

11274 2 lej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD.
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

ELABORACION DE UNA ESCALA PARA EL
DIAGNOSTICO DE SINDROME DE MALTRATO
EN LOS ADULTOS MAYORES

SECRETARIA DE SALUD T E S I S
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO PARA OBTENER EL TITULO DE:
ORGANISMO DESCENTRALIZADO E S P E C I A L I S T A E N
G E R I A T R I A
R E S E N T A :
DR. JUAN ANTONIO VIDALES OLIVO



DIRECCION DE SALUD

TUTOR DE TESIS: DR. ARMANDO PICHARDO FUSTER

HGM

Organismo Descentralizado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F. 1999

276746



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.

1998

**ELABORACIÓN DE UNA ESCALA PARA EL
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE MALTRATO
EN LOS ADULTOS MAYORES**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.

SERVICIO DE GERIATRÍA

T E S I S

**ELABORACIÓN DE UNA ESCALA PARA EL DIAGNÓSTICO DE
SÍNDROME DE MALTRATO EN LOS ADULTOS MAYORES**

AUTOR



DR. JUAN ANTONIO VIDALES OLIVO

AUTORIZACIÓN



DR. ARMANDO PICHARDO FUSTER

TUTOR DE TESIS Y JEFE DE SERVICIO

PARTICIPANTES DEL SERVICIO DE GERIATRÍA

DR. PICHARDO FUSTER ARMANDO.- Jefe de Servicio.

DRA. PEDRERO NIETO LEONOR.- Médico Adscrito.

DRA. BLANCO FERNÁNDEZ LUCINA.- Médico Adscrito.

DRA. GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ LAURA C.- Médico de Base.

DRA. LEÓN GONZÁLEZ EVILDA.- Médico de Base.

Lic. PEDROZA VÁZQUEZ IRMA.- Psicóloga.

DR. RIVERO NAVARRO MIGUEL ÁNGEL.- Residente.

DRA. RAMÍREZ DEL OLMO CLAUDIA.- Residente.

DR. ZERMEÑO CÓRDOVA ALBERTO.

DRA. MONTES LÓPEZ EDITH.

DR. CABRERA BALCÁ CER JOSÉ RHADAMÉS.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi fortaleza y mi guía.

A May, mi esposa, por las horas de paciencia, el apoyo y el cariño que me brinda.

A Toñín, mi adorable hijo, a quién dedico mis desvelos y esfuerzos, él es mi más grande estímulo para continuar.

A mis hermanos, por el soporte, el cariño y la comprensión que me han dado.

A mis padres, por sus noches de angustia y comprensión...

...Especialmente a ti Mana, mi madre, por la dicha de tenerte con nosotros y poder decirte

¡GRACIAS!.

A todos los participantes en este proyecto, por su colaboración, amistad, confianza y apoyo.

ÍNDICE

| | Pag. |
|---|------|
| PRÓLOGO..... | i |
| 1. TÍTULO..... | 1 |
| 2. ANTECEDENTES..... | 2 |
| 2.1 INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| 2.2 ELABORACIÓN DE LA PRUEBA "PILOTO"..... | 10 |
| 3. OBJETIVOS..... | 12 |
| 4. MATERIAL Y MÉTODOS..... | 12 |
| 4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO..... | 12 |
| 4.1.1 TIPO DE ESTUDIO..... | 12 |
| 4.1.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO..... | 13 |
| 4.1.3 CARACTERIZACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES..... | 13 |
| 4.1.3.1 VARIABLES INDEPENDIENTES..... | 13 |
| 4.1.3.2 VARIABLE DEPENDIENTE..... | 22 |
| 4.2 DESCRIPCIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO..... | 22 |
| 4.2.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN..... | 22 |
| 4.2.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN..... | 22 |
| 4.2.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... | 22 |
| 4.2.2.2 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN..... | 23 |
| 5. CONSIDERACIONES ÉTICAS..... | 23 |
| 6. RESULTADOS..... | 24 |
| 7. DISCUSIÓN..... | 34 |
| 8. CONCLUSIONES..... | 41 |
| 9. BIBLIOGRAFÍA..... | 42 |
| ANEXOS. | |

PRÓLOGO

¡No! a la marginación ni al maltrato físico o mental, ¡no! al abandono ni a la ingratitud y olvido de los familiares; son algunas de las múltiples proclamas que se escuchan cada vez más por parte de los adultos mayores, en los distintos foros a nivel mundial, exigiendo el respeto a sus derechos humanos y manteniendo grandes esperanzas por que se les otorgue una mejor calidad de vida.

Y aunque el maltrato se esta reconociendo cada vez más por parte de los médicos, la sociedad en general aun dista mucho de aceptar este problema, que tiene repercusiones de carácter personal, familiar, social o económico y tal vez llegue a constituir un verdadero problema de salud pública.

Toda persona que sufre de abuso, además de agravarse su situación económica (pobreza), pierde toda oportunidad para tener una vivienda digna, alimentación, vestido y derecho a la salud, limitándose a vivir sus últimos días en un ambiente de inseguridad, negándoseles igualdad y dignidad.

Por lo que es importante diseñar una prueba clinimétrica rápida y que su sensibilidad y especificidad sean adecuadas para detectar el síndrome de abuso o maltrato, aun cuando no sea admitido por el abusado o el abusador, tratando de establecer un mejor fundamento científico para el diagnóstico y a partir de ahí intentar establecer alternativas (familiares, sociales, jurídicas o institucionales) de prevención y solución.

TÍTULO

ELABORACIÓN DE UNA ESCALA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE MALTRATO EN LOS ADULTOS MAYORES

2. ANTECEDENTES

2.1 INTRODUCCIÓN

En México, al igual que en otros países, la esperanza de vida al nacer se incrementa cada vez más,⁽¹⁾ esto en parte como resultado de las mejores medidas sanitarias implementadas y por los mejores recursos de diagnóstico y tratamiento con que se cuenta actualmente; esta situación se ha visto reflejada en un fenómeno demográfico que trae consigo un aumento en la población de mayores de 60 años de edad, lo que representa también un incremento en las enfermedades asociadas a este grupo de población.

A la par, se está reconociendo también un problema relativamente creciente, es la aparición del síndrome de maltrato hacia los adultos mayores (SMAM),⁽²⁾ tan solo en los Estados Unidos de América, se estima que 1 de cada 25 sujetos mayores de 60 años sufre de maltrato, calculando en 1.1 millones de víctimas,^(2,3) esta cifra puede estar subestimada, debido a la gran dificultad para el diagnóstico, por lo que la prevalencia en muchos países (incluyendo a México) aun se desconoce.⁽⁴⁾ Dentro de los estudios realizados, destaca el de Canadá, donde se estima que la prevalencia varía del 1 al 20%.⁽⁵⁾

En estudios recientes, realizados en Gran Bretaña se ha determinado la prevalencia en 3.2 %, ^(2,6,7,8,9) algo interesante acerca de lo que se ha encontrado

en estos estudios, es el hecho que al momento de hacer el diagnóstico, el 58% de los casos han tenido ya incidentes previos de abuso, no solo eso, sino que puede establecerse en forma repetitiva hasta en un 70% de los casos, además se encontró que los abusadores suelen ser miembros de la misma familia, como el propio cónyuge (40%) y los nietos o menores de edad (50%).

Para tener un mejor entendimiento del síndrome, la definición que muchos autores plantean casi por consenso señala, que el abuso o maltrato hacia el adulto mayor es el conjunto de signos o síntomas que sugieren daño a la salud o el bienestar social de los adultos mayores, por omisión o por un acto intencional o involuntario.^(2,4,7) Se debe resaltar, de acuerdo a la definición, que el daño puede estar generado por ignorancia y generalmente de forma involuntaria; lo más grave, surge cuando se genera a través de situaciones bien intencionadas y voluntarias. Los autores no establecen diferencias entre abuso y maltrato, por lo que para fines del estudio las tomaremos como sinónimos.

Se considera en la mayoría de las ocasiones que las conductas dañinas observadas por parte de los cuidadores primarios o familiares hacia el adulto mayor, pueden ser graves y por lo tanto fáciles de reconocer o identificar (especialmente el maltrato físico) o también suelen ser leves o aparentemente poco dañinas, pero repetitivas o constantes que terminan en dañar gravemente a las personas.⁽⁹⁾ En un intento para diagnosticar el SMAM, se han establecido distintas hipótesis, que apoyadas en los diferentes signos y síntomas, proponen

al menos cuatro diferentes tipos de maltrato.^(2,3,7,8,9) Así, cuando existe un acto de violencia que termina por ocasionar una lesión corporal o mental, se puede pensar que es un maltrato físico (incluye al abuso sexual); también puede estar ocasionado por una agresión verbal repetida, generalmente a través de amenazas que conducen hacia un sufrimiento emocional (hostigamiento), este tipo de maltrato correspondería al psicológico.

