

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN

SALVADOR ZUBIRÁN



**VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE DE MALTRATO AL
ADULTO MAYOR**

**TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GERIATRÍA**

PRESENTA:

DRA. XÓCHITL DOMÍNGUEZ VÁZQUEZ

México Distrito Federal, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Alumno

Xóchitl Domínguez Vázquez

Residente de 2° año de Geriatría.

Tutor

Dra. Sara Gloria Aguilar Navarro

Médico Especialista en Geriatría.

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores

Co-Tutor

Dr. Alberto Ávila Fúnes

Médico Especialista en Geriatría, Dr. en Ciencias

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores

Colaboradores

- **Maestra en demografía**
 - Martha Liliana Giraldo Ruíz

- **Trabajadora Social**
 - Silvia Bautista Flores

Institución sede de investigación



Instituto Nacional de Ciencia Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Agradecimientos

A mi esposo

A mi hija Victoria

y a mis padres

por su total e incondicional apoyo.

A mis compañeros y amigos

por su amistad y apoyo durante nuestra formación.

Dra. Sara Gloria Aguilar Navarro
Asesor de Tesis Clínica de Geriatria
del INCMNSZ

Dr. José Alberto Ávila Funes
Jefe de la Clínica de Geriatria del
INCMNZ

**Dr. Luis Federico Uscanga
Domínguez**
Director de Enseñanza del INCMNSZ

Emilio García Mayo
Profesor Titular del Curso de Geriatria
del INCMNSZ

Dra. Xóchitl Domínguez Vázquez
Tesisista

TABLA DE CONTENIDO

1. Resumen
2. Introducción
3. Planteamiento del Problema
4. Marco teórico
5. Antecedentes
6. Objetivos
7. Hipótesis
8. Justificación
9. Metodología
10. Tamaño de muestra
11. Criterios de Selección
12. Procedimiento
13. Definición operacional de las variables
14. Análisis
15. Consideraciones éticas
16. Recursos asignados al proyecto
17. Resultados
18. Discusión
19. Conclusiones
20. Anexos
21. Abreviaturas
22. Bibliografía

- I Cuestionario original de detección de Maltrato al Adulto Mayor
- II Versión corta del cuestionario de detección de Maltrato al Adulto Mayor
- III Perfil de víctima de maltrato
- IV Perfil del cuidador responsable de maltrato
- V Instrumento de detección de maltrato de Hawlek Sengstock
- VI IOA Indicator of Abuse de Myrna Reis, y Daphne Nahmiash
- VII Instrumento de detección de maltrato de Fulmer
- VIII Instrumento de detección de maltrato de la American Medical Association
- IX Cronograma de Actividades
- X Carta de consentimiento
- XI Versión corta de la encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores
- XII Características de salud y funcionalidad de los Adultos Mayores participantes
- XIII Características sociodemográficas del cuidador
- XIV Figura 1, Curva ROC, sensibilidad y especificidad de los instrumentos utilizados.
- XV Figura 2, Prevalencia de comorbidos en los Adultos Mayores participantes
- XVI Figura 3, Prevalencia de Síndromes Geriátricos en los Adultos Mayores participantes.

RESUMEN

Objetivo: determinar la validez y confiabilidad de un cuestionario diseñado para la detección de maltrato y negligencia al adulto mayor.

Métodos: Participaron 55 sujetos mayores de 60 años asistentes a la consulta de geriatría y sector de hospitalización. Por la ausencia de un método “Estándar de Oro” en la evaluación de maltrato, fue seleccionado los Indicadores de Abuso en Ancianos (IOA) como tal puesto, para determinar la validez de criterio, por su alto nivel de correlación interna. El instrumento a validar derivó de una investigación sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal”, realizada. Se realizó un análisis de correlación y análisis factorial para discriminar la capacidad de detectar maltrato en cada uno de los grupos de preguntas, se obtuvo un instrumento de 23 preguntas, que obtuvo una Alfa de Cronbach $>$ de 0.7, mismas que conservaron su correlación interna, validez de apariencia, constructo y criterio, esta última obtenida por la comparación con el cuestionario de IOA.

Resultados: El cuestionario fue acortado mediante una Matriz de correlación, se redujo de 23 a 12 ítems, sin afectar su consistencia interna con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.88 y correlación intraclassa de 0.88 con una $P = < 0.0001$. La curva ROC del cuestionario en validación mostró un área bajo la curva de 0.730 y una $P < 0.006$, una sensibilidad de 98% y especificidad del 50%, superior a los otros instrumentos.

Conclusiones: Este estudio permitió dar validez y confiabilidad a un instrumento para la detección de maltrato en el adulto mayor mediante un proceso de validación de criterio, constructo y concurrente, después de haberse probado con instrumentos validados en otras poblaciones e idiomas (IOA y AMA).

INTRODUCCIÓN

El maltrato al anciano es problema universal. En la actualidad es reconocido como un problema de graves consecuencias para la salud y el bienestar de los adultos mayores.¹

Los cambios en la composición de la población en donde el envejecimiento de ésta y la baja tasa de natalidad favorecen que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. La familia y las redes comunitarias en estos países están debilitadas o destruidas por los rápidos cambios socioeconómicos lo que debilita el soporte necesario para los ancianos. Son los adultos mayores los que tienen que cuidar de sus hijos o nietos.

Durante mucho tiempo, el estudio de la violencia contra los ancianos era visto como algo relacionado solamente con aspectos individuales y familiares. Sin embargo, actualmente sabemos que comprende aspectos individuales, interpersonales, familiares, comunitarios y sociales.

La violencia contra los ancianos suele ser un problema recurrente y no un evento aislado, que tiene importantes consecuencias negativas tanto por su prevalencia elevada como por sus efectos dañinos para la salud, con disminución de su calidad de vida²

Las situaciones de maltrato al anciano despierta cada vez más la inquietud de los profesionales de salud. La preocupación sobre cuando debemos sospechar esta posibilidad, y cómo debemos actuar, es evidente en las consultas, los servicios de urgencias de los hospitales, asilos, la asistencia domiciliaria, y en general, en todos los que convivimos con la problemática del anciano. Sin embargo hasta el momento no se cuenta con un instrumento validado en nuestro país, que detecte el maltrato al anciano, por lo que se propone en este trabajo la validación de un instrumento de detección que satisfaga esta necesidad.

El instrumento a validar ha sido tomado en su primer fase de la **Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores (EMPAM-DF)**, que fue creada del interés de identificar maltrato en la población mexicana, tomada directamente de las impresiones de las víctimas, las cuales fueron plasmadas en su expediente de denuncia, la cual se constituyó como la primera encuesta con representatividad sobre este tema en América Latina. Tal investigación contó con el apoyo económico del gobierno del D.F., el apoyo técnico del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (IIS-UNAM).³ La encuesta fue realizada por la Maestra en Demografía Martha Liliana Giraldo Ruíz, y aplicada al Distrito Federal, resultado de la preocupación por la calidad de vida de las personas adultas mayores en México, para profundizar y complejizar los temas relacionados a la vejez y al envejecimiento, dicho cuestionario originalmente interroga en su primera parte los datos personales, seguidos por características de la vivienda, información laboral y de ingresos familiar, factores de riesgo que hasta el momento se han identificado en previas investigaciones,

información sobre el cuidador, antecedente de mala atención de cualquier institución pública y finalmente 46 preguntas (anexo I) que indagan sobre cada uno de los distintos tipos de maltrato las cuales están divididas en 5 apartados, cada uno evalúa un tipo distinto (psicológico, físico, negligencia, económico y sexual), con el propósito de hacer más breve el cuestionario original, se sometió a un análisis de correlación para encontrar su capacidad de discriminar con menos preguntas los diferentes tipos de maltrato encontrando una muy buena correlación interna con un alfa de Cronbach de 0.7. Resultando un total de 23 ítems que exploran los diferentes tipos de maltrato, 5 preguntas para detectar maltrato físico, 6 para psicológico, 4 para negligencia, 5 para económico y 3 para sexual, junto con este instrumento se evaluaron algunos otros aspectos que han demostrado una fuerte asociación en múltiples estudios acerca de maltrato, tales como: depresión medida mediante la escala de depresión Geriátrica (GDS), calidad de vida mediante la escala europea de calidad de vida EuroQOL D 50, estado cognitivo mediante aplicación de Minimental (MMSE), funcionalidad, mediante la medición de las actividades tanto básicas como instrumentadas de la vida diaria con la escala Katz y Lawton respectivamente, discapacidad con el índice de Nagui, movilidad con el índice de Rosow Breslow, y riesgo nutricional mediante DNA, todos estos instrumentos formaron parte de la batería junto con la carta de consentimiento bajo información a aplicar a la muestra, además de los instrumentos IOA (indicator of abuse), y AMA (American Medical Association) contra los cuales será comparado para su validación por concurrencia nuestro instrumento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Las normas culturales y las tradiciones, así como los prejuicios contra la vejez y la cultura de la violencia, desempeñan un papel importante en el maltrato al anciano. Las personas mayores tienden a ser vistas como una carga social y por esto están en riesgo de ser consideradas menos merecedoras que otros grupos vulnerables de los programas de apoyo gubernamental, e incluso de la atención familiar⁴

En México, diversos factores tales como las transformaciones políticas y económicas, el desempleo, la insuficiencia de servicios de salud y la exteriorización de una actitud agresiva, especialmente de parte de los jóvenes, han creado condiciones que aumentan el riesgo de maltrato del anciano. La discriminación por motivo de edad y de género también influye en la vulnerabilidad de las personas mayores (edadismo).⁴

Debido al gran impacto que tiene el maltrato sobre la salud del anciano, afectando estado de ánimo y asociándose a mayor depresión, deterioro funcional, alteraciones cognitivas, mala autopercepción del estado de salud con repercusión directa en la calidad de vida, lo cual ha sido demostrado en los múltiples estudios acerca de maltrato, por lo que es de vital importancia contar con un instrumento de detección de maltrato al adulto mayor, con la sensibilidad y especificidad suficiente, que pueda ser aplicado a nivel clínico, con una correlación interna

adecuada, rápido y fácil de aplicar, para que sea utilizado de manera sistemática en consulta externa o medio hospitalario, y así producir información que nos acerque a la prevalencia real de maltrato y este problema cobre la importancia merecida e impulse a tomar las medidas apropiadas a nivel familiar, social, político y legal^{1,2,5}.

