuentran en la actualidad no están muy perfeccionados ni adaptados a las diversas realidades culturales, la entrevista se conforma como el método fundamental para la detección del riesgo o certeza del abuso o maltrato.

Un ejemplo de instrumento fue realizado en España en el año 2000<sup>37, 51</sup> donde se aplicó un “baremo” o escala de sospecha de maltrato a ancianos (*SMA*) que valora y puntúa signos o síntomas sugerentes de negligencia, actitud del cuidador y cumplimiento terapéutico y que se utiliza como instrumento diagnóstico del llamado síndrome del anciano maltratado. No está validada la utilidad clínica del cuestionario propuesto. Se investigaron factores de

riesgo asociados, encontrándose asociación estadística de los malos tratos con del deterioro cognitivo del anciano y haber sido o estar institucionalizado.

En una publicación de R Wolf (2000)<sup>51</sup>, se expone una valoración de instrumentos de cribado para la detección del riesgo de abuso mediante la identificación de factores de riesgo y se valoran los instrumentos para la detección. Analizaron 90 artículos en lengua inglesa que tratan sobre factores de riesgo de abuso en ancianos, de los que 18 utilizaron herramientas de cribado.

Uno de ellos es el H-S/EAST (*Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*) (Neale 1991) con 15 ítems. Recientemente han propuesto una modificación de este test. Este instrumento tiene limitaciones en su validez y tiene una alta tasa de falsos negativos. Otro instrumento en el *Indicators of Abuse Screen* (Reis et Nahmiash, 1998), que consta de 29 ítems agrupados en tres categorías; debe de ser administrado por profesionales y se invierten unos 20 minutos en su realización. Este instrumento ha demostrado su validez, aunque tiene limitaciones para su uso rutinario por su extensión. Otro instrumento de valoración de riesgo (riesgos futuros) se utilizó en el programa APS (Goodrich 1997); consta de 33 ítems y les agrupa en 5 categorías (referidas al anciano, al entorno, servicios de soporte, antecedentes familiares de abuso y al agresor) y a su vez clasifica la situación del anciano como de riesgo bajo, moderado o alto.

Tras el análisis de distintos instrumentos de cribado, se considera que aun no se dispone de uno capaz de cuantificar y estandarizar la valoración del riesgo y que debe seguir la investigación en este campo.

Actualmente se encuentran algunas recomendaciones de organizaciones internacionales, por ejemplo: No hay instrumentos con un alto índice de sensibilidad o especificidad válido para la detección de los malos tratos<sup>37</sup>. Se recomienda que haya una formulación de preguntas directas en los exámenes periódicos de salud es recomendada por la American Medical Association (AMA)<sup>37, 51</sup>.

La USTF (*U.S. Preventive Services Task Force*)<sup>21, 51</sup> y la CTF (*Canadian Task Force on Preventive Health Care*)<sup>21, 51</sup> establecen una *recomendación tipo C* respecto a la utilización rutinaria de instrumentos de cribado para la detección de maltrato en ancianos; consideran que no hay evidencias científicas suficientes en el momento actual que permitan aconsejar o rechazar la utilidad de cuestionarios para el cribado rutinario de maltrato en el anciano; no obstante aconsejan estar alerta ante signos y síntomas clínicos y de conducta relacionados con maltrato y negligencia y sugieren incluir preguntas en el curso de la consulta ordinaria para detectar riesgos o signos de maltrato, tratando de identificarlos precozmente a través de la entrevista y la exploración, dando prioridad a aquellas personas con factores de riesgo o situaciones de mayor vulnerabilidad.

Ruiz Sanmartín (2001)<sup>37</sup> comenta: *El cuestionario de los diferentes tipos de maltrato, editado por la CTF y la AMA, ha sido traducido por un equipo de traductores profesionales, filólogos y lingüistas, consta de 9 preguntas, de las cuales una hace referencia a abuso físico, tres a abuso psicológico, uno a abuso sexual, una a negligencia y una a abandono. Una sola respuesta positiva al cuestionario se consideró como sospecha de maltrato.*

En México se desarrollo en 1999 una escala para el diagnostico de síndrome de maltrato en los adultos mayores (SMAM)<sup>58</sup>. Esta escala para el maltrato, realizada en el Hospital

General de México por parte del Dr. Juan Antonio Vidales Olivo como parte de un trabajo de tesis para obtener el grado de especialista en Geriátría. El fundamento de esta propuesta era la detección propiamente dicha del síndrome de maltrato al anciano. En esta propuesta mide características específicas del adulto mayor, cuidador primario, aspectos relacionados con la negligencia, aspectos psicológicos y aspectos financieros. En la elaboración de esta escala se excluyeron variables, que a pesar de ser significativas, tuvieron un riesgo bajo, debido a que la escala intenta establecer el diagnóstico del síndrome del maltrato más que factores de protección de este<sup>58</sup>.

Sin embargo en este estudio, el hecho de presentar una menor puntuación en la escala, se menciona que no debe de excluirse el diagnóstico clínico del SMAM en ciertos pacientes, ya que esta escala se encuentra diseñada solamente como una herramienta diagnóstica sin intentar suplantar el juicio clínico y médico del profesional de la salud. Por lo que recomiendan que ante un caso sospechoso de maltrato, se deba de realizar una mayor investigación para determinar si hay factores que pueden estar relacionándose con el maltrato.

Se debe de destacar que esta escala, en cuyos resultados del cálculo de sensibilidad y especificidad que permiten evaluarla como prueba negativa con un puntaje de (0 a 7 puntos) o positiva (más de 8 puntos) con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 95%.

En los Estados Unidos se realizó una propuesta metodológica de un instrumento, Elder Assessment Instrument<sup>64</sup>, (cuyas siglas en inglés son EAI) realizado por la Dra. Terry Fulmer en 1984 en inglés, su idioma original. Este instrumento tiene como fundamento, el ser un instrumento de evaluación de personas de la 3ª edad en salas de urgencias con

hallazgos sugestivos de maltrato. Esta herramienta de evaluación, valoración y búsqueda tiene como objetivo el acercamiento para la detección del anciano que sufre algún tipo de maltrato. Al medir la evaluación general del anciano, negligencia, estilo de vida, evaluación social y médica, además de la negligencia psico-emocional. Este instrumento es de tipo observacional, el cual no requiere personal especializado y tiene una sección sumatoria la cual se usa para poder indicar la probabilidad de la presencia de cada tipo de maltrato. Este emplea una escala tipo Likert. En la actualidad ya se cuenta este instrumento tanto en el idioma inglés y español para uso clínico y de investigación.

## **1.6 EL PAPEL DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA DEL ADULTO MAYOR.**

La medicina familiar tiene tres ejes en torno a los cuales gira su práctica profesional: el estudio de la familia, la continuidad de la atención y el enfoque de riesgo. En este último eje el médico del primer contacto debe valorar el posible maltrato del anciano. No solo es otorgar un diagnóstico, para reconocer que puede haber algún tipo maltrato en los pacientes de la 3ª edad, es importante realizar una detección oportuna. Dentro de la revisión del Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) en Medicina Familiar, por parte de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Medicina avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México, no se encuentran contenidos temáticos sobre el maltrato, abandono y negligencia en el anciano dentro de los programas de estudio de los seminarios de atención médica a lo largo de los tres años que dura el curso de especialización<sup>65</sup>. El propósito de la enseñanza se centran en el estudio interdisciplinario del proceso salud-enfermedad en las familias y sus integrantes en el contexto biológico,

social y psicológico con un enfoque de riesgo y una atención continua e integral, pero no hay temas relacionados con la violencia o malos tratos a los pacientes de la 3ª edad. En comparación, el Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>66</sup>, aprobado por la Comisión Nacional de dicha especialidad en España, dentro del área de atención al anciano tiene como objetivo y actividades docentes para los residentes de la especialidad el conocer y abordar situaciones de riesgo y vulnerabilidad para ser víctimas de maltrato e identificar indicios y síntomas de violencia contra los ancianos, esto está catalogado como prioridad I, la cual es de indispensable, además de poseer un nivel de responsabilidad primario<sup>66</sup>, se refiere a que el Médico de Familia debe de ser capaz de identificar, evaluar y tratar este tipo de problemas sin consultar con otro nivel asistencial en el 90% de los casos. Y un nivel de responsabilidad secundario<sup>66</sup>, esto significa que se debe de consultar a otro nivel, habitualmente es requerida en el curso de la evaluación o del tratamiento de este tipo de problema.

El maltrato es un grave problema que afecta el número de ancianos<sup>39</sup> y cual desempeña sus cuidadores, familia y extraños. Se refiere que solo se notifica 1/6 parte de todos los casos a las instituciones y servicios de protección civil. Los cuales engloba tanto el abuso (maltratos reales) como el abandono (falta de atención)<sup>6</sup>.

Dentro del maltrato este puede ser intencional o no intencional y se presenta en cualquier nivel socio-económico. Se piensa que el maltrato del adulto mayor no es detectado, por lo consiguiente no es comunicado a menudo como cualquier otra forma de violencia. Este tipo de problema social ha sido recientemente referido en la literatura médica, ha mostrado poco interés ante este conflicto. Esta comunidad se ha visto lenta en el reconocimiento de este problema. Esto es debido a la falta de descubrimiento, falta de profesionalismo, de

conocimiento público, miedo, aislamiento de las víctimas o a la repugnancia de los médicos a informar estos acontecimientos<sup>19</sup>.

A nivel sanitario la mayor parte de los casos detectados lo reporta el trabajador social, seguido por el personal de enfermería y, por último, el médico (solo el 2% de las denuncias de maltrato son realizadas por facultativos)<sup>29</sup>.

En un estudio hecho en Ohio, Estados Unidos sobre la experiencia, conocimiento y actitudes de los médicos del cuidado primario en el 2004, refiere que el 94% de todos los médicos no informaron a las autoridades sobre su sospecha de maltrato<sup>19</sup>, los resultados de este estudio se muestran en el cuadro No. 4:

**Cuadro No. 4**

<b>RAZONES PARA NO INFORMAR UN ABUSO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
El abuso indicó señales sutiles	<b>44</b>
El rechazo de la víctima	<b>23</b>
Inseguridad en el procedimiento para dar informes	<b>21</b>
Incierto sobre informar sobre leyes, definiciones o como acceder a los recursos de la comunidad	<b>10</b>
Otro o no especificado	<b>2</b>

Tomado de Kennedy R. Elder Abuse and Neglect: The experience, Knowledge, and Attitudes of primary Care Physicians. Fam Med 2005; 37 (7): 481-485<sup>19</sup>.

### **1.6.1 DETECCIÓN DEL MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA EN EL PACIENTE DE LA 3ª EDAD.**

Boven<sup>7</sup>, evidencia la dificultad en la detección en todos los tipos de maltrato, esto es debido a la falta de registro que hacen los profesionales socio sanitarios, otros autores apuntan que es derivada de una falta de conocimientos, una excesiva implicación emocional, la

diferencia de criterios, la actitud profesional y social hacia las personas mayores o el temor a reconocer este maltrato por parte del anciano.

Existen varias razones por las cuales no se reporta este tipo de problema social entre los cuales se mencionan<sup>29</sup>:

- Rebasa los límites de la llamada violencia doméstica, y con frecuencia es el profesional el que lo ejerce.
- Grado importante de dependencia del cuidador o implicación emocional.
- Necesidad del anciano de permanecer en la casa familiar.
- Falta de conocimientos de la víctima.
- Dificultad para el registro.
- Actitud profesional y social ante los mayores.
- Anciano con actitud sumisa y aterrado para hablar.
- Incredulidad por parte de los profesionales.
- Miedo a descubrir o al enfrentarse al maltratador.
- Falta de conocimientos sobre procedimientos de denuncia del hecho.
- Temor del profesional al arriesgar la relación con el anciano y la familia.

Para el médico familiar podría resultar un poco difícil hacer la detección de este problema social <sup>27</sup>, por lo tanto debe estar pendiente sobre las características clínicas y algunos signos de alarma <sup>51</sup> o poder identificar el tipo de maltrato, ya que son lesiones a nivel físico, que se detectan con facilidad durante la exploración física en el momento de la atención médica

que brindan. Generalmente se consulta por otro motivo o problema, por que no es frecuente que el motivo de la consulta sea el maltrato.

Los signos se traducen como descuido y por mala higiene del anciano y su cuidador o acompañante. Otros signos que se consideran como mas sensibles, son la desnutrición, deshidratación, inmovilidad, ansiedad, depresión, anemia, actitudes instintivas de defensa del anciano, ropa inadecuada para la temporada, un olor a orina, o residuos fecales en los pliegues de flexión.

Dentro de la postura del médico en la atención del anciano se debe de tomar en cuenta ciertos indicadores que pueden encontrarse en cada uno de los diferentes tipos de maltrato los cuales se mencionan a continuación:

- 1 MALTRATO FÍSICO Y SEXUAL: magulladuras inexplicables, caídas repetidas, historia clínica incongruente con las lesiones, hematomas en diferentes estadios, fracturas múltiples, enfermedades de transmisión sexual o dolor en zona genital.
  
- 2 NEGLIGENCIA Y ABANDONO: apatía, depresión, mala higiene, malnutrición, deshidratación, úlceras por presión, mal cumplimiento terapéutico, aislamiento, sentimientos de inseguridad en el anciano.
  
- 3 EXPLOTACIÓN FINANCIERA: perdida inexplicable de dinero y/o efectos personales del anciano, evidencia de que se han tomado bienes materiales a cambio de cuidado, preocupación del anciano por su estado económico.

- 4 ABUSO PSICOLÓGICO: depresión, miedo a los extraños, miedo al ambiente, natural, miedo a los cuidadores, baja autoestima, búsqueda de atención y afecto, cambio de carácter cuando esta presente el probable agresor.

Los familiares que infligen el maltrato, cuando la víctima necesita ser hospitalizada, suelen mostrarse hipercríticos con el personal sanitario y los cuidados administrados, con conductas extremas o de permanencia continuada en el centro o de falta de contacto. Intentan prolongar la estancia del paciente en el hospital, y cuando el anciano regresa a su domicilio pueden obstaculizar el acceso al personal médico<sup>29</sup>.

La siguiente regla nemotécnica intenta puntualizar los factores más llamativos sobre las causas del maltrato: *SAVED*<sup>29</sup>.

Stress del cuidador.

Alcoholismo en el entorno del anciano.

Violencia anterior entre el agresor y la víctima.

Emociones que incapacitan al cuidador para soportar las cargas.

Dependencias.

Hay que poner atención en los pacientes que ingresan y reingresan al servicio de urgencias sin causa que lo justifique, por ejemplo: en intoxicaciones por fármacos, abandono, llanto injustificado cuando el paciente niega irse de alta a su domicilio o en caso que los mismos familiares no deseen llevárselo, así como la asiduidad en la consulta externa sin mejoría de la patología de base.

## 1.7 LEGISLACIÓN Y GERONTOLOGÍA.

El hombre nace y se muere en sociedad, donde existe una sociedad, existe derecho y este esta implícito en toda sociedad humana, por lo tanto son el derecho toda la sociedad se vuelve inconcebible<sup>36</sup>.

En su estudio sobre Gerontología y legislación Coloma (1996)<sup>36</sup> comenta: *El derecho es tambien un fenómeno cultural, concebida la cultura como forma o estilo de vida. Así la relación existente entre los hombres y las instituciones son reguladas por norman nacidas por la voluntad humana, no regidas por leyes naturales.*

El derecho toma nombre en las diversas etapas de su vida, por eso las diversas legislaciones toman al anciano como tal, como persona humana, como sujeto del derecho. Desde 1978 España se ha preocupado por el bienestar del anciano dentro de la sociedad, a traves de los años (considerando que España es una de las naciones pioneras en la gerontología y su legislación)<sup>36</sup>. Estos derechos se han modificando, ya que en un inicio se consideraron como “caridad”; la cual se concibió como una institución social de heteroayuda donde se estableció por parte de la autoridad eclesial un permiso para que los ancianos pudieran pedir limosna. En el año de 1979 se crea la ley de Bienestar Social, la cual defiende la igualdad de derechos para todos los usuarios potenciales. Esta ley se considera como un conjunto de actuaciones públicas, tendientes a garantizar a todo ciudadano, por el mero hecho de serlo, el acceso a un mínimo de servicios que garanticen su supervivencia, en condiciones de calidad de vida<sup>36</sup>.

En Canadá, el maltrato al anciano se identificó como problema social en 1981, a partir de una publicación de un estudiante de leyes en la provincia de Manitoba<sup>59</sup>.

