

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



Frecuencia de sospecha de maltrato y características sociodemográficas en adultos mayores del Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa. 2017

Tesis presentada por la Bachiller: HELLEN

MICHELLY SÁNCHEZ GUERRA

Para obtener el Título Profesional de:

MÉDICA CIRUJANA

ASESOR:

Dr. Dante Broders Corzo


**Arequipa – Perú
2017**

AGRADECIMIENTO

- A la Dra. Agueda Muñoz del Carpio Toia por incentivar me a investigar sobre este tema, por el gran apoyo que brinda a todos sus alumnos y por fomentar la investigación en nuestra Facultad.
- Al director del Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa, el Dr. Oscar Morriberón Rosas, por permitirme realizar mi investigación en este centro. De igual manera, a todo el personal que actualmente labora en este hospital, por su gentileza y colaboración durante mi labor investigadora.
- A mi jurado dictaminador por sus consejos y recomendaciones.
- A toda mi familia por su apoyo incondicional.
- A todas aquellas personas que me han acompañado en este proceso, que con su ánimo, impulsaron la finalización de esta tesis.

DEDICATORIA

*A mis padres, Jesús y Carmen, por
todo su sacrificio y porque es gracias
a ellos que logré mis objetivos.*



*A mis hermanos, César y Jamyleth,
por ser mis cómplices y guías.*

*A Jhulyza, porque aunque no estés
aquí, siempre te tendré presente*

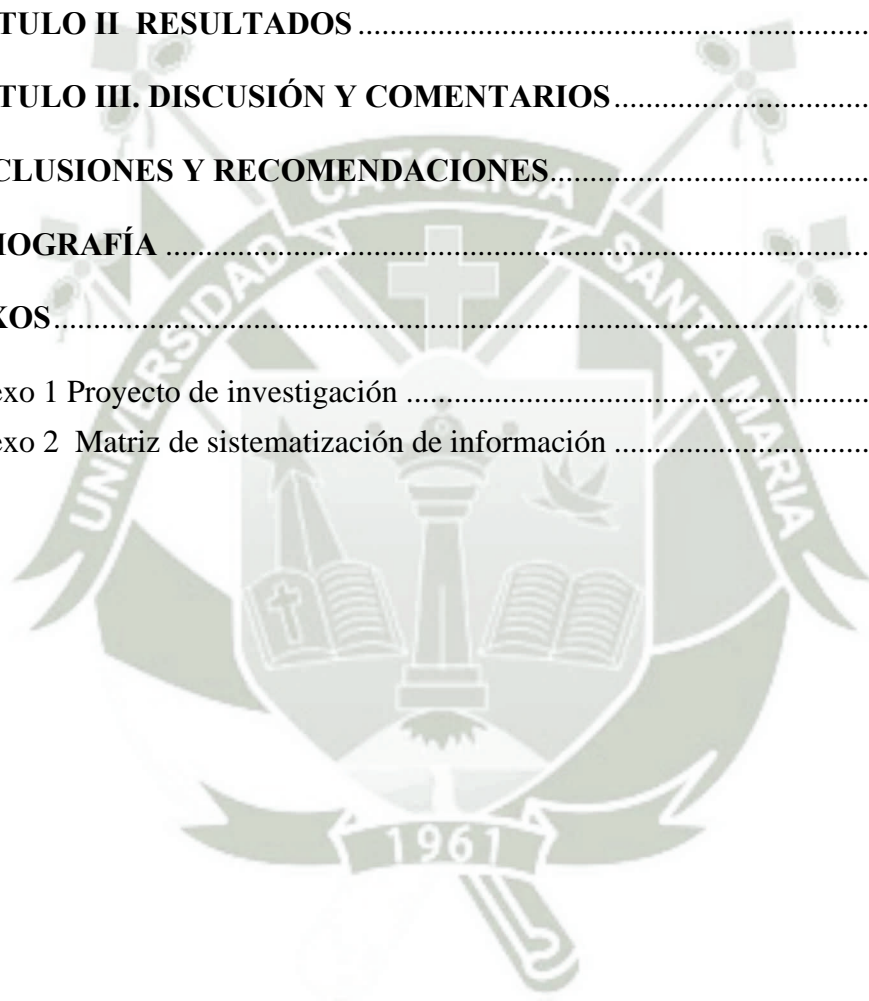


Una bella ancianidad es, ordinariamente la recompensa de una bella vida.

Pitágoras

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS	8
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	36
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	51
Anexo 1 Proyecto de investigación	52
Anexo 2 Matriz de sistematización de información	92



RESUMEN

Los adultos mayores pueden ser víctimas de maltrato debido a su mayor grado de dependencia o a sus características sociodemográficas.

Para ello se busca establecer la frecuencia de sospecha de maltrato en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa realizando una encuesta y entrevista a una muestra representativa de 96 adultos mayores que cumplieron criterios de selección, aplicando una ficha de datos, el Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index: EASI) y el Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria. Se comparan resultados mediante prueba chi cuadrado.