Por otro lado cuando se niega deliberadamente o en forma involuntaria una asistencia elemental para la realización de las actividades de la vida diaria como puede ser lo necesario para la preparación de los alimentos, quehaceres del hogar, etc., o todo aquello que se requiera para evitar y limitar un daño físico o mental, puede conducirnos a establecer un maltrato por negligencia. Y si existe una explotación o uso inapropiado de los recursos materiales de los viejos por parte de cuidadores, familiares o beneficiarios, estaríamos ante la posibilidad de maltrato material o financiero.

En el ámbito internacional, se han descrito una serie de factores de riesgo o etiológicos relacionados con SMAM,^(2,4,6,7,8,9,10,11) separar cada uno de ellos resulta difícil, puesto que ocurren de una manera simultánea con características propias del adulto mayor o del cuidador primario (binomio adulto mayor-cuidador primario) que terminan por conjugarse y generar el maltrato hacia los viejos.

Sabemos que conforme avanza la edad, existe un proceso de declinación funcional marcada (sobre todo después de los 75 años), volviéndose sujetos más vulnerables hacia las enfermedades así como a las dependencias, lo que los hace más predispuestos para recibir maltrato.

Existen dos factores tanto en los ancianos como en sus cuidadores, que se conjugan para generar mayor riesgo de maltrato, por un lado el bajo nivel de escolaridad (ignorancia) y por otro la dependencia (física y económica); y si además agregamos que puede haber un soporte familiar o comunitario muy estrecho, donde encontramos con relativa frecuencia las historias de agresiones intrafamiliares (físicas o verbales), resulta que el apoyo que se requiere para brindarle a los adultos mayores una atención adecuada se encuentra muy limitada y se presenta un campo propicio para generar maltrato.

Cuando en el binomio encontramos toxicomanías, principalmente el consumo de cigarrillos, alcohol y drogas, se cree que pueden generar un círculo vicioso de maltrato, pues se ha descrito que aquellos sujetos que tienen estos tipos de toxicomanías activas, se muestran irritables y ansiosos, lo que los hace más vulnerables de ser maltratados o convertirse en el caso de los cuidadores, en abusadores.

Otro factor establecido de riesgo de maltrato, es la patología agregada en el binomio señalado, en los viejos destacan la historia de trastornos psiquiátricos,

eventos vasculares cerebrales y la fractura de cadera, además de los síndromes geriátricos asociados (inmovilidad, deterioro cognoscitivo, incontinencia fecal o urinaria, síndrome de fragilidad e inestabilidad y polifarmacia); esto se traduce en una mayor demanda para el apoyo en la realización de sus actividades de la vida diaria, lo que conduce hacia la depresión y dependencia. En los cuidadores son las enfermedades psiquiátricas y discapacitantes las que más se relacionan con frustración, depresión y ansiedad, que suelen terminar en maltrato a los adultos mayores a su cuidado.

Otras situaciones en los cuidadores primarios, pueden constituir riesgo de maltrato hacia los adultos mayores, como lo es el hecho de que muchos cuidadores son miembros de la propia familia y llegan a dormir en el mismo dormitorio que el adulto mayor, dedican más de 40 horas por semana a su cuidado, además suelen cuidar al mismo paciente hasta por más de un año. Si agregamos que los cuidadores llegan a tener una falta de privacidad o de socialización y en el caso de cuidadores mujeres pueden tener embarazos, y que además de cuidar al viejo, tienen a su cargo el cuidado de menores de edad, todo ello genera intolerancia y fatiga o colapso del cuidador, circunstancias propicias para convertirse en abusadores.

Hacer el diagnóstico o reconocer el síndrome de maltrato no es algo sencillo,^(2,3,8) muchos autores han propuesto una serie de guías para tratar de identificar o

sospechar el abuso hacia los ancianos, el planteamiento que se hace es partir de signos lo más objetivos posibles, fácil de corroborarse, independientemente del sesgo que pueda anteponer el cuidador primario o el propio adulto mayor; sin embargo, muchas de estas guías son muy largas, poco prácticas y excluyen muchos datos entre sí, pero algunos de estos signos que se deben investigar y que se pueden relacionar con el síndrome de maltrato son:

1. Lesiones físicas inexplicables como puede ser las fracturas, caídas o quemaduras, la evidencia de "moretones" o equimosis en lugares inusuales, efectos clínicos o hallazgos de laboratorio de sobredosis de medicamentos. Corroborar laceraciones o marcas realizadas con cuerdas u otros objetos, ser testigos de golpes, bofetadas, etc.

Muchos de los autores incluyen aquí el maltrato o abuso sexual, señalando como principales signos a investigar enfermedades de transmisión sexual inexplicables, desgarros o laceraciones rectovaginales, infección e irritación genital entre otros.

2. Al evidenciarse un hostigamiento verbal por parte de los cuidadores o familiares, intimidación, aislar a los adultos mayores de sus actividades, amigos o familiares y propiciarles un trato infantil, suelen ser signos que pueden hacer pensar en un maltrato de tipo psicológico.

3. Algo más difícil de corroborar objetivamente, es el maltrato material o financiero, que a través de los cuestionarios, se pueden investigar factores como la imposibilidad para cubrir la cuenta hospitalaria o que no haya una relación entre las condiciones de vida y los recursos económicos de que se dispone, entre los viejos y sus cuidadores o familiares, además de referencias de robos o extravíos de dinero o propiedades, así como historias de despojos.

4. Cuando a través de referencias de familiares, del cuidador o del propio adulto mayor se corroboran diversas situaciones como el aplazar o negarse a mantener un buen estado de salud, datos de desnutrición, deshidratación, úlceras por presión, pobre higiene personal, provisión de ropa o calzado inadecuada, retraso entre una lesión o enfermedad y su atención médica y las diferentes circunstancias en las que se puede incurrir en fallas para proporcionar apoyo físico (lentes, bastones, prótesis dentales, etc.) o las medidas necesarias o indispensables de seguridad en el hogar (condiciones de vivienda). Son datos que puede orientar a tener la sospecha de maltrato por negligencia

Homer⁽¹²⁾ reporta que solo en el 45% de los casos, los cuidadores admiten abiertamente que abusan de los sujetos adultos mayores, mientras que son muy pocos los pacientes o adultos mayores que lo admiten.

Como precedente, Marín y cols.⁽¹³⁾ desarrollaron un estudio de casos y controles, donde proponen una escala clinimétrica que detecte el probable síndrome de maltrato en los adultos mayores. La escala se divide en tres categorías: 1.- consecuencias físicas de posibles negligencias, 2.- grado de cumplimiento terapéutico y 3.- la actitud observada en el cuidador; no fueron informados tanto los familiares o cuidadores sobre los objetivos del estudio para evitar respuestas sesgadas.

En dicha escala se otorga en forma arbitraria una calificación total de 11 puntos, señalando que una puntuación mayor a 8 tenía una alta probabilidad de sufrir abuso. El estudio se enfoca más hacia el abuso físico o por negligencia; sin embargo, no contempla los otros tipos de abuso y solo identifica algunos factores de riesgo.

La escala no ha sido validada a nivel internacional, además tiene el sesgo de que muchos de los signos señalados pueden ser resultado de diferentes procesos tanto relacionados con el envejecimiento o patológicos y que no necesariamente reflejan maltrato al menos en forma aislada.⁽²⁾

Ante las evidencias, sobre los problemas para realizar el diagnóstico de SMAM y la poca información encontrada en la bibliografía, son las principales razones que nos motivan a realizar un nuevo modelo de escala diagnóstica.

2.2 ELABORACIÓN DE LA PRUEBA "PILOTO"

En un intento por tratar de crear y desarrollar un instrumento que permita un diagnóstico de maltrato lo más objetivo posible además de rápido y sencillo, motivo de nuestro estudio; se elaboró por consenso entre expertos en el campo de la geriatría, una prueba piloto de maltrato, de donde surge nuestra escala final.