MARCO TEÓRICO

Definición

La OMS define maltrato como todo acto, único o reiterado, u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en el seno de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza.¹

Según la AMA: todo acto u omisión como consecuencia del cual hay un daño o riesgo de daño para la salud o el bienestar de la persona⁵.

Tipos de Maltrato.

Los malos tratos al anciano pueden dividirse en dos grandes grupos: abuso y negligencia o abandono, según la bibliografía que se revise, la negligencia se define como deficiencia, por parte del cuidador, para proporcionar los alimentos o servicios que son necesarios, en orden a evitar un daño físico, angustia o daño mental; existen dos tipos de abandono el activo y el pasivo, en el primero existe intencionalidad y en el segundo existe una incapacidad por parte del cuidador para proporcionar los cuidados.

Otra clasificación se lo divide en 5 tipos de maltrato; físico, psicológico, económico, sexual y negligencia.

Abuso

Abuso físico

Acto de violencia que pueden producir dolor, daño, deterioro o enfermedad. Ejemplos de abuso físico serían: empujar, golpear, abofetear o pellizcar, forzar la

alimentación, forzar u obligar a mantener una posición incorrecta, uso inadecuado de sujeciones mecánicas y la coacción o abuso sexual.

Abuso psicológico

Conducta que provoca angustia mental en el anciano. Ejemplos de abuso psicológico serían: censura, acoso o intimidación verbal, amenazas de abandono o institucionalización, amenazas de castigo, tratar a los ancianos como si fuesen niños (infantilización), aislar al anciano de la familia, amigos o actividades y la falta de intimidad. ^(1,2).

Abuso económico

Mal uso de los ingresos o recursos de una persona anciana para ganancia económica o personal del cuidador. Ejemplos de abuso económico serían: negar al anciano la vivienda, ocultar los bienes materiales, robo de dinero o posesiones, mal uso o abuso del dinero y coartar al anciano a que firme contratos o asigne poderes notariales a alguien, compra de bienes o cambios en el testamento.

Negligencia

Negligencia física

Incapacidad de los cuidadores para proporcionar los bienes y servicios que son necesarios para un óptimo funcionamiento o para evitar el daño. Ejemplos de negligencia física serían: no aplicación de cuidados sanitarios, administración incorrecta de medicación, no administración de comidas e hidratación necesaria,

falta de higiene, no proporcionar ayudas físicas, como gafas, audífonos o prótesis dentales, ropa inadecuada y no proporcionar medidas de seguridad.

Negligencia psicológica

No proporcionar estímulos sociales a un anciano dependiente. Ejemplos de negligencia psicológica serían: dejar solo al anciano durante períodos largos de tiempo, ignorar al anciano y no proporcionarle información y utilización de silencios ofensivos.

Negligencia económica

No utilizar los recursos disponibles para mantener o restaurar la salud o bienestar de un anciano. Ejemplos de negligencia económica serían: el anciano recibe cuidados subóptimos en su domicilio, a pesar de tener recursos económicos suficientes o asignación de la peor habitación de la casa.^{1,2}

Autonegligencia/autoabandono

Recientemente reconocida como una situación en aumento, poco entendido y de grandes implicaciones en la salud pública. Comportamiento no consciente de una persona mayor que amenaza su propia salud o seguridad. Negación o rechazo a alimento, agua, ropa, abrigo, higiene o medicación adecuados. Es necesario excluir las situaciones en las cuales una persona anciana competente toma decisiones voluntarias que amenacen su salud o seguridad.⁴

Epidemiología mundial

Los principales datos sobre incidencia y prevalencia de maltrato en ancianos provienen de estudios británicos y estadounidenses. La prevalencia general de maltrato a mayores de 65 años en países desarrollados se sitúa alrededor del 4%, con cifras que oscilan entre el 3 y el 10%. Estos datos generales infravaloran el total de maltratados, ya que se calcula que se detecta 1 de cada 14 casos de maltrato. Las posibles causas de esta detección tan baja son dificultad por parte de la víctima para denunciar, miedo a represalias o abandono, falta de conciencia de la gravedad de la situación, miedo a perder a los hijos o incapacidad por demencia y ocultación por parte del maltratador.^{1, 2.}

Un reporte realizado en España a través del análisis de dos muestras: personas mayores y cuidadores, resultados que van en la misma dirección, los cuidadores reconocen más abiertamente el maltrato que las propias personas mayores; así: aproximadamente 1 de cada 100 ancianos ha sido víctima de maltrato intrafamiliar en España en 2005; esto supone que a escala nacional cerca de 60.000 ancianos sufren maltrato cada año. Este porcentaje se duplica entre los ancianos dependientes y se cuadruplica entre las personas mayores que presentan una dependencia grave (aquellos que requieren de ayuda al menos cinco horas al día). Aproximadamente 5 de cada 100 cuidadores reconoce haber maltratado al anciano a su cargo en alguna ocasión a lo largo del año 2005.⁷

Una revisión sistemática realizada recientemente en Reino Unido sobre prevalencia de maltrato concluyó que uno de cada cuatro ancianos es vulnerable o

tiene riesgo de ser abusado y solo una pequeña proporción de estos es detectada en la actualidad. Tanto los ancianos, su familia y sus cuidadores estarían dispuestos a reportar el abuso por lo que deben ser interrogados de manera rutinaria.⁹

La no detección de maltrato por profesionales puede ser debida a la falta de información, dudas de actuación, o la falta de un instrumento validado y difundido en nuestro país, que sea parte básica de la evaluación geriátrica.

Alrededor del 80% de las situaciones de maltrato detectadas se producen en mujeres, y en más del 50% de los casos los malos tratos son infligidos por los hijos. El maltrato más prevalente es la negligencia física, seguida de maltrato psicológico, el abuso económico y el abuso físico, lo cual varía según el país y fuente de información. La existencia de un tipo de maltrato no excluye la presencia de otro, y a que con frecuencia se da más de un tipo de maltrato en la misma persona. Según algunos estudios, el 70% de las víctimas sufre más de un tipo de maltrato^{1,2,3}.

Epidemiología en Latinoamérica

México, es un país donde se ha tomado conciencia de este problema en los últimos años, por lo que existen pocas fuentes de información. En la Ciudad de México se registraron 193 de nuncias en las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (UAPVIF) y de acuerdo con la Procuraduría de Justicia del DF (PJDF) hubo 197 de nuncias por homicidio, lesiones, violación o

abuso sexual. Las cifras pueden parecer pequeñas pero ante un problema real que no debería existir son realmente alarmantes y se observa un discreto incremento de las cifras reportadas del 2003 al 2006 siendo el abuso psicoemocional el más frecuente.⁸

Otros datos que apoyan esta tendencia son los obtenidos de la revisión de la información recabada por el programa de apoyo alimentario a Adultos Mayores en cuya ficha de entrevista se incluyeron dos preguntas relacionadas a maltrato: ¿Algún familiar o persona cercana lo trata mal o lo hace sentir muy mal? Y ¿Alguna persona lo trata mal físicamente? La respuesta afirmativa a la primera pregunta se dio en el 5% de los casos y a la segunda en el 0,7%. Es así que más de 10.000 personas en el DF habrían sufrido alguna forma de maltrato, cuando tan sólo se han registrado 193 de nuncias en el área especializada de la UAPVIF y sólo se han abierto 197 averiguaciones previas en la PJDF.⁸

En el año 2006 se realizó la Primera Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores a través de una muestra probabilística, que permitió dar cuenta del fenómeno actual para México Distrito Federal. Los resultados de dicha encuesta revelaron una prevalencia del 16%, es decir, aproximadamente dieciséis personas adultas mayores por cada cien que viven en el Distrito Federal sufrieron algún tipo de maltrato en el último año. En concreto, 12.7% fueron víctimas de maltrato psicológico, 3.9% de económico, 3.7% de físico, 3.5% de negligencia y abandono y 1% de abuso sexual.³

En el último artículo publicado en mayo 2009, titulado " Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en el anciano, subtipos en mayores de 75 años " realizado en España, donde participaron sesenta y seis personas, las cuales fueron entrevistadas en casa, y les fue aplicado un instrumento de detección de maltrato encontrando los siguientes resultados, la media de edad fue de 81 años, donde 58 % fueron mujeres. La prevalencia de sospecha de negligencia fue de 16%, psicológico fue de 15%, financiero 4.7%, y físico de 0.1%. El maltrato psicológico fue asociado con depresión de manera positiva, con un OR de 1.65%, e incontinencia urinaria con un OR 2.44. La negligencia fue asociada con aislamiento social y uso de servicios sociales, y alteraciones en Minimental. ⁴

Finalmente concluyen que después de ajustar los factores confusores, cada subtipo de abuso fue asociado con diferentes variables. Los resultados de este estudio sugieren que el maltrato al anciano no puede ser analizado como un concepto unitario y que los factores de riesgo deben ser evaluados de forma individual para cada tipo de abuso. ⁴

Factores de riesgo

Se han identificado algunas situaciones que incrementan el riesgo de que se produzca un maltrato, éstas se dividen en *factores de riesgo del anciano*, *factores de riesgo del cuidador responsable del maltrato* y *factores de riesgo del entorno*. Los *factores de riesgo del anciano* consisten en deterioro físico, mental o emocional que le produce una dependencia, aislamiento social, cohabitación con

el ag resor, d eterioro rápido q ue n o p ermite or ganizarse a l a familia e hi storia previa de v iolencia familiar. Los *factores de riesgo del cuidador responsable del maltrato* son cu idadores agotados, con un promedio de cinco años cuidando a l anciano, cu idador ú nico si n ay udas familiares ni o ficiales, cu idador poc o preparado, cuidadores con problemas personales: laborales, de pareja, problemas psíquicos en el cuidador, cu idador con adicción a drogas, alcohol, cu idador con dependencia económica del anciano, mala relación previa entre el cuidador y el anciano. P or ú l timo l os *factores de riesgo del entorno* se d eben a falta d e respuesta a l as demandas realizadas, falta d e so porte t anto f amiliar co mo institucional, falta de espacio en la vivienda y dificultades económicas.

