



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 21

***“DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y  
SU RELACIÓN CON MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR”***

***TESIS***

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
Presenta:

**DR. JOSÉ ÁNGEL CUENCA SÁNCHEZ.**

**TUTORA**

**DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON M.C. M.S.P. M. en C.**

**ASESOR CLINIC**

**DR. JORGE SAMANO SANTOS MC Y ESPECIALISTA EN MI Y GERIATRÍA**



**GENERACION : 2010-2013**



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.

**AUTORIZACIONES:** El estudio fue autorizado por el Comité de Investigación de Salud 3703 de la Unidad de Medicina Familiar Numero 21, delegación Sur, México Distrito Federal, y firmado por el director de la Unidad el Doctor José Luis Ortiz Frías, con el Número de registro R-2011-3703-15.

**ASESORES DE TESIS:**

Dra. Leonor Campos Aragón M.C. M.S.P. M. en C.

Dr. Jorge Sámano Santos M.C. M.I. y GERIATRA

**AGRADECIMIENTOS:**

A todos los seres queridos que confían en mí, principalmente a mi madre que sin su apoyo incondicional no estaría presentando este estudio, a mi novia y familia, que siempre estuvieron a mi lado, un agradecimiento especial a mis maestros y a todos los que de una u otra manera tuvieron que ver con mi formación académica, y el estado actual de mi persona.

**PENSAMIENTO:**

*“Que tu conocimiento se vea reflejado en tus manos cuando pongas el alma y el espíritu sobre aquellos que buscan en ti una esperanza de sanación.”*

*J. Pandgiany Guerra Mtz.*

## ÍNDICE

	<i>Págs.</i>
<b>Portada</b> .....	<b>1</b>
<b>Agradecimientos</b> .....	<b>2</b>
<b>Índice</b> .....	<b>3</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>4</b>
<b>Planteamiento del problema.</b> .....	<b>9</b>
<b>Justificación</b> .....	<b>10</b>
<b>Marco teórico</b> .....	<b>10</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>20</b>
<b>Hipótesis</b> .....	<b>20</b>
<b>Materiales y métodos</b> .....	<b>21</b>
<b>Resultados, análisis y discusión</b> .....	<b>29</b>
<b>Conclusiones, recomendaciones y sugerencias</b> .....	<b>42</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>44</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>50</b>

## RESUMEN

### “Dependencia funcional en la actividades de la vida diaria y su relación con el maltrato en el adulto mayor en la UMF 21”

DR. JOSÉ ÁNGEL CUENCA SÁNCHEZ MC R2MF [esqdro@hotmail.com](mailto:esqdro@hotmail.com)

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON M.C MSP M en C

[leonor.campos@imss.gob.mx](mailto:leonor.campos@imss.gob.mx)

DR. JORGE GUSTAVO SAMANO SANTOS MC ESPECIALISTA EN MI Y

GERIATRÍA. [gusmedint@aol.com.mx](mailto:gusmedint@aol.com.mx)

**MARCO TEÓRICO:** A medida que nuestra sociedad envejece, el porcentaje de adultos mayores aumenta aceleradamente, los temas que les atañen deben transformarse, cada vez más, en una preocupación nacional. Estos cambios junto con las enfermedades crónico degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda. <sup>i</sup>

Sin embargo, la dependencia funcional puede ser el síntoma inicial de un proceso patológico en los pacientes ancianos y, en algunas instancias, puede ser el único síntoma. <sup>ii</sup>

El maltrato a personas de edad avanzada es un problema mucho más complejo y de mayor alcance que lo percibido. Aunque ciertamente, incluye el descuido institucional y en hogares para adultos mayores y otras residencias, la mayor parte de los casos son de carácter doméstico, cometidos por familiares cercanos, tales

como el cónyuge o un hijo adulto, es importante conocer esta condición, ya que estas características determinan una alta incidencia de hospitalizaciones que generan costos elevados a nuestra institución, de acuerdo a estudios previos, se demostró que los pacientes adultos mayores con maltrato, presentan estados comórbidos, tales como depresión, y una alta prevalencia de recurrencias de hospitalizaciones por descompensación de patologías crónico-degenerativas. Así como la alta relación de dependencia funcional y enfermedades crónicas degenerativas

El maltrato es una realidad poco conocida y pocos casos llegan a la denuncia; por lo tanto, no se conoce el número real de afectados. Los estudios sobre la sospecha sin confirmación, obtienen prevalencias de un 12% de la población de personas mayores afectadas por malos tratos y se cree que solo un 20% de estos casos son denunciados. Recientemente, se ha demostrado que el maltrato de personas mayores es un problema social y de salud pública que afecta a un número considerable de personas.

No existen estudios que relacionen con las estadísticas de maltrato al adulto mayor y dependencia funcional, por lo que es conveniente hacer un análisis de este tema, ya que como hemos observado en estudios previos, la dependencia funcional y maltrato aumenta conforme aumenta la edad.

Esta información se desconoce en la UMF 21, y es importante obtener estos datos, ya que sería una base para estudios posteriores; por lo que, yo considero la necesidad de realizar cambios en los sistemas de salud para la atención del adulto mayor y así obtener una adecuada capacitación para el personal médico de

nuestra institución.

Para avanzar en el tema, se requiere de un mayor número de investigaciones sistemáticas, con rigor científico que muestren la fenomenología, la magnitud, la etiología, las causas y las consecuencias del fenómeno del maltrato de personas mayores, ya que este desconocimiento en el tema conlleva a la ausencia de programas sociales y de políticas eficaces.<sup>iii</sup>

**Hipótesis:** Alta dependencia funcional en el adulto mayor existe mayor riesgo de maltrato.

**Objetivos:** Determinar la relación entre dependencia funcional y maltrato en el adulto mayor en derechohabientes de la UMF 21.

**Materiales y Métodos:** El estudio se realizara del 1 de Septiembre al 30 de Diciembre de 2011, en la Unidad de Medicina Familiar número 21, en México Distrito Federal, es un estudio prospectivo, transversal, observacional en el que se incluyeron a 161 adultos mayores derechohabientes de la UMF 21 del IMSS, los datos de las variables se obtuvieron mediante la aplicación de escalas de evaluación. El primero, es el Indicador de abuso de Reis y Nahmiash, realizado al paciente, y cuidador primario, así como la aplicación de las escalas de Katz y Barthel, para evaluar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Lawton y Brody, para evaluar Actividades Básicas de la Vida Diaria Instrumentada (AIVD), para medir el grado de dependencia funcional en el adulto mayor. Los criterios de inclusión se considero a todos los sujetos mayores de 65 años, que sean derechohabientes del IMSS, que contestaran el 75% de la encuesta, los

resultados fueron analizados con el programa PSPSS, se calcularon la prevalencia de maltrato y dependencia funcional, se analizó la razón de momios y la asociación de las variables de maltrato en el adulto mayor y dependencia funcional.

**RESULTADOS:** Se analizó un total de 162 pacientes adultos mayores, la proporción de mujeres fue mayor (59.3 %) que la de los hombres (40.7 %). Las edades se encuentran en un rango de 65-95 años, con una media de 76 años, mediana de 75 años y una moda de 66 años. La mayoría de los pacientes tiene entre 65 y 70 años, la edad del cuidador con una mediana 65 años, de acuerdo al principal cuidador primario el conyugue tiene un mayor porcentaje (50.6%), el hijo (30.2%). se observó una prevalencia de 16 % de maltrato en el adulto mayor, una mayor prevalencia en el sexo femenino (13%) que en el masculino (3.1%). Se encontró de acuerdo a las ABVD una dependencia de 51.9%. De acuerdo a las AIVD se encontró una dependencia de 45.7%. Se observó que el principal cuidador primario que produce maltrato en el adulto mayor fue el hijo(a) (6.7 %) (11 casos), en comparación con el conyugue con una proporción de 3.7% (6 casos).

**CONCLUSIONES:** Los resultados obtenidos sugieren que la dependencia a las Actividades Básicas de la Vida Diaria tuvo un RM de 6.47 lo que significa que tiene 6.47 más de riesgo de sufrir maltrato los adultos mayores si tiene dependencia en ABVD con una significancia estadística menor a 0.05. Así como encontrando que la dependencia en las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria tiene un RM de 8.89 que significa que existe 8.9 veces más riesgo de sufrir



maltrato las personas si tiene dependencia en AIVD, el cual presenta una significancia estadística menor de 0.05.