Fue hasta la realización de la primera asamblea mundial sobre envejecimiento que se llevo a cabo en Viena del 26 de julio al 06 de agosto de 1982 donde se reúnen 124 países de Naciones Unidas preocupados por los problemas relacionados con el envejecimiento<sup>36, 49, 62</sup>. Emitieron recomendaciones en el marco de actuaciones de los gobiernos como: *“La política Nacional debe de ser completa, flexible y dinámica. Completa porque debe de abarcar la complejidad y naturaleza interdependiente de los fenómenos y condiciones relacionados con la edad. Flexible, por que las necesidades y condiciones de las personas ancianas varían constantemente respondiendo a diversos factores y Dinámica, para poder seguir el ritmo del cambio proveniente del tiempo”*.

En 1985, por primera vez en Europa se hizo evidente dicho problema a traves de una publicación sobre la violencia en un asilo de ancianos de Oslo. Fue hasta entonces que en otros países se empezaron a hacer públicas las diversas formas de maltrato y abuso hacia las personas de edad avanzada<sup>59</sup>.

En México se han hecho esfuerzos por identificar la problemática y establecer políticas al respecto, como se aprecia en *“la ley de los derechos de las personas mayores”*, aprobada en abril de 2002<sup>50, 59</sup>.

Los objetivos de esta ley es garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores. Como toda persona, los adultos mayores están protegidos por los derechos que establece la constitución y por el conjunto de leyes secundarias de que ella emana, además tienen derechos específicos que la ley consiga y que deben ser tutelados por el estado a través de una política pública, coherente y viable. Cabe decir que para el establecimiento de esta ley entiende por adultos mayores a aquellas personas que cuenten con 70 años o más edad y que se encuentren domiciliadas o estén en tránsito en el territorio nacional<sup>50</sup>. Este

tema fue ampliamente discutido ya que se trata de un umbral demasiado bajo; mas aún cuando de por si resulta cuestionable el de 65 años o mas edad, vigente en la mayoría de los documentos de carácter internacional.

En este trabajo solo se cita los derechos propios o exclusivos de los adultos mayores que consigna la ley, que son relevantes para este estudio: El principal es el capítulo que interesa es sobre la integridad, dignidad y preferencia donde hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- A una vida de calidad.
- Al disfrute pleno, sin discriminación, ni distinción alguna.
- A una vida libre, sin violencia.
- Al respeto a la integridad física, psicoemocional y sexual.
- A la protección contra toda forma de discriminación.
- A recibir protección por parte de la comunidad, la familia y sociedad por parte de instituciones federales, estatales y municipales.
- A vivir en entornos seguros, dignos y decorosos.

Otro de los derechos que vinculan con el maltrato al anciano es el de la “Denuncia Popular”, ya que es de importancia referida, destacando el artículo 50: Cualquier persona que tenga conocimiento de maltrato o violencia contra las personas adultas deberá denunciado ante las autoridades competentes.

Aún queda mucho por hacer, en México, la tradición jurídica, social y política no basta emitir una ley para que esta se cumpla. Para lograrlo es tarea de todos, pero en particular de

los beneficiarios, quienes de manera preferentemente organizada deberán luchar para que se haga efectiva.

los beneficiarios, quienes de manera preferentemente organizada deberán luchar para que se haga efectiva.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El aumento de esperanza de vida y la disminución de la natalidad, ha ocasionado incremento en el número de personas mayores de más de 65 años de edad. Se calcula que para el año 2025 el número de personas mayores de 85 años, serán el doble de las que se encuentran reportadas hasta el 2003<sup>5</sup>. Debido a este incremento, la demandad de consulta será mayor en la población de la tercera edad. Uno de los problemas que será evidente en esta población, en un futuro cercano, es la probabilidad de padecer maltrato, abandono y/o negligencia (malos tratos). Durante la revisión bibliográfica no se encontraron instrumentos válidos para la detección de malos tratos<sup>37</sup>. La American Medical Association (AMA)<sup>37, 51</sup> recomienda la formulación de preguntas directas en los exámenes periódicos de salud realizados en los adultos mayores.

Se desconoce a nivel mundial la incidencia y prevalencia del problema social, en España la incidencia reportada va del 2 hasta el 32%<sup>39</sup>, con una prevalencia estimada para el maltrato del adulto mayor de 3 al 10%, según datos emitidos por el Estudio Nacional de Incidencia del Abuso en Ancianos, publicado en 1998; en otros países donde se han realizados estudios semejantes como por ejemplo Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, refieren estadísticas similares<sup>37, 39, 44, 49, 51,58</sup>.

Sin embargo, en los Estados unidos hay instrumentos que valoran esta problemática, dichos test no han sido validados ampliamente, uno de ellos es el H-S/EAST (Hwalek-*Sengstock*

*Elder Abuse Screening Test*, realizado por Neale en 1991, este instrumento presenta limitantes en su validez y tiene una alta tasa de falsos negativos. Otro instrumento, el *Indicators of Abuse Screen* (Reis et Nahmiash, 1998), ha demostrado su validez, aunque presenta limitaciones para su uso rutinario por su extensión. Tras el análisis de distintos instrumentos se considera que aún no se dispone de uno eficaz por lo que se propone continuar con la investigación en este campo para lograr unificar criterios de evaluación de este problema. En 1984<sup>64</sup>, se hizo una propuesta metodológica de un instrumento, Elder Assessment Instrument (EAI), éste valoró y buscó la detección de maltrato en el anciano, y demostró ser una herramienta útil para el médico familiar.

En Canadá, la *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTF)<sup>21,51</sup> recomienda que para la detección de maltrato y negligencia en ancianos; se debe estar alerta ante signos y síntomas clínicos y de conducta, por lo que sugiere que en la consulta diaria se identifiquen a través de la entrevista y la exploración física.

En España, hay pocos instrumentos para este problema social, un ejemplo fue el realizado en el año 2000 por Fernández Alonso<sup>51</sup> y Ruiz Sanmartín<sup>37</sup> donde se aplicó una Escala de Sospecha de Maltrato a Ancianos (SMA) que valora síntomas sugerentes de negligencia, actitud del cuidador y cumplimiento terapéutico y que se utiliza como instrumento diagnóstico del llamado síndrome del anciano maltratado. Sanmartín<sup>37</sup> comenta que el cuestionario es para diferentes tipos de maltrato como son el abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, negligencia y abandono. “Es manifiesta la alta prevalencia de sospecha de malos tratos”. Preguntando a los ancianos, uno de cada nueve responde que sufre algún tipo de maltrato. Se cree que los datos son suficientemente importantes como

para alertar a los médicos de familia acerca de un problema de salud hasta ahora infravalorado”<sup>37</sup>.

En México<sup>58</sup>, el maltrato al anciano se reporta en estudios aislados que no reflejan objetivamente la magnitud y trascendencia del problema, hasta ahora la información existente es la reportada por ciertas instituciones, según Pichardo, referido en el XXV Congreso de la Sociedad Andaluza de Geriátrica y Gerontología<sup>39, 58</sup>, en 1996, se ha estimado una prevalencia de 35%, sin que se tenga un registro confiable por la falta de denuncias.

Se realizó un estudio, en México, en 1999 por Vidales Olivo<sup>58</sup> en la Secretaría de Salud, Hospital General de México, cuyo objetivo fue definir mediante una escala clinimétrica el Síndrome de Maltrato al Adulto Mayor (SMAM), así como los factores de riesgo y el tipo de maltrato más frecuente. El estudio realizado fue de tipo transversal, como prueba diagnóstica en el servicio de Geriátrica donde los pacientes fueron mayores de 60 años, mediante un cuestionario, cuyas variables fueron sometidas a un análisis bivariado. La escala de un total de 29 puntos, se dividió en 3 partes para estratificar en bajo, mediano y alto riesgo del Síndrome de Maltrato al Adulto Mayor. La muestra fue de 110 pacientes. Se concluyó, que: la prevalencia de maltrato en el anciano fue de 25.9%, no hubo datos que reflejaran que la edad y el género constituían un factor de riesgo para padecer maltrato. Los resultados obtenidos son marco de referencia, pero no representativos de la situación que prevalece en este país; se debe destacar que la escala, presenta una sensibilidad y especificidad del 100% y 95% respectivamente, que permite evaluar como prueba negativa con un puntaje de (0 a 7 puntos) o positiva (más de 8 puntos)<sup>58</sup>.

En 2006, Rojas Tamariz<sup>64</sup>, residente de medicina familiar del IMSS, desarrollo como tema de tesis, “Maltrato del anciano mexicano traducción y contextualización del Elder Assessment Instrument y su aplicación en la población anciana urbana mexicana en el servicio de urgencias”, para la obtención del grado de especialista. Tipo de estudio transversal; cuyos objetivos fueron el de la traducción, adaptación transcultural y retrotraducción del Elder Assessment Instrument (EAI), para conocer la frecuencia del maltrato del anciano en un hospital de 2º nivel del IMSS. Como resultado de este trabajo de investigación concluyó<sup>64</sup>: que solo el 1.4% de la población estudiada, no presenta evidencia de maltrato y el 98.6 sufre en mayor o menor proporción el maltrato en general.

Dentro del ISSSTE como una institución de salud pública y en particular en la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” no hay trabajos de investigación sobre esta problemática social. Este trabajo de investigación es el primero en interesarse en la problemática del tema, debido a la falta de reportes de maltrato en este tipo de pacientes. Se considera importante el problema a nivel de primer nivel de atención, ya que según la ultima pirámide poblacional consultada dentro de la clínica es de 5727 ancianos. Un aspecto importante es que los adultos mayores deben de conocer sus derechos y el médico familiar debe de proporcionarle una orientación adecuada para detectar, evitar, prevenir y tomar decisiones pertinentes una vez que se haya detectado el maltrato en el paciente geriátrico.

### 3. JUSTIFICACIÓN

El interés sobre este tema, tiene muy poco tiempo a nivel mundial, este fenómeno es cada vez mas reconocido en el ámbito médico y los diferentes organismos sociales. A nivel internacional es preciso remontarse al año 1975 para poder encontrar las primeras evidencias bibliográficas sobre este fenómeno.

Dentro de las funciones principales del médico familiar debe de sobresalir la prevención, detección y complicaciones sobre las enfermedades, entre las cuales se encuentran el maltrato, abandono y negligencia del adulto mayor y así poder detectar el riesgo, otorgar la continuidad de la atención, la cual incluye la educación para la salud en relación al maltrato.

La atención que los médicos familiares han prestado a este problema es muy poco valorado<sup>13</sup>, es debido a que en la mayoría de los casos no son detectados, o reportados a tiempo<sup>19</sup>. No se conoce claramente la situación actual de la gran población de los pacientes mayores. Por lo anterior el médico familiar debe de conocer los indicadores o signos de alarma respecto al maltrato para que dentro de la atención primaria se tomen las medidas necesarias para la adecuada identificación, se modifiquen las condiciones adversas para un envejecimiento satisfactorio<sup>13,19</sup>.

Con una adecuada anticipación al riesgo que presentan las personas de la tercera edad, puede prever la presencia de maltrato, abandono y negligencia, para una mejor calidad de vida, ya sea con programas preventivos o informativos. Es importante conocer como puede mejorar en estas personas su estilo y esperanza de vida con la detección oportuna, como en el caso de los pacientes geriátricos de la clínica “Marina Nacional”. Los médicos familiares

por ser el primer contacto a los servicios de salud, facilitan la intervención sobre este problema y de la repercusión a nivel médico, psicológico, social y familiar.

La información que se obtenga del presente estudio respecto a la realización de la detección del maltrato, deberá ser considerada para decidir su permanencia o modificación sobre la detección de este problema social; además para la realización de medidas preventivas. Con este tipo de trabajo se puede desarrollar programas de ayuda social, específico para los ancianos y sus familias por parte de instituciones públicas y una mayor dedicación de medios para cuidados psicosociales de la familia. La intervención de los profesionales sanitarios en la práctica en prevención primaria al detectar los factores de riesgo en todos los pacientes de la 3ª edad, su familia e incluso sus cuidadores para poder así evitar las situaciones de vulnerabilidad para que el maltrato no se produzca.

Es importante señalar que con esta investigación no se hará una modificación en la labor del médico orientada a los hábitos o estilos de vida, ni se influirá en el factor legal, pero si puede identificar el problema en los pacientes geriátricos. Se pueden hacer evidentes diferentes aspectos para la modificación de la práctica y la calidad de vida teniendo en cuenta que los médicos familiares tienen un papel clave por ser siempre el de primer contacto y al poder realizar una evaluación completa y una intervención multidisciplinaria que pueden incluir a otros trabajadores de la salud como son las enfermeras, trabajadores sociales. Otros servicios de apoyo con los que cuenta el médico familiar son los geriatras, psiquiatras, abogados, etc. La decisión de la intervención del profesional de salud debe de basarse en distintos aspectos como son los éticos y legales.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar elementos que sugieran maltrato, abandono y negligencia en el paciente de la 3ª edad de la población de la clínica de medicina familiar “Marina Nacional” y el servicio de urgencias adultos del Hospital General “Tacuba” del ISSSTE.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

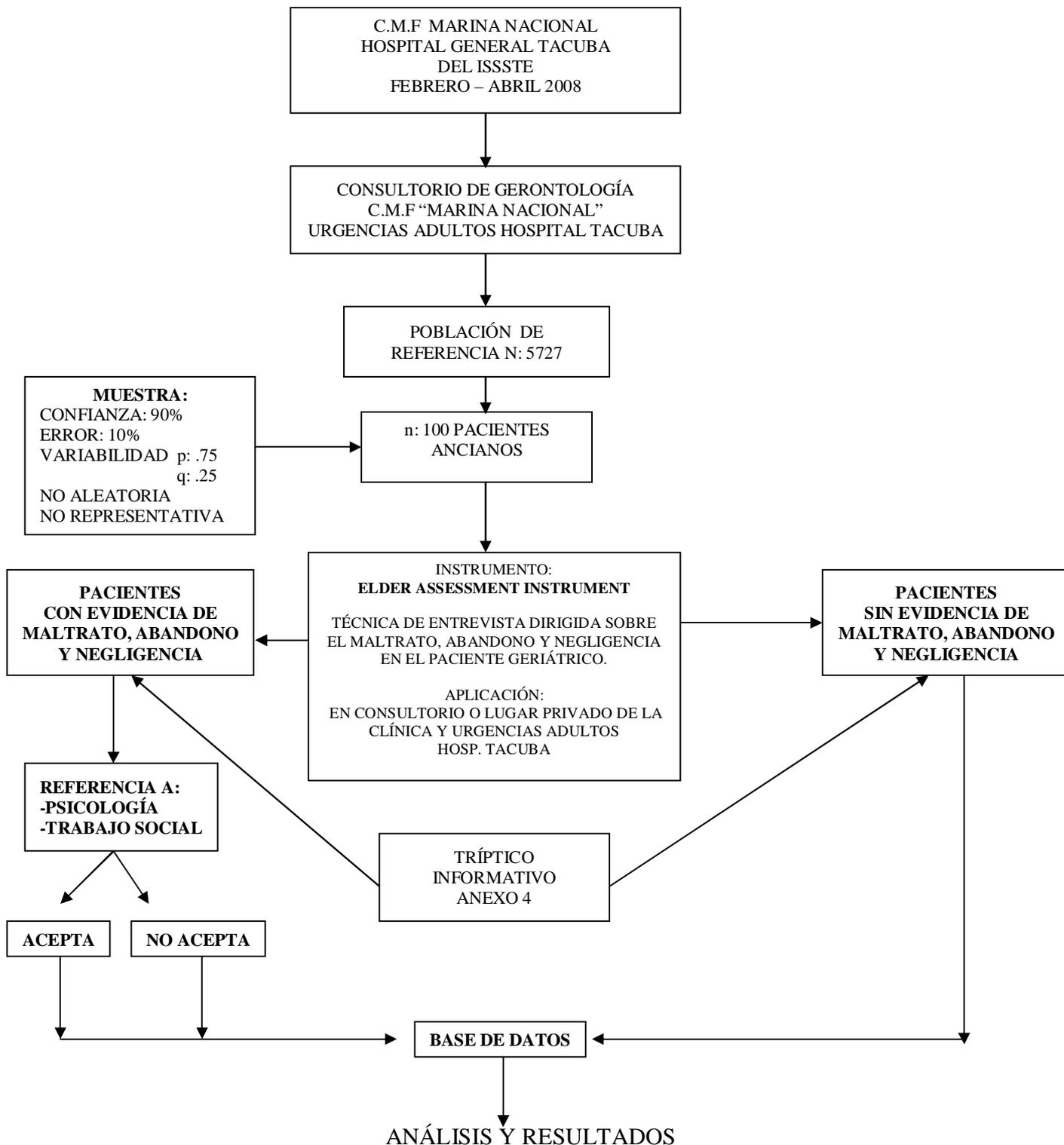
- Identificar el perfil general del anciano.
- Conocer las principales redes de apoyo de los ancianos.
- Identificar los principales factores de riesgo a la salud de los ancianos estudiados.
- Identificar la frecuencia de cuidadores de ancianos y sus principales características.
- Establecer el perfil demográfico de las familias de los ancianos.
- Identificar elementos que sugieran maltrato, abandono y negligencia en los ancianos
- Referir a los ancianos al servicio de trabajo social y/o psicología cuando exista evidencia posible de maltrato, abandono y negligencia.

## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

Se diseñó un estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo.

## 5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.



### **5.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:**

La población de referencia fue de 5727 ancianos mayores de 65 años de edad que se encuentran registradas al servicio de gerontología y consulta externa de la clínica de medicina familiar “Marina Nacional” del ISSSTE en ambos turnos; además de las personas que acudieron al servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Tacuba.

El estudio se realizó en el periodo de febrero - abril del 2008.

### **5.4 MUESTRA:**

- No probabilística (no aleatoria).
- No representativa.
- Población de referencia: 5727 pacientes mayores de 65 años de edad.
- La confianza calculada fue de 90%, con un error del 10% y una variabilidad de  $p=.75$  y  $q=.25$ .
- Tamaño:  $n= 100$  pacientes.

### **5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.**

#### **5.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes de más de 65 años de edad.
- Hombres y mujeres.
- Con o sin patología adyacente
- Jubilados o actualmente laborando.

- Que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y con autonomía mental para responder el cuestionario.
- Derechohabientes del instituto.
- Con o sin cuidador.

#### **5.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Cuidadores de los pacientes que no aceptaron la realización de la encuesta.
- Paciente ancianos que tengan problemas de lenguaje o comunicación verbal.

#### **5.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Que en el momento de la aplicación decidieron no continuar con la entrevista.

#### **5.6 VARIABLES**

A continuación se muestra en el cuadro 5, el tipo de variables con su escala de medición y sus valores.

## CUADRO 5

### VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LA VARIABLE
Servicio	Cualitativa	Nominal	1. Gerontología 2. Urg. Adultos Hosp.Tacuba
Edad del paciente	Cuantitativa	Continua	Números enteros.
Sexo del paciente	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1. femenino. 2. masculino.
Ocupación	Cualitativa	nominal	Textual
Estado civil del paciente	Cualitativa	Nominal	1. soltero(a) 2. casado(a) 3. viudo(a) 4. unión libre
Grado de estudios del paciente.	Cuantitativa	Continua	No. de años de estudio completos.
Vive con algún familiar	Cuantitativa	Nominal	1. Si 2. No
Redes de Apoyo	Cualitativa	Nominal	Pareja, Amigos, vecinos, Hijos o cuidador
Antecedentes personales patológicos	Cualitativa	Nominal	1. crónicas 2. infecciosas 3. trastornos alimenticios. 4. otros
Tiene un cuidador	Cualitativa	Nominal	1. si 2. no
Quien da los cuidados	Cualitativa	Nominal	1. familiar 2. no familiar 3. ambos
Edad del cuidador	Cuantitativa	Continua	Edad en años cumplidos.
Grado de estudios del cuidador	Cuantitativa	Continua	No. de años de estudio cumplidos.
Ropa	Cualitativa	Nominal	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar
Higiene	Cualitativa	Nominal	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar
Nutrición	Cualitativa	Nominal	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar
Integridad de la piel	Cualitativa	Nominal	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar
Contusiones /mayugaduras o equimosis	Cualitativa	Nominal	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar
Contracturas articulares - musculares	Cualitativa	Nominal	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar
Úlcera por presión o llagas	Cualitativa	Nominal	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar

Deshidratación	Cualitativa	Nominal	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar
Diarrea	Cualitativa	Nominal	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar
Constipación o estreñimiento	Cualitativa	Nominal	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar
Heridas o pérdidas de continuidad de la piel	Cualitativa	Nominal	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar
Desnutrición	Cualitativa	Nominal	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar
Rosado / irritación por orina	Cualitativa	Nominal	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar
¿Para tomar sus medicamentos usted es?	Cualitativa	Nominal	1. totalmente independiente 2. posiblemente independiente 3. totalmente dependiente 4. incapaz de evaluar
¿Para caminar, usted es?	Cualitativa	Nominal	1. totalmente independiente 2. posiblemente independiente 3. totalmente dependiente 4. incapaz de evaluar
¿Para control completo de la micción y defecación, usted es?	Cualitativa	Nominal	1. totalmente independiente 2. posiblemente independiente 3. totalmente dependiente 4. incapaz de evaluar
¿Para llevar los alimentos del plato a su boca, usted es?	Cualitativa	Nominal	1. totalmente independiente 2. posiblemente independiente 3. totalmente dependiente 4. incapaz de evaluar
¿Para bañarse, usted es?	Cualitativa	Nominal	1. totalmente independiente 2. posiblemente independiente 3. totalmente dependiente 4. incapaz de evaluar
¿Para manejar su dinero, usted es?	Cualitativa	Nominal	1. totalmente independiente 2. posiblemente independiente 3. totalmente dependiente 4. incapaz de evaluar
¿Para el mantenimiento de su familia usted es?	Cualitativa	Nominal	1. totalmente independiente 2. posiblemente independiente 3. totalmente dependiente 4. incapaz de evaluar
¿Considera que su situación económica para sus necesidades es?	Cualitativa	Nominal	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar

Las relaciones con su familia usted considera que son	Cualitativa	Nominal	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar
Las relaciones con sus amigos vecinos, son:	Cualitativa	Nominal	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar
La relación con las personas que lo cuidan, en la casa de asistencia, asilo, son:	Cualitativa	Nominal	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar
Las características de su vivienda son:	Cualitativa	Nominal	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar
Su relación con la persona que lo cuida es:	Cualitativa	Nominal	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar
Su participación en actividades sociales (misa, reuniones, salidas):	Cualitativa	Nominal	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar
La ayuda que recibe por parte de los hijos de los nietos, familia, considera que es:	Cualitativa	Nominal	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar
Su capacidad, su habilidad para expresar sus necesidades (afectivas, económicas) es:	Cualitativa	Nominal	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar
Evidencia de mal uso de medicamentos, por sobredosis o por duplicación (ejem. uso de múltiples laxantes o sedantes)	Cualitativa	Nominal	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar
Evidencia de mal uso de medicamentos, por la falta de cumplimiento, olvido	Cualitativa	Nominal	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar
Consumo de alcohol o uso de alguna droga	Cualitativa	Nominal	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar
Signo de lienzo húmedo, mucosas secas, ojos hundidos, sed.	Cualitativa	Nominal	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar
Contusiones y/o golpes que estén alejados del supuesto trauma	Cualitativa	Nominal	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar
Falta de respuesta al advertir enfermedad obvia - no acuden rápido al servicio.	Cualitativa	Nominal	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar
Repetidas admisiones a los servicios médicos por probable pérdida de la vigilancia del estado de salud	Cualitativa	Nominal	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar

El anciano que declara que es ignorado recibe un trato silencioso	Cualitativa	Nominal	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar
El anciano que declara que es impedido o le prohíben recibir: compañía cambios de rutina, información o recibir noticias.	Cualitativa	Nominal	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar
Queja subjetiva de negligencia, o que declara que se siente descuidado.	Cualitativa	Nominal	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar
Evaluación general cualitativa	Cualitativa	Nominal	1. sin evidencia de maltrato, abandono y negligencia 2. Con evidencia de maltrato, abandono y negligencia
Referencia a Trabajo social	Cualitativa	Nominal	1. si acepta 2. no acepta
Referir a otro	Cualitativa	Nominal	1. si acepta 2. no acepta

## 5.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

**MALTRATO AL ANCIANO:** “ Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y mas años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente" <sup>7</sup>.

**ABANDONO:** Desamparo de un anciano por una persona que había asumido la responsabilidad de proporcionarle cuidados, o bien por la persona a cargo de su custodia (tutor legal). Incluye el abandono en instituciones asistenciales, tales como hospitales, residencias, y clínicas; también en centros comerciales o locales públicos y en la vía publica.

NEGLIGENCIA: Conducta que amenaza la propia salud o seguridad personal del mayor de edad, mediante restricciones, ausencias o deficiencias en la provisión de comida, bebida, ropa, higiene, aseo, refugio, medicación o seguridad.

Operativamente la escala de evaluación para la realización de este instrumento es la que sigue:

1: SIN EVIDENCIA DE MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA: Cuando no se encuentra la presencia de datos clínicos (observados) y no fueron referidos por el paciente.

2: POSIBLE EVIDENCIA DE MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA: Cuando se encuentran datos observados por el entrevistador pero el paciente no lo refiere o son negados por el paciente o se encuentren datos referidos que sugieran maltrato, abandono o negligencia pero que no se corroboran o hay poco fundamento o consistencia.

3: CON EVIDENCIA DE MALTRATO, ABANDONO Y NEGLIGENCIA: Cuando hay la presencia de datos tanto observados o referidos por el paciente de maltrato, abandono y negligencia.

## **5.8 DISEÑO ESTADÍSTICO**

El propósito estadístico de la investigación fue describir si hay evidencia de maltrato en el anciano y el abordaje médico familiar en los pacientes geriátricos derechohabientes de la C.M.F. Marina Nacional y/o que se encuentren en el servicio de urgencias adultos del Hospital General Tacuba del (ISSSTE). El grupo de estudio estuvo formado por 100 pacientes geriátricos. Las variables fueron en su totalidad cualitativas. La escala de medición fue básicamente nominal, debido a que eran respuestas determinadas. La distribución de todos los datos obtenidos fue de tipo no paramétrico, el cual es el apropiado para el tipo de variables cualitativas.

## **5.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Se estudiaron 78 variables que conforman el instrumento, el cual se encuentra dividido en 7 secciones.

Sección 1: Consentimiento de participación voluntaria.

Sección 2: Datos generales del entrevistado (6 variables).

Sección 3: Redes de apoyo (1 variable).

Sección 4: Factores de riesgo o antecedentes personales patológicos (22 variables).

Sección 5: Apoyo de cuidadores (4 variables).

Sección 6: Datos demográficos de la familia (1 variable).

Sección 7: Instrumento de evaluación del maltrato del anciano. (44 variables).

Se presenta en el anexo 1.

### **5.10 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SEGOS.**

Se acepta que existe sesgo de selección ya que la muestra fue no probabilística y no representativa según criterios estadísticos, es decir, de manera intencionada y razonada, el sesgo de información se trato de controlar al pedir a los pacientes que respondieran de manera honesta. El sesgo de medición se controló al lograr adaptar a cada pregunta con un tipo específico de respuesta. Se evitó el sesgo de captura de información al revisar que los datos fuesen consistentes en la manera como se pensó en obtener. Se hizo la revisión de la calidad de información almacenada en la base de datos y su análisis con la ayuda y apoyo del asesor de este estudio.

### **5.11 PRUEBA PILOTO**

Se realizó esta prueba a veinte pacientes adscritos a la C.M.F Marina Nacional y que se encontraran dentro del servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Tacuba, previa autorización para la realización de este trabajo de investigación. Las encuestas fueron aplicadas en promedio en 20 minutos, después el instrumento fue ajustado en lo concerniente a la secuencias de las preguntas, debido principalmente a la falta de claridad y entendimiento de los pacientes entrevistados al tipo de respuestas, por lo que se decidió realizar una modificación para tener mas claridad.

## **5.12 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS**

### **5.12.1 PLAN DE CODIFICACIÓN DE DATOS**

Para cada pregunta cerrada se codificaron con números sus posibles respuestas.

### **5.12.2 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS**

Se construyó una base de datos para usarse en el programa estadístico (SPSS) versión 10, para lo cual se realizó una estructura presentada en el anexo 2.

## **5.13 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizaron medidas de estadística descriptiva para el análisis de la información: medidas de tendencia central, de resumen y de dispersión.

## **5.14 CRONOGRAMA**

Se realizó un cronograma, el cual esta representado en el anexo 3.

## **5.15 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.**

El estudio fue realizado por un solo investigador. Los recursos humanos utilizados fueron: el autor, el profesor titular del curso, profesores-asesores. Se utilizaron recursos materiales, tales como computadora, discos compactos, fotocopias, lápices, bolígrafos, borradores, calculadoras, etc. Los recursos físicos utilizados fueron el aula principal de la clínica. El financiamiento de la investigación estuvo a cargo del autor.

## **5.16 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo de investigación se clasifica como categoría uno, en base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo, debido a que los individuos participantes en el estudio, solamente aportaron datos a través de una entrevista, lo que no provoca daños físicos ni mentales; además la investigación no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2004, que guía a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos. Por otra parte, de acuerdo a la Conferencia General de la UNESCO con su Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos en octubre de 2005. En la cual se compromete a respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética. En su artículo 3 referente a la Dignidad humana y derechos humanos de los pacientes entrevistados. El artículo 4 referente al consentimiento del paciente que debe ser expresado y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

Así mismo, se solicitó un consentimiento de participación voluntaria que fue leído a cada uno de los pacientes entrevistados, en donde se les invitaba cordialmente a participar.

## 6. RESULTADOS

Se aplicaron 100 encuestas a pacientes adultos mayores de 65 años derechohabientes de la C.M.F marina Nacional (ISSSTE) en el periodo Marzo – Abril 2008.

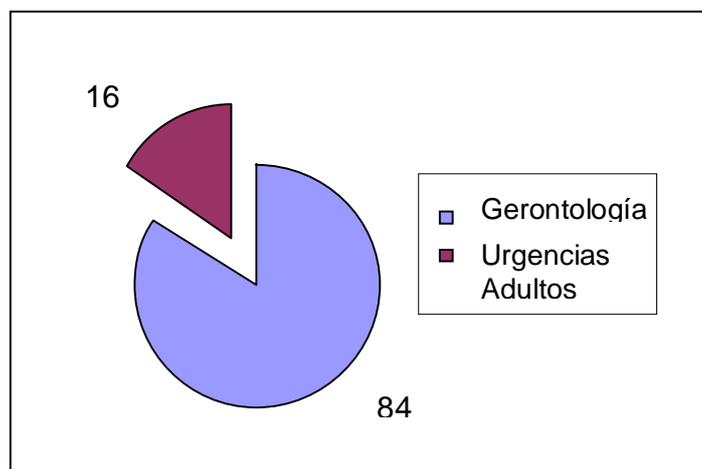
### 6.1 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS.

#### 6.1.1 SERVICIO AL QUE ACUDIERON LOS PACIENTES

De las encuestas realizadas se obtuvieron los siguientes datos del servicio donde asistieron los pacientes de la 3ª edad, en la clínica de Marina Nacional en el servicio de Gerontología 84 (84%) y del servicio de Urgencia adultos del Hospital General Tacuba 16 (16%), la distribución se representa en la figura 1.

**Figura 1.**

**Servicio al que acudieron los pacientes de la 3ª edad entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**



**Fuente:** Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

### 6.1.2 SEXO

De los pacientes encuestados se obtuvieron los siguientes resultados del sexo femenino fueron 61 (61%) y del sexo masculino fueron 39 (39%).

### 6.1.3 EDAD

Con respecto a los pacientes entrevistados, la edad mínima fue de 65 años, máxima de 93 años con un promedio de 75.04 años.

### 6.1.4 ESCOLARIDAD

La escolaridad encontrada en los pacientes entrevistados fue de cero como mínimo, máximo de 20 años y un promedio de 7.50 años, la frecuencia y porcentaje se muestran en el siguiente cuadro.

#### CUADRO 6.

**Escolaridad de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - 6	56	56%
7 - 9	25	25%
10 - 12	6	6%
13 o más.	13	13%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

### 6.1.5 ESTADO CIVIL

El estado civil de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional se observa en el cuadro 7.