A partir de los factores de riesgo y de los datos aportados por los diferentes estudios, se ñ han el aborado p erfiles t anto de l a v íctima co mo del cu idador responsable del maltrato ¹Ver anexo III y IV

Indicadores que sugieren maltrato

Existen ciertos datos de la historia clínica, exploración física y relación con el anciano y/o cuidador q ue debe n hacernos sospechar q ue no s hallamos ante una p osible si tuación de m altrato ^{1, 2, 5} y estas son r etraso i nexplicado en la búsqueda de tratamiento, no asistencia a varias citas médicas, lesiones previas no explicadas, explicaciones de l esiones previas inconsistentes en la ex ploración, constatación de la existencia de l esiones similares en otras ocasiones. Algunas observaciones sobre la actitud presentes en el anciano pueden ser temor a algún miembro de la familia o negativa a co ntestar cuando se le pregunta, el anciano y

un miembro de la familia dan explicaciones diferentes del mismo incidente, un miembro de la familia tiene una actitud indiferente o está enfadado con el anciano y es reacio a proporcionarle la asistencia necesaria, llegada a urgencias sin el cuidador principal,^{1,2,5} falta de cooperación del cuidador, un miembro de la familia está excesivamente preocupado por el coste de la asistencia médica, un miembro de la familia busca evitar que el anciano hable en privado con los profesionales sanitarios.

Se ha descrito el síndrome del Dr. Jeckyll y Mr. Hyde, utilizado por algunos autores para describir la actitud de familiares de ancianos ingresados en hospitales en los que había certeza o alto grado de sospecha de maltrato. Despreocupación y falta de interés por recibir información sobre el estado de salud de la persona mayor, negativa al alta, número de visitas muy reducido o nulo, pero una gran exigencia al personal sanitario demandando unas atenciones continuas.

1,2

Indicadores de abuso físico

Heridas y contusiones múltiples, en diferentes momentos evolutivos, localizadas en muñecas, hombros, alrededor del abdomen o en cara interna de muslos y brazos, fracturas, luxaciones y esguinces recurrentes, lesiones en la cabeza, cara o cuello con arrancamiento de cabello, quemaduras en sitios poco frecuentes, arañazos y enfermedades venéreas o infecciones genitales no explicadas.^{1,2}

Indicadores de negligencia física

Malnutrición o deshidratación no explicable por patología orgánica, boca séptica, ropa inadecuada para la época del año o sucia, mala higiene corporal, gafas rotas o falta de las mismas cuando son necesarias, falta de audífono o prótesis dentales, caídas de repetición (no explicables por la condición física del paciente), hipotermia, contracturas articulares por falta de movilidad, úlceras por presión descuidadas, signos de intoxicación medicamentosa o de incumplimiento terapéutico, visitas repetidas a urgencias por exacerbaciones de enfermedades crónicas a pesar de un programa de atención sanitaria y de haber proporcionado los recursos necesarios, retraso entre la aparición de una enfermedad y la búsqueda de ayuda sanitaria y presentación en urgencias de un paciente muy deteriorado sin que aparezca el cuidador^{1,2}

Indicadores de abuso psicológico

Amenazas de castigo, de abandono y/o institucionalización, confusión, depresión, ansiedad, considerar a la víctima no capacitada en su juicio y negarle la capacidad de tomar decisiones, amenazas al anciano para controlar la situación, vigilancia y cautela excesiva por parte del cuidador, negación de relaciones con otras personas, pérdida de la capacidad de tomar decisiones por parte del anciano, censura, acoso o intimidación verbal e infantilización.^{1,2}

Indicadores de negligencia psicológica

Mínimas conversaciones entre la víctima y el cuidador, actitud de indiferencia hacia el anciano por parte del cuidador, dejar al anciano solo durante períodos largos de tiempo así como negarle información al anciano.

Indicadores de abuso económico

Negar al anciano su vivienda, robo o mal uso del dinero, forzarlo para firmar contratos o asignar poderes notariales, comprar de bienes o cambio de testamento, transferencia súbita de bienes a miembros de la familia.^{1, 2}

Indicadores de negligencia económica

El paciente recibe unos cuidados subóptimos en domicilio a pesar de tener recursos, el anciano parece confuso o desconoce su situación económica.

El abuso económico rara vez es detectado por el personal sanitario; generalmente es el trabajador social quien lo detecta al hacer la valoración, y quien pone sobre aviso al resto de profesionales.

La American Medical Association (AMA) propone una serie de preguntas de *screening* ante un caso de sospecha de maltrato a un anciano, en las cuales la existencia de una sola respuesta positiva debería ser considerada como sospecha de maltrato, dicho cuestionario tiene el inconveniente de que es difícil de aplicar en ancianos con deterioro cognitivo y/u otros problemas mentales, a continuación.

Dificultades para denunciar en caso de maltrato al anciano

Dificultades dependientes del anciano:

Alteraciones cognitivas, del lenguaje o dependencia física que le impiden solicitar ayuda, motivos en relación con el cuidador, dificultad para aceptar ciertas acciones de un hijo, miedo a las represalias, dependencia física del agresor para realizar actividades básicas y para su cuidado, motivos personales del anciano tales como: sentimiento de culpabilidad, vergüenza y humillación, ausencia de conciencia del maltrato, por no considerarse tributario de ayuda, por haber interiorizado el ciclo de la violencia (engañarse pensando que es un hecho aislado y esporádico, y que no se repetirá), por consideraciones socioeconómicas, actitud protectora con los hijos,

Motivos del anciano en relación con el asistencial:

Porque piensa que no tiene interés suficiente, que está muy ocupado y no tiene tiempo para hablar ni tratar su problema, o porque que no tiene los medios para ayudarle.^{1, 2,5}

ANTECEDENTES

La primera referencia internacional hacia el maltrato al anciano aparece en 1989, en que se elabora la Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato de Ancianos, en la cual se reconoce que los ancianos deben tener los mismos derechos a atención, bienestar y respeto y se reconoce que es responsabilidad del médico proteger los intereses físicos y psíquicos de los ancianos, así como velar por que reciban la atención necesaria. Se reconoce también la obligación por parte del médico de identificar al anciano que pueda haber sufrido maltrato, proporcionarle tratamiento de los daños, informar de toda sospecha de casos de maltrato y trabajar conjuntamente con un equipo multidisciplinar.¹

En España, en 1995, en Almería, se realizó la 1ª Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado con el objetivo de conseguir un consenso entre diferentes expertos, dar a conocer el problema, conseguir un documento declaratorio final para remitir a instituciones del estado y promover una Ley de Protección al Mayor⁵

Hasta el momento han sido creados múltiples instrumentos para la detección de maltrato al anciano, uno de los más citados, y creado desde 1986 por Hawlek Sengstock mediante la validación de constructo en 1990 y publicado en 1991, consta de 15 ítems, (anexo V), estas preguntas miden tres aspectos de maltrato: violación de los derechos personales o de maltrato directo,

características de vulnerabilidad y potenciales situaciones abusivas, actualmente consta de 6 ítems predictivos de abuso lo cual es una de sus principales ventajas, la rápida y práctica aplicación, que puede realizarse en consulta o servicios de urgencias, solo se requiere a la víctima. Entre sus desventajas se encuentran el que amerita que la víctima tenga un buen nivel cognitivo, y no contempla todos los tipos de maltrato, tiene una consistencia interna baja, y una tasa de falsos negativos alta.

Otro instrumento que es importante nombrar por su alto nivel de correlación con una Alfa de Cronbach de 0.92, creado por Myrna Reissand Daphne Nahmiash en 1998, consta de 29 ítems repartidos en 3 categorías, este instrumento partió de 48 ítems originales y 12 ítems demográficos, el cual tiene entre sus desventajas que amerita ser aplicado por personal profesional, previamente instruido, y requiere de 2 - 3 horas de evaluación, se aplica tanto a víctima como cuidador, con 12 puntos a investigar al cuidador y 15 al anciano, los cuales indagan acerca de riesgos potenciales de maltrato, proporcionando puntajes finales para cada uno, con un punto de corte para considerar riesgo de maltrato, dando mayor peso al puntaje del cuidador. Es poco práctico para ser utilizado de forma sistemática en consulta externa y urgencias, sin embargo es una herramienta muy útil con fines de investigación.⁶ Anexo VI

Fulmer, Street y Carr crearon un instrumento de detección en 1984, que fue revisado y modificado por Wetle y Paveza en 1986, y posteriormente por Abraham y Fairchild en 2002, este cuestionario contiene siete secciones, en las cuales incluye una evaluación inicial del aspecto general tal como vestimenta, higiene, aparente estado de nutrición, siguiendo con algunos hallazgos de posibles indicadores de abuso, tales como hematomas, laceraciones, fracturas, cicatrices, evidencia de abuso sexual, continúa con indicadores de negligencia como úlceras por presión, deshidratación, diarrea, depresión, impactación, desnutrición, falta de higiene, entre otros, finalizando con posibles indicadores de explotación, de abandono, y una apartado de comentarios, es decir incluye una evaluación subjetiva, obtenida mediante entrevista y objetiva mediante exploración (Anexo VII). Tiene entre sus ventajas la brevedad de aplicación, solo 12 a 15 minutos, puede ser aplicado en consulta externa, urgencias u hospitalizados, entre sus principales desventajas es su baja especificidad, no califica mediante puntaje, y con la existencia de cualquier situación evaluada, amerita su derivación al especialista.

A los anteriores se suma el instrumento creado en 1992 por la American Medical Association titulado AMA (anexo VIII) como una guía ante la sospecha de abuso al adulto mayor, realizado a través de un consenso de expertos. No requiere de personal especializado para su aplicación. Consta de 9 preguntas dicotómicas, de las cuales 1 y 2 detectan abuso psicológico, 3,4 y 5 abuso físico, 6 y 7 abuso financiero, y negligencia 8 y 9. Dicho instrumento puede ser aplicado

tanto a nivel comunidad como hospitalario, fue utilizado y validado recientemente en el artículo titulado “Prevalence and Risk Factors of Suspected Elder Abuse Subtypes in People Aged 75 and Older” recientemente publicado en *The Journal of American Geriatrics* de este año, aplicado a comunidad española, con los resultados comentados antes en marco teórico.^{4, 11}

Como los anteriores existen muchos más instrumentos para la detección de maltrato, que no reúnen las características esenciales antes descritas para su uso generalizado.