- 1° Se elaboró un listado de 80 aspectos relacionados a la detección del SMAM, que contempla dos categorías fundamentales, los factores de riesgo relacionados con el maltrato y los signos que hacen sospecharlo.
- 2° El listado fue sometido a un panel de 10 expertos en el tema, (jefes de servicios de geriatría de otros hospitales, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, así como trabajadoras sociales; todos con prestigio reconocido en materia de geriatría), quienes hicieron la selección por consenso de los aspectos más relevantes que deberían incluirse en la escala de maltrato a elaborar.
- 3° El listado, se entregó a los expertos en un sobre cerrado, sin contacto directo entre el investigador y el experto, solo se acompañó de una breve explicación del protocolo y de las instrucciones para que eligieran los aspectos que consideraran convenientes para el estudio; así como las propuestas o

adecuaciones de los mismos, incluso aspectos nuevos que no hayan sido contemplados en nuestro listado.

4º Una vez seleccionados por consenso y adaptados a nuestro medio, todos los aspectos o variables a investigar, se elaboró la prueba piloto (ANEXO I), en donde se incluyeron tres aspectos principales:

A).- Ficha de identificación breve del adulto mayor y del cuidador primario.

B).- La escala propiamente dicha

- I. Aspectos o características relacionadas al adulto mayor evaluado
- II. Aspectos o características relacionadas al cuidador primario
- III. Aspectos relacionados a lesiones físicas
- IV. Aspectos relacionados a negligencia
- V. Datos relacionados a aspectos psicológicos
- VI. Datos relacionados con aspectos financieros
- VII. Datos relacionados con aspectos sexuales
- VIII. Aspectos en relación con la aceptación del maltrato

C).- Calificación

3. OBJETIVOS

1. Definir mediante una escala clinimétrica, el síndrome de abuso en el adulto mayor.
2. Detectar a través del estudio:
 - A. Factores de riesgo relacionados
 - B. Tipo de abuso o maltrato (físico, psicológico, negligencia, sexual y material o financiero) predominante.
3. Definir la prevalencia del síndrome de abuso, en el Servicio de Geriatria del Hospital General de México, O.D. (HGM).

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

4.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Encuesta transversal, prueba diagnóstica.

3. OBJETIVOS

1. Definir mediante una escala clinimétrica, el síndrome de abuso en el adulto mayor.
2. Detectar a través del estudio:
 - A. Factores de riesgo relacionados
 - B. Tipo de abuso o maltrato (físico, psicológico, negligencia, sexual y material o financiero) predominante.
3. Definir la prevalencia del síndrome de abuso, en el Servicio de Geriatría del Hospital General de México, O.D. (HGM).

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

4.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Encuesta transversal, prueba diagnóstica.

4.1.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- A). Se realizó un análisis bivariado
- B). Las variables significativas, fueron ponderadas y se analizaron mediante una curva ROC.
- C). Se consideró significativo, una $p < 0.05$

4.1.3. CARACTERIZACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

4.1.3.1. VARIABLES INDEPENDIENTES

La mayoría de las variables independientes se evaluaron en una forma dicotómica, es decir con un sí o no de acuerdo a las definiciones siguientes:

I. Aspectos relacionados con el adulto mayor:

Edad.- Edad de 60 a 79 años (no) y edad mayor a 80 años (si)

Escolaridad.- Escolaridad nula o primaria incompleta (si), escolaridad mayor a la primaria terminada (no)

Dependencia económica.- Depender económicamente del cuidador primario o familiar, y no recibir pensión (si). Recibir pensión o tener recursos económicos propios (no)

Mala red familiar.- La ausencia de familiares que puedan brindar un apoyo adecuado o efectivo para la atención del adulto mayor (si),

Historia de agresiones intrafamiliares.- Antecedentes de agresiones físicas o verbales predominantemente en la infancia a nivel intrafamiliar (si).

Falta de privacidad.- Cuando el viejo no vive en casa o cuarto propio (si)

Tabaquismo activo.- Consumo de cigarrillos, puro o pipa en una forma activa sin importar la cantidad (si).

Consumo de alcohol.- Consumo diario de alcohol o con ingesta cada 8 o 15 días llegando a la embriaguez (si).

Consumo de drogas.- Consumo y/o abuso de drogas (cocaína, marihuana, etc.) (si)

Trastorno psiquiátrico ya establecido.- Tener diagnóstico y tratamiento de trastorno psiquiátrico ya establecido por neurólogo o psiquiatra (si).

Evento vascular cerebral.- Evento vascular cerebral reciente o antiguo con secuelas neurológicas (si).

Fractura de cadera.- Fractura de cadera reciente o antigua (si).

Inmovilidad.- Incapacidad para la movilización sin apoyo (si).

Deterioro cognoscitivo.- Trastorno caracterizado principalmente por pérdida de la memoria utilizando recursos clínicos para el diagnóstico (si)

Incontinencia fecal o urinaria.- Pérdida involuntaria de orina o heces (si).

Caídas o inestabilidad.- A través de historia clínica, sospechar inestabilidad o con historia de eventos de caídas más de dos en el último año (si).

Fragilidad.- El diagnóstico se realizará a través de la historia clínica, al cumplir los criterios establecidos. (si)

Depresión.- Se hará el diagnóstico mediante la historia clínica y al cumplir los criterios ya establecidos (si).

Polifarmacia.- Cuando se tengan más de 3 fármacos al momento de la evaluación (si).

II. Aspectos relacionados al cuidador primario:

Edad.- Edad en el cuidador primario menor de 16 años o mayor de 65 años (si), edad entre los 17 a 64 años (no).

Escolaridad.- Escolaridad nula o primaria incompleta (si).

Historia de agresiones intrafamiliares.- Antecedentes de agresiones físicas o verbales predominantemente en la infancia, a nivel intrafamiliar (si).

Dependencia económica.- Dependencia económica del propio adulto mayor, familiares u otros (si).

Toxicomanías.- Consumo de alcohol y drogas con los mismos parámetros que el adulto mayor (si).

Trastorno psiquiátrico ya establecido.- Tener diagnóstico y tratamiento de trastorno psiquiátrico ya establecido por parte de neurólogo o psiquiatra (si).

Duerme en el mismo cuarto que el adulto mayor.- Cuando duerme el cuidador con el adulto mayor en el mismo cuarto (si).

Tiempo dedicado al cuidado.- El cuidador dedica más de 40 horas a la semana al cuidado del adulto mayor o por más de un año al mismo sujeto (si).

Falta de privacidad o socialización.- Cuando no es la casa del cuidador, no se le permiten vistas de amigos o familiares o cuando debido al cuidado del adulto mayor, no tenga tiempo para divertirse o socializar (si).

Embarazo o cuidado de menores de edad.- Cuando además del cuidado del adulto mayor, se tenga a cargo el cuidado de menores de edad, o en el caso de ser mujer estar embarazada (si)

Interrupción del sueño ocasionado por el paciente o adulto mayor.- Cuando el sueño del cuidador es interrumpido por quejas o demandas constantes del adulto mayor (si).

III. Aspectos relacionados con lesiones físicas:

Explicación vaga o rara de las lesiones.- Se consideró (si), cuando a la exploración física general, se encontraran lesiones físicas, claras, y que al interrogar a los familiares o cuidadores, no explicaran en forma razonable o congruente su origen.

Negación de una lesión obvia.- Cuando ante la evidencia de lesiones físicas, se negara su presencia. (si)

Evidencia de lesiones físicas (quemaduras, pellizcos, empujones, bofetadas, equimosis, etc.).- Cuando por el tipo de lesiones, se sospechara en quemaduras, bofetadas, etc. (si)

Ser testigos de agresiones físicas.- Durante su evaluación o estancia hospitalaria, cualquier miembro del equipo multidisciplinario, presenciara una agresión física hacia el adulto mayor. (si)

IV. Aspectos relacionados con negligencia:

Retraso entre el momento de una lesión o enfermedad y su atención.-

Retraso inexplicable o no razonable entre el momento de una lesión o enfermedad y su atención (si).

Deshidratación moderada o severa.- Al momento de su valoración inicial, a través de datos clínicos fundamentar el diagnóstico de deshidratación de moderada a severa (si).

Úlceras por presión grado III o más.- En la exploración física, encontrar úlcera por presión grado III o más (si).

Desnutrición moderada o severa.- A través de evaluación clínica, documentar desnutrición moderada o severa (si).

Pobre higiene personal.- Al momento de la evaluación encontrar desaliño, uñas sucias y largas o mal aseo general (si).

Disminución de los arcos de movilidad.- Disminución de los arcos de movilidad en más del 10% de tres articulaciones grandes o más (si).

Negarse a recibir atención médica.- Negarse a recibir la atención médica por parte de los cuidadores, familiares o el propio adulto mayor (si).

Fallas para proporcionar "apoyos" adecuados (prótesis, bastones, lentes, etc.).- Incapacidad o falla de los cuidadores o familiares para proveer los "apoyos" necesarios para mantener un buen estado de salud (si).