**CUADRO 7.**

**Estado civil de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
CASADO	51	51%
SOLTERO	13	13%
VIUDO	35	35%
DIVORCIADO	1	1%
TOTAL	100	100%

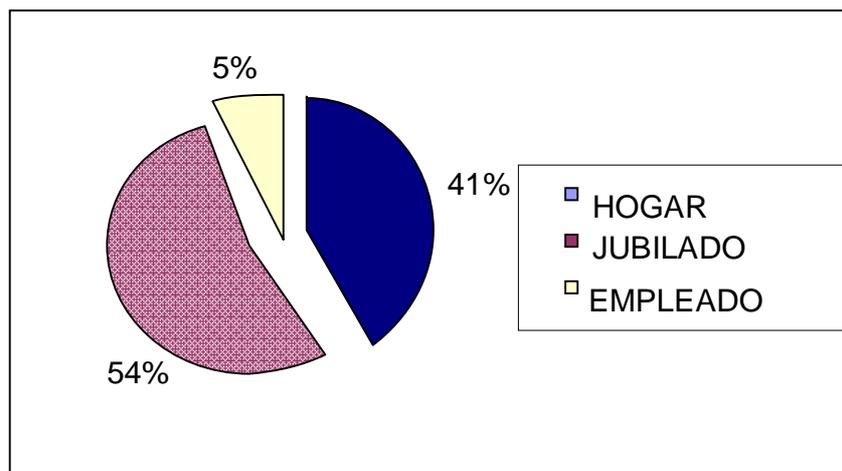
Fuente: Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

### 6.1.6 OCUPACIÓN

La ocupación de los pacientes entrevistados en su mayoría es jubilado/pensionado, seguida de los que se dedican al hogar y en último lugar los que todavía se encuentran de una u otra manera activos, la frecuencia y porcentaje se muestra en la figura 2.

**Figura 2.**

**Ocupación de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**



Fuente: Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

### 6.1.7 CONVIVENCIA CON LA FAMILIA

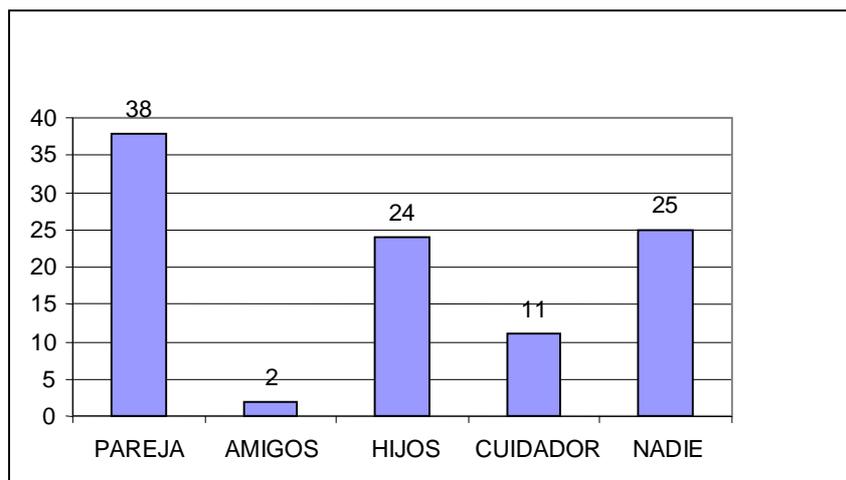
La relación que tienen los pacientes entrevistados de acuerdo con la convivencia con la familia es que el 85% vive con algún familiar y el 15% vive solo.

### 6.1.8 REDES DE APOYO

En cuanto a las redes de apoyo que tienen los pacientes entrevistados, la información obtenida se muestra en la siguiente figura 3.

**Figura 3.**

**Redes de apoyo en los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**



Fuente: Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

### 6.1.9 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

En relación de los antecedentes personales patológicos encontrados en los pacientes entrevistados fue de 84 con antecedentes de alguna patología crónica degenerativa, cinco con trastornos de la alimentación y 11 con otro tipo de antecedentes, la frecuencia y el porcentaje se muestra en el cuadro 8.

**CUADRO 8**

**Antecedentes personales patológicos de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CRÓNICO DEGENERATIVO	84	84%
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	5	5%
OTROS	11	11%
TOTAL	100	100%

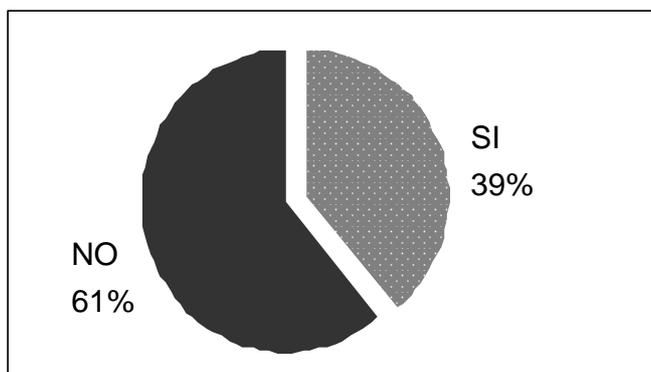
Fuente: Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

### 6.1.10 CUIDADORES

La relación con la presencia de cuidadores en los pacientes entrevistados de la C.M.F Marina Nacional se encontró que el 39% de las personas de la 3ª edad cuentan con un cuidador, el 61% no lo tiene. De estas estadísticas, el cuidador es un familiar en el 28%, en el 5% es un no familiar y en el 6% el personal encargado del paciente el cuidador tanto familiar como no familiar. Estos resultados se muestran en la figura 4.

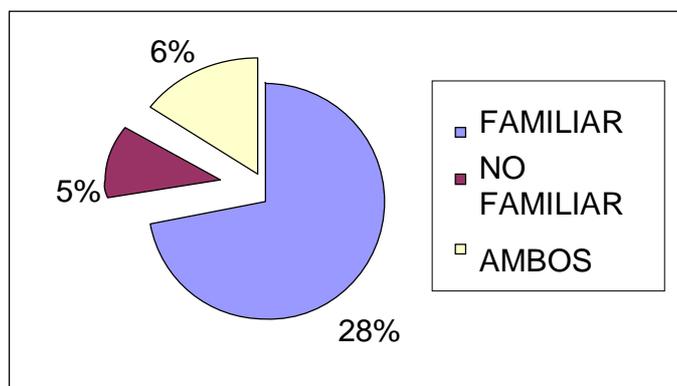
**Figura 4.**

**Cuidadores en los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**



**Figura 4.1**

**Relación del cuidador con los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**



Fuente: Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

### 6.1.11 EDAD DEL CUIDADOR.

La edad encontrada en los cuidadores de los pacientes entrevistados fue de 25 años como mínimo, un máximo de 86 años y la frecuencia se muestra en el cuadro 9.

**CUADRO 9**

**Edad del cuidador de los adultos mayores entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
25 – 35	13	33.3%
36 – 45	10	25.7%
46 – 55	2	5.1%
56 o más.	14	35.9%
Total	39	100%

Fuente: Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

### 6.1.12 ESCOLARIDAD EL CUIDADOR

La escolaridad encontrada en los cuidadores de los pacientes de la 3ª edad, entrevistados fue de dos años de estudio como mínimo, máximo de 17 años, la frecuencia se muestra en el cuadro 10.

**CUADRO 10.**

**Escolaridad de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - 6	7	17.9%
7 - 9	22	56.4%
10 – 12	8	20.5%
13 o más.	2	5.2%
Total	39	100%

Fuente: Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

### 6.1.13 EVALUACIÓN GENERAL.

La evaluación general en los pacientes de la 3ª edad entrevistados reportaron que más del 58% presentaron una buena evaluación, aproximadamente el 40% presentaron regular y menos del 5% obtuvieron mala evaluación general, los resultados se muestran en el cuadro 10.1.

**Cuadro 10.1**

#### **Evaluación General de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**

EVALUACIÓN	BUENA		REGULAR		MALA	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
ROPA	58	58%	40	40%	2	2%
HIGIENE	63	63%	35	35%	2	2%
NUTRICIÓN	58	58%	37	37%	5	5%
INTEGRIDAD DE LA PIEL	66	66%	32	32%	2	2%

Fuente: Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

### 6.1.14 EVALUACIÓN DE NEGLIGENCIA Y DESCUIDO EN GENERAL

Los datos obtenidos sin evidencia de negligencia y descuido general es el rango de mayor porcentaje con casi más de 90%. Cabe mencionar que 47 pacientes se encontraron con una probable evidencia y 16 personas de la tercera edad presentaron evidencia en este rubro. El resto de los resultados se muestran en el cuadro 11.

## CUADRO 11.

### Evaluación de negligencia y descuido en general de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.

EVALUACIÓN	SIN EVIDENCIA		PB. EVIDENCIA		CON EVIDENCIA		INCAPAZ DE EVALUAR	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
CONTUSIONES, MAYUGADURAS O EQUIMOSIS	92	92%	6	6%	2	2%	0	0
CONTRACTURAS ARTICULARES-MUSCULARES	86	86%	13	13%	1	1%	0	0
ULCERAS POR PRESIÓN O LLAGAS	92	92%	5	5%	3	3%	0	0
DESHIDRATACIÓN	93	93%	4	4%	3	3%	0	0
DIARREA	95	95%	3	3%	1	1%	1	1%
CONSTIPACIÓN O ESTREÑIMIENTO	95	95%	3	3%	1	1%	1	1%
HERIDAS EN LA PIEL	97	97%	2	2%	1	1%	0	0
DESNUTRICIÓN	92	92%	6	6%	2	2%	0	0
ROSADO/IRRITACIÓN POR ORINA	93	93%	5	5%	2	2%	0	0

#### 6.1.15 EVALUACIÓN DEL ESTILO DE VIDA USUAL

Con respecto a la evaluación del estilo de vida encontrados en los ancianos encuestados fue de que más del 60% son totalmente independientes, 10% o más se catalogan como posibles dependientes y 14% se consideran totalmente dependientes la frecuencia y el porcentaje se muestra en el cuadro 12.

## CUADRO 12.

### Evaluación del estilo de vida usual de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.

EVALUACIÓN	TOTALMENTE INDEPENDIENTE		POSIBLE DEPENDIENTE		TOTALMENTE DEPENDIENTE		INCAPAZ DE EVALUAR	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FR EC.	%
PARA TOMAR SUS MEDICAMENTOS USTED ES?	68	68%	13	13%	19	19%	0	0
PARA CAMINAR, USTED ES?	69	69%	14	14%	17	17%	0	0
Y PARA LA DEFECACIÓN, USTED ES?	75	75%	10	10%	15	15%	0	0
PARA LLEVAR LOS ALIMENTOS DEL PLATO A SU BOCA, USTED ES?	75	75%	10	10%	15	15%	0	0
PARA BAÑARSE, USTED ES?	73	73%	13	13%	14	14%	0	0
PARA MANEJAR SU DINERO, USTED ES?	63	63%	20	20%	17	17%	0	0
PARA EL MANTENIMIENTO DE SU FAMILIA USTED ES?	60	60%	22	22%	17	17%	1	1%

**Fuente:** Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

#### 6.1.16 EVALUACIÓN SOCIAL

Los resultados con respecto a este rubro se muestran la frecuencia y sus respectivos porcentajes de acuerdo a la perspectiva del paciente de la 3<sup>a</sup> edad que tiene a su entorno social en el cuadro 13.

### CUADRO 13.

**Evaluación social de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**

EVALUACIÓN	BUENA		REGULAR		MALA		INCAPAZ DE EVALUAR	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
CONSIDERA QUE SU SITUACIÓN ECONÓMICA PARA SUS NECESIDADES BÁSICAS ES?	22	22%	70	70%	8	8%	0	0
LAS RELACIONES CON SU FAMILIA USTED CONSIDERA QUE SON:	62	62%	19	19%	14	14%	5	5%
LAS RELACIONES CON SUS AMIGOS Y VECINOS, SON:	65	65%	23	23%	8	8%	4	4%
LA RELACIÓN CON LAS PERSONAS QUE LO CUIDAN, EN LA CASA DE ASISTENCIA, ASILO, SON:	15	15%	6	6%	3	3%	76	76%
LAS CARACTERÍSTICAS DE SU VIVIENDA SON:	31	31%	60	60%	7	7%	2	2%
SU RELACIÓN CON LA PERSONA QUE LO CUIDA ES:	29	29%	8	8%	4	4%	56	56%
SU PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES SOCIALES (MISA, REUNIONES, SALIDAS):	60	60%	5	5%	13	13%	2	2%
LA AYUDA QUE RECIBE POR PARTE DE LOS HIJOS, NIETOS, FAMILIA, CONSIDERA QUE:	54	54%	20	20%	23	23%	3	3%
SU CAPACIDAD, SU HABILIDAD PARA EXPRESAR SUS NECESIDADES (AFECTIVAS, ECONÓMICAS) ES:	58	58%	24	24%	18	18%	0	0

Fuente: Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

#### 6.1.17 EVALUACIÓN MÉDICA

Los resultados obtenidos se muestran en el cuadro 14, siendo el de mayor porcentaje el rubro de sin evidencia con un mínimo del 88%.

## CUADRO 14.

### Evaluación médica de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.

EVALUACIÓN	SIN EVIDENCIA		PROBABLE EVIDENCIA		CON EVIDENCIA		INCAPAZ DE EVALUAR	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
MAL USO DE MEDICAMENTOS, POR SOBREDOSIS O POR DUPLICACIÓN (EJEM. USO DE MÚLTIPLES LAXANTES O SEDANTES)	90	90%	10	10%	0	0	0	0
MAL USO DE MEDICAMENTOS, POR LA FALTA DE CUMPLIMIENTO, OLVIDO	88	88%	11	11%	1	1%	0	0
CONSUMO DE ALCOHOL O USO DE ALGUNA DROGA	100	100%	0	0	0	0	0	0
SIGNO DE LIENZO HÚMEDO, MUCOSAS SECAS, OJOS HUNDIDOS, SED	95	95%	4	4%	1	1%	0	0
CONTUSIONES Y/O GOLPES QUE ESTÉN ALEJADOS DEL SUPUESTO TRAUMA	95	95%	2	2%	2	2%	1	1%
FALTA DE RESPUESTA AL ADVERTIR ENFERMEDAD OBVIA - NO ACUDEN RÁPIDO AL SERVICIO	91	91%	6	6%	3	3%	0	0
REPETIDAS ADMISIONES A LOS SERVICIOS MÉDICOS POR PROBABLE PERDIDA DE LA VIGILANCIA DEL ESTADO DE SALUD	90	90%	8	8%	2	2%	0	0

**Fuente:** Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

#### 6.1.18 NEGLIGENCIA PSICO/EMOCIONAL Y ABANDONO.

Los resultados obtenidos con respecto a la evaluación de negligencia psicoemocional y abandono fueron en su mayoría consideran que no hay evidencia y en menor frecuencia pero si significativa lo hay. La frecuencia y el porcentaje se muestran en el cuadro 15.

## CUADRO 15.

### Evaluación de la Negligencia psico/emocional y abandono de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.

EVALUACIÓN	SIN EVIDENCIA		PROBABLE EVIDENCIA		CON EVIDENCIA		INCAPAZ DE EVALUAR	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
ANCIANO QUE DECLARA ESTAR SOLO POR LARGOS PERIODOS DE TIEMPO	29	29%	39	39%	32	32%	0	0
ANCIANO QUE DECLARA QUE ES IGNORADO RECIBE UN TRATO SILENCIOSO	54	54%	23	23%	23	23%	0	0
ANCIANO QUE DECLARA QUE ES IMPEDIDO LE PROHÍBEN RECIBIR: COMPAÑÍA, NOTICIAS, CAMBIOS DE RUTINA, INFORMACIÓN.	90	90%	5	5%	4	4%	1	1%
QUEJA SUBJETIVA DE NEGLIGENCIA, O QUE DECLARA QUE SE SIENTE DESCUIDADO.	59	59%	18	18%	23	23%	0	0

**Fuente:** Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

#### 6.1.18 EVALUACIÓN SUMATIVA

Los resultados obtenidos con respecto a la evaluación sumativa de maltrato, abandono y negligencia fueron que en el 33% presentan evidencia de negligencia/abandono, 1% con evidencia de maltrato o abuso físico, 2% con maltrato o abuso psicológico y 2% con abuso financiero. La frecuencia y el porcentaje se muestran en el cuadro 16.