OBJETIVO GENERAL:

- Validar un instrumento de detección de maltrato en la población anciana que acude a consulta externa de geriatría o se hospitaliza en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Nutrición.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Conocer las principales características socio - demográficas de la población de sufre algún tipo de maltrato
- Conocer las condiciones generales de salud de la población que sufre algún tipo de maltrato

HIPÓTESIS

Hipótesis Nula

- Un instrumento breve basado en 23 preguntas de autorreporte aplicado a los Adultos Mayores no es capaz de detectar maltrato.

Hipótesis alterna

- Mediante un instrumento breve basado en 23 preguntas, de autorreporte, se puede detectar maltrato en el anciano, con la adecuada sensibilidad, especificidad siendo comparable con un instrumento largo y complejo como el IOA y la evaluación geriátrica integral.

JUSTIFICACIÓN

En la última mitad del siglo pasado es cuando aumenta considerablemente el grado de sensibilización social por el fenómeno de la violencia, y es precisamente bajo esta circunstancia, que el maltrato a personas adultas mayores adquiere reconocimiento como problema social por parte de la comunidad internacional. Considerado inicialmente como un problema de bienestar social y luego como un tema relacionado con el envejecimiento, el maltrato a personas adultas mayores y otras formas de violencia doméstica se han convertido en cuestiones vinculadas con la salud pública y la justicia penal.³

El maltrato al anciano tiene consecuencias negativas, tanto en su salud como en sus capacidades funcionales. Muchos pueden ser portadores de diferentes niveles de fragilidad y cualquier lesión, aún leve, puede causar daños serios y secuelas permanentes. Síntomas psicológicos asociados con abuso como sentimiento de culpa, alienación, vergüenza, miedo, ansiedad, desesperanza, estrés post-traumático, tendencias al autoabandono y tendencias suicidas y neuropsicológicas tales como deterioro cognitivo, aumenta el riesgo de institucionalización, dependencia a drogas o alcohol, el deterioro de la respuesta inmune, los trastornos alimentarios crónicos y desnutrición.^{1,2}

Las consecuencias, costos financieros y humanos, directos e indirectos, del maltrato a ancianos se estiman considerables, numerosos estudios han asociado el maltrato al anciano con mortalidad y morbilidad, pobre calidad de vida y mayor

demanda de servicios de salud y sociales es por ello la relevancia de la detección e intervención oportuna con un instrumento con la adecuada sensibilidad y especificidad.⁴

Por todo lo anterior este proyecto pretende validar un instrumento de detección de maltrato al anciano, que reúna todas las características necesarias de un instrumento de cribaje, tales como validez, confiabilidad, sensibilidad y utilidad, y sea aplicado como parte de la evaluación geriátrica integral, que permita acercarnos a la situación real en la que vive el anciano, y detectar factores que impacten en su calidad de vida, estado de ánimo y estado cognitivo, estado nutricional y salud en general, y lograr así que este problema cobre su real importancia en las instituciones gubernamentales y ayude a crear modificaciones legislativas en las que se contemplen tanto sanciones como soluciones en el ámbito familiar, mediante el apoyo multidisciplinario.

METODOLOGÍA

Tipo de intervención, análisis y temporalidad:

La presente investigación se trata de un estudio de validación de un instrumento de detección de maltrato.

Diseño: Transversal

Población en estudio:

Fueron incluidos adultos mayores de 60 años y más, reclutados de manera no consecutiva, seleccionados a través de un muestreo no probabilístico, de entre los asistentes a consulta externa de Geriátrica por primera vez en el periodo comprendido entre mayo a julio 2009, además de los pacientes hospitalizados de 60 años y más que ingresaron en el mismo periodo de tiempo. A todos estos pacientes se les hizo una evaluación geriátrica completa y además cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio.

Instrumento a validar:

El instrumento se origina de una investigación denominada “Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal”, realizada en 2006, (EMPAM-DF) la cual incluye 46 preguntas y constituye la primera encuesta representativa sobre este tema en América Latina (Anexo I). La encuesta del Distrito Federal fue diseñada por la Maestra en Demografía Liliana Giraldo, con el

apoyo del Instituto de Investigaciones Sociales (UNAM) y el Colegio de México, en conjunto con otras instituciones y personas que contribuyeron a su ejecución, tales como La Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal y el Instituto de Investigaciones Sociales e investigadores colaboradores. Este instrumento fue creado a partir de la entrevista directa a población anciana maltratada, utilizando su autopercepción de maltrato y lenguaje para su estructuración, donde se incluyen sus 5 tipologías, físico, psicológico, sexual, económico y negligencia.

Con el propósito de facilitar su aplicación en un contexto clínico, las 46 preguntas de la encuesta original fueron sometidas a un proceso de selección a través de distintos métodos estadísticos en los que se incluye un análisis factorial y de correlación entre las distintas tipologías o dominio del maltrato para así dejar los reactivos más representativos. De esta forma, se obtuvo un instrumento final de 23 preguntas (anexo II), de fácil aplicación y comprensión que obtuvo una Alfa de Cronbach > de 0.7.

Tamaño de muestra:

El número de sujetos necesarios para este estudio dependió de las características epidemiológicas de las variables de interés y de las diferencias esperadas.

En nuestro proceso de validación el número de participantes fue calculado a partir de la correlación de otros instrumentos que exploran el maltrato a los Adultos Mayores y que han pasado por proceso de validación múltiple, (en este caso con el IOA) que fue considerado como el “Estándar de Oro” y con el que se realizó la validación de criterio o concurrente, (Anexo VI).

Se estimó que el reclutamiento de al menos 46 sujetos era necesario para mostrar una correlación mínima de 0.40 entre el nuevo instrumento de maltrato y el considerado como estándar con un error al $\alpha = 5\%$ (dos colas) y un poder de 80%. A pesar de la ausencia de un Método “estándar de oro” en la evaluación de maltrato, fue seleccionado el IOA como tal puesto que ha sido sometido a validaciones múltiples incluidas validez de apariencia, criterio y constructo, y considerado, en la presente investigación, para determinar la validez de criterio. Por su alto nivel de correlación interna con un Alfa de Cronbach mayor de 0.9. (Anexo VI).

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Todos los adultos de 60 años y más que acudan a la consulta externa de geriatría primera vez y hospitalizados a los que se

les aplique evaluación geriátrica completa incluyendo la hecha por trabajo social.

- Acepten participar en el estudio firmando el consentimiento informado.
- Respondan la totalidad de la batería a aplicada.

Criterios de no inclusión

- Diagnóstico establecido de demencia moderada a severa ó examen mínimo mental de 19 o menor.
- Tengan cualquier tipo de trastorno del lenguaje, que impida que respondan adecuadamente la encuesta aplicada
- Déficit auditivo o visual suficiente que impida la aplicación del instrumento.

Criterios de eliminación

- Pacientes que durante la evaluación obtengan menos de 19 puntos en el examen mínimo del estado mental
- Pacientes que no contesten la totalidad del instrumento aplicado

Procedimientos

La aplicación del cuestionario a validar se llevó a cabo durante la consulta de primera vez de Geriátrica, y hospitalizados del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición que cumplan con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio. Los participantes fueron evaluados por un geriatra y un

trabajador social previamente capacitados para la evaluación, aplicación y llenado de la batería del protocolo en general (GDS; MMSE; DNA, e instrumentos de maltrato). La aplicación de dicha batería ameritaba un promedio de 1.5 horas por cada paciente. La trabajadora social, de geriatría se encargó del estudio de la red social y dinámica familiar, creando la situación propicia para la aplicación del instrumento IOA, (indicadores de abuso en adultos mayores) para la cual se amerita la evaluación antes descrita, y el conocimiento profundo de la relación familiar del paciente con su cuidador al término de la evaluación geriátrica integral ya sea en consulta externa u hospitalización, solicitando antes su consentimiento para participar en el estudio, a todos los que fueran candidatos, explicando las ventajas y desventajas en caso de aceptar, se les pidió firmar dicho documento, entregándoles por escrito una copia del mismo. La batería aplicada a todos los participantes constó de una serie de datos sociodemográficos generales de manera inicial, tales como edad, escolaridad, residencia, auto percepción de situación económica, dependencia económica, datos generales de cuidador como nombre, edad, parentesco, estado civil, días y horas de cuidado. EuroQOL, que evalúa calidad de vida, que incluye de 5 preguntas de opción múltiple, y una escala análoga donde el paciente califica su estado de salud del 0 a 100, escribiendo sobre una gráfica su auto percepción, también se aplicará el instrumento a validar (23 preguntas dicotómicas, acerca de los 5 tipos de maltrato) así como las preguntas suficientes acerca de la relación entre cuidador y paciente por parte del residente de geriatría y trabajadora social para responder en conjunto posterior a la evaluación integral el IOA, (instrumento que detecta indicadores de maltrato tanto en el anciano como en su cuidador y con el cual se

está evaluando por concurrencia nuestro instrumento) y finalmente 9 preguntas del instrumento de detección de maltrato (AMA) explicado antes.

Todos los residentes del servicio de geriatría quienes participaran aplicando las evaluaciones, recibieron una capacitación para la aplicación estandarizada de los instrumentos, incluyendo a la trabajadora social de la clínica, quien fue la encargada de la calificación del IOA en conjunto con quien hiciera la evaluación geriátrica integral. .