Fallas para proporcionar medidas de seguridad en el hogar.- Cuando no se realicen modificaciones o adecuaciones mínimas en el hogar, para brindar mayor seguridad al enfermo (camas adecuadas, pasamanos, cintas antiderrapantes, etc.,) (si).

Hospitalizaciones frecuentes.- Más de dos hospitalizaciones en menos de un mes sin importar el motivo.

Provisión de ropa o calzado inadecuados.- Al momento de la evaluación, encontrar al adulto mayor con ropa o calzado inadecuados (tallas que no corresponden, tenis o zapatos rotos o de número mayor, etc.) (si).

Indiferencia o desinterés por el enfermo.- Durante la evaluación o tiempo de hospitalización, observar en el cuidador primario o familiares desinterés o apatía hacia el adulto mayor, en cuanto a evolución, diagnóstico, pronóstico, etc. (si)

Insistir en la hospitalización o asilamiento injustificado.- Al momento de la evaluación, el cuidador y/o los familiares muestran interés en la hospitalización o asilamiento, aun cuando desde el punto de vista médico o clínico no esta justificado (si).

Abandono del enfermo en el hospital.- Durante la estancia hospitalaria, el cuidador o familiares no visitan al enfermo por más de 72 horas (si).

Resistencia para el egreso.- Al momento de egresar al enfermo hospitalario, se muestra renuencia o resistencia injustificada por parte de los cuidadores o familiares (si).

V. Datos relacionados con aspectos psicológicos:

Trastornos conductuales o emocionales recientes.- Trastornos emocionales o conductuales en los últimos 3 meses antes de la evaluación (si).

Hostilidad para dar de comer.- Observar a los cuidadores o familiares hostilidad al dar de comer a los adultos mayores (si).

Hostigamiento verbal.- Durante al evaluación o la hospitalización, observar a los cuidadores primarios o familiares tratar mal u hostigar verbalmente a los adultos mayores (si).

Intimidación.- Observar a los familiares o cuidadores intimidar a los adultos mayores en la evaluación o durante la estancia hospitalaria (si).

Trato infantil.- Observar a los cuidadores o familiares durante la evaluación o estancia hospitalaria, dar un trato infantil a los adultos mayores (si).

Aislamiento de sus actividades, amigos o familiares.- Por parte de los cuidadores haya impedimento para que realice sus actividades, visite o lo visiten amigos o familiares, a través de referencias familiares o de trabajo social (si).

Intervenciones reiterativas durante la entrevista por parte de del cuidador o familiar.- Durante la evaluación o estancia hospitalaria, al momento de las

entrevistas, exista una intervención reiterativa por parte del cuidador o familiar, cuando el adulto mayor quiere expresarse o comunicar algo (si).

VI. Datos relacionados con aspectos financieros:

Imposibilidad para cubrir la cuenta hospitalaria.- Cuando el cuidador o familiar no puedan cubrir la cuenta hospitalaria de manera poco razonable (si).

Desproporción entre las condiciones de vida y la capacidad económica propia o de la familia.- Cuando las condiciones del adulto mayor al momento de la evaluación inicial o durante la estancia hospitalaria, sean desproporcionadas a las condiciones aparentes de los cuidadores o familiares (forma de vestir por ejemplo) (si).

Robo de dinero o pertenencias.- Que a través del propio adulto mayor o cuidador o familiar, refieren pérdidas inexplicables de dinero o pertenencias del adulto mayor (si).

Historia de despojo de sus propiedades.- Antecedentes de despojo de propiedades, o que sean sujetos de juicios o demandas para adueñarse de sus propiedades (si).

VII. Datos relacionados con aspectos sexuales:

Coacción o ataque sexual.- Contacto sexual sin consentimiento de los adultos mayores o cuando el adulto mayor está imposibilitado para dar su consentimiento (si).

Enfermedad genital o de transmisión sexual inexplicable.- Que se documente a través de recursos clínicos, la existencia de una enfermedad de transmisión sexual inexplicable (si).

Comportamiento sexual inapropiado.- Cuando el adulto mayor curse con desinhibición sexual (si).

Desgarros perineales o manchas bajo la ropa.-Al momento de la evaluación inicial se encuentren desgarros perineales o lesiones genitales poco explicables (si).

VIII. Aspectos relacionados a la aceptación del maltrato:

El paciente acepta abiertamente ser abusado.- Cuando de forma voluntaria y abierta, sin presión alguna el adulto mayor acepta ser abusado por parte del cuidador o familiares (si).

El cuidador y/o familiar, aceptan abiertamente ser abusadores.- Cuando de forma voluntaria, abierta y sin presión el cuidador o familiar aceptan abusar al adulto mayor (si).

4.1.3.2. VARIABLE DEPENDIENTE

El diagnóstico del síndrome de abuso, se realizó a través del consenso del grupo o equipo multidisciplinario del Servicio de Geriatría del HGM, coincidieron en dicho diagnóstico a través de un criterio clínico de tipo abierto, evaluándolo como presente o ausente, sin mencionar que se aplicó la prueba piloto, ni sus resultados.

4.1 DESCRIPCIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO

4.2.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Se estudiaron todos los pacientes mayores de 60 años de cualquier sexo, que ingresaron al Servicio de Geriatría del Hospital General de México, O.D., en un periodo comprendido del 1° de agosto de 1999 al 1° de diciembre de 1999.

4.2.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.2.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes mayores de 60 años de edad que ingresen al área de hospitalización, del servicio de geriatría del HGM.

Pacientes que acudan con su cuidador primario o familiar cercano.

4.2.2.2. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Pacientes que acudan solos o no cuenten con familiares o cuidadores.

Pacientes en quienes se les dificulta la comunicación por disminución en la sensopercepción.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio no se sometió a consentimiento informado, debido a que la evaluación se realizó a la par de la historia clínica y no tiene ninguna repercusión terapéutica. De esta manera se evita el sesgo motivo de parte del paciente y del cuidador o familiar.

Cuando se considero el diagnóstico de síndrome de maltrato, se orientó a los familiares para evitarlo o prevenirlo, a través del equipo multidisciplinario (psicóloga, trabajadora social, gericultista, tanatóloga y geriatra), según el protocolo establecido en el servicio para dicho motivo..

4.2.2.2. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Pacientes que acudan solos o no cuenten con familiares o cuidadores.

Pacientes en quienes se les dificulta la comunicación por disminución en la sensopercepción.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio no se sometió a consentimiento informado, debido a que la evaluación se realizó a la par de la historia clínica y no tiene ninguna repercusión terapéutica. De esta manera se evita el sesgo motivo de parte del paciente y del cuidador o familiar.

Cuando se considero el diagnóstico de síndrome de maltrato, se orientó a los familiares para evitarlo o prevenirlo, a través del equipo multidisciplinario (psicóloga, trabajadora social, gericultista, tanatóloga y geriatra), según el protocolo establecido en el servicio para dicho motivo..

6. RESULTADOS

En el periodo de estudio, se ingresaron al Servicio de Geriátría del HGM, un total de 110 pacientes, de acuerdo a los criterios de selección, se incluyeron 54 pacientes, 26 mujeres (48 %) y 28 hombres (52 %), con edades de 65 a 94 años, para una media de 79.6 +/- 6.9. Se estableció que en el 25.9 % (14) se realizó el diagnóstico de maltrato.