Encontramos que el ser hombre significa que tiene un componente protector (29%) en relación con la mujer, también se observó que el ser hijo(a) mayor que cumpla la función de cuidador primario tiene 3.6 veces más riesgo de producir maltrato. Semejante con lo encontramos en estudios previos. <sup>xvi</sup> La dependencia a las AIVD resultó en un 45 %, cifras mayores que en estudios reportados en la zona metropolitana, al igual a las ABVD en el presente estudio encontramos un prevalencia de 51.9% mucho mayor a otros estudios previos. <sup>ix</sup> La prevalencia de maltrato en el adulto mayor en el presente estudio es de 16% similar a los reportados en estudios realizados en México. <sup>xi, xii, xiii.</sup>

Palabras Clave: Maltrato en el Adulto Mayor (MAM), Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Se realiza el presente estudio ya que a medida que nuestra sociedad envejece, el porcentaje de adultos mayores aumenta aceleradamente y los temas que les atañen deben de ser de suma importancia y cada vez más en una preocupación nacional. Con el aumento en el número de ancianos, habrá también un incremento de las necesidades de salud en este sector de la población; así como una mayor prevalencia de uno de los problemas más temidos de la vejez “la dependencia funcional”. Su importancia está dada por las consecuencias que conllevan, entre las que destacan las de carácter personal, familiar, la prestación de cuidados especiales, el colapso del cuidador, la institucionalización y finalmente las implicaciones económicas a nivel individual, familiar, social y de políticas de salud. En nuestra necesidad de conocer la relación que existe entre dependencia funcional y maltrato en el adulto mayor, es fundamental tener estos datos para nuestra institución ya que como hemos observado en publicaciones previas la asociación de maltrato en el adulto mayor con enfermedades tales como: depresión y síndromes geriátricos es alta y de gran interés; así como la dependencia funcional, lo que condiciona un mayor número de hospitalizaciones, consumo de recursos económicos y sociales, discapacidad, una estancia intrahospitalaria prolongada y lamentablemente la muerte del paciente.

**Por lo que se plantea la siguiente pregunta. ¿Existe relación entre la dependencia funcional y maltrato en el adulto mayor en el derechohabiente de la UMF 21?**

## **INTRODUCCIÓN:**

### **Generalidades.**

A medida que nuestra sociedad envejece, que el porcentaje de adultos mayores aumenta aceleradamente, los temas que les atañen deben transformarse, cada vez más, en una preocupación nacional. El maltrato a personas de edad avanzada es un problema mucho más complejo y de mayor alcance que lo percibido. Aunque ciertamente incluye el descuido institucional en hogares para adultos mayores discapacitados y otras residencias, la mayor parte de los casos son de carácter doméstico, cometidos por familiares cercanos, tales como el cónyuge o un hijo adulto.<sup>iv</sup>

Según datos presentados en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en 1950, la proporción de adultos mayores en la población era de aproximadamente 8% y se calcula que para el 2050 será de 21%. México no está exento de este cambio demográfico, ya que el envejecimiento de la población se acelera significativamente.

Se calcula que el número de adultos mayores aumentará de 6.8 millones en el 2002 a 22,2 millones en 2030 y 36,2 millones en 2050. El aumento en la esperanza de vida no significa necesariamente una mejoría en las condiciones de salud. Al contrario, unos de los problemas más importantes en la etapa del adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas.

Estos cambios junto con las enfermedades crónico degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda.<sup>v</sup>

Sin embargo, la dependencia funcional puede ser el síntoma inicial de un proceso patológico en los pacientes ancianos y, en algunas instancias, puede ser el único síntoma.<sup>vi</sup>

## **Epidemiología**

El envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. La transición demográfica que vive México ha provocado un incremento del número de adultos mayores. En el año 2000, el Censo de Población y Vivienda Mexicano informó que los mayores de 50 años de edad representaban el 13.4% de la población y el Consejo Nacional de Población estimó que la cantidad de ancianos se duplicará en 2025 y representará la cuarta parte de la población mexicana en el año 2050.<sup>vii</sup>

Según datos de la CONAPO, la población adulta de 65 años o más para el año 2010 será el 6.2 %, 12.5% para el año 2020, 20.2% en 2035, y 28% en 2050.<sup>viii</sup>

En el año 2000 había más de 33 millones de personas de 65 años o más no institucionalizados en los Estados Unidos de América se encontró que el 28.8% informo vivir con una discapacidad física y 9.6% declaro tener alguna limitación para cuidar de si sin ayuda. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de España correspondiente al año 2001, 36.2% de las personas de 65 años o más

necesitaba ayuda de otra persona: 19.2% para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y 17.0% la necesitaba para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En México, la encuesta sociodemográfica sobre el envejecimiento, realizada por el Consejo Nacional de la Población en 1994, reflejó que 7.1% de los adultos mayores tienen necesidad de ayuda para realizar al menos una de las AVBD y consecuentemente, dependen de una segunda persona para subsistir, mientras que 18.0% necesitan ayuda para realizar AIVD.<sup>ix</sup>

En un estudio realizado en el Instituto de Nutrición Salvador Zubirán en el 2004, obtuvo que el 24% de la muestra resultó dependiente en ABVD y 23% en AIVD.<sup>x</sup>

Encuestas realizadas en Estados Unidos, Canadá y Reino Unido encontraron que entre el 3-5% de las personas mayores de 65 años son víctimas de maltrato físico, psicológico, o abandono de forma continua. Es muy difícil hacer estimaciones pero se cree que, menos uno de cada cinco casos se denuncia debido que la víctima lo oculta o minimiza el problema.

En el año 2006 se realizó una encuesta en la Ciudad de México que incluyó a 618 adultos mayores, el cual reportó una prevalencia de algún tipo de maltrato en este grupo de edad del 16.2 %, maltrato psicológico 12.7 %, abuso sexual 0.9 %, maltrato económico 3.9 %, maltrato físico 3.7 %, negligencia y abandono 3.5%.<sup>xi</sup>

En un estudio realizado por el EMPAM en México D.F. del 2006 se encontró una prevalencia de maltrato en el adulto mayor en la delegación Iztacalco de 11.4%, y en la delegación Venustiano Carranza de 7.4%.<sup>xii</sup>

Hay pocos estudios en relación con las estadísticas relativas a malos tratos a la gente mayor, y casi todos son relativamente recientes y presentan datos muy variables. El maltrato es una realidad poco conocida y pocos casos llegan a la denuncia; por lo tanto, no se conoce el número real de afectados. Los casos son estimatorios, ya que se basan en personas atendidas en servicios sociales o casos hospitalizados. Los estudios sobre la sospecha sin confirmación obtienen prevalencias de un 12% de la población de personas mayores afectadas por malos tratos y se cree que solo un 20% de estos casos son denunciados.

### **Persona agresora**

En un 50% de los casos es el/la cuidador/a principal, a consecuencia del estrés provocado por las responsabilidades. Entre estas personas, un 85% es del entorno familiar (en el 60 % de los casos son hijos/as, y en un 25% el/la cónyuge).

En un 37% el/la agresor/a también es mayor de 65 años.

El 53% de agresores son hombres y el 47% mujeres.

En cuanto al **perfil de la persona maltratada**, el 80% son mujeres y el 20% son hombres. Debemos tener en cuenta que la mujer es más longeva y tiende a sufrir más enfermedades degenerativas y otras enfermedades discapacitantes.<sup>xiii</sup>

## **Definición.**

La independencia funcional se ha definido como “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa”. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la dependencia, es la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales. Por su parte, en 1998 el Consejo de Europa definió la dependencia como el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen la necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida diaria. Según ese mismo organismo, la dependencia funcional no es una situación exclusiva de las personas mayores, si bien su incidencia aumenta con la edad.<sup>xiv</sup>

En España, en el año 1996, se celebró la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado surgiendo como resultado de la misma la Declaración de Almería, según la cual, «maltrato a mayores sería todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad e instituciones).