## CUADRO 16

**Evaluación sumativa de la Maltrato, abandono y negligencia de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**

EVALUACIÓN	SIN EVIDENCIA		PROBABLE EVIDENCIA		CON EVIDENCIA		INCAPAZ DE EVALUAR	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
EVIDENCIA DE NEGLIGENCIA / ABANDONO	28	28%	39	39%	33	33%	0	0
EVIDENCIA DE MALTRATO O ABUSO FÍSICO	95	95%	4	4%	1	1%	0	0
EVIDENCIA DE MALTRATO O ABUSO PSICOLÓGICO	88	88%	10	10%	2	2%	0	0
EVIDENCIA DE ABUSO FINANCIERO	90	90%	7	7%	2	2%	1	1%

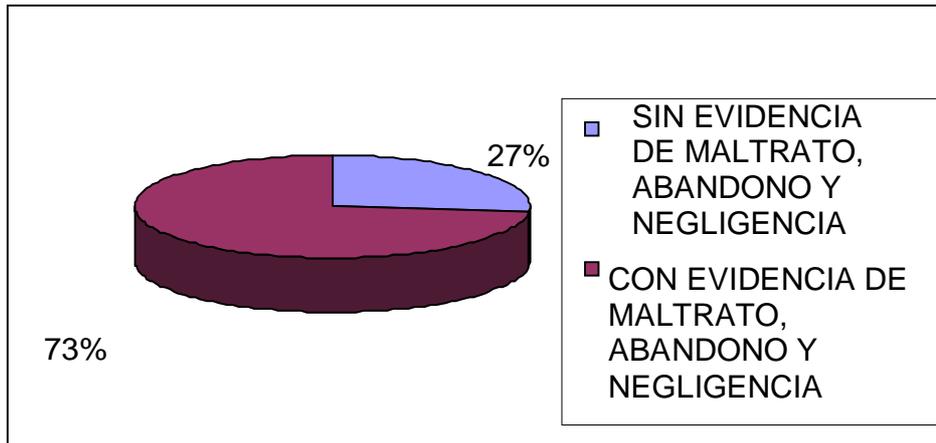
**Fuente: Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008**

### 6.1.19 EVALUACIÓN GENERAL CUALITATIVA

De las encuestas realizadas se obtuvieron los siguientes datos de la evaluación general cualitativa en el cual el 27% de los adultos mayores en la clínica de Marina Nacional en el servicio de Gerontología y en el servicio de Urgencias adultos del Hospital General Tacuba no presentan alguna evidencia de maltrato, abandono y negligencia, el 73% si lo presentan, la distribución se representa en la figura 6.

**Figura 6.**

**Evaluación General Cualitativa de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**



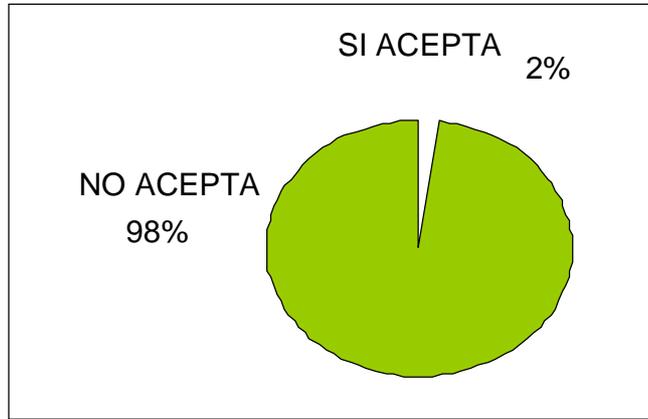
**Fuente:** Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

**6.1.20 REFERENCIAS A OTROS SERVICIOS**

De los resultados obtenidos se encontraron los siguientes datos donde se muestra que el 2% de los pacientes mayores de 65 años de edad aceptaron ser referidos a Trabajo Social y el 98% no aceptaron. Con respecto al servicio de Psicología el 29% aceptaron el envío, el 71% no lo aceptó. La distribución se representa en la siguiente figura 7 y 7.1

**Figura 7.**

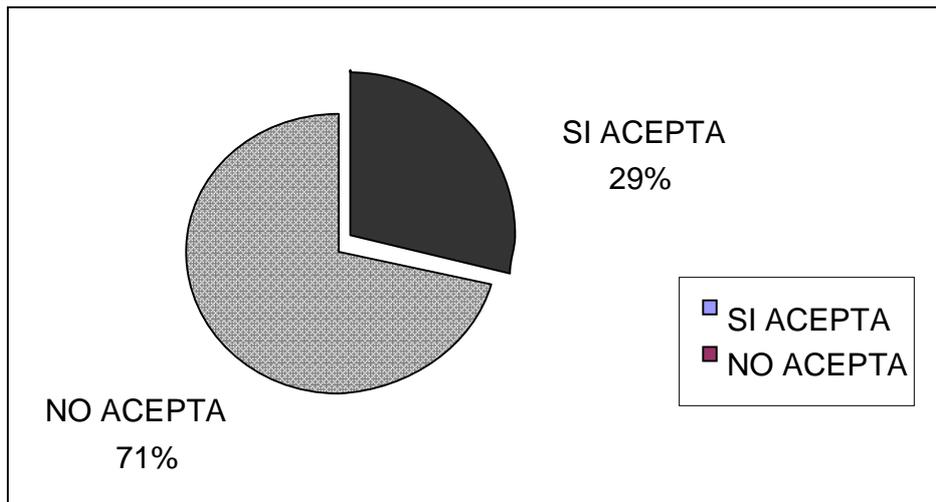
**Referencias al servicio de Trabajo Social en los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**



Fuente: Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

**Figura 7.1**

**Referencias al servicio de Psicología en los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**



Fuente: Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

## 6.2 DATOS DE LA FAMILIA

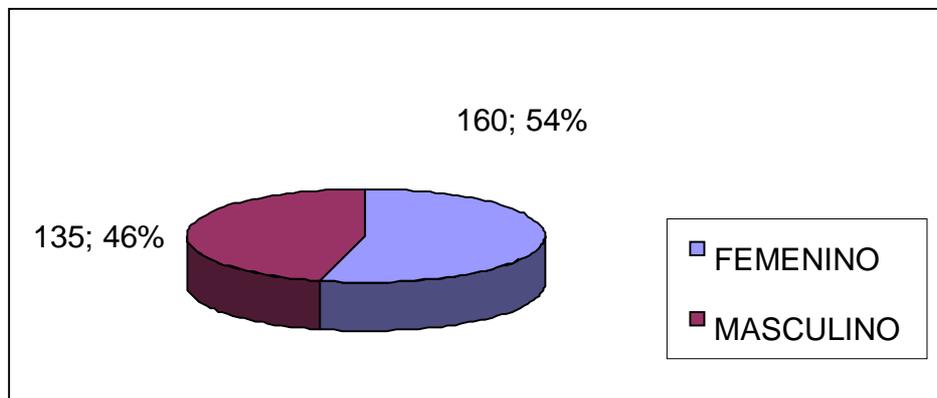
De los 100 pacientes entrevistados, se obtuvo información de que estaban integrados por un total de 295 integrantes, los cuales vivían con los pacientes de la 3ª edad, a continuación se muestran los datos del perfil demográfico de las familias de los ancianos.

### 6.2.1. SEXO

De los familiares se obtuvieron los siguientes datos del sexo femenino 160 (54%) y del sexo masculino 135 (46%), como se muestra en la figura 8.

**FIGURA 8.**

**Predominio del género en las familias de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**



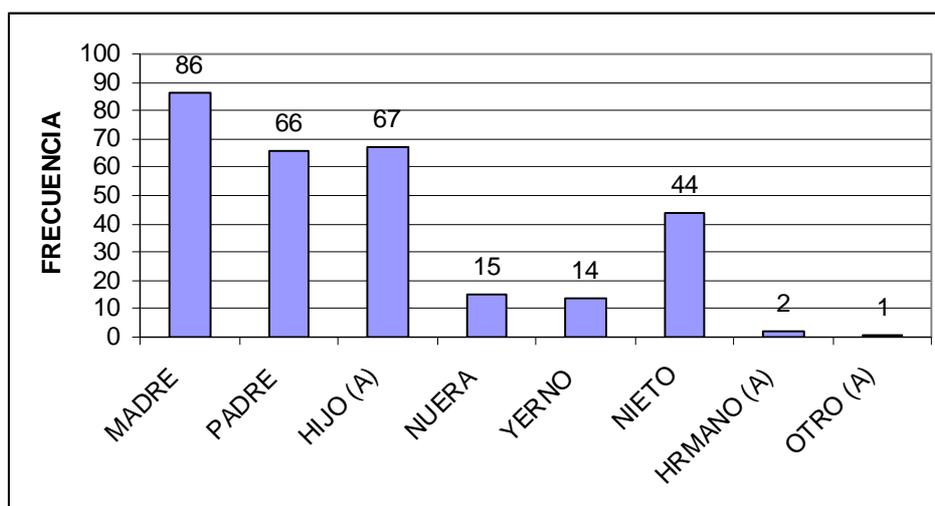
Fuente: Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

### 6.2.2 PARENTESCO

De los datos se obtuvieron los siguientes datos del adulto mayor donde predominó el sexo femenino con el 86 (la madre) seguido por el sexo masculino con el 66 (el padre). Los familiares que viven con el adulto mayor el rubro del parentesco con los pacientes entrevistados son los hijos(as), el resto se muestran en la figura 8.

**FIGURA 8.**

**Relación del parentesco en las pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**



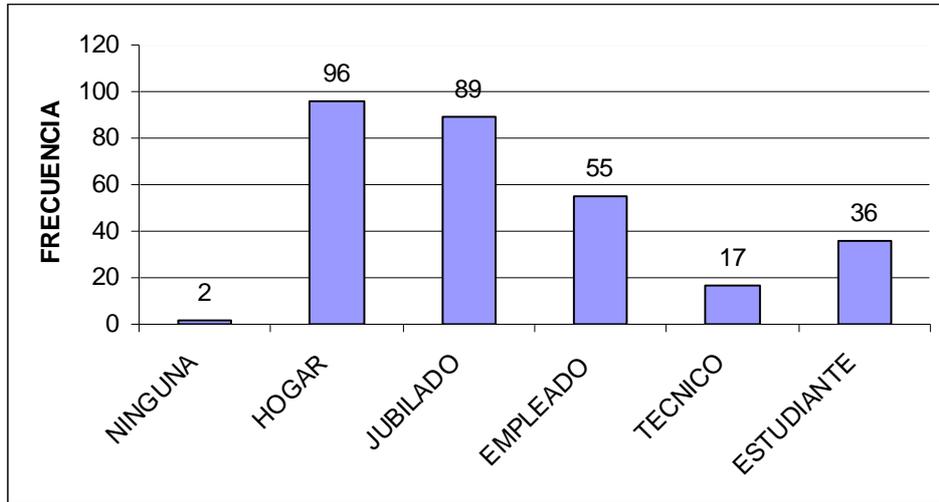
Fuente: Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

### 6.2.3 OCUPACIÓN LABORAL

En la figura 9 se observa la ocupación general de los integrantes de las familias.

**FIGURA 9.**

**Relación de la ocupación en general de las familias de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**



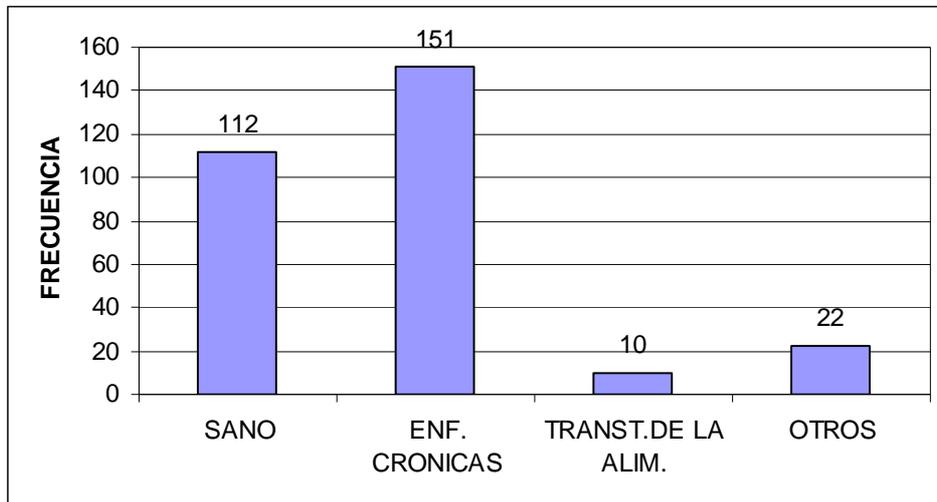
**Fuente:** Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

#### **6.2.4 ESTADO DE SALUD FAMILIAR**

Con respecto al estado de salud de las familias de los pacientes de la 3ª edad se encontró que 121 integrantes son sanos aparentemente, 151 con alguna patología crónica-degenerativa, el resto de los resultados se observa en la figura 10.

**FIGURA 10.**

**Estado de salud en de las familias de los pacientes entrevistados en la C.M.F Marina Nacional del ISSSTE en el periodo Marzo – Abril 2008.**



**Fuente:** Encuesta de detección de maltrato, negligencia y abandono en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias adultos del ISSSTE. Mayo 2008

## **7. DISCUSIÓN**

El envejecimiento a nivel poblacional es un fenómeno que ha estado presente desde las sociedades más primitivas, en distintas sociedades y culturas. La reducción de la natalidad y morbi-mortalidad han realizado un cambio importante en la estructura de la población por edad, donde destaca el envejecimiento de la población, y con la consecuente modificación de la pirámide poblacional. En términos muy generales la base poblacional se origina por el control de la natalidad, mejor atención a la niñez, bienestar materno-infantil, además en la baja de las tasas de enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas <sup>44</sup>.

Como consecuencia en América Latina ha iniciado, aunque de manera lenta, un proceso de envejecimiento de la población, según datos reportados, se menciona que entre 1950 y 2025, el grupo de personas mayores de 60 años y más aumentará casi 11 veces su tamaño inicial <sup>44</sup>.

En México también ha experimentado un proceso de envejecimiento en su población. El grupo de edad de 65 años y más que en 1930 representaba el 2.6% (3.1 millones), aumentó a un 3.4% en los 70's, y para los 80's se incrementó a un 3.7% en los 80's, y en el año 2000 fue de 4.9% (4, 750,111); incluso ciertas estimaciones han considerado que para el año 2030 habrá poco más de 15.2 millones de adultos mayores en México <sup>44</sup>. En la capital de México, Laurell <sup>41</sup> escribió que la población cuenta con mayor índice de envejecimiento.

De acuerdo a la historia, el trato que se les daba a los ancianos era diferente en cada sociedad y cultura, independientemente de las causas, hay una ambivalencia frente al adulto mayor <sup>4</sup>.

En México no se encuentran muchos estudios sobre esta problemática social, solamente el elaborado por la Secretaría de salud, con su Norma Oficial No. 190 sobre la violencia intrafamiliar, con esto se inició la promoción para el mejoramiento de salud de las personas mayores. Sin embargo otros autores interesados por los cambios originados por el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad y la transición epidemiológica han desarrollado intervenciones orientadas a la problemática de la 3ª edad.

En el caso particular de la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” es preciso señalar que no existen estudios o experiencias sobre el maltrato, abandono y negligencia en los pacientes mayores, los resultados obtenidos fueron verdaderamente sorprendentes y muy alentadores para poder continuar con este tema en investigaciones futuras.

Un aspecto a considerar fueron las modificaciones al instrumento elegido, ya que fueron hechas en base al entendimiento y necesidades de la información para los pacientes entrevistados y así tener mejoras en la calidad y validez de las respuestas.

No se encontraron datos de otros países para poder hacer una comparación efectiva. En cuanto a la prevalencia identificada en este trabajo, no fue similar o parecida a otros países desarrollados, como por ejemplo España, Canadá, Estados Unidos, quienes se han preocupado por investigar sobre el maltrato, abandono y negligencia en el adulto mayor.

De acuerdo con las prevalencias mundiales, en este trabajo, en el rubro de evaluación general cualitativa se encontró un 73% presentan algún tipo de evidencia, ya sea de maltrato, abandono y/o negligencia. En comparación con el 35%, sin que fuera confiable por la falta de denuncias (según Pichardo en 1996<sup>39</sup>). Y en 1999 por Vidales<sup>58</sup> la cual fue de 25.9%. En España en el 2001<sup>37</sup>, encontraron una la prevalencia de la sospecha de maltrato al anciano del 11.9%. En el 2006 Fernández Alonso<sup>51</sup> comenta que en Estados Unidos, Canadá y Reino Unido la prevalencia de maltrato es del 3-6% en mayores de 65 años. En el

mismo año, Rojas <sup>64</sup>, con una prevalencia del 98.6% el cual sufre en mayor o menor proporción el maltrato en general.