A). Todas las variables fueron sometidas a un análisis bivariado, divididos en 6 segmentos de acuerdo a nuestra prueba piloto. (TABLAS: 1,2,3,4,5 Y 6)

TABLA 1: ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ADULTO MAYOR

| VARIABLE | ABUSO | | RM * | IC 95% | | p |
|--|---------|-----|------|--------|-------|--------|
| | n | % | | INF. | SUP. | |
| EDAD | 8 (26) | 31 | 1.6 | 0.47 | 5.56 | 0.43 |
| SEXO | 8 (33) | 24 | 0.8 | 0.23 | 2.75 | 0.75 |
| ESCOLARIDAD NULA O PRIMARIA INCOMPLETA | 10 (37) | 27 | 1.2 | 0.31 | 4.57 | 0.78 |
| DEPENDENCIA ECONÓMICA | 12 (37) | 32 | 3.3 | 0.65 | 17.2 | 0.13 |
| MALA RED DE APOYO FAMILIAR | 9 (16) | 56 | 8.4 | 2.16 | 33.1 | 0.001 |
| HISTORIA DE AGRESIONES INTRAFAMILIARES | 6 (6) | 100 | 0.1 | 0.08 | 0.31 | 0.0001 |
| FALTA DE PRIVACIDAD | 6 (12) | 50 | 4.2 | 1.08 | 16.7 | 0.03 |
| TABAQUISMO ACTIVO | 1 (8) | 13 | 0.3 | 0.03 | 3.14 | 0.66 |
| CONSUMO DE ALCOHOL | 2 (8) | 25 | 0.9 | 0.16 | 5.32 | 1 |
| CONSUMO DE DROGAS | 0 (0) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TRASTORNO PSIQUIÁTRICO YA ESTABLECIDO | 1 (2) | 50 | 3 | 0.17 | 51.45 | 0.45 |
| EVENTO VASCULAR CEREBRAL | 2 (10) | 20 | 0.6 | 0.12 | 3.59 | 1 |
| FRACTURA DE CADERA | 3 (5) | 60 | 5.1 | 0.76 | 35.02 | 0.1 |
| INMOVILIDAD | 9 (21) | 43 | 4.2 | 1.61 | 15.18 | 0.02 |
| DETERIORO COGNOSCITIVO | 3 (7) | 43 | 2.4 | 0.47 | 12.68 | 0.03 |
| INCONTINENCIA FECAL O URINARIA | 7 (16) | 44 | 3.4 | 0.95 | 12.43 | 0.05 |
| CAÍDAS O INESTABILIDAD | 6 (17) | 35 | 1.9 | 0.55 | 7.01 | 0.28 |
| FRAGILIDAD | 5 (16) | 31 | 1.4 | 0.4 | 5.34 | 0.56 |
| DEPRESIÓN | 11 (22) | 50 | 9.3 | 2.17 | 39.97 | 0.001 |
| POLIFARMACIA | 5 (12) | 42 | 2.6 | 0.67 | 10.24 | 0.15 |

* Razón de Momios

TABLA 2: ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CUIDADOR PRIMARIO

| VARIABLE | ABUSO | | RM | IC 95% | | p |
|---|---------|-----|------|--------|-------|--------|
| | n | % | | INF. | SUP. | |
| EDAD | 1 (3) | 33 | 1.4 | 0.12 | 17.48 | 1 |
| SEXO | 9 (44) | 21 | 0.2 | 0.06 | 1.08 | 0.05 |
| ESCOLARIDAD NULA O PRIMARIA INCOMPLETA | 10 (37) | 31 | 1.4 | 0.4 | 5.34 | 0.56 |
| HISTORIA DE AGRESIONES INTRAFAMILIARES | 10 (15) | 67 | 17.5 | 3.94 | 77.7 | 0.0001 |
| DEPENDENCIA ECONÓMICA | 7 (22) | 32 | 1.6 | 0.48 | 5.68 | 0.41 |
| CONSUMO DE ALCOHOL | 6 (10) | 60 | 6.7 | 1.53 | 29.62 | 0.006 |
| CONSUMO DE DROGAS | 2 (4) | 50 | 3.1 | 0.4 | 24.96 | 0.27 |
| TRASTORNO PSIQUIÁTRICO YA ESTABLECIDO | 1 (1) | 100 | 0.2 | 0.15 | 0.39 | 0.25 |
| ENFERMEDADES DISCAPACITANTES | 0 (1) | 0 | 0.7 | 0.62 | 0.86 | 1 |
| DUERME EN EL MISMO CUARTO QUE EL PACIENTE | 6 (16) | 38 | 2.2 | 0.62 | 8.07 | 0.2 |
| DEDICA MÁS DE 40 HR POR SEMANA | 9 (29) | 31 | 1.8 | 0.51 | 6.32 | 0.35 |
| HA CUIDADO MÁS DE 1 AÑO AL MISMO PACIENTE | 11 (31) | 36 | 3.6 | 0.88 | 15.15 | 0.06 |
| FALTA DE PRIVACIDAD Y SOCIALIZACIÓN | 6 (14) | 43 | 3 | 0.8 | 11.13 | 0.09 |
| EMBARAZO O CUIDADO DE MENORES DE EDAD | 0 (3) | 0 | 0.7 | 0.61 | 0.85 | 0.56 |
| INTERRUPCIÓN DEL SUEÑO POR EL PACIENTE | 11 (22) | 50 | 9.6 | 2.26 | 41.33 | 0.001 |

TABLA 3: ASPECTOS RELACIONADOS CON LESIONES FÍSICAS

| VARIABLE | ABUSO | | RM | IC 95% | | p |
|---|-------|-----|-----|--------|------|-------|
| | n | % | | INF. | SUP. | |
| EXPLICACIÓN VAGA O RARA DE LAS LESIONES | 4 (4) | 100 | 0.2 | 0.11 | 0.34 | 0.003 |
| NEGACIÓN DE UNA LESIÓN OBVIA | 1 (1) | 100 | 0.2 | 0.15 | 0.39 | 0.25 |
| EVIDENCIA DE LESIONES FÍSICAS | 2 (2) | 100 | 0.2 | 0.14 | 0.37 | 0.06 |
| SER TESTIGOS DE AGRESIONES FÍSICAS | 2 (2) | 100 | 0.2 | 0.11 | 0.34 | 0.003 |

TABLA 4: ASPECTOS RELACIONADOS CON NEGLIGENCIA

| VARIABLE | ABUSO | | RM | IC 95% | | p |
|--|---------|-----|------|--------|-------|--------|
| | n | % | | INF. | SUP. | |
| RETRASO EN LA ATENCIÓN | 10 (12) | 83 | 47.5 | 7.58 | 297.5 | 0.0001 |
| DESHIDRATACIÓN MODERADA O SEVERA | 8 (20) | 40 | 3.1 | 0.88 | 10.92 | 0.07 |
| ULCERAS POR PRESIÓN GRADO III O MÁS | 3 (3) | 100 | 0.2 | 0.12 | 0.36 | 0.015 |
| DESNUTRICIÓN MODERADA O SEVERA | 9 (15) | 60 | 10.2 | 2.52 | 41.19 | 0.0001 |
| POBRE HIGIENE PERSONAL | 8 (11) | 72 | 16.4 | 3.37 | 80.04 | 0.0001 |
| DISMINUCIÓN DE LOS ARCOS DE MOVILIDAD | 8 (15) | 53 | 6.2 | 1.28 | 23.91 | 0.004 |
| NÉGARSE A RECIBIR ATENCIÓN | 10 (11) | 91 | 95.5 | 0.78 | 971.3 | 0.0001 |
| FALLAS PARA PROPORCIONAR "APOYOS" | 7 (7) | 100 | 0.14 | 0.07 | 0.29 | 0.0001 |
| FALLAS PARA PROPORCIONAR MEDIDAS DE SEG. | 8 (8) | 100 | 0.13 | 0.062 | 0.27 | 0.0001 |
| HOSPITALIZACIONES FRECUENTES | 4 (7) | 57 | 4.9 | 0.94 | 25.7 | 0.06 |
| PROVISIÓN DE ROPA O CALZADO INADECUADO | 3 (4) | 75 | 10.6 | 1 | 112.6 | 0.04 |
| INDIFERENCIA O DESINTERÉS POR EL ENFERMO | 9 (9) | 100 | 0.11 | 0.49 | 0.25 | 0.0001 |
| INSISTIR EN LA HOSPITALIZACIÓN | 4 (4) | 100 | 0.2 | 0.11 | 0.34 | 0.003 |
| ABANDONO DEL ENFERMO EN EL HOSPITAL | 6 (6) | 100 | 0.16 | 0.08 | 0.31 | 0.0001 |
| RESISTENCIA PARA EL EGRESO | 4 (4) | 100 | 0.2 | 0.11 | 0.34 | 0.003 |

TABLA 5: ASPECTOS PSICOLÓGICOS

| VARIABLE | ABUSO | | RM | IC 95% | | p |
|--|--------|-----|------|--------|-------|--------|
| | n | % | | INF. | SUP. | |
| TRASTORNOS CONDUCTUALES O EMOCIONALES | 7 (10) | 70 | 12.3 | 2.55 | 59.6 | 0.0001 |
| HOSTILIDAD PARA DAR DE COMER | 6 (6) | 100 | 0.16 | 0.8 | 0.31 | 0.07 |
| HOSTIGAMIENTO VERBAL | 7 (7) | 100 | 0.1 | 0.07 | 0.3 | 0.015 |
| INTIMIDACIÓN | 3 (3) | 100 | 0.21 | 0.12 | 0.36 | 0.0001 |
| TRATO INFANTIL | 5 (5) | 100 | 0.1 | 0.1 | 0.33 | 0.0001 |
| AISLAMIENTO DE SUS ACTIVIDADES, AMIGOS | 6 (7) | 86 | 29.5 | 3.08 | 227.3 | 0.004 |
| INTERVENCIONES REITERATIVAS | 6 (6) | 100 | 0.16 | 0.08 | 0.31 | 0.0001 |