Es muy común utilizar el término “maltrato a personas mayores” como una categoría que incluye todos los tipos de maltrato o de comportamiento abusivo

hacia las personas mayores. Este maltrato puede ser una acción u omisión, intencional o no intencional, de uno o más tipos: físico, psicológico/emocional, abuso sexual, económico, negligencia, abandono y violación de los derechos, que provoca un sufrimiento innecesario, lesiones, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y una disminución en la calidad de vida (Hudson, 1991). Que un comportamiento sea etiquetado como abusivo, negligente o de explotación podría depender de su frecuencia, duración, intensidad, gravedad, consecuencias y contexto cultural (Perez, 2004).<sup>15</sup>

## **Factores de riesgo**

### **Asociados a la víctima**

- Deterioro funcional (necesidad de terceros para hacer ABVD y AIVD).
- Dependencia psíquica: Reducción de la capacidad intelectual.
- Alteraciones de la conducta.
- Aislamiento social.
- Historia previa de violencia familiar.
- Mujeres mayores de 75 años.

### **Estructurales**

- Pobreza o falta de recursos.
- Discriminación por la edad.
- Imágenes estereotipadas de la vejez como una carga.
- Deficientes relaciones intergeneracionales.
- Potenciación de viejos conflictos.



### **Asociados al cuidador/a**

- Múltiples responsabilidades. Cansancio.
- Aislamiento social o familiar del cuidador/a.
- Problemas económicos, dificultades laborales o dependencia económica de la víctima.
- Estrés o crisis vital.
- Abuso de drogas.
- Trastornos mentales y problemas de autoestima.
- Cuidador/a único/a, inmaduro/a o aislado/a.
- Experiencia familiar de malos tratos.
- Más de 8-9 años cuidando a la persona mayor.
- Falta de preparación o habilidades para cuidar, dificultades de comprensión de la enfermedad.
- Relación afectiva previa.
- Cuidar a otras personas.
- Situación personal de salud.

### **Institucionales**

- Personal poco preparado o formado.
- Salarios bajos.
- Sobrecarga de trabajo.
- Estructura física de la institución no adaptada a la gente mayor.
- Falta de recursos.
- Normas de funcionamiento inadecuadas.

- Falta de controles.<sup>13</sup>

En España las cifras más altas de maltrato corresponden a ancianos atendidos por los servicios sociales (35%) y hospitalizados (8.5 %). Se estima que el 90% de los casos el causante es un miembro de la familia, generalmente cónyuge o hijo adulto <sup>xv</sup>

Existe una relación epidemiológica demostrada entre la enfermedad y el envejecimiento, esto no quiere decir que todas las enfermedades aumentan en función de la edad, Brody señaló dos grupos: enfermedades que se relacionan con la edad , las cuales se asocian con más frecuencia a una edad específica y las enfermedades que dependen de la edad, las que aumentan su incidencia de forma exponencial en medida que aumenta la edad, existen desordenes asociados con los cambios intrínsecos que acompañan al envejecimiento y de los cuales el adulto mayor es particularmente proclive.

### **La valoración funcional**

Adquiere una dimensión muy especial en la evaluación de los pacientes de mayor edad, el deterioro puede ser indicador precoz de la enfermedad aun antes de la aparición de los síntomas clínicos, sirve para cuantificar diferencias en el impacto de las enfermedades sobre el individuo y tiene un valor especial para evaluar resultados de la terapéutica y la rehabilitación.<sup>xvi</sup>

La discapacidad física se ha convertido en un problema de salud frecuente en la tercera edad. Según muchos especialistas la mayor parte de los adultos mayores están en condiciones de mantenerse libres de discapacidad, pero la falta de un

envejecimiento saludable desemboca en una vejez "patológica", y una proporción de ellos, que aumenta con la edad, se torna frágil y necesita apoyo, atención o institucionalización, muchas veces por el resto de sus vidas.

La valoración funcional es la evaluación de las capacidades físicas del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea, evitando la incapacidad y estimulando la independencia. Tiene como premisa, poder objetivar cualquier alteración en los diferentes campos de funcionamiento para realizar un razonamiento lógico de lo que le ocurre al paciente y encaminarlo en las terapéuticas apropiadas.

La dependencia de los mayores en términos de funcionalidad se relaciona con la mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de institucionalización.<sup>xvii</sup>

En las personas que acude a la atención de primer nivel se puede utilizar como primer paso el instrumento de Lawton y Brody, y la escala de Barthel, para las actividades básicas de la vida diaria.<sup>xviii</sup>

La dependencia funcional está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores determinantes. En esta investigación se confirmó que la mayor edad es un factor independientemente asociado con la dependencia para realizar tanto ABVD como AIVD en los adultos mayores.

La dependencia funcional puede ser consecuencia de la presencia de alguna enfermedad o un proceso degenerativo, que de ser lo suficientemente graves o duraderos, afectan una o varias partes del organismo provocando la alteración del funcionamiento normal y con ello la incapacidad para realizar AVD. Es casi

ineludible que con el paso de los años exista mayor posibilidad de sufrir pérdidas de la capacidad funcional.<sup>2-7</sup> Sin embargo, la edad no necesariamente mantiene una relación causal pues el estado de salud de los adultos mayores (AM) es el reflejo de todo un periodo de vida, en el que se acumulan los efectos de diversos procesos multifacéticos que comprenden los hábitos, estilos de vida y en general, conductas de salud<sup>xix</sup>

Recientemente, se ha demostrado que el maltrato de personas mayores es un problema social y de salud pública que afecta a un número considerable de personas. Para avanzar en el tema se requiere de un mayor número de investigaciones sistemáticas, con rigor científico que muestren la fenomenología, la magnitud, la etiología, las causas y las consecuencias del fenómeno del maltrato de personas mayores, ya que este desconocimiento en el tema conlleva a la ausencia de programas sociales y de políticas eficaces.<sup>xx</sup>

## **OBJETIVOS:**

### **Objetivo general:**

Determinar la relación que existe entre dependencia funcional y maltrato en el adulto mayor en derechohabientes de la UMF 21.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar la prevalencia de maltrato en el adulto mayor de la UMF 21.
2. Registrar la prevalencia de dependencia funcional en derechohabientes de la UMF 21
3. Comparar la relación entre dependencia funcional y maltrato en el adulto mayor.

## **HIPÓTESIS:**

Los Adultos mayores con dependencia funcional tienen 6 veces más riesgo de sufrir maltrato.

## **MATERIALES Y MÉTODOS:**

### **TIPO Y CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO**

El tipo de estudio realizado es transversal, observacional, descriptivo en un grupo de pacientes hombres y mujeres mayores de 65 años derechohabientes de la UMF 21.

### **DEFINICION DEL UNIVERSO DE TRABAJO.**

- a) Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 21, delegación sur, en México, Distrito Federal.
- b) Población del estudio. Participaron pacientes mayores de 65 años, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.21, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en México Distrito Federal. Para la selección de la muestra se tomaron las cifras del diagnóstico de salud 2011 de la UMF 21 que correspondió a una población igual a 28,687 derechohabientes mayores de 65 años.
- c) Periodo del estudio. La recolección de datos inicio el 1 Septiembre y concluyo el 23 de Diciembre de 2011.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

1. Pacientes mayores de 65 años
2. Derechohabientes de la UMF 21 mayores de 65 años, que acudieron a consulta de Medicina familiar, por su propio pie y acompañado por sus familiares..
3. Pacientes que acepten participar en el estudio.
4. Hombres y mujeres mayores de 65 años.

### **b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- 1.- Pacientes con deterioro cognitivo severo
- 2.- Que no se han derechohabientes.

### **c) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.**

1. Que hayan respondido menos del 75% de los instrumentos

## **1. ESTRATEGIA DE MUESTREO**

- a) Tamaño de la población: total 28687, de acuerdo al Diagnostico de salud 2011.
- b) Tipo de muestreo: probabilístico.

Formula: Para determinar el tamaño de muestra se acudió al servicio de Epidemiología para conocer la totalidad de las personas mayores de 65 años adscritos a la UMF 21, se determino por medio de la formula de proporciones para una población infinita de la siguiente manera:

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

$$d^2(N-1) + Z^2PQ$$

Donde:

N= 28687, población de adultos mayores de 65 años adscritos a la UMF 21 2011.