En relación a la presencia de cuidadores se encuentran claramente establecidas las características del cuidador. Se menciona las características establecidas por la Organización Mundial de la Salud <sup>7, 8</sup>. Son que el cuidador es un familiar que han sido cuidador por años, el 75% vive con la víctima, el tipo de parentesco es del 40% es el cónyuge y el 50% son los hijos o nietos. La edad es de más de 50 años y el 20% son mayores de 70. En los resultados obtenidos en el presente estudio se encontró que el 39% de los pacientes entrevistados cuentan con un cuidador, de esta cifra el 28% es un familiar, el 5% no es familiar y en el 6% de los entrevistados, tienen como cuidador a un familiar y a un no familiar. En referencia con la edad, en el estudio concuerda con la literatura, aunque el rango es muy amplio con un mínimo de 25 y un máximo de 86 años.

En base a lo vivido en particular en la Clínica Marina Nacional se considero que la familia de los pacientes que se encuentran en la edad de oro deben de ser más concientes de la importancia para evitar el maltrato en estos pacientes. En estas familias predominó la presencia de la madre como eje fundamental con el 86%, seguida por el padre 66%. Asimismo se encontró que la ocupación de esto entrevistados fue de la ocupación al hogar, seguido de los pensionados. Algo sobresaliente respecto al estado de salud de las familias de los ancianos fue que en su mayoría presenta alguna enfermedad crónica-degenerativa, seguida por 112 integrantes en total que se encuentran aparentemente sanos.

Algo que llamó la atención en esta experiencia fue las redes sociales que presentaron los pacientes de la 3ª edad entrevistados, su pareja fue su principal red social, y otros quienes no presentan ningún apoyo; sin embargo el porcentaje obtenido de padecer maltrato, abandono o negligencia fue alto.

De los resultados de la investigación a nivel institucional, se desglosa que en la mayoría presentan evidencia de negligencia y/o abandono, el 1% presentó evidencia de maltrato físico, el 2% con evidencia de abuso psicológico y el 2% con abuso financiero, en comparación con Vidales <sup>58</sup> que en su estudio encontró que el tipo de maltrato fue el psicológico y la negligencia. En España el predominio fue el psicológico y posteriormente concluyeron que el maltrato por negligencia es el más frecuente pero también se producen abusos psicológicos, económicos y físicos <sup>11</sup>.

Como se ha observado en el presente trabajo, el 84% de los pacientes entrevistados fueron del servicio de gerontología de la C.M.F Marina Nacional y el 16% fueron del servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Tacuba. Con respecto al género, las mujeres continúan predominando en la consulta de dichos servicios con un 61% en comparación con los varones (39%) por lo que existen diferencias en este aspecto. Esto concuerda con la información encontrada en la literatura, por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1988 emitió las características sobre la víctima la cual es mujer <sup>8</sup>, otros estudios en Estados Unidos y España <sup>6, 26 y 37</sup> muestran que la víctima es del sexo femenino, esto en comparación con estudios realizados en Canadá donde encontraron que del total de la población estudiada, el 52% de los maltratados son hombres y el 48% son mujeres <sup>8,13</sup>.

Por otro lado si bien los pacientes encuestados hablaron abiertamente sobre el problema, una estrategia preventiva es la recomendación respecto a como se debe de realizar la anamnesis al anciano. Un principio se debe entrevistar a solas al anciano y posteriormente al cuidador <sup>13</sup>. esto es una estrategia educativa con la repetición de un contenido temático, ya que resultaría útil para el reforzamiento en la prevención del maltrato y así evitar tratar las consecuencias crónicas, por lo que es conveniente que los médicos del primer contacto y todo el equipo de salud este pendiente de esto.

En cuanto a los pacientes que tuvieron una evidencia de maltrato, abandono y negligencia durante la entrevista se tuvo la oportunidad de dar información sobre el tema y quienes si aceptaron ser derivados a otros servicios, los cuales les podría ser de gran utilidad, como por ejemplo: Trabajo Social y Psicología. Donde solamente una mínima parte de los entrevistados aceptaron la referencia a Trabajo Social, en comparación con la derivación a Psicología, el cual la referencia fue mayor.

Por otro lado un de las ventajas observadas fue que algunos de los pacientes hicieron mas comunicación con el autor de la investigación desde el inicio de la entrevista hasta el final cuando se les otorgaba información y el comentario de la referencia, por lo que se favoreció una adecuada relación médico paciente en otro nivel más alto que la atención medica, independientemente de los problemas médicos.

## **8. CONCLUSIONES**

Consideramos que la educación para la salud es de suma importancia para todos los pacientes del médico familiar, ya sean niños, adolescentes, adultos, mujeres embarazadas, ancianos. Recordando que la gran ventaja de los médicos familiares es que tienen una visión horizontal, por lo que el paciente y sus familias, estén completamente activos en el control y evolución de cualquier integrante, por lo que todo el equipo a nivel primario, juntos con sus autoridades deben integrarse para cualquier programa educativo. Se evidencia que hay un desconocimiento general por parte de los profesionales en los aspectos jurídicos relacionados con las personas ancianas.

En el presente trabajo de investigación, se logró cumplir con el objetivo general, y se encontró que, a pesar de que nos encontramos en un ámbito de la medicina, la cual es en su mayoría preventiva, sigue prevaleciendo el maltrato, abandono y negligencia en los adultos mayores independientemente de su intensidad. La situación actual es problemática, y se debe de tomar en consideración de que todos estamos en el mismo camino de ir envejeciendo. Lo anterior amerita que el médico familiar aproveche todas y cada una de las oportunidades en que los pacientes mayores acuden a la consulta y no solamente enfocarse a la atención del problema agudo, respiratorio, crónico-degenerativo o simplemente fomentarle la polifarmacia, se debe de tratar de valorar de manera adecuada.

Es importante la motivación a este tipo de población, ya que en su mayoría se siente desprotegido, olvidado y sobretodo ignorado. Además de la motivación, se debe de

concientizarlo sobre la importancia de su propia persona, sus patologías adyacentes y principalmente sobre sus derechos y obligaciones como adultos mayores.

A nivel social el maltrato, abandono y negligencia, no se encuentra bien estudiado o valorado, aunque constituya un acto de violencia intrafamiliar, no se encuentra con gran dificultad, ya que la mayoría de los pacientes no lo comenta, consideran que son problemas de la edad o que esta situación es por su bien. No hay estudios de laboratorio que nos proporcionen datos específicos relacionados con la detección de maltrato, abandono y negligencia, pueden ser de utilidad los niveles de fármacos, drogas o tóxicos, detectar datos de anemia o desnutrición, incumplimiento de regimenes dietéticos, etc. que orientan al maltrato. Los estudios de gabinete no son específicos, solamente los rayos X pueden mostrar fracturas antiguas o recientes. Las medidas terapéuticas principales son la realización de prevención desde la infancia y tipificar el tipo de maltrato y evitar las complicaciones existentes con el tratamiento médico adecuado.

Con base en la información generada en el presente estudio, y de acuerdo a los resultados obtenidos, y tomando los limitantes de este tipo de estudios y con la dificultad de que existen pocos trabajos para detectar el maltrato al anciano, se encontró que cada vez es más la presencia del maltrato, abandono y negligencia en los adultos mayores lo que trae como consecuencia grave a nivel personal e integral de los pacientes, alterándolos incluso su estado anímico, metabólico o incluso el psicológico al presentarse periodos muy estresantes para ellos.

A nivel familiar se presentan crisis no normativas para los ancianos, hay alteración a nivel de la dinámica familiar, además también se encuentra afectado el nivel económico, ya que son pacientes económicamente dependientes en su mayoría, por lo tanto no generador de ingresos propios para solventar sus gastos, por lo cual se encuentran en riesgo de padecer algún tipo de maltrato, abandono y negligencia.

A pesar de que el 73% de los pacientes encuestados presentan evidencia de maltrato. La mayoría de los pacientes manifestó claramente estar solo por largos periodos de tiempo y que se siente descuidado. Por lo que en la atención primaria, los médicos especialistas en familia deben de tener un conocimiento más específico de este problema social y tener una adecuada educación sobre el maltrato, abandono y negligencia en los ancianos en el primer nivel de atención. Es importante mencionar que es necesario contar con recursos, como guías para la detección, prevención y adecuado diagnóstico del maltrato, así como el apoyo de las autoridades correspondientes para su realización.

Los médicos familiares tienen la corresponsabilidad de evidenciar y abordar el maltrato como un problema real y de fuerte impacto en la salud de la población anciana. Se sugiere que se retomen los estudios realizados en otros países como Estados Unidos y España quienes han con el establecido programas de seguimiento para la prevención y detección en la propia clínica y el reforzamiento a todo el equipo de salud.

No hay una forma estandarizada para medir el problema, por ejemplo en Canadá no se ha encontrado evidencia para recomendar el uso de cuestionarios como herramienta diagnóstica. Pero en Estados Unidos la Asociación Médica Americana recomienda el uso de test para la práctica diaria <sup>7</sup>.

Se considera fundamental la coordinación del equipo multidisciplinario para poner en marcha el inicio de programas comunitarios para la intervención en el maltrato, abandono y negligencia. Los médicos familiares deben de ser concientes de este tipo de problema y estar alerta a los factores de riesgo e indicadores para tomar medidas al fin de prevenir futuros abusos, esto se puede lograr utilizando las guías propuestas principalmente por autores Españoles, con esto se puede actuar en los tres niveles de intervención:

- 1. El anciano y la familia cuidadora; ya que para la prevención del problema conlleva la atención tanto del maltratado y el maltratador, teniendo en cuenta las situaciones de cualquiera de los componentes del binomio.**
- 2. Atención domiciliaria; reforzamiento de las redes de apoyo y la sensibilización de la vejez a la población en general.**
- 3. Continuar el esfuerzo en el ámbito social, político e institucional; que continúen promoviendo la iniciativa y mejores recursos dirigidos a solventar el Maltrato, Abandono y Negligencia.**

Las pautas de actuación en el primer nivel de atención que se considera importantes y concuerdan con diferentes autores, por ejemplo Fernández Alonso<sup>51</sup>, lo menciona:

#### **A. Realización de la entrevista clínica al anciano por el médico de familia.**

Debe realizarse en un marco de tranquilidad, sin prisas. Para facilitar el desarrollo de esta entrevista se debe de preguntar intencionadamente factores de riesgo y signos de alerta o indicios que hagan pensar en la posibilidad de maltrato por sus actitudes, comportamientos o síntomas. A continuación se mencionan algunas normas recomendadas:

- Entrevistar al paciente solo y con el cuidador.
- Analizar la relación y cambios de actitud en su presencia.
- Dar confianza y facilitar la expresión de sentimientos.
- Garantizar la confidencialidad.
- Hablar con lenguaje claro y sencillo.
- Hacerle algunas preguntas para facilitar que el paciente cuente su problema.
- Preguntar por factores de riesgo.

#### **B. Explorar cuidadosamente signos físicos.**

Como lesiones o hematomas; detectar incongruencias entre las lesiones y las explicaciones sobre como se produjeron; desnutrición sin motivo aparente, deshidratación, caídas reiteradas, demora en la solicitud de atención, visitas frecuentes a urgencias por motivos cambiantes, contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y el agresor.

### **C. Explorar actitudes y estado emocional.**

Miedo, inquietud, pasividad, explorar síntomas psíquicos: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad, confusión etc. tener especial cautela en la indicación de psicofármacos. Valorar siempre el riesgo de suicidio, el acceso a los medicamentos y la vigilancias de las tomas. Investigar señales de alerta a través de indicios, actitudes, signos clínicos o síntomas de malos tratos.

### **D. Diagnóstico.**

Si se llega al conocimiento de la existencia de maltrato, es preciso hacer una **valoración inicial de la situación de riesgo**, investigar si es una situación aguda o crónica; valorar el riesgo potencial de las lesiones, si hay riesgo inmediato (físico, psíquico o social) y **establecer un plan de actuación integral**, que contemple la situación física, psicológica y social del anciano, con ayuda del equipo multidisciplinario. (Trabajador social y Psicología, etc.) y en algunos casos puede ser necesaria la hospitalización del anciano. Tras la exploración y valoración, hacer un parte de lesiones si procede y remitir a las autoridades correspondientes. El médico debe informar al anciano de la situación y de la posible evolución del problema, así como de las posibilidades de actuación.

Con frecuencia nos vamos a encontrar con el rechazo del anciano víctima de maltrato a formular la denuncia, ya que casi siempre el agresor es un miembro de la propia familia. Esta situación plantea con frecuencia un conflicto ético para el profesional con el paciente y con la familia. Una vez valorado el riesgo inmediato para el anciano, las causas, la voluntad

del paciente y las posibilidades de intervención el profesional deberá tomar la decisión. En todo caso. La prudencia, el conocimiento del contexto y tener en cuenta la voluntad del paciente (cuando conserva sus facultades) son factores importantes en la toma de decisiones. Todo esto se resume gráficamente en el **anexo 5**.

**Las estrategias en intervenciones de ayuda para el anciano maltratado que se encuentran recomendadas a nivel internacional, son:**

1. Evitar el aislamiento social mediante:
  - \* Servicios de atención a domicilio.
  - \* Centros de día.
  - \* Tutela por parte de Servicios Sociales
2. Organizar la atención clínica del paciente facilitando medios y simplificando la medicación.
3. Evaluar la adecuación de la vivienda a las limitaciones del anciano
4. Valorar la necesidad de institucionalizar al anciano si la familia no puede garantizar su atención.

**Las estrategias en intervenciones de ayuda para la persona que maltrata, cuando ésta es el cuidador.**

1. Reducir el estrés de la familia o del cuidador a través de medidas como:
  - a) Compartir el cuidado con otros miembros de la familia o facilitar si fuera preciso cambios al domicilio de otro familiar mas capacitado.

- b) Contactar con grupos de apoyo (voluntariado, asociaciones de enfermos o de familiares de enfermos etc.).
- c) Garantizar periodos de descanso al cuidador (facilitando personas de apoyo de atención a domicilio de servicios sociales o voluntarios, estancias en centros de día, o centros de corta estancia).
- d) Dar apoyo técnico y emocional al cuidador.
- e) Si el cuidador padece un problema psiquiátrico o de consumo de alcohol o drogas, debe realizarse entrevista intentado conocer el estado emocional de la persona y facilitar apoyo y tratamiento de problemas psiquiátricos o toxicomanías si las hubiere.
- f) Valorar la capacidad de la familia para garantizar los cuidados.

## 9. REFERENCIAS.

1. Antequera R, Borda M, Blanco A. ¿Es de viejo lo que les pasa a los viejos? *Geriátrika* 1996; 12 (2): 39-42.
2. Viñas Ribes J. Biología del envejecimiento. *Geriátrika* 1996; 12 (4): 29-31.
3. Marti Palacios E. Demografía del envejecimiento. *Geriátrika* 1996; 12 (4): 27-28.
4. Fliman K.M. Algunos aspectos de la historia del maltrato del adulto mayor. *Geriátrika* 1996; 12 (6): 13-20.
5. Pochtar N, Pszemirower S. Panorama de la vejez en Latinoamérica. *Geriátrika* 2003; 19 (3): 39- 42.
6. Chasco Parramon C. Malos tratos en ancianos. *Geriátrika* 1996; 12 (4): 51-52.
7. Bover A, Moreno M L, Mota S, Taltavull J M. *Aten Primaria* 2003; 32 (9): 541-542.
8. González Ceinos M. Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. Univ. del país Vasco. Citado en Enero-Febrero 2003. (2 pantallas). Disponible en URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid)
9. Rodríguez E, Olivera A, Garrido R, García R. Maltrato a los ancianos. Estudio popular de Belén, Habana Vieja. *Rev. Cubana Enfermer* 2002; 18 (3): 144-153.
10. Caballero JC. Consideraciones sobre el maltrato al anciano. *Rev. Mult. Gerontol* 2000; 10 (3): 177-188.
11. XXIV Congreso de la sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Sevilla España. Citado en Diciembre 2004. (2 Pantallas). Disponible en: URL: <http://www.semefyc.es/sevilla2004>
12. Hazzard W. Elder abuse: Definitions and Implicacions for Medical Education. *Academic Medicine* 1995; 70 (11): 979-981.
13. Sanmartín Ruiz A, Coma Solé M. El medico de familia y el síndrome de los malos tratos a ancianos. *Aten Primaria* 2000; 26(9): 641-646.
14. Miquel J. Envejecimiento y salud. *Geriátrika* 1996; 12 (9): 38-43.
15. Flórez Lozano JA. Calidad de vida en el anciano: Aspiraciones y necesidades. *Geriátrika* 1996; 12 (3): 30-40.
16. Garay Lillo J. Calidad de vida. *Geriátrika* 1996; 12 (4): 35-43.
17. Pochtar de Pszemirower N, Pszemirower S. Autonomía y vejez. *Geriátrika* 1996; 12 (8): 44-50.
18. Buz Delgado J. Mini.GDS 8: Una nueva versión breve para ancianos institucionalizados. *Geriátrika* 1996; 12 (3): 41-45.
19. Kennedy R. Elder Abuse and Neglect: The experience, Knowledge, and Attitudes of primary Care Physicians. *Fam Med* 2005; 37 (7): 481-485.
20. Swagerty D, Takahashi P. Elder Mistreatment. *American Family Physician*. 1999; 59 (10): 2804-2808.
21. Nelson H, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A review of the Evidence for the U.S Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004; 140 (5): 387-404.
22. Bradley M. Elder Abuse. *BMJ*. 1999; 313: 548-550.
23. Bennett G. Elder abuse. *BMJ*. 1999; 318: 278-28
24. Martínez J, Donado C. La salud de los ancianos españoles. Análisis de la encuesta Nacional de alud 1993. *Geriátrika*. 1996; 12 (8): 21-27.