TABLA 6: ASPECTOS FINANCIEROS

| VARIABLE | ABUSO | | RM | IC 95% | | p |
|--|--------|-----|------|--------|-------|--------|
| | n | % | | INF. | SUP. | |
| IMPOSIBILIDAD PARA CUBRIR LA CUENTA HOSP. | 8 (12) | 67 | 12 | 2.73 | 52.66 | 0.0001 |
| DESP. ENTRE CONDICIONES DE VIDA / CAP. ECON. | 4 (5) | 80 | 15.6 | 1.56 | 55.41 | 0.013 |
| ROBO DE DINERO O PERTENENCIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| HISTORIA DE DESPOJO DE SUS PROPIEDADES | 2 (2) | 100 | 0.2 | 0.14 | 0.37 | 0.6 |

B). De acuerdo al análisis bivariado, todas las variables fueron sometidas a estratificación según el riesgo encontrado en cada una de estas, según los siguientes criterios. (TABLA: 7)

ESTRATIFICACIÓN

| RM | Pts. |
|---------|------|
| 0 – 9 | 1 |
| 10 – 19 | 2 |
| > 20 | 3 |

TABLA 7: ESTRATIFICACIÓN DE ACUERDO A LA RM

| VARIABLES | RM | PTS. |
|---|-----------|-------------|
| ADULTO MAYOR | | |
| DEPRESIÓN | 9.3 | 1 |
| MALA RED DE APOYO FAMILIAR | 8.4 | 1 |
| INMOVILIDAD | 4.2 | 1 |
| SUBTOTAL | | 3 |
| CUIDADOR PRIMARIO | | |
| HISTORIA DE AGRESIONES INTRAFAMILIARES | 17.5 | 2 |
| INTERRUPCIÓN DEL SUEÑO POR EL PACIENTE | 9.6 | 1 |
| CONSUMO DE ALCOHOL | 6.7 | 1 |
| SUBTOTAL | | 4 |
| NEGLIGENCIA | | |
| NEGARSE A RECIBIR ATENCIÓN | 97.5 | 3 |
| RETRASO EN LA ATENCIÓN | 47.5 | 3 |
| POBRE HIGIENE PERSONAL | 16.4 | 2 |
| PROVISIÓN DE ROPA O CALZADO INADECUADO | 10.6 | 2 |
| DESNUTRICIÓN | 10.2 | 2 |
| DISMINUCIÓN EN LOS ARCOS DE MOVILIDAD | 6.2 | 1 |
| SUBTOTAL | | 13 |
| PSICOLÓGICOS | | |
| AISLAR DE SUS ACTIVIDADES, AMIGOS O FAM. | 29.2 | 3 |
| TRASTORNOS CONDUCTUALES RECIENTES | 12.3 | 2 |
| SUBTOTAL | | 5 |
| FINANCIEROS | | |
| Desproporción ENTRE LAS CONDICIONES DE V. | 15.6 | 2 |
| IMPOSIBILIDAD PARA PAGAR LA CUENTA HOSP. | 12 | 2 |
| SUBTOTAL | | 4 |
| TOTAL | | 29 |

C). La escala de un total de 29 puntos posibles, se dividió en 3 partes con la finalidad de estratificar en bajo, mediano y alto riesgo para tener SMAM:

ESTRATIFICACIÓN

| Pts. | NIVEL DE RIESGO |
|--------|-----------------|
| 0 – 7 | Bajo |
| 8 – 13 | Mediano |
| > 14 | Alto |

D). Posterior a la estratificación de las variables, se calificó a los pacientes con la nueva escala y se comparó con el resultado de los expertos (TABLA: 8)

TABLA 8: PUNTUACIÓN SEGÚN ESTRATIFICACIÓN

| ESCALA DE MALTRATO (Pts) | ABUSO SEGÚN EXPERTOS | | |
|--------------------------|----------------------|-------------------|----------------|
| | Ausente n (%) | Presente n (%) | TOTAL n (%) |
| 0 a 7 | 38 (100) | 0 (0) | 38 (100) |
| 8 a 13 | 1 (25) | 3 (75) | 4 (100) |
| > 14 | 1 (8) | 11 (92) | 12 (100) |
| TOTAL | 40 (75.5) | 14 (25.9) | 54 (100) |

$p < 0.0001$

E). Con el fin de encontrar el punto de corte con mayor especificidad y sensibilidad, se calculó mediante la curva ROC, comparando los tres distintos puntos de corte establecidos de acuerdo a la estratificación y se encontró:

- A. Cuando el punto de corte se tomó como >14 , la sensibilidad fue de 78% y la especificidad del 79 %, con un valor predictivo positivo (VPP) de 91%.
- B. Cuando el punto de corte se tomó en >8 , la sensibilidad fue de 100 % con una especificidad del 95% y un VPP de 88%.

7. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados, encontramos una prevalencia del SMAM del 25.9 %, acorde con lo esperado, en virtud de las características de nuestra población. La edad no constituyó un factor de riesgo para maltrato al igual que el género, al no encontrar diferencias significativas.

Después de haber sometido todas las variables al análisis bivariado, encontramos que de los aspectos relacionados con el adulto mayor y el SMAM, 6 variables fueron estadísticamente significativas; sin embargo, solo tres variables (depresión, inmovilidad y mala red de apoyo familiar), tuvieron un valor considerable después de someterlas a estratificación y ponderación.

E). Con el fin de encontrar el punto de corte con mayor especificidad y sensibilidad, se calculó mediante la curva ROC, comparando los tres distintos puntos de corte establecidos de acuerdo a la estratificación y se encontró:

- A. Cuando el punto de corte se tomó como >14 , la sensibilidad fue de 78% y la especificidad del 79 %, con un valor predictivo positivo (VPP) de 91%.
- B. Cuando el punto de corte se tomó en >8 , la sensibilidad fue de 100 % con una especificidad del 95% y un VPP de 88%.

7. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados, encontramos una prevalencia del SMAM del 25.9 %, acorde con lo esperado, en virtud de las características de nuestra población. La edad no constituyó un factor de riesgo para maltrato al igual que el género, al no encontrar diferencias significativas.

Después de haber sometido todas las variables al análisis bivariado, encontramos que de los aspectos relacionados con el adulto mayor y el SMAM, 6 variables fueron estadísticamente significativas; sin embargo, solo tres variables (depresión, inmovilidad y mala red de apoyo familiar), tuvieron un valor considerable después de someterlas a estratificación y ponderación.

La funcionalidad (física, familiar y social) en los viejos, es fundamental para mantener una buena interrelación entre el binomio (adulto mayor-cuidado primario), para realizar las actividades de la vida diaria. La depresión ocasiona una disminución en la funcionalidad, lo que conduce a una demanda mayor de apoyo; es decir, mayor dependencia lo que consideramos común denominador de muchas variables en la generación del maltrato.

La inmovilidad puede ser el resultado final de muchas circunstancias que se pueden conjugar en los viejos, ya sea por patologías variadas o por ser la expresión máxima de la pérdida de la funcionalidad en los adultos mayores.

En nuestro Hospital, muchos de los casos de maltrato, en los cuales se determinó una mala red de apoyo familiar, provenían de familias desintegradas, es decir, que a pesar de tener familiares, no vivían con ellos o si lo hacían, no brindaban el apoyo necesario para la atención de los pacientes.

Dentro de los aspectos relacionados con el cuidador primario, cuatro variables fueron significativas; solo tres se incluyeron en nuestra prueba final después de la estratificación y ponderación (historia de agresiones intrafamiliares, interrupción del sueño ocasionada por el paciente y consumo de alcohol). El tener antecedentes de agresiones intrafamiliares parece ser un factor determinante en la aparición del maltrato, que como se sabe, personas que han sido maltratadas, tienden a repetir el mismo patrón de conducta; más aun cuando se agrega el

consumo de alcohol en los cuidadores. La interrupción del sueño ocasionada por el adulto mayor, como factor de riesgo, puede explicarse por la fatiga y colapso del cuidador, propiciando frustración e irritabilidad así como mayor agresión hacia los demás.