Z= Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% = 1.96.

d= Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

p= 0.39 prevalencia estimada de dependencia funcional en el adulto mayor 39%

$$Q = 1 - 0.39 = 0.61$$

Resolviéndose de la siguiente manera:

$$N = \frac{28687(1.96)^2(0.12)(0.88)}{0.05^2} = 161.10$$

$$0.05^2(28687-1) + (1.96)^2(0.12)(0.88)$$



## VARIABLES

a) **Dependiente:** se identifico como variable dependiente: Maltrato en el adulto mayor, tomando la escala de evaluación de maltrato, de Reis y Nahmiash. esta prueba, evalúa 27 ítems, realizada a el adulto mayor y al cuidador primario, puntuados del 0-4, (0-no existe, 1-leve, 2-moderado, 3-probablemente/moderadamente grave, 4-si/grave), en las puntuaciones totales de los ítems puntuados de 1-4,( pueden ser 0-22), se excluyen los ítems evaluados con 0, el total de la puntuación los ítems son de 0-88 puntos. Suma total de los ítems del cuidador son de 0-44 puntos. Los indicadores de maltrato son enumerados con orden de importancia. En general, los indicadores del cuidador, tendrían mas peso que los indicadores de la persona mayor. Sin embrago, la lista de indicadores junta indica maltrato. Así, el mayor numero de indicadores presentes (0-22), la puntuación total mas alta (0-88), y la puntuación del cuidador (0-44) indican que es más probable que ocurra el maltrato. La tasa total (0-88), en un grupo de cuidadores diagnosticados como abusivos, consistiría en una puntuación media de aproximadamente 16 puntos. Por el contrario una puntuación media alrededor de 4 implicaría que no hay maltrato. Cada indicador que se evalúa entre 1-4, debe de ser explorado clínicamente, aunque, cada indicador de forma individual, no indica en sí mismo maltrato.

**b) Independiente:** Dependencia funcional. Fue valorada con la escala de Barthel que avalúa las actividades básicas de la vida diaria, en 10 ítems, con una puntuación total de 100, en el que los puntos de corte a su interpretación: 0-20 dependencia total, 21-60 dependencia severa, 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia escasa, 100 Independiente. También se realizó la escala de Lawton y Brody que evalúa las actividades instrumentadas de la vida diaria, con un total de ítems 8 puntos, que de acuerdo a una modificación representa la puntuación total como: 0-dependencia total, 1-7 dependencia moderada, 8 puntos independencia.

Para el análisis de los datos se calculo la prevalencia de maltrato en el adulto mayor, y la relación de maltrato y dependencia funcional con el programa de análisis de datos SPSS, el cual se realizó un análisis bivariado, así como la utilización de la prueba estadística de Chi cuadrada y razón de momios.

El estudio fue autorizado por el Comité de Investigación de Salud 3703 de la Unidad de Medicina Familiar Numero 21, delegación Sur, México Distrito Federal, y firmado por el director de la Unidad el Doctor José Luis Ortiz Frías, con el Número de registro R-2011-3703-15

Para todos los sujetos que participaron en el estudio se obtuvo el consentimiento informado de acuerdo con lo que establecen los “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos” de la Declaración de Helsinki.

VARIABLE	DEFINICIÓN		CUANTITATIVA CUALITATIVA	ORDINAL NOMINAL	UNIDADES
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL			
Actividades básicas de la Vida diaria ABVD	<i>Conjunto de actividades cuya realización es necesaria para el auto cuidado personal y el mantenimiento de una vida independiente</i>	Puntuación dada por la escala de Barthel en el interrogatorio.	Cualitativa	Ordinal	1. Dependencia total. 2.-Dependencia severa. 3. Dependencia moderada. 4.-Dependencia escasa. 5.-Independencia.
Actividades instrumentales de la vida diaria. AIVD	Son aquellas acciones que necesitan de un objeto intermediario para su desarrollo con el fin de que el individuo presente un adecuado nivel de desempeño y competencia social.	Puntuación dada por la escala de Lawton y Brody en el interrogatorio.	Cualitativa	Ordinal	1.Independencia 2.-Dependencia moderada. 3.-Dependencia total
Maltrato en el adulto mayor	Es una conducta destructiva que está dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad o frecuencia para producir efectos nocivos de carácter	De acuerdo a la evaluación realizada con la escala de Rais y Nahmiash.	CUANTITATIVA	Nominal	1=Si 2= No

	físico, psicológico, social y/o financiero de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y disminución en la calidad de vida de la persona mayor“				
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona, hasta un momento determinado de su vida.	Años cumplidos que refiere el paciente en el interrogatorio.	CUANTITATIVA	Cuantitativa discreta	Años cumplidos
Género	Conjunto de deberes que tiene uno o varios caracteres comunes, Clase o tipo a la que pertenecen personas, o cosas.	Sexualidad que refiere la paciente y la registrada en el expediente electrónico	CUALITATIVA	Nominal	1.-Femenino 2.-Masculino
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Nivel escolar referido por el paciente y el registrado en el expediente electrónico	CUALITATIVA	Ordinal	1.-Analfabeta 2.-Primaria incompleta 3.-Primaria completa 4.-Secundaria 5.-Bachillerato 6.-Licenciatura 7.-Postgrado

Ocupación actual.  Ocupación previa	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada. .	Trabajo que desempeña actualmente y el que menciona en el interrogatorio.  Trabajo que desempeño en su juventud.	CUALITATIVA	Nominal	1.-Obrero 2.-Campesino 3.-Empleado 4.-Comerciante 5.-Pensionado 6.-Desempleado 7.- Ama de casa.
Estado civil	Situación jurídica de una persona física considerada des de el punto de vista del derecho de familia y que hace referencia a la calidad de padre, de hijo, casado, soltero, etc.	Situación civil el que refiere el paciente y el que menciona en el interrogatorio.	CUALITATIVA	Nominal	1.-Soltero 2.- Casado 3.- Divorciado. 4.-Viudo 5.-Union libre 6.-Otro
Cuidador primario	El cuidador primario es aquel que guarda una relación directa con el paciente o enfermo, como el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres.	Encargado del que refiere el paciente	CUALITATIVA	Nominal	1.-Conyugue 2.-Hijo(a) 3.-Otro familiar 4.-No familiar 9.-No contestó.
Edad del cuidador primario	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del cuidador	Años cumplidos que refiere el cuidador primario en el	CUANTITATIVA	Cuantitativa discreta	Años cumplidos

	primario, hasta un momento determinado de su vida.	interrogatorio.			
--	--	-----------------	--	--	--

## RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

Se analizó un total de 162 pacientes adultos mayores, en el que la proporción de mujeres es mayor (59.3 %) que la de los hombres (40.7 %). Las edades se encuentran en un rango de 65-95 años, con una media de 76 años, mediana de 75 años y una moda de 66 años. La mayoría de los pacientes tiene entre 65 y 70 años, la escolaridad de la muestra 28.4% terminó la primaria. El estado civil está caracterizado por una mayor proporción de sujetos casados (60.5 %) y viudos (35.8%), de acuerdo su ocupación se encuentra ama de casa 47.5%, pensionado 30.2%, la edad del cuidador una media de 61 años, mediana 65 años, una moda de 45 años, de acuerdo al principal cuidador primario se encontró que el conyugue tiene un mayor porcentaje 50.6%, el hijo 30.2%. se observó una prevalencia de 16 % de maltrato en el adulto mayor, una mayor prevalencia en el sexo femenino 13% que en el masculino 3.1%.

El sexo masculino tuvo RM de 0.293 que significa que ser hombre tiene 29% de factor protector en relación con la mujer. La mujer tiene 3.4 veces más riesgo de presentar maltrato.

Se encontró de acuerdo a las ABVD una dependencia de 51.9%, Independencia 47.5%,

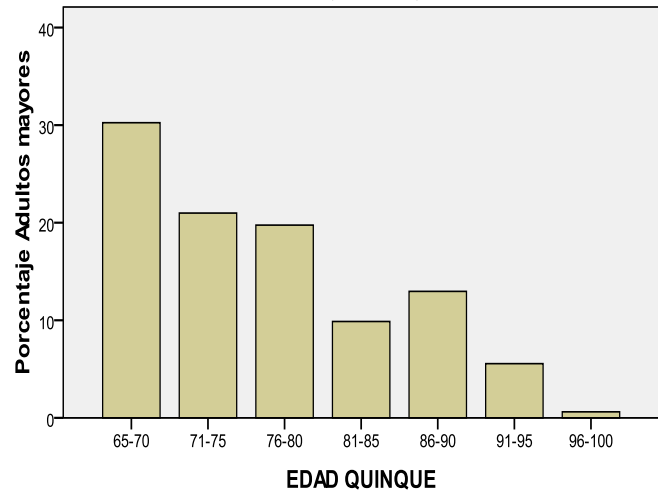
De acuerdo a las AIVD se encontró una dependencia de 45.7%, y una independencia de 54.3%.