25. Álvarez Perelló E. La religión y el envejecimiento. *Geriátrika* 1996; 12 (3): 50.
26. Kessel H. ¿Estoy asistiendo a un anciano maltratado? Hospital de Torrecardenas SAS, Almería España. Disponible en [URL: http://www.semer.es/docs/SER-CLA-Maltrato.pdf](http://www.semer.es/docs/SER-CLA-Maltrato.pdf).
27. Kurrle S. Elder abuse. *Australian Family Physician*. 2004; 33 (10): 807-812.
28. Álvarez Perelló E. La Depresión en las personas mayores. *Geriátrika* 1996; 12 (2): 43-44.
29. Retos en la salud mental del siglo XXI en la atención primaria. Manual de geriatría. Capítulo 8 "El Maltrato". Citado en Marzo 2001. (2 pantallas). Disponible en: [URL: http://ww.semergen.es/semergen2/microsites/manuales/maltrato](http://ww.semergen.es/semergen2/microsites/manuales/maltrato).
30. Errando Mariscal E. Valoración Geriátrica. *Geriátrika* 1996; 12 (4): 53-54.
31. Intxausti Zugarramurdi A. Suicidio en el Anciano. *Geriátrika* 1996; 12 (1): 32-39.
32. Garay Lillo J. Historia de la Geriatría. *Geriátrika* 1996; 12 (4): 17-26.
33. Meléndez Moral J. La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. *Geriátrika*. 1996; 12 (8): 40-44.
34. Álvarez Perelló E. El dormir y la edad. *Geriátrika* 1996; 12 (8): 51-53.
35. Martí Palacios E. Índices y tasas. *Geriátrika* 1996; 12 (4): 32-34.
36. Coloma García M. Gerontología y Legislación. *Geriátrika* 1996; 12 (4): 48-50.
37. Sanmartín A, Altet J, Porta N, Duaso P, Coma M, Requesens N. Violencia Domestica: Prevalencia de Sospecha de Maltrato a Ancianos. *Aten Primaria* 2001; 27 (5): 331-334.
38. González M. Valoración del anciano en las residencias geriátricas. Citado en Abril 2002. (2 pantallas). Disponible en: [URL: http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/ctrosalud2002](http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/ctrosalud2002).
39. XXV Congreso de la sociedad Andaluza de Geriatría y Gerontología. Citado en mayo 2004. (2 pantallas). Disponible en: [URL: http://www.sagg.org/congresos.asp](http://www.sagg.org/congresos.asp) y <http://www.sagg.org/cadiz2004/>.
40. Reis M, Nahmiash D. Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen. *The Gerontologist*. 1998; 38 (4): 471-480.
41. Laurell A.C. El envejecimiento poblacional y la Política del Gobierno del Distrito Federal. *Revista de Trabajo Social UNAM*. 2003; (8): 42-49.
42. Brain M L. Apoyo social y participación comunitaria, una alternativa para la intervención con Adultos Mayores. *Revista de Trabajo Social UNAM*. 2003; (8): 50-55.
43. López J. Un paso más a los programas universitarios para las personas mayores: el proyecto Solill de la Unión Europea. *Revista de Trabajo Social UNAM*. 2003; (8): 56-63.
44. Ortiz M I. Geografía del Envejecimiento en México, 2000. *Revista de Trabajo Social UNAM*. 2003; (8): 64-73.
45. Gutiérrez L M. El perfil del anciano dependiente y su cuidador primario. *Revista de Trabajo Social UNAM*. 2003; (8): 74-83.
46. Clark G. Identificación de las tradiciones familiares, apoyo financiero y personal para Adultos Mayores. *Revista de Trabajo Social UNAM*. 2003; (8): 104-111.
47. Huenchuán S. Condiciones Económicas de la Vejez Mapuche en Chile. *Revista de Trabajo Social UNAM*. 2003; (8): 112-121.
48. Macedo De La Concha L. Diagnostico Integral de una Población Anciana en una Colonota Urbana. *Revista de Trabajo Social UNAM*. 2003; (8): 122-131.

49. Pérez C. De Viena a España, 20 años de propuestas y una tarea pendiente. *Revista de Trabajo Social UNAM*. 2003; (8): 20-27.
50. Velásquez E, Moreno M L. El Congreso de la Unión aprueba la ley de derechos de los Adultos Mayores. *Revista de Trabajo Social UNAM*. 2003; (8): 34-41.
51. Fernández M C. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Aten Primaria*. 2006;37(1):56-59.
52. Monchietti A. La vejez: Discursos, significados y prácticas. *Revista de Trabajo Social UNAM*. 2003; (8): 32-135.
53. Muñoz F. Detección de Factores predictores de abandono de pacientes incapacitados de una zona básica de salud. *Aten Primaria*. 1995; 5 (1): 37-42.
54. Wilmoth J. Living Arrangement Transitions Among America`s Older Adults. *The Gerontologist*. 1998; 38 (4): 434-444.
55. Chafetz P, Holmes H, Lande K, Childress E, Glazer H. Older Adults and the news media: Utilization, Opinions, and Preferred Reference Terms. *The Gerontologist*. 1998; 38 (4): 481-489.
56. Lachs M, Pillemer K. Abuse and Neglect of Elderly Persons. *JAMA* 1997; 332 (7): 437- 443.
57. Feldhaus K, Koziol J. Accuracy of Brief Screening Questions for Detecting Partner Violence in the Emergency Department. *JAMA* 227 (7): 1357-1361.
58. Vidales OJA. Elaboración de una escala para el diagnóstico del síndrome de maltrato al adulto Mayor. Tesis de especialidad en Geriátrica. Facultad de Medicina. UNAM, 1999.
59. Ortiz de la Huerta D. La violencia hacia los ancianos, un problema menospreciado. *Revista de Trabajo Social UNAM*. 2003; (8): 14-19.
60. Roca Castelló M R. Nutrición en el envejecimiento. *Geriátrika* 1996; 12 (4): 56-57.
61. Villanueva L A. Los adultos mayores. Una mirada al futuro. *Rev Hosp. Gral. Dr. M Gea González*. 2000; 3 (1): 5-6.
62. Muñoz G, Rivera J, Rojas N. Actitud del Médico en la atención del anciano. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2004; 2 (1): 55-57.
63. Fuentes M I, García A. Causas sociales que originan sentimientos de Abandono en el Adulto Mayor. *Revista del Hospital General "La Quebrada" IMSS*. 2003; 2 (1): 25-29.
64. Rojas Tamariz I. Maltrato del Anciano Mexicano. Traducción y contextualización del "Elder Assessment Instrument" y su aplicación en la población anciana urbana mexicana en el servicio de urgencias. Tesis de especialidad en Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM. 2006.
65. Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) en Medicina Familiar. Facultad de Medicina y la División de Estudios de Posgrado e Investigación; Universidad Nacional Autónoma de México. 2003.
66. Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. España. 2002.

## **ANEXO 1**

### **CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

#### **DETECCIÓN DE MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABANDONO EN LOS ADULTOS MAYORES EN UN SERVICIO DE GERONTOLOGÍA Y URGENCIAS ADULTOS DEL ISSSTE.**

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta unidad médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que alguna de las preguntas o más le causará incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla(s) respetando su pensamiento y decisión. También si usted se siente en algún momento herida(o), lastimada(o), o agredida(o) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta unidad médica.

El cuestionario tiene aproximadamente 70 preguntas y se contesta en aproximadamente 20 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta Usted contestarla? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_

1. Servicio: Gerontología C.M.N \_\_\_\_\_ Urgencias Adultos Hosp. Tacuba \_\_\_\_\_
2. Edad del paciente: \_\_\_\_\_ 3. Sexo del paciente: \_\_\_\_\_
4. Ocupación: \_\_\_\_\_ 5. Estado civil del paciente: \_\_\_\_\_
6. Grado de estudios del paciente: \_\_\_\_\_ 7. Persona que vive sola: \_\_\_\_\_

### REDES DE APOYO

8. Cuando Usted y/o su cónyuge necesitan de servicios de atención a la salud (consulta, detecciones, cuidados, pláticas, orientaciones, terapias, exámenes de laboratorio, etc.) se apoyan en: (Marcar todas las opciones que el paciente indique).

- Pareja ( )
- Amigos, vecinos ( )
- Hijos ( )
- Cuidador ( )

### FACTORES DE RIESGO. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

	Crónico degenerativas								Infecciosas				Trastornos de la alimentación		OTROS							
	9. Diabetes Mellitus	10. HAS	11. Enf. Corazón	12. CaCu	13. Ca. Mama	14. Ca. Próstata	15. Otro Cáncer	16. INEF. Renal	17. EVC	18. ASMA	19. Sida/VIH	20. Otro ETS	21. Hepatitis B y C	22. TB. Pulmonar	23. Desnutrición	24. Obesidad	25. Anorexia / Bulimia	26. Tabaquismo	27. Alcoholismo	28. Otras farmacod.	29. Enf. Psiquiat.	30. Alguna Discapacidad Física, visual, etc.
Paciente																						

### APOYO DE CUIDADORES

31. Tiene un cuidador: ( ) SI  
( ) NO (pasar a la pregunta 35).

32. ¿Quién proporciona los cuidados? Familiar  No familiar  Ambos
33. ¿Edad del cuidador? \_\_\_\_\_
34. ¿Grado de estudios del cuidador? \_\_\_\_\_

### 35. DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

No.	NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	SEXO 1=MUJER 2=HOMBRE	ESCOLARIDAD EN AÑOS	OCUPACIÓN.

### Elder Assessment Instrument

#### INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE MALTRATO DEL ANCIANO

Es un Instrumento de valoración el cual consta de 40 preguntas y comprende siete secciones en las cuales si usted se siente incomodo o molesto, tiene la libertad de no contestarlas y el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted.

I.	Evaluación General	Buena	Regular	Mala	Incapaz de Evaluar
1	ROPA				
2	HIGIENE				
3	NUTRICIÓN				
4	INTEGRIDAD DE LA PIEL				

Comentario: \_\_\_\_\_

II.	Evaluación de negligencia, descuido General	Sin evidencia	Posible evidencia	Evidencia	Incapaz de Evaluar
5	CONTUSIONES /MAYUGADURAS O EQUIMOSIS				
6	CONTRACTURAS ARTICULARES – MUSCULARES				
7	ULCERA POR PRESIÓN O LLAGAS				
8	DESHIDRATACIÓN				
9	DIARREA				
10	CONSTIPACIÓN O ESTREÑIMIENTO				
11	HERIDAS O PERDIDAS DE CONTINUIDAD DE LA PIEL				
12	DESNUTRICIÓN				
13	ROSADO / IRRITACIÓN POR ORINA				

Comentario: \_\_\_\_\_

<b>III.</b>	<b>Estilo de vida usual</b>	<b>Totalmente independiente</b>	<b>Posible dependiente</b>	<b>Totalmente dependiente</b>	<b>Incapaz de Evaluar</b>
14	PARA TOMAR SUS MEDICAMENTOS USTED ES?				
15	PARA CAMINAR, USTED ES?				
16	PARA LA DEFECACIÓN, USTED ES?				
17	PARA LLEVAR LOS ALIMENTOS DEL PLATO A SU BOCA, USTED ES?				
18	PARA BAÑARSE, USTED ES?				
19	PARA MANEJAR SU DINERO, USTED ES?				
20	PARA EL MANTENIMIENTO DE SU FAMILIA USTED ES?				

Comentario: \_\_\_\_\_

<b>IV.</b>	<b>Evaluación social</b>	<b>Buena</b>	<b>Regular</b>	<b>Mala</b>	<b>Incapaz de Evaluar</b>
21	CONSIDERA QUE SU SITUACIÓN ECONÓMICA PARA SUS NECESIDADES BÁSICAS ES?				
22	LAS RELACIONES CON SU FAMILIA USTED CONSIDERA QUE SON:				
23	LAS RELACIONES CON SUS AMIGOS Y VECINOS, SON:				
24	LA RELACIÓN CON LAS PERSONAS QUE LO CUIDAN, EN LA CASA DE ASISTENCIA, ASILO, SON:				
25	LAS CARACTERÍSTICAS DE SU VIVIENDA SON:				
26	SU RELACIÓN CON LA PERSONA QUE LO CUIDA ES:				
27	SU PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES SOCIALES (MISA, REUNIONES, SALIDAS):				
28	LA AYUDA QUE RECIBE POR PARTE DE LOS HIJOS, NIETOS, FAMILIA, CONSIDERA QUE:				
29	SU CAPACIDAD, SU HABILIDAD PARA EXPRESAR SUS NECESIDADES (AFECTIVAS, ECONÓMICAS) ES:				

Comentario: \_\_\_\_\_

<b>V.</b>	<b>Evaluación medica</b>	<b>Sin evidencia</b>	<b>Posible evidencia</b>	<b>Evidencia</b>	<b>Incapaz de Evaluar</b>
30	MAL USO DE MEDICAMENTOS, POR SOBREDOSIS O POR DUPLICACIÓN (EJEM. USO DE MÚLTIPLES LAXANTES O SEDANTES)				
31	MAL USO DE MEDICAMENTOS, POR LA FALTA DE CUMPLIMIENTO, OLVIDO				
32	CONSUMO DE ALCOHOL O USO DE ALGUNA DROGA				
33	SIGNO DE LIENZO HÚMEDO, MUCOSAS SECAS, OJOS HUNDIDOS, SED				

34	CONTUSIONES Y/O GOLPES QUE ESTÉN ALEJADOS DEL SUPUESTO TRAUMA				
35	FALTA DE RESPUESTA AL ADVERTIR ENFERMEDAD OBVIA - NO ACUDEN RÁPIDO AL SERVICIO				
36	REPETIDAS ADMISIONES A LOS SERVICIOS MÉDICOS POR PROBABLE PERDIDA DE LA VIGILANCIA DEL ESTADO DE SALUD				

Comentario: \_\_\_\_\_

VI.	Negligencia psico/emocional Abandono	Sin evidencia	Posible evidencia	Evidencia	Incapaz de Evaluar
37	ANCIANO QUE DECLARA ESTAR SOLO POR LARGOS PERIODOS DE TIEMPO				
38	ANCIANO QUE DECLARA QUE ES IGNORADO RECIBE UN TRATO SILENCIOSO				
39	ANCIANO QUE DECLARA QUE ES IMPEDIDO LE PROHÍBEN RECIBIR: COMPAÑÍA, NOTICIAS, CAMBIOS DE RUTINA, INFORMACIÓN.				
40	QUEJA SUBJETIVA DE NEGLIGENCIA, O QUE DECLARA QUE SE SIENTE DESCUIDADO.				