En la prueba piloto, encontramos que nuestros pacientes calificaron casi en el total de las variables de los aspectos relacionados con negligencia y aspectos psicológicos. En el caso de la negligencia, fueron 13 variables estadísticamente significativas; solo 6 de acuerdo a la estratificación y ponderación, se incluyeron en la escala (negarse a recibir la atención médica, retraso entre el momento de una lesión o enfermedad y su atención, pobre higiene personal, provisión de ropa o calzado inadecuado, desnutrición y disminución en los arcos de movilidad). Y de los aspectos psicológicos 6 variables fueron significativas, solo dos se incluyeron (asilar de sus actividades, amigos o familiares y trastornos conductuales o emocionales recientes).

El retraso entre el momento de sufrir una lesión o enfermedad y su atención médica, además de negarse a recibirla, no es nada raro encontrarlo, interviniendo diferentes factores como la ignorancia, la falta de recursos económicos y posiblemente por descuido, desinterés o aislamiento del adulto mayor. Estas últimas causas, pueden ser las responsables también de que lleguen los enfermos con desnutrición, pobre higiene personal, provisión de ropa y/o calzado inadecuado y con disminución en los arcos de movilidad,

independientemente de las enfermedades subyacentes. Todo esto, tiene repercusiones psicológicas, destacando de acuerdo a nuestro estudio los cambios emocionales (depresión, irritabilidad, etc.) y mayor aislamiento por parte del propio adulto mayor.

Con relación a los aspectos financieros, dos fueron las variables que se incluyeron (imposibilidad para cubrir la cuenta hospitalaria y desproporción entre las condiciones de vida y la capacidad económica propia o de los cuidadores y familiares); aunque pueden existir muchos factores para tener una imposibilidad para cubrir la cuenta hospitalaria, hemos observado que muchos cuidadores o familiares, después de haber incurrido en un retraso en la atención de los adultos mayores, crean sentimientos de culpa motivo por el cual a veces deciden traerlos, encontrando desproporción entre las condiciones de vida y la capacidad económica del propio adulto mayor o su familia o cuidador; lo que nos hace pensar que puede haber un maltrato financiero.

Se excluyeron las variables, que a pesar de ser significativas, tuvieron un riesgo por debajo de la unidad, debido a que la escala intenta establecer el diagnóstico del síndrome del maltrato más que los factores de protección a este.

Sin embargo, el hecho de presentar la menor puntuación en la escala, no excluye el diagnóstico clínico del SMAM en algunos individuos, es decir, la escala esta diseñada como una herramienta diagnóstica sin intentar suplantar al juicio clínico.

Por lo que en caso de sospecha, se deberá establecer una investigación más amplia para tratar de determinar, si efectivamente son factores que pueden estar relacionados con maltrato o son resultado de las características inherentes a los adultos mayores (proceso de envejecimiento, polipatología, falta de recursos económicos, etc.).

Cabe mencionar los aspectos que por el consenso se consideraban importantes para el diagnóstico de SMAM (relacionados con lesiones físicas, sexuales y la aceptación del maltrato), no tuvieron el sustento científico en el presente estudio, por lo cual se excluyeron de la herramienta. A través de la experiencia del servicio, lo que se ha observado, son casos relativamente muy aislados de maltrato físico o sexual; posiblemente por la idiosincrasia de la población mexicana, en la cual existen diversos tabúes socio-religiosos como "no debes levantarle la mano a tu padre" o aquellos relacionados con aspectos sexuales; tal vez en ese sentido se correlaciona la baja prevalencia de estos tipos de maltrato en nuestro medio, y refleje posiblemente que en estos dos aspectos, los mexicanos guardamos respeto por los viejos; sin embargo, la prevalencia fue mucho mayor con relación a la negligencia y aspectos psicológicos, lo que habla de que en ese sentido se enfoca el maltrato en nuestro medio.

Un factor que consideramos importante, para determinar la aceptación o no del maltrato, es posiblemente que al haber alta prevalencia de dependencia física, mental y económica por parte de los adultos mayores, prefieran mejor negarlo u

ocultarlo, al sentirse en riesgo de mayores agresiones o ser abandonados por sus cuidadores o familiares.

Si observamos en forma conjunta todas y cada una de las variables significativas, que después de la estratificación y ponderación se incluyeron en la escala final, posiblemente nos hablan de las malas condiciones de vida en las que puede estar inmerso el binomio (adulto mayor-cuidador primario), conjugándose situaciones de pobreza, ignorancia y dependencia, creando un ambiente propicio para que se desarrolle el SMAM.

Por último, es importante señalar que partimos de un total de 80 variables (fase inicial del estudio) sometidas a evaluación ante un panel de expertos, para seleccionar las que se incluyeron en la prueba piloto (72), como resultado final de los cortes de acuerdo al análisis estadístico, nuestra escala final de diagnóstico de SMAM (ANEXO II), incluye solo 16 variables o ítems, con una calificación total posible de 29 puntos, con tres puntos de corte, para evaluar de la siguiente manera:

1. Bajo riesgo de maltrato 0 – 7 Pts.
2. Mediano riesgo de maltrato 8 – 13 Pts.
3. Alto riesgo de maltrato > de 14 Pts.

**ESTA TESTS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Debemos destacar, los resultados del cálculo de sensibilidad y especificidad que permiten evaluarla como prueba negativa (0 a 7 Pts) o positiva (más de 8 Pts.) con sensibilidad del 100% y especificidad del 95 %.

8. CONCLUSIONES

La escala con los 16 ítems (escala final) con su respectiva puntuación, tiene una sensibilidad del 100 % y una especificidad del 95% cuando el punto de corte supera los 8 puntos.

Los factores de riesgo relacionados con el SMAM, fueron incluidos en la escala.

El tipo de abuso predominante fue el psicológico y la negligencia.

La prevalencia de maltrato en el Hospital General de México es de 25.9 %.

En un futuro, deberá ser sometida la escala a validación, para comprobar su utilidad en el diagnóstico del síndrome de maltrato hacia el adulto mayor.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. La salud de los ancianos: una preocupación de todos. Comunicación para la Salud No. 3 O.P.S./O.M.S. 1992.
2. Bourland M. Elder abuse. *Postgraduate Medicine* 1990;87:139-144.
3. Cammer B, Meier D, Goldstein T, Weiss M and Fein E. Elder abuse and neglect: How to recognize warning signs and intervene. *Geriatrics* 1995;50:47-51.
4. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Periodic Health Examination: 1994 Update 4. Secondary prevention of elder abuse and mistreatment. *Can Med Assoc J* 1994;151:1413-1419.
5. Kozak J. Difficulties in addressing abuse and neglect in the elderly patients. *Can Med Assoc J* 1994;151:1401-1403.
6. Lachs M and Pillemer K. Abuse and Neglect of elderly persons. *New Engl J Med* 1995;332:437-443.
7. Vernon M and Bennett G. Elder abuse: The case for greater involvement of geriatricians. *Age and Ageing* 1995;24:177-179.
8. Bradley M. Elder abuse. *BMJ* 1996;313:548-550.
9. Ogg J and Bennett G. Elder abuse in Britain. *BMJ* 1992;305:998-999.
10. Wolf R. Victimization of the elderly: elder abuse and neglect. *Review in Clinical Gerontology* 1992;2:269-276.
11. Goldberg W and Tomlannovich M. Domestic violence victims in the emergency department. *JAMA*;1984;251:3259-3264.
12. Homer A and Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *BMJ* 1990;301:1359-1362.
13. Marín N, Delgado M, Aguilar J, Martínez M, Díez A, Soto J and Rodríguez R. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 1991;26:40-46.