Se observó que el principal cuidador primario que produce maltrato en el adulto mayor fue el hijo(a) con un porcentaje de 6.7 % (11 casos), en comparación con el conyugue con una proporción de 3.7% (6 casos).

**Cuadro 1 EDAD DE PACIENTES ADULTOS MAYORES Y SUS FRECUENCIAS DIVIDIDOS EN QUINQUENIOS , UMF 21 Año 2011**

Edad	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
65-70	49	30.2	30.2	30.2
71-75	34	21.0	21.0	51.2
76-80	32	19.8	19.8	71.0
81-85	16	9.9	9.9	80.9
86-90	21	13.0	13.0	93.8
91-95	9	5.6	5.6	99.4
96-100	1	.6	.6	100.0
Total	162	100.0	100.0	

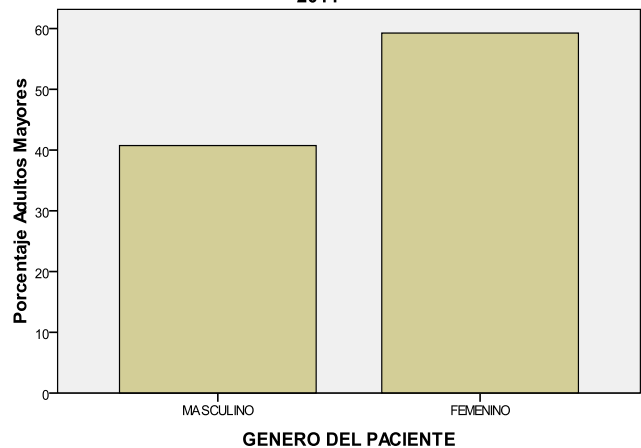
**EDAD DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DIVIDIDO EN QUINQUENIOS, UMF 21, 2011**



**Cuadro 2 GENERO DEL ADULTO MAYOR y FRECUENCIAS EN LA ENCUESTA REALIZADA A DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21, 2011**

Género	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
MASCULINO	66	40.7	40.7	40.7
FEMENINO	96	59.3	59.3	100.0
Total	162	100.	100.0	

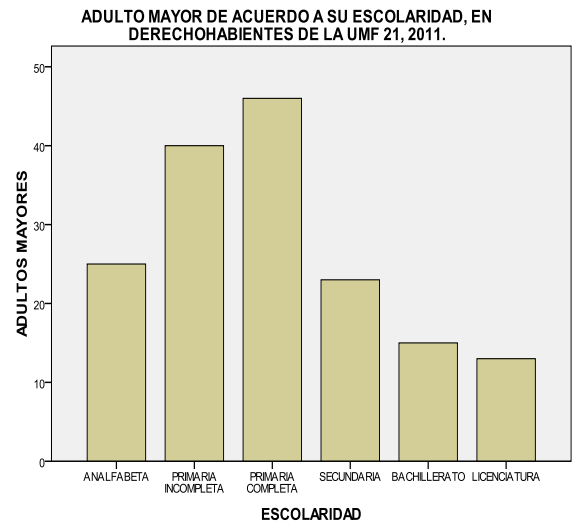
**GENERO DEL ADULTO MAYOR OBTENIDO EN LA ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21, 2011**





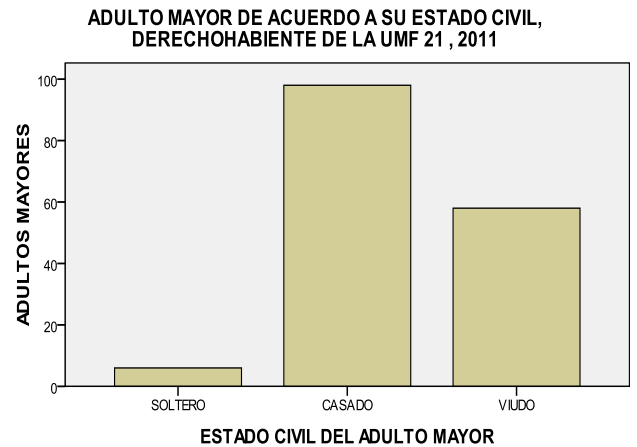
**Cuadro 3 ADULTO MAYOR DE ACUERDO A SU ESCOLARIDAD, EN DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21, 2011**

Escolaridad	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
ANALFABETA	25	15.4	15.4	15.4
PRIMARIA INCOMPLETA	40	24.7	24.7	40.1
PRIMARIA COMPLETA	46	28.4	28.4	68.5
SECUNDARIA	23	14.2	14.2	82.7
BACHILLERATO	15	9.3	9.3	92.0
LICENCIATURA	13	8.0	8.0	100.0
Total	162	100.0	100.0	



**Cuadro 4 ADULTO MAYOR DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL, DERECHOHABIENTE DE LA UMF 21 , 2011**

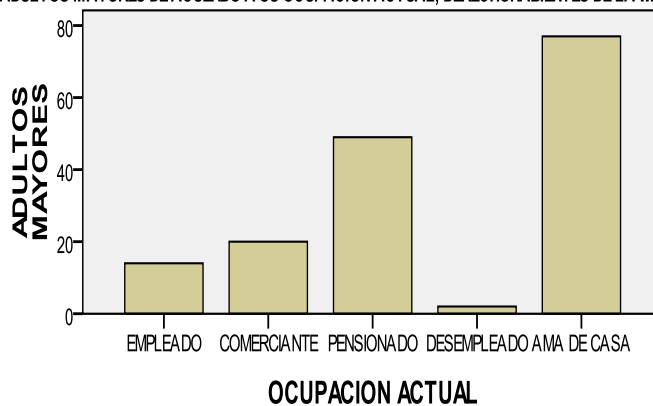
Estado civil	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
SOLTERO	6	3.7	3.7	3.7
CASADO	98	60.5	60.5	64.2
VIUDO	58	35.8	35.8	100.0
Total	162	100.0	100.0	



**Cuadro 5 ADULTO MAYOR DE ACUERDO A SU OCUPACIÓN ACTUAL, EN DERECHOHABIENTE DE LA UMF 21, 2011.**

OCUPACIÓN ACTUAL	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Empleado	14	8.6	8.6	8.6
Comerciante	20	12.3	12.3	21.0
Pensionado	49	30.2	30.2	51.2
Desempleado	2	1.2	1.2	52.5
<b>Ama de casa</b>	<b>77</b>	<b>47.5</b>	<b>47.5</b>	<b>100.0</b>
Total	162	100.0	100.0	

ADULTOS MAYORES DE ACUERDO A SU OCUPACIÓN ACTUAL, DERECHOHABIENTES DE LA ...



Cuadro 6

EDAD DEL CUIDADOR

PRIMARIO

Media	61.07
Mediana	65.00
Moda	45 <sup>a</sup>

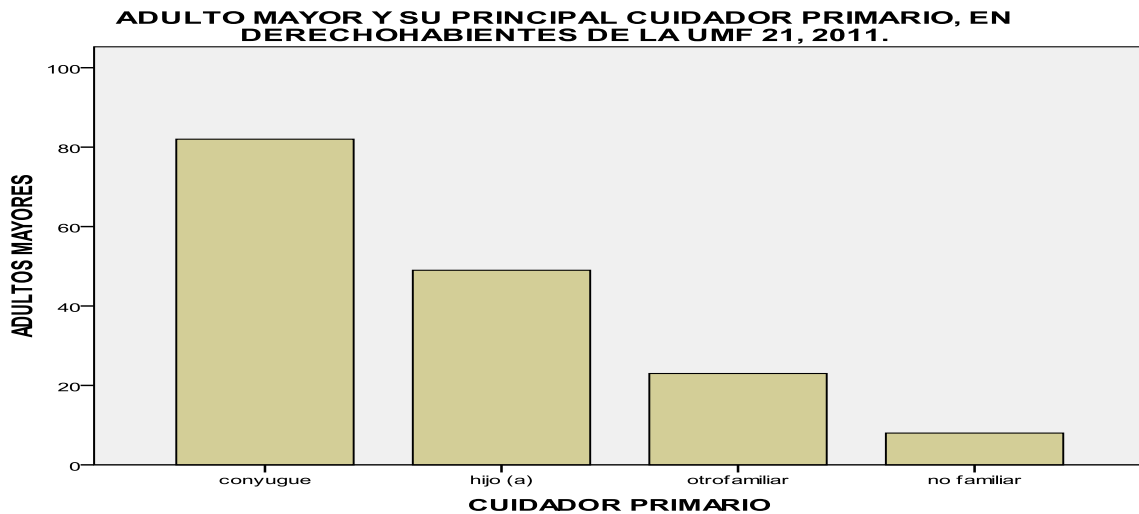
Cuadro 7

EL ADULTO MAYOR Y SU PRINCIPAL CUIDADOR

PRIMARIO EN DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21,

2011

Cuidador Primario	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Conyugue	82	50.6	50.6	50.6
Hijo (a)	49	30.2	30.2	80.9
Otro familiar	23	14.2	14.2	95.1
No familiar	8	4.9	4.9	100.0
Total	162	100.0	100.0	