Cuando fue detectado maltrato se procedió al manejo habitual hecho por la institución que consiste en canalizar a trabajo social para su estudio más profundo, y proporcionar el apoyo necesario para su resolución, y a sea mediante información, canalización a instituciones gubernamentales, o dando alternativas para el cuidado del adulto mayor en instituciones públicas, privadas o cuidadores formales según los recursos de cada caso, e invitación a participación del grupo de apoyo a cuidadores con el que cuenta el instituto, dando así las herramientas necesarias para su resolución, tratando al máximo de mantener los lazos afectivos entre los familiares y el adulto mayor maltratado. Todos los casos detectados tendrán seguimiento estrecho por trabajo social en apoyo con Geriatría.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable dependiente

Maltrato al adulto mayor: definido para nuestro estudio como la respuesta positiva por parte del adulto mayor encuestado a cualquiera de las 23 preguntas del cuestionario para la detección de maltrato en proceso de validación, así mismo del Instrumento AMA, o puntaje igual o mayor de 16 del IOA. Variable dicotómica, resultados expresados en frecuencias y porcentajes.

Variables independientes

Edad: cuantitativa y continua, medida en años, expresada para su interpretación en media y desviación estándar,

Sexo: cualitativa, dicotómica, expresada en porcentaje.

Estado civil: politómica, expresada en porcentaje.

Escolaridad, cuantitativa discreta, medida en años, reportada en media y desviación estándar.

Dependencia económica, funcionalidad básica y avanzada: cualitativas, dicotómicas, tomando como funcionales a aquellos con ABVD (Katz y Lawton de 5 o mayor), expresada en porcentaje de dependencia e independencia.

Calidad de vida: Según la OMS, se define como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus

inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". En este trabajo se mide a través del instrumento de medición EQ-5D, que mide la calidad de vida mediante una escala análoga con puntaje de 0 a 100 donde el paciente elige en qué nivel se encuentra según su autopercepción del estado de salud, cuantitativa, medida mediante la escala Euro QOL con calificación de 0 a 100, resultado expresado en media y desviación estándar.

Riesgo nutricional: definido para este estudio en tres categorías, según el puntaje obtenido en la evaluación DNA: 0 -2 sin riesgo, 3 – 5 riesgo moderado y más de 6 al to riesgo de desnutrición. Variable cualitativa, categórica en riesgo bajo, moderado y alto y se expresada en porcentaje.

Depresión: definida para este estudio como la presencia de seis o más puntos de 15, del instrumento " Geriatric Depression Scale". Variable dicotómica tomada como presente o ausente, resultado expresado en porcentaje.

Estado cognitivo: cualitativa, dicotómica, como presencia de deterioro cognitivo si el puntaje del minimal es menor de 26/30 o ausencia si es mayor de 26.

Movilidad: variable de tipo cualitativa, considerada presente si el puntaje en la escala de Rosow Breslow es de 2 o menor. El resultado se expresa en porcentaje y frecuencias.

Deterioro funcional: pérdida de la capacidad del individuo para llevar a cabo por sí mismo una de las actividades básicas de la vida diaria que no sea incontinencia, o 3 o más de las evaluadas por Lawton.

Discapacidad: Cualitativa, dicotómica, evaluada por escala de Nagi, considerada como presente si se tienen menos de 5 puntos, se expresa resultado en porcentaje y frecuencias.

ANÁLISIS

Las variables continuas se presentan como media y desviación estándar, mientras que las variables categóricas aparecen como frecuencia y proporción. En este estudio se estimó la validez aparente, de constructo y de criterio del nuevo instrumento denominado “La Encuesta para la Detección de Maltrato en Adultos Mayores”. Este proceso fue realizado mediante pruebas estadísticas no paramétricas debido a la distribución normal de los datos. La consistencia interna del nuevo instrumento se determinó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. Otras pruebas de confiabilidad incluyeron la de terminación del coeficiente de correlación intraclass. La correlación ítems se analizó por medio de la correlación no paramétrica.

Análisis de regresión lineal multifactoriales fueron utilizados, posteriormente, para determinar a las variables asociadas de manera independiente con el maltrato.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con un nivel de confianza del 5% y se presentan los intervalos de confianza al 95%. Las pruebas estadísticas fueron realizadas usando el programa estadístico SPSS para Windows® (SPSS Inc., Chicago, IL, versión 15.0).

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Todos los procedimientos y actividades llevadas durante el desarrollo de este estudio fueron realizadas en total apego a las disposiciones legales de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos; y en conformidad con los principios éticos para investigación farmacológica en seres humanos detallados en la última revisión de la declaración de Helsinki y de la Conferencia Internacional de Harmonización.¹⁰

El estudio es clasificado dentro de la categoría I de la Ley General de salud, al ser un estudio que no expone a ningún riesgo al participante, por lo cual se considera suficiente la firma de un consentimiento previa información.¹⁰

Todos los participantes firmaron un consentimiento previa información, autorizando la utilización de la información proporcionada para la investigación y les fue proporcionada una copia de la hoja de consentimiento con todos los datos respecto al protocolo y el teléfono de la clínica de Geriátrica para comunicarse con las investigadoras responsables si surgiese alguna duda. Se anexa la carta de consentimiento bajo información. Anexo X.

El protocolo de este estudio fue sometido al Comité de Ética de esta institución para su revisión y aprobación

RECURSOS ASIGNADOS AL PROYECTO

Humanos

Nueve residentes de primer y segundo año de geriatría del INCMNSZ

Tutor y Co – tutor de tesis

1 Colaborador metodológico

Trabajadora social de la Clínica de Geriatría

Materiales

Los impresos de la batería clinimétrica a aplicar que incluya el instrumento en validación y hoja de consentimiento previa información.

1 Computadora Laptop marca Gateway, procesador Centrino, Windows 2007.

1 Computadora Laptop marca hp, procesador AMD Turion X2, Windows Vista.

Paquete de análisis estadístico Stata 13 y SPSS versión 15

RESULTADOS

El proceso de validación se llevó a cabo en una muestra de 55 personas, 20% más del tamaño de la muestra calculado, previniendo pérdidas. El cuestionario para la detección de maltrato al adulto mayor en validación fue acortado mediante una Matriz de correlación, reduciendo el instrumento de 23 a 12 ítems (tabla 1) obteniendo una consistencia interna de un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.88 y coeficiente de correlación intraclase de 0.88 con una $P < 0.0001$ comparada con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.83 de la instrumento de origen con 23 ítems, por lo que la consistencia interna de la versión acortada no se afectó sino que fue mejorada.

Tomando en cuenta que para este proceso de validación se consideró como estándar de oro al instrumento IOA, la curva ROC del cuestionario en validación mostró un área bajo la curva de 0.730 y una $P < 0.006$ vs AMA que obtuvo 0.72 con una $P < 0.008$ respectivamente, con una sensibilidad y especificidad del instrumento en validación del 98 y 50 % y del AMA 86 y 55 % respectivamente. (Figura 1)

Se detectó prevalencia de 18% (10 casos) con AMA e (instrumento en validación), lo cual concordó con los detectados por el IOA (> 16 puntos) y fueron corroborados mediante la evaluación clínica geriátrica integral (Validez de criterio).

En la tabla 1 se visualizan las características sociodemográficas de los participantes, cabe destacar que el 67% de la población fueron mujeres y el 84 % de los participantes ya no laboraban, el promedio de edad fue de 77.1. En la tabla 2 se explica cual fue el estado de salud y funcionalidad de los sujetos en estudio, destacándose que el 42% de las mujeres y 25% de los hombre eran dependientes en 1 actividad de la vida diaria evaluada por Katz, observándose en Lawton 51% de los hombre y 18% de las mujeres eran dependientes en 3 o más actividades. En la tabla 3 se resumen las características sociodemográficas de los cuidadores, los hijos fueron el grupo predominante, seguido por los cónyuges con 51 y 27% respectivamente. El 58% del total de cuidadores están casados y el 34% vivían con el cuidador. Los principales responsables de maltrato fueron en un 40 % los hijos, 40% cónyuges y 20% el grupo englobado como otros.

La prevalencia de comórbidos y síndromes geriátricos detectada en la población en estudio se observa en la figura 2 y 3 respectivamente.

Existió correlación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre las variables denominadas presencia de cualquier cáncer y maltrato, así como puntaje de GDS mayor de 6 puntos y maltrato.

Discusión

Este estudio representa un detallado proceso que da validez y confiabilidad al cuestionario de detección de maltrato al adulto Mayor, creado originalmente por la Demógrafa Lilianna Giraldo, consta de 46 preguntas dicotómicas, el cual fue acortado en el proceso mediante pruebas estadísticas logrando 23 ítems, los cuales fueron sometidos al proceso de validación de criterio, constructo, y concurrencia en una muestra de 55 pacientes, obteniendo sensibilidad y especificidad similares e incluso superiores a instrumentos más largos y complejos para su aplicación, tales como el IOA, o AMA, este último es más corto pero no cuenta con las ventajas de nuestro instrumento, que finalmente fue abreviado a 12 preguntas mediante matriz de correlación, donde se descartaron las que presentaban menor correlación interna, resultando más breve y práctico de aplicar. Entre otras cualidades con las que cuenta el instrumento validado (versión corta de la Encuesta de Detección de Maltrato en Adultos Mayores), es haber sido creado a partir de la opinión de población mexicana, resultado de la entrevista directa de ancianos maltratados, creando las preguntas con su autopercepción de maltrato.

Otra de las ventajas del instrumento validado es lo breve de su aplicación, buena sensibilidad y especificidad, no amerita al cuidador, ni capacitación alguna para su aplicación. Puede ser aplicado en consulta externa, urgencias, hospitalizados e incluso en comunidad, lo que proporcionará información fidedigna

acerca de este problema social y logrará capturar la atención gubernamental y política para la intervención más oportuna y creación de soluciones.

En este estudio se presentó un sesgo de selección, puesto que para validación por concurrencia se utilizó como estándar de oro al instrumento IOA (elegido por su alta correlación interna, sensibilidad y especificidad) que requiere para su aplicación obligadamente la entrevista del cuidador, lo que hizo que se incluyera como criterio de selección que el adulto mayor candidato a participar tuviera un cuidador y lo acompañara a la entrevista, en consecuencia los ancianos evaluados en esta investigación cuentan con algún grado de dependencia funcional, lo que los hace más susceptibles de maltrato según diversas investigaciones publicadas. Debido a lo anterior, el instrumento validado deberá aplicarse en población anciana abierta, sin ningún criterio de selección, sino solo la capacidad que tenga el anciano de responderlo.