ANEXO I

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.
SERVICIO DE GERIATRÍA
ESCALA "PILOTO" DE MALTRATO
(SMAM)

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____ OCUPACIÓN _____

EXPEDIENTE _____ EXTERNO _____ HOSPITALIZADO _____ CAMA _____ FECHA _____

DIAGNÓSTICO _____

NOMBRE DEL CUIDADOR _____ EDAD _____ SEXO _____ OCUPACIÓN _____

RELACIÓN FAMILIAR QUE GUARDA CON EL PACIENTE _____

| I. ADULTO MAYOR | | SI | NO | IV. NEGLIGENCIA | | SI | NO |
|---|--|----|----|---|--|----|----|
| 1. EDAD > 60 AÑOS | | | | 3. EVIDENCIA DE LESIONES FÍSICAS (QUEMADURAS, PELLIZCOS, EMPUJONES, BOFETADAS, EQUIMOSIS, ETC.) | | | |
| 2. ESCOLARIDAD NULA O PRIMARIA INCOMPLETA | | | | 4. SER TESTIGOS DE AGRESIONES FÍSICAS | | | |
| 3. DEPENDENCIA ECONÓMICA | | | | IV. NEGLIGENCIA | | | |
| 4. RED FAMILIAR | | | | 1. RETRASO ENTRE EL MOMENTO DE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD Y SU ATENCIÓN | | | |
| MALA RED DE APOYO FAMILIAR | | | | 2. DESHIDRATACIÓN MODERADA O SEVERA | | | |
| HISTORIA DE AGRESIONES INTRAFAMILIARES | | | | 3. ÚLCERAS POR PRESIÓN GRADO II O MÁS | | | |
| FALTA DE PRIVACIDAD | | | | 4. DESNUTRICIÓN MODERADA O SEVERA | | | |
| 5. TOXICOMANÍAS | | | | 5. POBRE HIGIENE PERSONAL | | | |
| TABAQUISMO ACTIVO | | | | 6. DISMINUCIÓN DE LOS ARCOS DE MOVILIDAD | | | |
| CONSUMO DE ALCOHOL | | | | 7. NEGARSE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA | | | |
| CONSUMO DE OTRAS DROGAS | | | | 8. FALHAS PARA PROPORCIONAR "APOYOS" ADECUADOS (PRÓTESIS, BASTONES, LENTES, ETC.) | | | |
| 6. PATOLOGÍA AGREGADA | | | | 9. FALHAS PARA PROPORCIONAR MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL HOGAR | | | |
| TRASTORNO PSIQUIÁTRICO YA ESTABLECIDO | | | | 10. HOSPITALIZACIONES FRECUENTES | | | |
| EVENTO VASCULAR CEREBRAL | | | | 11. PROVISIÓN DE ROPA O CALZADOS INADECUADOS | | | |
| FRACTURA DE CADERA | | | | 12. INDIFFERENCIA O DESINTERÉS POR EL ENFERMO | | | |
| 7. SÍNDROME GERIÁTRICO ASOCIADO | | | | 13. INSISTIR EN LA HOSPITALIZACIÓN O AISLAMIENTO INJUSTIFICADO | | | |
| INMOVILIDAD | | | | 14. ABANDONO DEL ENFERMO EN EL HOSPITAL | | | |
| DETERIORO COGNOSCITIVO | | | | 15. RESISTENCIA PARA EL EGRESO | | | |
| INCONTINENCIA FECAL O URINARIA | | | | V. ASPECTOS PSICOLÓGICOS | | | |
| CAÍDAS O INESTABILIDAD | | | | 1. TRASTORNOS CONDUCTUALES O EMOCIONALES RECIENTES | | | |
| FRAGILIDAD | | | | 2. HOSTILIDAD PARA DAR DE COMER | | | |
| DEPRESIÓN | | | | 3. HOSTIGAMIENTO VERBAL | | | |
| POLIFARMACIA | | | | 4. INTIMIDACIÓN | | | |
| II. CUIDADOR PRIMARIO | | | | 5. TRATO INFANTIL | | | |
| 1. EDAD | | | | 6. AISLAMIENTO DE SUS ACTIVIDADES, AMIGOS O FAMILIARES | | | |
| < 18 AÑOS | | | | 7. INTERVENCIONES REITERATIVAS DURANTE LA ENTREVISTA POR PARTE DEL CUIDADOR O FAMILIAR | | | |
| > 65 AÑOS | | | | VI. ASPECTOS FINANCIEROS | | | |
| 2. ESCOLARIDAD NULA O PRIMARIA INCOMPLETA | | | | 1. IMPOSIBILIDAD PARA CUBRIR LA CUENTA HOSPITALARIA | | | |
| 3. HISTORIA DE AGRESIONES INTRAFAMILIARES | | | | 2. DESPROPORCIÓN ENTRE LAS CONDICIONES DE VIDA Y LA CAPACIDAD ECONÓMICA PROPIA O DE LA FAMILIA | | | |
| 4. DEPENDENCIA ECONÓMICA | | | | 3. ROBO DE DINERO O PERTENENCIAS | | | |
| 5. TOXICOMANÍAS | | | | 4. HISTORIA DE DESPOJO DE SUS PROPIEDADES | | | |
| CONSUMO DE ALCOHOL | | | | VII. ASPECTOS SEXUALES | | | |
| CONSUMO DE OTRAS DROGAS | | | | 1. COACCIÓN O ATAQUE SEXUAL | | | |
| 6. PATOLOGÍA AGREGADA | | | | 2. ENFERMEDAD GENTAL O DE TRANSMISIÓN SEXUAL INEXPlicable | | | |
| TRASTORNO PSIQUIÁTRICO YA ESTABLECIDO | | | | 3. COMPORTAMIENTO SEXUAL INAPROPIADO | | | |
| ENFERMEDADES DISCAPACITANTES | | | | 4. DESGARROS PERINEALES O MANCHAS BAJO LA ROPA | | | |
| 7. DUEÑE EN EL MISMO CUARTO QUE EL PACIENTE | | | | VIII. ACEPTACIÓN DEL MALTRATO | | | |
| 8. TIEMPO DEDICADO AL CUIDADO | | | | 1. EL PACIENTE ACEPTA ABERTAMENTE SER ABUSADO | | | |
| DEDICA MAS DE 40 HR POR SEMANA | | | | 2. EL CUIDADOR Y/O FAMILIAR, ACEPTAN ABERTAMENTE SER ABUSADORES | | | |
| HA CUIDADO AL MISMO PACIENTE POR MÁS DE 1 AÑO | | | | | | | |
| 9. FALTA DE PRIVACIDAD O SOCIALIZACIÓN | | | | | | | |
| 10. EMBARAZO O CUIDADO DE MENORES DE EDAD | | | | | | | |
| 11. INTERRUPTIÓN DEL SUEÑO OCASIONADO POR EL PACIENTE | | | | | | | |
| III. LESIONES FÍSICAS | | | | | | | |
| 1. EXPLICACIÓN VAGA O RARA DE LAS LESIONES FÍSICAS | | | | | | | |
| 2. NEGACIÓN DE UNA LESIÓN OBVA | | | | | | | |
| CALIFICACION TOTAL _____ pts. | | | | | | | |
| (Cada respuesta afirmativa equivale a 1 pt.) | | | | | | | |

Realizó: _____

ANEXO II

HO HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.
SERVICIO DE GERIATRÍA
ESCALA DE MALTRATO
(SMAM)

Nombre del Paciente _____ Edad ____ Sexo ____
Expediente _____ Externo__ Hospitalizado__ Cama ____ Fecha _____
Diagnósticos _____
Nombre del Cuidador _____ Edad ____ Sexo ____
Relación familiar que tiene con el paciente _____

| | |
|--|-------------|
| I. ADULTO MAYOR | Pts. |
| A. MALA RED DE APOYO FAMILIAR | 1 |
| B. INMOVILIDAD | 1 |
| C. DEPRESIÓN | 1 |
| II. CUIDADOR PRIMARIO | |
| A. HISTORIA DE AGRESIONES INTRAFAMILIARES | 2 |
| B. CONSUMO DE ALCOHOL | 1 |
| C. INTERRUPCIÓN DEL SUEÑO OCASIONADO POR EL PACIENTE | 1 |
| III. ASPECTOS RELACIONADOS CON NEGLIGENCIA | |
| A. RETRASO ENTRE EL MOMENTO DE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD Y SU ATENCIÓN | 3 |
| B. NEGARSE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA | 3 |
| C. DESNUTRICIÓN MODERADA O SEVERA | 2 |
| D. POBRE HIGIENE PERSONAL | 2 |
| E. PROVISIÓN DE ROPA O CALZADOS INADECUADOS | 2 |
| F. DISMINUCIÓN DE LOS ARCOS DE MOVILIDAD | 1 |
| IV. ASPECTOS PSICOLÓGICOS | |
| A. AISLAMIENTO DE SUS ACTIVIDADES, AMIGOS O FAMILIARES | 3 |
| B. TRASTORNOS CONDUCTUALES O EMOCIONALES RECIENTES | 2 |
| V. ASPECTOS FINANCIEROS | |
| A. IMPOSIBILIDAD PARA CUBRIR LA CUENTA HOSPITALARIA | 2 |
| B. DESPROPORCIÓN ENTRE LAS CONDICIONES DE VIDA Y LA CAPACIDAD ECONÓMICA PROPIA O DE LA FAMILIA | 2 |
| CALIFICACIÓN TOTAL _____ Pts. | |

EVALUACIÓN:

- 0 - 7 PUNTOS BAJO RIESGO DE MALTRATO
8 - 13 PUNTOS MEDIANO RIESGO DE MALTRATO
>14 PUNTOS ALTO RIESGO DE MALTRATO