**PREVALENCIA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR, DERECHOHABIENTE  
DE LA UMF 21, 2011.**

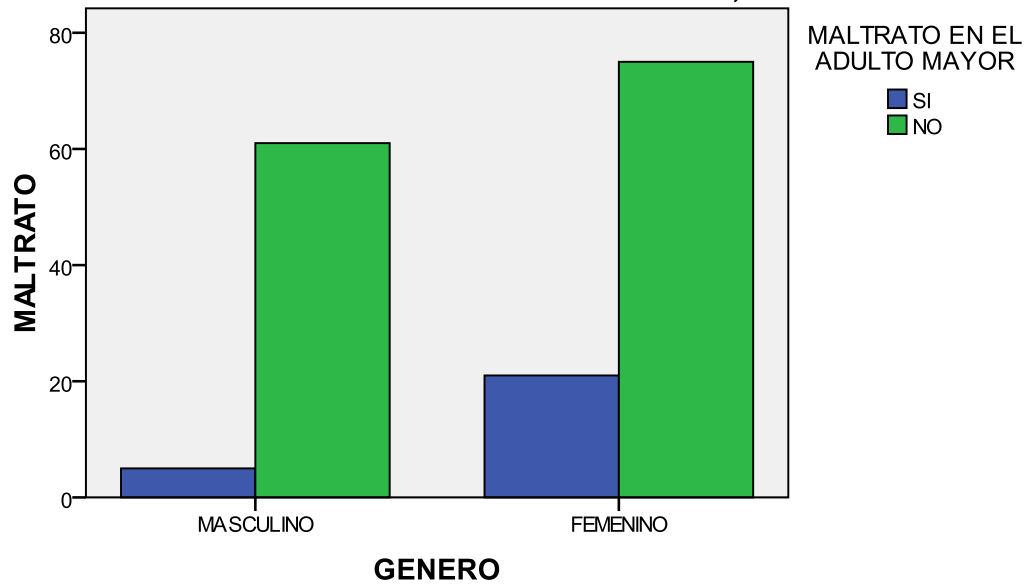
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	26	16.0	16.0	16.0
	NO	136	84.0	84.0	100.0
	Total	162	100.0	100.0	

**Cuadro 8**

**MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN RELACIÓN AL GÉNERO, EN  
DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21, 2011.**

GÉNERO		MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR		Total
		SI	NO	
MASCULINO	Recuento	5	61	66
	%	3.1%	37.7%	40.7%
FEMENINO	Recuento	21	75	96
	%	13.0%	46.3%	59.3%
Total	Recuento	26	136	162
	%	16.0%	84.0%	100.0%

**MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN RELACION CON EL GÉNERO, EN DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21, 2011**



Cuadro 9

**Estimación de riesgo entre Maltrato y Género en derechohabientes de la UMF 21, 2011.**

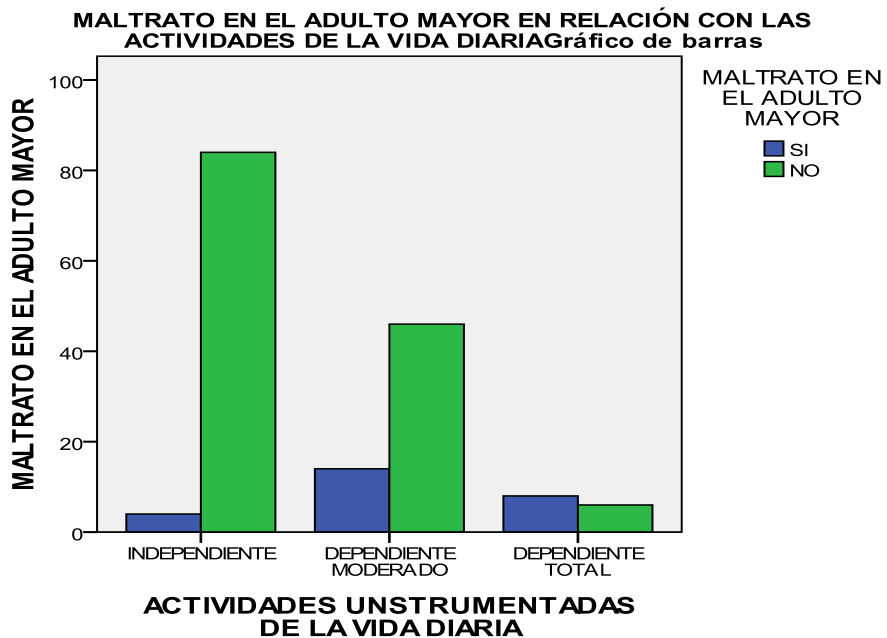
GENERO	RM	Intervalo de confianza al 95%		P
		Inferior	Superior	
MASCULINO	.293	.104	.822	0.015
FEMENINO	3.416	1.217	9.589	0.026

**Cuadro 10**

**ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA / MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR, EN DERECHAHABIENTES DE LA UMF 21, 2011.**

ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA		MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR		Total
		SI	NO	
INDEPENDIENTE	Recuento	4	84	88
	% del total	2.5%	51.9%	54.3%
DEPENDIENTE MODERADO	Recuento	14	46	60
	% del total	8.6%	28.4%	37.0%
DEPENDIENTE TOTAL	Recuento	8	6	14
	% del total	4.9%	3.7%	8.6%
Total	Recuento	26	136	162
	% del total	16.0%	84.0%	100.0%

AIVD		Frecuencia	%
Válidos	INDEPENDENCIA	88	54.3
	DEPENDENCIA	74	45.7
	Total	162	100.0



Cuadro 11

**Relación entre AIVD y Maltrato en el adulto mayor, derechohabiente de la UMF 21, 2011**

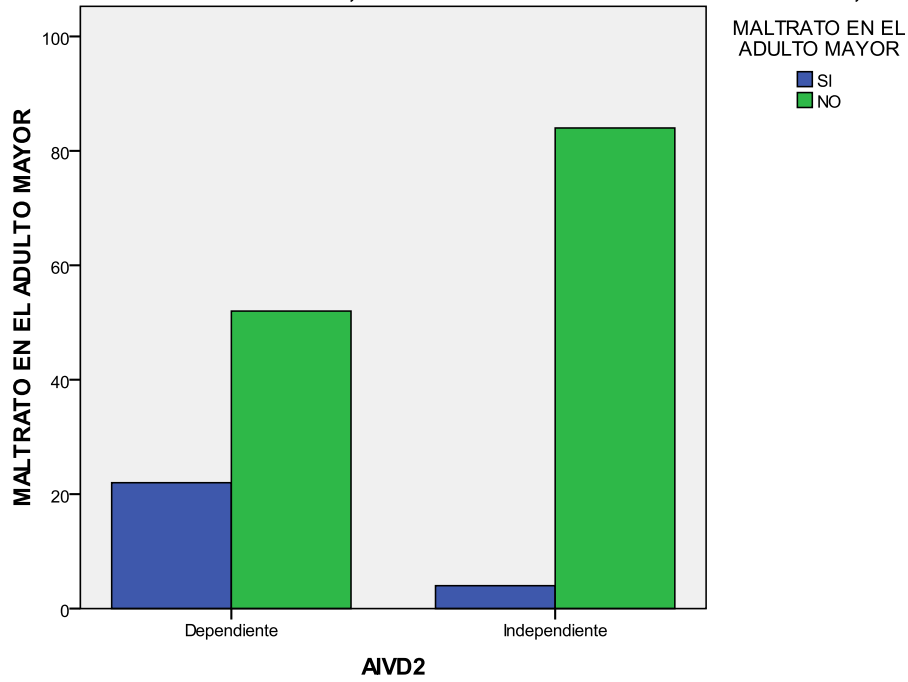
AIVD		MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR		Total
		SI	NO	
Dependiente	Recuento	22	52	74
	Frecuencia esperada	11.9	62.1	74.0
Independiente	Recuento	4	84	88
	Frecuencia esperada	14.1	73.9	88.0
Total	Recuento	26	136	162
	Frecuencia esperada	26.0	136.0	162.0

**Cuadro 12**

**Estimación de riesgo de la dependencia en las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD), en derechohabientes de la UMF 21, 2011.**

AIVD	Valor	Intervalo de confianza al 95%		P
		Inferior	Superior	
Dependencia	8.885	2.899	27.232	0.000

**MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR Y RELACION CON LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA, EN DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21, 2011**





Cuadro 13

Relación de Maltrato y Actividades Básicas de la Vida Diaria, en adultos mayores derechohabientes de la UMF 21, 2011.

	MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR		Total
	SI	NO	
ABVD2 DEPENDENCIA	22	62	84
INDEPENDENCIA	5	73	77
Total	27	135	162

**PREVALENCIA DE DEPENDENCIA EN ABVD EN ADULTOS MAYORES, DERECHOHABIENTES  
DE LA UMF 21, 2011.**

ABVD	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
DEPENDENCIA	84	51.9	52.2	52.2
INDEPENDENCIA	77	47.5	47.8	100.0
Total	162	100.0		

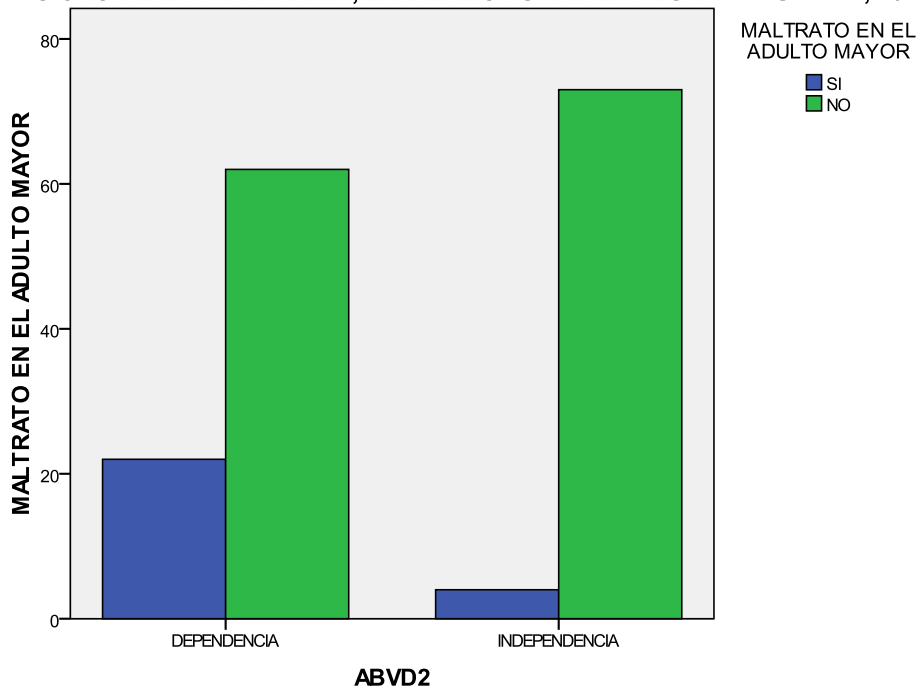
**Cuadro 14**

**Estimación de riesgo de dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), en adultos mayores derechohabientes de la UMF**

**21, 2011.**

ABVD	Valor	Intervalo de confianza al 95%		P
		Inferior	Superior	
Dependencia	6.476	2.118	19.805	0.000

**MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA, EN DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21, 2011**



**CUADRO 15**  
**RELACIÓN ENTRE CUIDADOR PRIMARIO Y**  
**MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR,**  
**DERECHOHABIENTES DE LA UMF 21, 2011**

Recuento

Cuidador primario	MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR		Total
	SI	NO	
Conyugue	6	76	82
Hijo (a)	11	38	49
Otrofamiliar	6	17	23
No familiar	3	5	8
	26	136	162

**Estimación de riesgo de maltrato con respecto al l cuidador primario,**  
**en adultos mayores derechohabientes de la UMF 21, 2011.**

CUIDADOR PRIMARIO	Valor	Intervalo de confianza al 95%		P
		Inferior	Superior	
HIJO (A)	3.667	1.260	10.671	0.013
CONYUGUE	0.273	0.94	7.94	0-013

## **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.**

Los resultados obtenidos sugieren que la dependencia a las Actividades Básicas de la Vida Diaria tuvo un RM de 6.47 lo que significa que tiene 6.47 más de riesgo de sufrir maltrato las adultas mayores si tiene dependencia en ABVD con una significancia estadística menor a 0.05.

Así como encontrando que la dependencia en las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria tiene un RM de 8.89 que significa que existe 8.9 veces más riesgo de sufrir maltrato las personas si tiene dependencia en AIVD, el cual presenta una significancia estadística menor de 0.05.

Encontramos que el ser hombre significa que tiene un componente protector del 29 %, en relación con la mujer, también se observó que el ser hijo(a) mayor que cumpla la función de cuidador primario tiene 3.6 veces más riesgo de producir maltrato al paciente adulto mayor. Semejante con lo encontramos en estudios previos.<sup>xvi</sup>

La dependencia a las AIVD resultó en un 45 %, cifras mayores que en estudios reportados en la zona metropolitana, al igual a las ABVD en el presente estudio encontramos una prevalencia de 51.9% mucho mayor a otros estudios previos.<sup>ix</sup>

La prevalencia de maltrato en el adulto mayor en el presente estudio es de 16% similar a los reportados en estudios realizados en México.<sup>xi, xii, xiii.</sup>

El maltrato es una realidad poco conocida, y la relación con la dependencia funcional mucho más, en realidad no existen estudios que relacionen estas variables, el presente estudio presentó dificultades al momento de realizar los

instrumentos de evaluación, ya que se detectaron mentiras de parte del cuidador primario así como del adulto mayor encuestado, la identificación de maltrato en estos pacientes es complicado ya que muchos de ellos como lo reportamos en el estudio son económicamente dependientes la mayoría son amas de casa y tienen miedo de recibir algún castigo, como observamos los hijos(a) mayores son los principales productores de maltrato al igual que en los estudios previos.

A pesar de lo anterior, los resultados de nuestra investigación representan un aporte valioso para la comprensión de la importancia que tiene el maltrato en el adulto mayor y la dependencia funcional en la población mexicana, así como para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

## ANEXOS

**CUADRO I. ESCALA DE REIS Y NAHMIASH**  
(Evalúa al paciente y a sus acompañantes)

<p>La lista de los ítems, que indican maltrato, está enumerada por orden de importancia. "Después de haber realizado una evaluación en el domicilio, por favor, indique la frecuencia de cada uno de los ítems de 0 a 4. No omita ninguno de los ítems y valórelos en función de su opinión actual</p>	<p>0 = no existente            1 = leve            2 = moderado            3 = probablemente/ moderadamente grave            4 = sí/ grave            00 = no aplicable            000 = no sabe</p>
--	--

<b>Cuidador</b>	
Edad del cuidador _____ Parentesco entre el cuidador y la persona cuidada _____	
Conyugue _____ No conyugue. _____	
1. Tiene problemas de conducta.	
2. Es económicamente dependiente.	
3. Tiene problemas mentales/emocionales.	
6. Tiene problemas de abuso de alcohol u otras sustancias.	
7. Tiene expectativas no realistas.	
9. No comprende el alcance de la enfermedad de su familiar.	
10. Se muestra reticente con respecto al cuidado de su familiar.	
12. Tiene conflictos maritales/familiares.	
13. Tiene una mala relación con la persona a la que cuida.	
14. No tiene experiencia en el cuidado.	
17. Es una persona que culpa a otra.	
24. En el pasado, tenía una mala relación con la persona a la que cuida.	
<b>Persona cuidada</b>	
4. Ha sido maltratada en el pasado.	