El cuestionario de detección de maltrato al adulto mayor en su última versión de 12 preguntas, con sensibilidad de 98% y especificidad de 50% formará parte de la evaluación integral del adulto mayor en la consulta externa de primera vez de Geriátrica y hospitalizados del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición y Hospitalizados mayores de 70 años y podrá ser utilizado por otros proyectos de investigación.

Conclusiones

El instrumento en validación logró ser acortado de 23 a 12 preguntas sin afectar su validez, sensibilidad ni especificidad e incluso aumentándose. Los eliminados fueron la totalidad de los ítems acerca de abuso sexual (3), 2 de maltrato psicológico, 3 de negligencia, 3 de abuso económico. Los 12 ítems finales de los que cuenta el instrumento tienen una correlación interna por alfa de Cronbach 0.88, siendo superior que el instrumento AMA quien obtuvo 0.83 (validación por concurrencia). Las asociaciones estadísticamente significativas encontradas fueron maltrato y presencia de cualquier cáncer así mismo con GDS mayor de 6 puntos. De acuerdo con los resultados de diversas publicaciones acerca del tema, el principal responsable de infligir maltrato son los hijos seguido por los cónyuges. Se observó tendencia a recibir maltrato en los adultos mayores que ya no trabajaban, y aquellos que requerían más de 12 hrs de cuidado sin verse reflejado en la significancia estadística.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of the elderly persons. NEJM 1995 ; 332:437-442.
2. Kessel Sardiñas H, Marín Gómez N , Matutana Navarrete N , Castañeda Fábrega I , Pageo Giménez M M, Larrión Zugasti JL . Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. Rev Esp Geriatr Gerontol 1996; 31 (6): 367-72
3. Giraldo Ruiz M, Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF) (en proceso de publicación)
4. Josep Garre-Olmo, MD, Prevalence and Risk Factors of Suspected Elder Abuse Subtypes in People Aged 75 and Older, J Am Geriatr Soc 57:815–822, 2009.
5. XLI Asamblea Médica Mundial. Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato a Ancianos. Hong Kong, septiembre de 1989.
6. Myrna Reis, PhD, and Daphne Nahmiash, PhD: Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen, The Gerontologist Vol. 38, No. 4, 471-480
7. Iborra Isabel, Maltrato a las personas mayores en la familia en España, editado por fundación de la comunidad valenciana para el estudio de la violencia, Junio 2008, España
8. Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (UAPVIF) Gobierno del Distrito Federal, informe 2004.
9. Cooper Claudia, The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review, Age and Ageing 2008;37: 151 – 160

10. García-Conde J. Metodología de la investigación clínica. Barcelona: Ars Médica 2003.
11. American Medical Association. Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect. Chicago: American Medical Association, 1994, pp 4–24.

Anexo I Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores (versión original)

FÍSICO	
1. ¿Le han dado puñetazos o patadas?	Si/No
2. ¿Le han quemado?	Si/No
3. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	Si/No
4. ¿Le han alimentado a la fuerza?	Si/No
5. ¿Le han amarrado o atado a una silla?	Si/No
6. ¿Le han encerrado en una habitación o en una casa?	Si/No
7. ¿Le han aventado algún objeto?	Si/No
8. ¿Le han tratado de ahorcar o asfixiar?	Si/No
9. ¿Le han hecho uso inapropiado de los medicamentos?	Si/No
10. ¿Le han agredido con un cuchillo o navaja?	Si/No
PSICOLÓGICO	
11. ¿Le han amenazado con hacerle daño físico?	Si/No
12. ¿Le han amenazado con llevarlo a un albergue o casa para personas de edad?	Si/No
13. ¿Le han amenazado con llevarlo a vivir a otro lado?	Si/No
14. ¿Le han amenazado con castigarlo?	Si/No
15. ¿Le han insultado?	Si/No
16. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	Si/No
17. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	Si/No
18. ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	Si/No
19. ¿Le han hecho sentir miedo?	Si/No
20. ¿No han respetado sus decisiones?	Si/No
21. ¿Le han prohibido salir o que lo visiten?	Si/No
22. ¿Algunas personas con las que vive le ha dejado de hablar?	Si/No
23. ¿Le han agredido sus cosas o sus animales?	Si/No
ECONÓMICO	
24. ¿Alguien maneja su cuenta de dinero?	Si/No
25. ¿Le han quitado su dinero?	Si/No
26. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	Si/No
27. ¿Le han falsificado su firma?	Si/No
28. ¿Le han obligado a firmar o poner la huella en documentos tales como: un poder legal, un testamento, escrituras, y otros?	Si/No
29. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?	Si/No
30. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	Si/No
NEGLIGENCIA	
31. ¿Le han dejado de dar alimentos o la pensión alimenticia en caso de tenerla?	Si/No
32. ¿Le han dejado de proporcionar los elementos de aseo que necesita?	Si/No
33. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc.?	Si/No
34. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	Si/No
35. ¿Le han negado los lentes, audífono o dentadura postiza que necesita?	Si/No
36. ¿Le han dejado largo periodos de tiempo solo?	Si/No
37. ¿Le han abandonado alguna vez en un hospital, casa, restaurante u otro lugar? (Si/No)	Si/No
38. ¿Le han negado protección cuando la necesita?	Si/No
39. ¿Le han negado acceso a la casa que habita?	Si/No
SEXUAL	
40. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	Si/No
41. ¿Le han obligado a hacer actos sexuales que a usted no le parecen?	Si/No
42. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	Si/No
43. ¿Le han tomado fotografías desnudo sin su consentimiento?	Si/No
44. ¿Le han obligado a ver programas o videos sexuales que a usted le incomodan?	Si/No
45. ¿Le han violado?	Si/No

Anexo II
Versión corta para validación de la Encuesta sobre Maltrato a Personas
Adultas Mayores

FÍSICO	
1. ¿Le han golpeado?	Si/No
2. ¿Le han dado puñetazos o patadas?	Si/No
3. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	Si/No
4. ¿Le han aventado algún objeto?	Si/No
5. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	Si/No
PSICOLÓGICO	
1. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	Si/No
2. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	Si/No
3. ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	Si/No
4. ¿Le han hecho sentir miedo?	Si/No
5. ¿No han respetado sus decisiones?	Si/No
6. ¿Le han prohibido salir o que la visiten?	Si/No
NEGLIGENCIA	
1. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc.?	Si/No
2. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	Si/No
3. ¿Le han negado protección cuando la necesita?	Si/No
4. ¿Le han negado acceso a la casa que habita?	Si/No
ECONÓMICO	Si/No
1. ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?	Si/No
2. ¿Le han quitado su dinero?	Si/No
3. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	Si/No
4. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?	Si/No
5. Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra ¿propiedad?	Si/No
SEXUAL	
1. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	Si/No
2. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	Si/No
3. ¿Le han violado?	Si/No
Total de ítems: 23	

Anexo III Perfil de la víctima

Sexo femenino.

— Edad superior a 75 años.

— Estado civil: viudedad.

— Deterioro funcional con gran dependencia del cuidador para las actividades básicas de la vida diaria.

— Alteración de la conducta.

— Convivencia con un familiar que es el principal o único cuidador.

— Enfermedades crónicas discapacitantes. Las enfermedades más susceptibles de sufrir malos tratos son la demencia, el síndrome confusional, el retraso mental y la patología psiquiátrica.

— Aislamiento social.

— Con frecuencia existen antecedentes de lesiones inexplicables y recurrentes (58% de las víctimas han sufrido malos tratos con anterioridad).

Anexo IV Perfil del cuidador responsable de maltrato

Perfil psicológico:

- Baja autoestima.
- Rechazo de responsabilidades.
- Poca capacidad de adaptación a los cambios.
- Impulsión.
- Relaciones sociales escasas.
- Sentimiento de que está siendo explotado.

— Perfil general:

- Familiar de la víctima. Únicamente el 25% de los malos tratos no son producidos por familiares cercanos (cuidadores, instituciones).
- No acepta el papel de cuidador o no asume la responsabilidad que comporta.
- Depende del anciano desde el punto de vista económico y la vivienda suele ser de la víctima.
- Consumidor de fármacos, alcohol o drogas.
- Antecedentes de enfermedad psiquiátrica o de trastorno de la personalidad.
- Pobres contactos sociales.
- Renuncia a las ayudas médicas y sociales.
- Sufre estrés por otras causas (pérdida del trabajo, problemas con la pareja, sufre alguna enfermedad).
- Historia previa de violencia familiar.
- En las entrevistas suele ser hostil, irritable y suspicaz.
- Demuestra una pérdida de control sobre la situación.

Anexo V

Hawlek Sengstock

Cuestionario de Detección del Maltrato a Personas Mayores de Hwalek-Sengstock

1. ¿Alguien pasa tiempo con usted, para ir de compras o al médico? (no)
2. ¿Está ayudando a alguien? (sí)
3. ¿A menudo se siente triste o solo? (sí)
4. ¿Quién toma las decisiones relacionadas con su vida, por ejemplo, decidir con quién debe vivir o donde debe vivir? (otro)
5. ¿Se siente incómodo con alguien de su familia? (sí)
6. ¿Puede tomar usted mismo su medicación? (no)
7. ¿Siente que nadie le quiere a su alrededor? (sí)
8. ¿Alguien de su familia bebe mucho? (sí)
9. ¿Alguien de su familia hace que permanezca en la cama o le dice que usted está enfermo cuando usted sabe que no lo está? (no)
10. ¿Alguien le ha forzado a hacer cosas que no quería hacer? (sí)
11. ¿Alguien le ha cogido cosas suyas sin pedirle su consentimiento? (sí)
12. ¿Confía en la mayor parte de su familia? (no)
13. ¿Alguien le ha dicho que usted da demasiados problemas? (sí)
14. ¿Tiene suficiente intimidad en casa? (no)
15. ¿Alguien cercano ha intentado recientemente herirle o hacerle daño? (sí)

Al final de cada pregunta, entre paréntesis, se indica la respuesta que se relacionaría con el maltrato. Por lo tanto, el maltrato está asociado a la respuesta “no” a las preguntas 1, 6, 12 y 14; a la respuesta “otro” al ítem 4 y, con la respuesta “sí” al resto de los ítems.