Comentario: \_\_\_\_\_

VII.	Evaluación sumativa	Sin evidencia	Posible evidencia	Evidencia	Incapaz de Evaluar
41	EVIDENCIA DE NEGLIGENCIA / ABANDONO				
42	EVIDENCIA DE ABUSO FÍSICO				
43	EVIDENCIA DE ABUSO PSICOLÓGICO				
44	EVIDENCIA DE ABUSO FINANCIERO				

Comentario: \_\_\_\_\_

45. Evaluación general cualitativa: \_\_\_sin evidencia de M.A.N.....FIN  
 \_\_\_con evidencia de M.A.N

REFERENCIA	SI ACEPTA	NO ACEPTA	PORQUE?
46 REFERIR A TRABAJO SOCIAL			
47 REFERIR A OTRO			
SI, POR FAVOR DE ESPECIFICAR:			

SE INFORMA AL PACIENTE Y SU DECISIÓN ES: Acepta referencia: \_\_\_\_\_  
 No Acepta referencia: \_\_\_\_\_

DR. LUIS GABRIEL ÁLVAREZ MARTÍNEZ  
 RESIDENTE 3er AÑO  
 ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
 C.M.F MARINA NACIONAL ISSSTE.

## ANEXO 2.

### BASE DE DATOS

NOMBRE DE LA VARIABLE	ANCHO DE LA COLUMNA	ETIQUETA	TIPO N= NUMÉRICO	VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN E=Escalar O= Ordinal N= Nominal
-----------------------	---------------------	----------	------------------	---------	---

#### Sección I

Folio	3	Folio	N	Numero consecutivo 1-n	E
-------	---	-------	---	------------------------	---

#### Sección II Datos Generales

Servicio	3	Servicio	N	1. Gerontología 2. UA Tacuba	N
Edad	3	Edad del paciente	N	Números enteros.	O
Sexo	3	Sexo del paciente	N	1. femenino. 2. masculino.	N
Ocupación	3	Ocupación	N	Textual	N
Estado civil	3	Estado civil del paciente	N	1. soltero(a) 2. casado(a) 3. viudo(a) 4. unión libre	N
Grado	3	Grado de estudios del paciente.	N	No. de años de estudio completos.	O
Vive	3	Vive con algún familiar	N	1. Si 2. No	N

#### Sección III Redes de Apoyo

Redes de Apoyo	3	Redes de Apoyo	N	Textual	N
----------------	---	----------------	---	---------	---

#### Sección IV: Antecedentes personales patológicos

APP	3	Antecedentes personales patológicos	N	1. crónicas 2. infecciosas 3. transt. alim. 4. otros	N
-----	---	-------------------------------------	---	---	---

#### Sección V: Apoyo de cuidadores

Cuidador	3	Tiene un cuidador	N	1. si 2. no	N
p 32	3	Quien da los cuidados	N	1. familiar 2. no familiar 3. ambos	N
p 33	3	Edad del cuidador	N	Números enteros.	O
p 34	3	Grado de estudios del cuidador	N	Textual	O

**Sección VI: Datos demográficos de la familia**

p 35	3	Demografía de la familia	N	Numero consecutivo	E
------	---	--------------------------	---	--------------------	---

**Sección VII: Instrumento de evaluación del maltrato del anciano**

Sec1.1	3	Ropa	N	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar	O
Sec1.2	3	Higiene	N	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar	O
Sec1.3	3	Nutrición	N	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar	O
Sec1.4	3	Integridad de la piel	N	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar	O
sec2.5	3	Contusiones /mayugaduras o equimosis	N	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar	O
sec2.6	3	Contracturas articulares - musculares	N	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar	O
sec2.7	3	Úlcera por presión o llagas	N	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar	O
sec2.8	3	Deshidratación	N	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar	O
sec2.9	3	Diarrea	N	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar	O
sec2.10	3	Constipación o estreñimiento	N	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar	O
sec2.11	3	Heridas o pérdidas de continuidad de la piel	N	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar	O
sec2.12	3	Desnutrición	N	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar	O
sec2.13	3	Rosado / irritación por orina	N	1. Sin evidencia 2. Posible evidencia 3. Evidencia 4. Incapaz de evaluar	O
sec3.14	3	¿Para tomar sus medicamentos usted es?	N	1. totalmente independiente 2. posiblemente independiente 3. totalmente dependiente 4. incapaz de evaluar	O

sec3.15	3	¿Para caminar, usted es?	N	1. totalmente independiente 2. posiblemente independiente 3. totalmente dependiente 4. incapaz de evaluar	O
sec3.16	3	¿Para control completo de la micción y defecación, usted es?	N	1. totalmente independiente 2. posiblemente independiente 3. totalmente dependiente 4. incapaz de evaluar	O
sec3.17	3	¿Para llevar los alimentos del plato a su boca, usted es?	N	1. totalmente independiente 2. posiblemente independiente 3. totalmente dependiente 4. incapaz de evaluar	O
sec3.18	3	¿Para bañarse, usted es?	N	1. totalmente independiente 2. posiblemente independiente 3. totalmente dependiente 4. incapaz de evaluar	O
sec3.19	3	¿Para manejar su dinero, usted es?	N	1. totalmente independiente 2. posiblemente independiente 3. totalmente dependiente 4. incapaz de evaluar	O
sec3.20	3	¿Para el mantenimiento de su familia usted es?	N	1. totalmente independiente 2. posiblemente independiente 3. totalmente dependiente 4. incapaz de evaluar	O
sec4.21	3	¿Considera que su situación económica para sus necesidades básicas es?	N	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar	O
sec4.22	3	Las relaciones con su familia usted considera que son	N	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar	O
sec4.23	3	Las relaciones con sus amigos vecinos, son:	N	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar	O
sec4.24	3	La relación con las personas que lo cuidan, en la casa de asistencia, asilo, son:	N	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar	O
sec4.25	3	Las características de su vivienda son:	N	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar	O

sec4.26	3	Su relación con la lo cuida es: persona que	N	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar	O
sec4.27	3	Sociales (misa, reuniones, salidas)	N	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar	O
sec4.28	3	La ayuda que recibe por parte de los hijos de los nietos, familia, considera que:	N	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar	O
sec4.29	3	Su capacidad, su habilidad para expresar sus necesidades (afectivas, económicas) es:	N	1. buena 2. regular 3. mala 4. incapaz de evaluar	O
sec5.30	3	Mal uso de medicamentos, por sobredosis o por duplicación (ejem. uso de múltiples laxantes o sedantes)	N	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar	O
sec5.31	3	Mal uso de medicamentos, por la falta de cumplimiento, olvido	N	1. sin evidencia 2. Pb. evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz evaluar	O
sec5.32	3	Consumo de alcohol o uso de alguna droga	N	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar	O
sec5.33	3	Signo de lienzo húmedo, mucosas secas, ojos hundidos, sed.	N	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar	O
sec5.34	3	Contusiones y/o golpes que estén alejados del supuesto trauma	N	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar	O
sec5.35	3	Falta de respuesta al advertir enfermedad obvia - no acuden rápido al servicio.	N	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar	O
sec5.36	3	Repetidas admisiones a los servicios médicos por probable pérdida de la vigilancia del estado de salud	N	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar	O
Sec6.37	3	Anciano que declara estar solo por largos periodos de tiempo	N	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar	O
sec6.38	3	Anciano que declara que es ignorado recibe un trato silencioso	N	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia 4. incapaz de evaluar	O

sec6.39	3	Anciano que declara que es impedido le prohíben recibir: compañía cambios de rutina, información, noticias.	N	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia incapaz de evaluar 4.	O
sec.6.40	3	Queja subjetiva de negligencia, o que declara que se siente descuidado.	N	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia incapaz de evaluar 4.	O
sec7.41	3	Evidencia de negligencia/abandono	N	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia incapaz de evaluar 4.	O
sec7.42	3	Evidencia de abuso físico	N	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia incapaz de evaluar 4.	O
sec7.43	3	Evidencia de abuso psicológico	N	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia incapaz de evaluar 4.	O
sec7.44	3	Evidencia de abuso financiero	N	1. sin evidencia 2. posible evidencia. 3. Evidencia incapaz de evaluar 4.	N
p 45	3	Evaluación general cualitativa	N	1. sin evidencia de maltrato, abandono y negligencia 2. Con evidencia de maltrato, abandono y negligencia	N
p 46	3	Referir a Trabajo social	N	1. si acepta 2. no acepta	N
p 47	3	Referir a otro	N	1. si acepta 2. no acepta	N

### ANEXO 3.

#### CRONOGRAMA

ETAPA Y/O ACTIVIDAD	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
ETAPA DE PLANEACIÓN DEL PROYECTO	X	X															
MARCO TEÓRICO			X	X	X	X											
MATERIAL Y MÉTODOS				X	X	X											
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO						X											
PRUEBA PILOTO							X										
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO							X	X	X								
RECOLECCIÓN DE DATOS													X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS													X				
ANÁLISIS DE LOS DATOS														X			
DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS														X			
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS														X			
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO															X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL															X		
REPORTE FINAL																X	
AUTORIZACIONES																X	
IMPRESIÓN DE TRABAJO FINAL																X	
SOLICITUD DE EXAMEN DE TESIS																	X

## ANEXO 4

### ¿ERES UN ADULTO MAYOR?

ES AQUELLA PERSONA QUE CUENTES CON 65 AÑOS O MAS DE EDAD Y QUE SE ENCUENTREN DOMICILIADAS O ESTÉN EN EL TERRITORIO NACIONAL

EL CONGRESO DE LA UNIÓN, EL SENADO DE LA REPUBLICA Y LA CÁMARA DE DIPUTADOS APROBARON DESDE EL 2002 UNA LEY EN BENEFICIO PARA TI!!!

**TODAS LAS PERSONAS DE LA 3ª EDAD TIENEN DERECHO A ESTA LEY.**

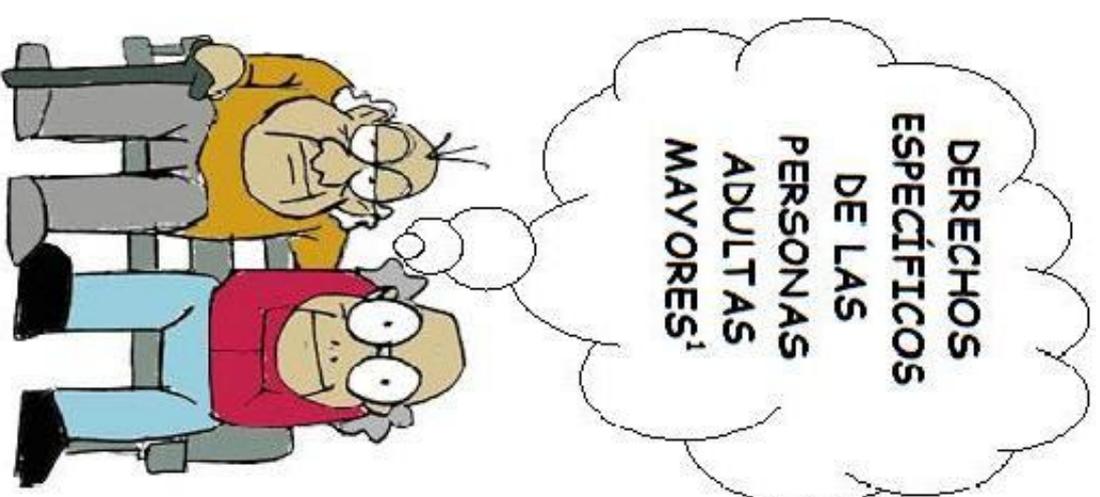
SI CREES QUE TUS DERECHOS ESPECÍFICOS COMO PERSONA ADULTA MAYOR NO SE CUMPLEN, ACUDE A INFORMARTE.

**C.M.F. "MARINA NACIONAL" ISSSTE**

*En la presente información se encuentra enfocada al área de la salud.*

DISEÑO: DR. LUIS GABRIEL ALVAREZ MARTINEZ MF

<sup>1</sup> Velásquez E, Moreno M. L. El Congreso de la Unión aprueba la ley de derechos de los Adultos Mayores. *Revista de Trabajo Social UNAM*. 2003; (9): 34-41.



**DE LA INTEGRIDAD, DIGNIDAD Y PREFERENCIA.**

\* A un vida con calidad.



\* Al disfrute pleno de los derechos de esta ley.



\* A una vida libre, SIN VIOLENCIA.



\* Al respeto de su integridad física, psicomotora y sexual.



\* A la protección de cualquier forma de explotación.



\* A recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales.



\* A vivir en entornos seguros, dignos y decorosos.



**DE LA SALUD, ALIMENTACIÓN Y LA FAMILIA.**

\* A tener acceso a las satisfactores necesarios (alimentos, bienes,

servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.



\* A tener acceso preferente a los servicios de salud.



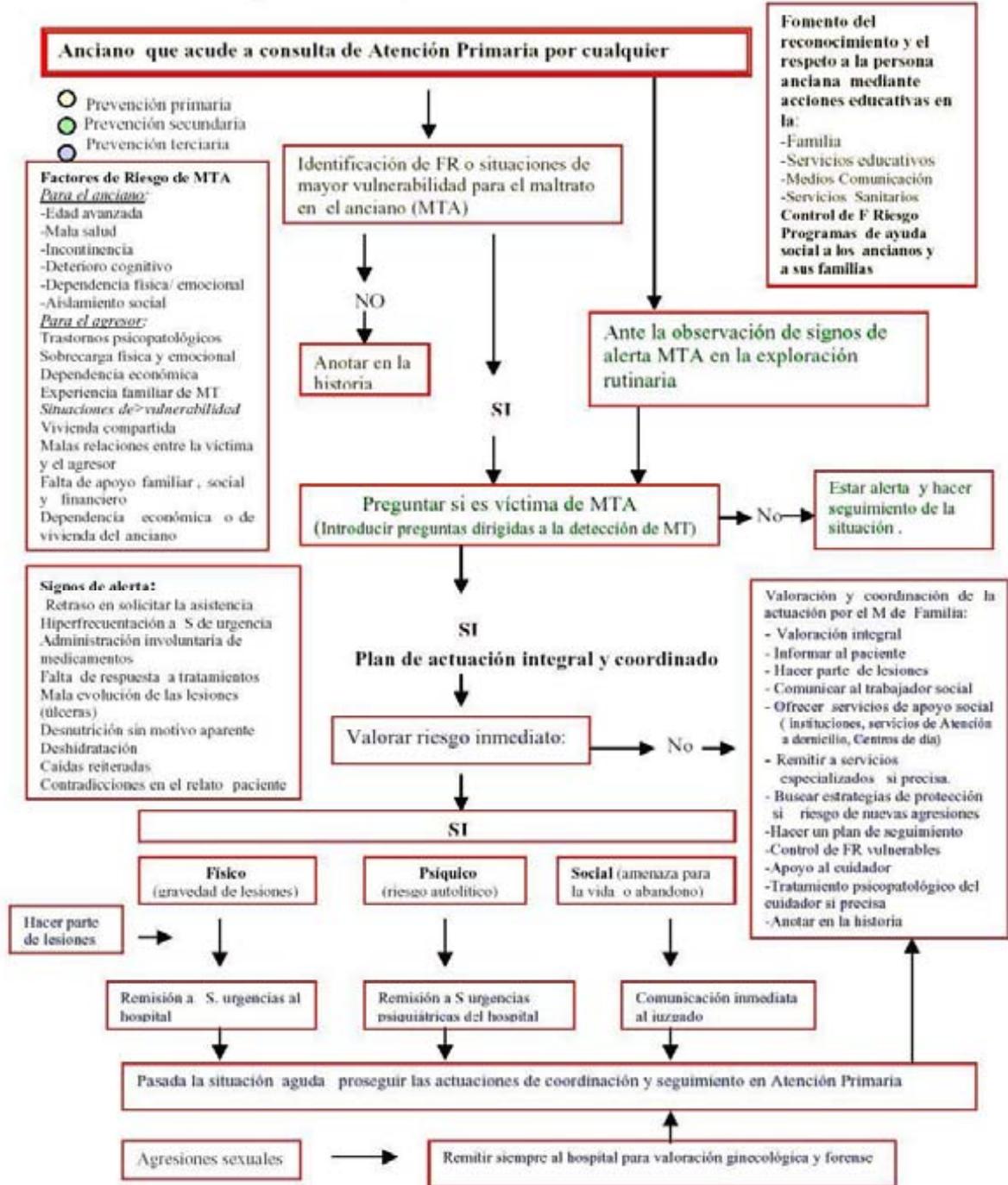
\* A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene.



\* Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas de la tercera edad.



**ANEXO 5. Algoritmo de la prevención los malos tratos a los ancianos**



Tomado de Fernández M C. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). Aten Primaria. 2006; 37(1):56-59.