5. Tiene conflictos maritales/familiares.	
8. Carece de entendimiento sobre el alcance de su enfermedad.	
11. Está aislada socialmente.	
15. Carece de apoyo social.	
16. Tiene problemas de conducta.	
18. Es económicamente dependiente.	
19. Tiene expectativas no realistas.	
20. Tiene problemas con el alcohol y/o la medicación.	
21. Tiene una mala relación actual con la persona que la cuida.	
22. Tiene caídas/lesiones sospechosas.	
23. Tiene problemas mentales/emocionales.	
25. Es una persona que culpa a otra.	
26. Es emocionalmente dependiente.	
27. No tiene un médico habitual/fijo.	
<p>Puntuaciones totales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de ítems que se han puntuado de 1 a 4 (se excluyen los ítems puntuados con cero), puede ser de 0 a 22.</li> <li>▪ Suma total de la puntuación de todos los ítems (de 0 a 88).</li> <li>▪ Suma total sólo de la puntuación de los ítems del cuidador (de 0 a 44).</li> <li>▪</li> </ul> <p>Interpretación de los resultados</p> <p>Los indicadores de maltrato son enumerados por orden de importancia. En general, los indicadores del cuidador tendrían más peso que los indicadores de la persona mayor. Sin embargo, la lista de indicadores junta indica maltrato. Así, el mayor número de indicadores presentes (0-22), la puntuación total más alta (0-88) y la puntuación del cuidador (0-44) indican que es más probable que ocurra el maltrato. La tasa total (0-88) en un grupo de cuidadores diagnosticados como abusivos consistiría en una puntuación media de aproximadamente 16. Por el contrario, una puntuación media alrededor de 4 implicaría que no hay maltrato. Cada indicador que se evalúa entre 1 y 4 debe ser explorado clínicamente, aunque, cada indicador de forma individual no indica en sí mismo, maltrato.</p>	

**CUADRO II. ÍNDICE DE BARTHEL**  
(Autonomía para las Actividades de la Vida Diaria)

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
**Comer**

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc. pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

**Lavarse – bañarse**

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la regadera o tina o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

**Vestirse**

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc.) sin ayuda
5	Necesita	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un
0	Dependiente	Necesita ayuda por otra persona

**Arreglarse**

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

**Defecación**

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Incontinente o necesita ayuda con enemas o supositorios menos de una vez por semana
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro



**Micción - valorar la situación en la semana previa**

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye
5	Accidente	Máximo uno en 24 horas
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

**Ir al retrete**

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y bajar la palanca del WC. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinica (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

**Trasladarse sillón/cama**

15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y acuesta y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

**Deambulaci3n**

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	Supervisi3n o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para caminar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente / silla de	En 50 metros, debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

### Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos
5	Necesita	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fuente: Manual de Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Servicio Andaluz de Salud. 2002.

### Puntuación Total

Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 Dependencia total
- 21-60 Dependencia severa
- 61-90 Dependencia moderada
- 91-99 Dependencia escasa
- 100 Independencia

**INSTRUCCIONES** El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías –las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos– resultando un rango global entre 0 y 20.

**CUADRO III. ESCALA DE LAWTON Y BRODY**  
(Evalúa Actividades instrumentales de la vida diaria)

<b>Escala de Lawton y Brody</b>	<b>Mujer</b>	<b>Varón</b>
<b>Capacidad para usar el teléfono</b>		
Utilizar el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
Es capaz de contestar el teléfono pero no marcar	1	1
No utiliza el teléfono	0	0
<b>Hacer compras</b>		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
Totalmente incapaz de comprar	0	0
<b>Preparación de la comida</b>		
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1	1
Prepara, adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	0
Prepara, calienta y sirve las comidas pero no siguen una dieta adecuada	0	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	0
<b>Cuidado de la casa</b>		
Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	1
Realiza tareas ligeras , como lavar los platos o hacer las camas	1	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	1
No participa en ninguna labor de la casa	0	0
<b>Lavado de la ropa</b>		
Lava por si solo toda su ropa	1	1
Lava por si solo pequeñas prendas	1	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0	0
<b>Uso de medios de transporte</b>		
Viaja solo en transporte publico o conduce su propio coche	1	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
Viaja en transporte publico cuando va acompañado por otra persona	1	0
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0	0
No viaja en absoluto	0	0
<b>Responsabilidad respecto a su medicación</b>		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0	0
No es capaz de administrarse su medicación	0	0
<b>Manejo de sus asuntos económicos</b>		
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos	1	1
Incapaz de manejar dinero	0	0

Fuente: Manual de Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Servicio Andaluz de Salud. 2002.

## BIBLIOGRAFIA.

- Collins KJ. Aging, disease and the autonomic nervous system. *Rev Clin Gerontol* 1997; 7: 119-126.
11. Baylis C, Corman B. The aging kidney: insights from experimental studies. *J Am Soc Nephrol* 1998; 9: 699-709.
12. Morley JE. The aging gut: physiology. *Clin Geriatr Med* 2007; 23: 757-767.
13. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Shared risk factors for falls, incontinence and functional decline. *JAMA* 1996; 273: 1348-1353

---

<sup>i</sup> Guadalupe Dorantes-Mendoza, José Alberto Ávila, Silvia Mejía Arango, Luis Miguel Gutiérrez-Robledo, Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: análisis secundario del Estudio Nacional sobre la Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista panamericana Salud Publica/Pan Am J Public Health* 22 (1), 2007.

<sup>ii</sup> Melba Barrantes-Monge, MC, Emilio José Gracia-Mayo, MC, LUI Miguel Gutiérrez –Robledo, MC PhD, Alejandro Miguel Jaimes, MD Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos., *Rev Salud Publica de México*, Vol 49, Suplemento 4 de 2007.

<sup>iii</sup> *Liliana Giraldo Rodríguez* Maltrato de personas mayores \*instituto de geriatría, instituto nacional de salud secretaria de salud de México. Volumen V numero 2, 2010, pag 85-91.

<sup>iv</sup> . PEDRO PABLO MARIN P. ABUSO O MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR [monografía en Internet]. GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA: CIENCIAS MÉDICAS; 2000 [citado 7 Noviembre 2008]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Geriatria/AbusoMaltrato.html> .

<sup>vii</sup> Sara Aguilar-Navarro\* y José Alberto Ávila-Funes, La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el maltrato en el adulto mayor. **Gac Méd Méx Vol. 143 No. 2, 2007.**

<sup>viii</sup> , Aaron Salinas, Martha Ma. Tellez Rojo, Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores beneficiarios del programa oportunidades en México, Betty Manrique Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de la Población, ALAP, REALIZADO EN Córdoba-Argentina, del 24 al 26 de Septiembre del 2008. CONAPO, 2004. Situación Demográfica Nacional.

<sup>ix</sup> Guadalupe Dorantes-Mendoza, José Alberto Ávila-Funes, Silvia Mejía-Arango, Luis miguel Gutierrez – Robledo Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001, , *Rev Pan Am J Public Health* 22 (1) 2007.

<sup>xi</sup> **Guía de práctica clínica maltrato en el adulto mayor IMSS 2010.**

<sup>xii</sup> Encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores en el distrito federal (EMPAM) 2006. [http://www.equidad.df.gob.mx/libros/adulto\\_mayor/empam](http://www.equidad.df.gob.mx/libros/adulto_mayor/empam).

<sup>xiii</sup> **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CONTRA EL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES** <<http://www.gencat.cat/justicia/vdgir>>

<sup>xv</sup> **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Alteraciones de la Movilidad (Inmovilidad) GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO.**

<sup>xvi</sup> .- Aspectos clínicos en la atención a los adultos mayores, manual de educación gerontológica para el personal de atención primaria de salud, organización panamericana de la salud, oficina Sanitaria Panamericana, oficina regional de la OMS

<sup>xvii</sup> **Dra. Yulmys Rodríguez Borges\***; **Dra. Celia María Díaz Ontivero, Valoración funcional del adulto mayor con discapacidad Functional assessment of older adults with disabilities**

<sup>xviii</sup> **Melba Barrantes-Monge, MC<sup>i</sup>; Emilio José García-Mayo, MC<sup>ii</sup>; Luis Miguel Gutiérrez-Robledo, MC, PhD<sup>iii</sup>; Alejandro Miguel-**

---

**Jaimes, MD Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos, Functional dependence and chronic disease in older Mexicans,** <sup>l</sup>Centro de Información en Medicina-Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua <sup>ll</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, DF.

<sup>xix</sup> **Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, Téllez-Rojo MM. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud Publica Mex 2011;53:26-33**

<sup>xx</sup> *Liliana Giraldo Rodríguez Maltrato de personas mayores \*instituto de geriatría, instituto nacional de salud secretaria de salud de México. Volumen V numero 2, 2010, pag 85-91.*