Anexo VI

INDICADORES DE MALTRATO EN ADULTOS MAYORES (IOA)

INSTRUCCIONES: Esta herramienta de *tamizaje* deberá de ser llenada por la Trabajadora Social del Servicio de Geriatría con apoyo de Médico responsables de la evaluación a terminar la valoración geriátrica de la consulta de Primera Vez o por Equipo Móvil.

PUNTUACIÓN (Evalúa la severidad del problema):

- 0 = No existe.
- 1 = Leve.
- 2 = Moderado.
- 3 = Moderadamente severo.
- 4 = Severo.
- 00 = No aplica.
- 000 = Desconoce.

CUIDADOR		PUNTOS
1	¿Tiene problemas de conducta?	
2	¿Es económicamente dependiente?	
3	¿Tiene dificultades mentales/emocionales?	
4	¿Tiene problemas de abuso de alcohol u otras sustancias?	
5	¿Tiene expectativas poco realistas?	
6	¿No comprende la condición médica del paciente?	
7	¿Muestra rechazo a su papel como cuidador?	
8	¿Tiene conflictos maritales y/o familiares?	
9	¿Actualmente tiene una mala relación con el paciente?	
10	¿No cuenta con experiencia suficiente para cuidar al paciente?	
11	¿Culpa a otras personas?	
12	¿Anteriormente, tenía una mala relación con el paciente?	

PACIENTE		PUNTOS
1	¿Ha sido maltratado en el pasado?	
2	¿Tiene conflictos maritales y/o familiares?	
3	¿No comprende su condición médica?	
4	¿Se encuentra asilado socialmente?	
5	¿Carece de apoyo social?	
6	¿Tiene problemas de conducta?	
7	¿Es dependiente económicamente?	
8	¿Tiene expectativas poco realistas?	
9	¿Tiene problemas de abuso de alcohol u otras sustancias?	
10	¿Actualmente tiene una mala relación con su cuidador?	
11	¿Presenta caídas y/o lesiones sospechosas?	
12	¿Tiene problemas mentales y/o emocionales?	
13	¿Culpa a otras personas?	
14	¿Tiene dependencia emocional?	
15	¿Cuenta con un médico de cabecera?	

TOTAL CUIDADOR	
----------------	--

PUNTAJE TOTAL	
---------------	--

16 puntos en total o más se considera indicador de abuso.

Anexo VII Fulmer

I Evaluación general

1. Vestimenta
2. Higiene
3. Nutrición
4. Integridad de la piel
5. Comentarios adicionales

II posibles indicadores de abuso

6. Hematomas
7. Laceraciones
8. Fracturas
9. Distintos grados de cicatrización de hematomas o fracturas
10. Evidencia de abuso sexual
11. Declaración de la persona mayor referente a: abuso

III Posibles indicadores de negligencia

12. Contracturas
13. Decúbito
14. Deshidratación
15. Diarrea
16. Depresión
17. Impactación
18. Desnutrición
19. Ardor urinario
20. Falta de higiene
21. Incapacidad para responder a advertencia de enfermedad evidente
22. Medicación incorrecta
23. Interacciones repetidas por falta de seguimiento medico
24. Declaración del adulto mayor acerca de negligencia

IV Posibles indicadores de explotación

25. Mal uso del dinero
26. Evidencia de explotación económica
27. Denuncias de demanda de bienes a cambio de servicios
28. Imposibilidad de explicar la posesión de dinero/propiedades
29. Declaración de la persona mayor referente a: explotación

V Posibles indicadores de abandono

30. Evidencia de que un profesional de la salud ha cesado su atención de manera precipitada sin coordinar una alternativa
31. Evidencia de que una persona mayor queda sola en un ambiente no seguro por periodos extendidos sin el respaldo adecuado
32. Declaración de la persona mayor referente a abandono

VI Resumen

33. Evidencia de abuso
34. Evidencia de negligencia
35. Evidencia de explotación
36. Evidencia de abandono
37. Comentarios adicionales

VII Comentarios y seguimiento

Todos con 5 opciones a responder:

**Sin evidencia, evidencia posible, evidencia probable, evidencia clara, no se puede evaluar
Con la presencia de cualquiera de ellos amerita derivación a especialista y seguimiento.**

Anexo VIII

Cuestionario para la detección de sospecha de maltrato en el anciano de la American Medical Association (AMA)

Las preguntas deben ser precedidas por la frase: En los últimos 12 meses..

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. ¿Alguien en casa le ha hecho daño alguna vez? | SI | No |
| 2. ¿Alguien le ha tocado alguna vez sin su consentimiento? | SI | No |
| 3. ¿Alguien le ha obligado alguna vez a hacer cosas que no quería? | SI | No |
| 4. ¿Alguien ha cogido cosas tuyas sin preguntarle? | SI | No |
| 5. ¿Alguien le ha amenazado alguna vez? | SI | No |
| 6. ¿Ha firmado alguna vez documentos que no entendía? | SI | No |
| 7. ¿Tiene miedo de alguien de casa? | SI | No |
| 8. ¿Está solo muchas veces/mucho tiempo? | SI | No |
| 9. ¿Alguien no le ha ayudado a cuidarse cuando lo necesitaba? | SI | No |

Con una respuesta positiva indica autorreporte de maltrato

ANEXO IX

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Revisión de la Literatura	X					
Diseño del Protocolo de Investigación	X	X				
Presentación de avances			X			
Recolección y procesamiento de Datos			X	X		
Análisis final				X	X	
Conclusiones y entrega					X	
Envío a publicación						X

Anexo X

Carta de consentimiento bajo información

 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Lugar y fecha	México D.F. a:
“Validación de un instrumento de detección de maltrato al anciano”	
Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número:	No.
El objetivo del estudio es: validar un instrumento de detección de maltrato al anciano	
Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar algunas preguntas sobre diversos aspectos relacionados a sufrir malos tratos, calidad de vida: estado de ánimo, funcionalidad, estado nutricional, estado cognitivo etc.	
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:	
<p>El Investigador Responsable se ha comprometido a dar me información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.</p> <p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.</p> <p>El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.</p>	
Nombre del paciente	Firma
_____	_____
Nombre del cuidador	Firma
_____	_____
Nombre del Entrevistado	Firma
_____	_____
Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de dudas y preguntas relacionadas con el estudio: Teléfono 54 87 09 00 extensión 2258 con: Dra. Xóchitl Domínguez Vázquez o Dra. Sara Aguilar Navarro	
Testigos	
Nombre del testigo	Firma
_____	_____
Nombre del testigo	Firma
_____	_____

Tablas y figuras de Resultados

Tabla 2

VERSIÓN CORTA DE LA ENCUESTA SOBRE MALTRATO A PERSONAS ADULTAS MAYORES		
<p>INSTRUCCIONES: Todas las preguntas a realizar deber ser antecedidas por la frase “en los últimos 12 meses”</p>		
FÍSICO		
1. ¿Le han golpeado?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Le han dado puñetazos o patadas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Le han empujado o le jalado el pelo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. ¿Le han aventado algún objeto?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
PSICOLÓGICO		
1. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. ¿No han respetado sus decisiones?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
NEGLIGENCIA		
1. ¿Le han dejado de suministrar medicamentos que necesita?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
ECONÓMICO		
1. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el Propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>Si el paciente responde “Si” a cualquiera de las preguntas anteriores es necesario que sea evaluado por personal especializado (Trabajo Social y/o Geriatría).</p>		

MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR

AnexoXII

Tabla 3.- Características de salud y funcionalidad de los Adultos Mayores participantes

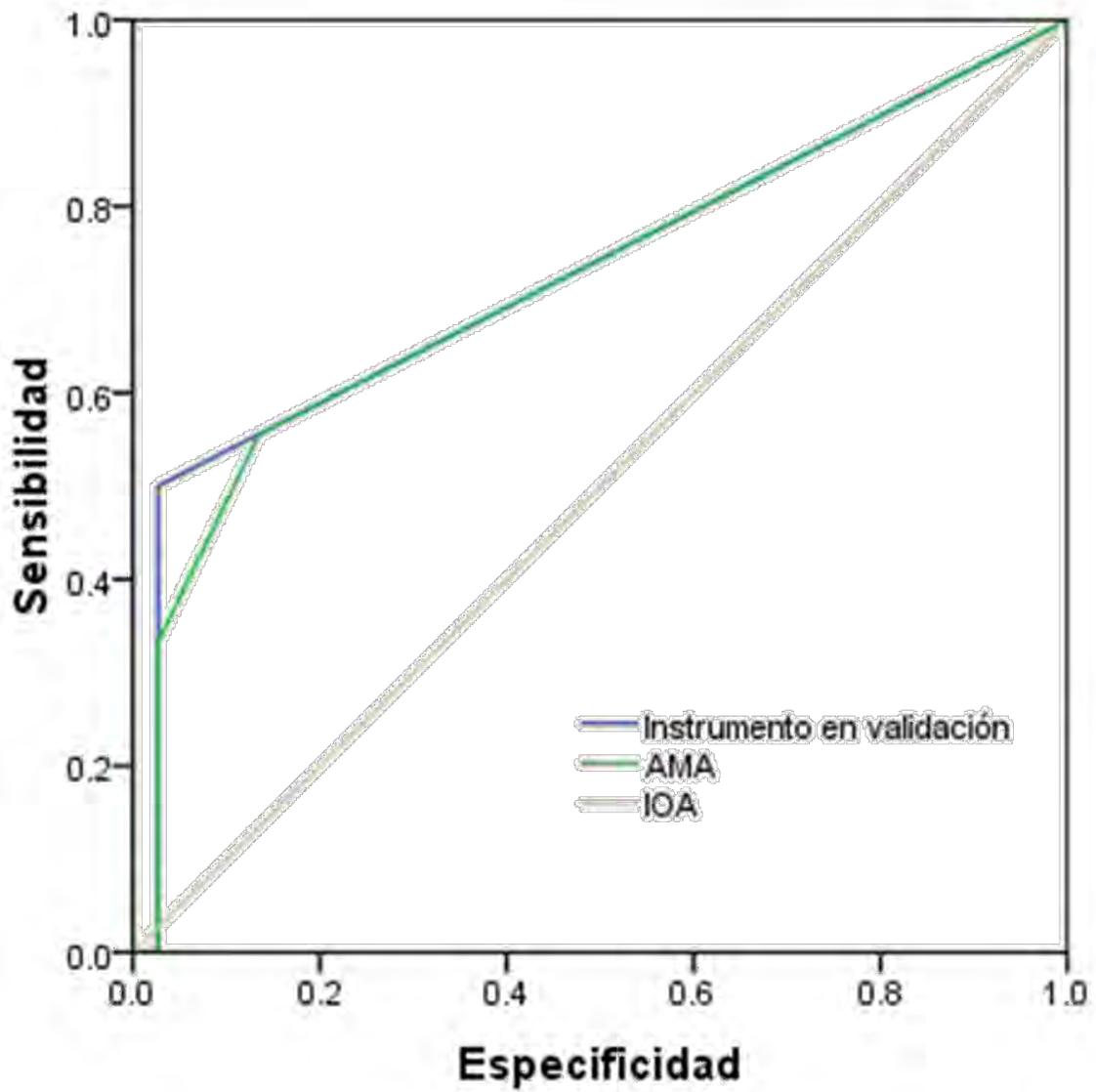
Salud y Funcionalidad		sexo		Total
		Mujer	Hombre	
Comórbido	0	4(7.3%)	3(5.5%)	7(12.7%)
	1	4(7.3%)	5(9.1%)	9(16.4%)
	2	13(23.6%)	6(10.9%)	19(34.5%)
	3	8(14.5%)	0	8(14.5%)
	4	5(9.1%)	3(5.5%)	8(14.5%)
	5	2(3.6%)	1(1.8%)	3(5.5%)
	6	1(1.8%)	0	1(1.8%)
Katz	Independiente	14(25.5%)	4(7.3%)	18(32.7%)
	Dependiente	23(41.8%)	14(25.5%)	37(67.3%)
Lawton	Independiente	9(16.4%)	8(14.5%)	17(30.9%)
	Dependiente	28(50.9%)	10(18.2%)	38(69.1%)
Rosow	Independiente	8(14.5%)	4(7.3%)	12(21.8%)
	Dependiente	29(52.7%)	14(25.5%)	43(78.2%)
Nagi	Independiente	12(21.8%)	8(14.5%)	20(36.4%)
	Dependiente	25(45.5%)	10(18.2%)	35(63.6%)
Minimental	Anormal	22(40.0%)	6(10.9%)	28(50.9%)
	Normal	15(27.3%)	12(21.8%)	27(49.1)
GDS	≤5	21(38.2%)	11(20.0%)	32(58.2%)
	≥6	16(29.1%)	7(12.7%)	23(41.8%)
DNA	Leve	17(32.7%)	9(16.4%)	26(49.1%)
	Moderado	12(21.8%)	3(5.5%)	15(27.3%)
	Alto riesgo	7(12.7%)	6(10.9%)	13(23.6%)
QoL	Mala	13(23.6%)	8(14.5%)	21(38.2%)
	Buena	24(43.6%)	10(18.2%)	34(61.8%)

Anexo XIII

Tabla 4.- Características sociodemográficas del cuidador

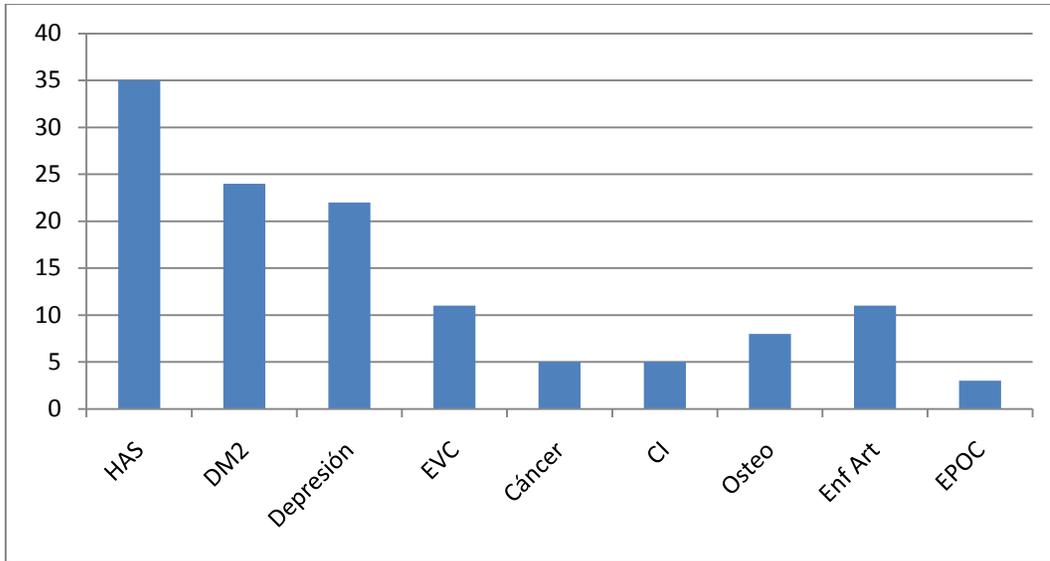
Características Socio-Demográficas Cuidador		Sexo		Total
		Mujer	Hombre	
Estado Civil del Cuidador	Soltero	10(18.2%)	4(7.3%)	14(25.5%)
	Casado	27(49.1%)	5(9.1%)	32(58.2%)
	Viudo	1(1.8%)	0	1(1.8%)
	Divorciado	7(12.7%)	0	7(12.7%)
	Otro	0	1(1.8%)	1(1.8%)
Vive con el paciente	Sí	27(49.1%)	7(12.7%)	34(61.8%)
	No	18(32.7%)	3(5.5%)	21(38.2%)
Días de Cuidado	0	1(1.8%)	0	1(1.8%)
	1	3(5.5%)	1(1.8%)	4(7.3%)
	3	2(3.6%)	0	2(3.6%)
	5	2(3.6%)	2(3.6%)	4(7.3%)
	6	4(7.3%)	1(1.8%)	5(9.1%)
	7	33(60.0%)	6(10.9%)	39(70.9%)
Horas de Cuidado	<12 hrs	34(61.8%)	5(9.1%)	39(70.9%)
	>12 hrs	11(20.0%)	5(9.1%)	16(29.1%)
Parentesco	Cónyuge	13(23.6%)	2(3.6%)	15(27.3%)
	Hijo	22(40.0%)	6(10.9%)	28(50.9%)
	Hermano	4(7.3%)	0	4(7.3%)
	Nuera/Yerno	2(3.6%)	0	2(3.6%)
	Empleado	0	1(1.8%)	1(1.8%)
	Otros	4(7.3%)	1(1.8%)	5(9.1%)
Adicciones del Cuidador	No	44(80.0%)	10(18.2%)	54(98.2%)
	Sí	1(1.8%)	0	1(1.8%)
Económicamente Dependiente	No existe	35(63.6%)	8(14.5%)	43(78.2%)
	Moderado	2(3.6%)	1(1.8%)	3(5.5%)
	Severo	8(14.5%)	1(1.8%)	9(16.4%)

CURVA ROC



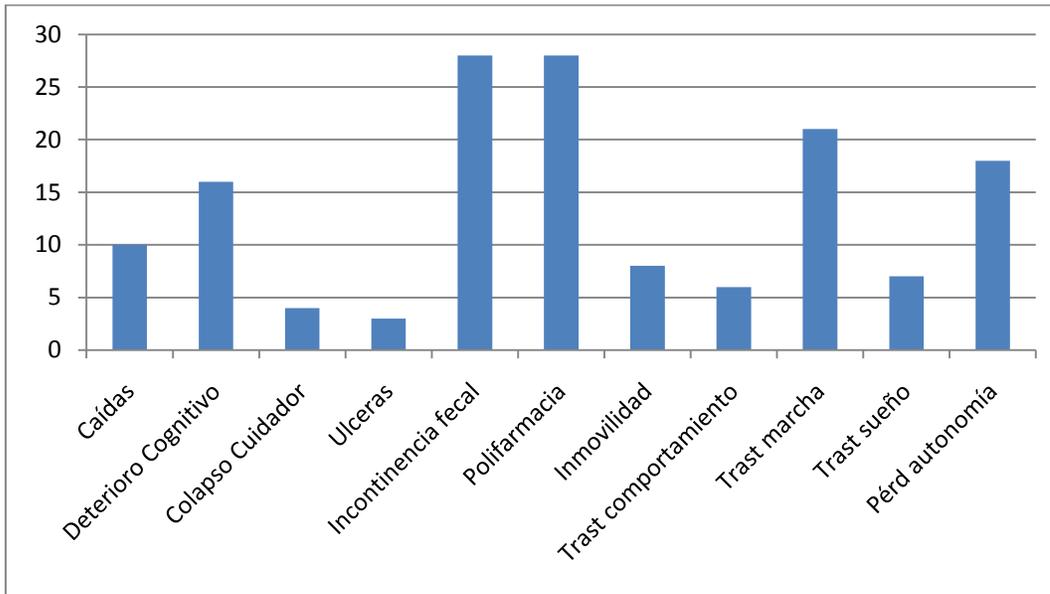
Anexo XIV

Figura 1.- Curva ROC, sensibilidad y especificidad de los instrumentos utilizados.



Anexo XV

Figura 2.- Prevalencia de comorbidos en los Adultos Mayores participantes



Anexo XVI

Figura 3.- Prevalencia de Síndromes Geriátricos en los Adultos Mayores participantes.

ABREVIATURAS

OMS Organización Mundial de la Salud

AMA American Medical Association

ABVD Actividades básicas de la vida diaria

AIVD Actividades instrumentadas de la vida diaria

IMSS Instituto Mexicano del seguro social

UAPVIF Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar

PJDF Procuraduría de Justicia del DF

APS Adult Protective Services

EUA Estados Unidos de América

EMPAM-DF Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores

IOA Indicator of abuse