Se encontró que el 31.25% de ancianos fueron varones y 68.75% mujeres, con edades que en 35.42% de casos estuvo entre los 65 y 69 años. El 10.42% de ancianos vive solo, y en el resto de los casos (89.58%) con algún familiar, en su mayoría hijos o cónyuge. Un 21.88% de casos presentó incapacidad, de las cuales fue leve en 10.42% de casos, moderada en 8.33% y severa en 3.13%. Se encontró una frecuencia de sospecha de maltrato en 22.92% de casos, de los cuales el más frecuente es el maltrato psicológico (20.83%), seguido del maltrato económico (6.25%) y en 2.08% hubo maltrato por negligencia y solo en 1.04% se registró maltrato físico. El 25.76% de mujeres ancianas sufre maltrato, comparado con 16.67% de varones ($p > 0.05$). La frecuencia de maltrato según edad del adulto mayor no mostró diferencias significativas ($p > 0.05$). El maltrato fue similar entre los grupos de estado civil, pasando por 33% de solteros, convivientes o divorciados, a 23.08% de casados o 16% de viudos ($p > 0.05$). El 50% de ancianos que viven solos sufren algún tipo de maltrato, mientras que el 19.77% de los que viven con algún familiar lo sufren ($p < 0.05$). Hubo alguna forma de maltrato en 20% de ancianos sin incapacidad, en 30% de adultos mayores con incapacidad leve, en 37.50% de aquellos con incapacidad moderada y en 33.33% con incapacidad severa ($p > 0.05$).

Concluyendo que la frecuencia de posible maltrato en adultos mayores es alta, sobre todo psicológica, y relacionada a la falta de apoyo social.

PALABRAS CLAVE: sospecha de maltrato – adulto mayor.

ABSTRACT

Older adults may be victims of maltrat because of their greater degree of dependence or their sociodemographic characteristics.

So, it is sought to establish the frequency of suspected abuse at the Municipal Geriatric Hospital of Arequipa conducting a survey and interview of a representative sample of 96 older adults who met selection criteria, applying a data sheet, Elder Abuse Suspicion Index (EASI) and Katz Index of Independence In the activities of daily life. Results are compared by chi-square test.

It was found that 31.25% of the elderly were male and 68.75% female, with ages ranging from 65 to 69 years old in 35.42% of cases. 10.42% of the elderly live alone, 70.83% live with the children, 57.29% with the spouse, 45.83% live with the grandchildren and 23-96% with other relatives. A 21.88% of cases presented incapacity, of which it was mild in 10.42% of cases, moderate in 8.33% and severe in 3.13%. A frequency of suspected abuse was found in 22.92% of cases, of which the most frequent is psychological abuse (20.83%), followed by economic abuse (6.25%) and in 2.08% there was maltreatment due to negligence and only in 1.04% Physical abuse was recorded. 25.76% of elderly women suffer abuse, compared to 16.67% of males ($p > 0.05$). The frequency of abuse according to the age of the older adult did not show significant differences ($p > 0.05$). Maltreatment was similar among marital status groups, ranging from 33% single, living or divorced, to 23.08% married or 16% widowed ($p > 0.05$). 50% of the elderly living alone suffer some type of maltreatment, while 19.77% of those living with a relative suffer from it ($p < 0.05$). There was some form of maltreatment in 20% of elderly without disability, 30% of elderly with mild disability, 37.50% of those with moderate disability and 33.33% with severe disability ($p > 0.05$). Concluding that, the frequency of possible abuse in older adults is high, especially psychological, and related to lack of social support.

KEY WORDS: suspected abuse - older adult.

INTRODUCCIÓN

El maltrato, ya sea físico y/o psicológico familiar, forma parte de una problemática social, cuyos efectos generados en las personas que son víctimas de este tipo de actos son de alto riesgo y afectan a la salud pública de manera directa; es por esto que este tema debe tener especial consideración por parte de profesionales, autoridades e instituciones para un correcto abordaje.

El maltrato a los ancianos existe probablemente desde hace mucho tiempo, sin embargo, emerge como tal hace pocos años y no porque no existiese sino porque ha sido siempre un problema oculto; contribuyendo a esto de manera importante el aumento de la expectativa de vida de los ancianos y la falta de búsqueda de ayuda de los mismos en familiares o instituciones debido a las barreras sociales que se imponen en una cultura como la nuestra.

A diferencia de lo que se concibe equivocadamente, el maltrato no es exclusivo de alguna clase social específica de la población, pues no sólo las personas de bajos recursos económicos son parte de este problema, tampoco sólo mujeres y niños son susceptibles ante esta situación, por esto debemos plantear este problema desde una perspectiva más amplia pues se puede presentar en cualquier etapa de la vida.

Durante mis estudios he tenido la oportunidad de observar a personas de la tercera edad que son víctimas de maltrato físico y/o psicológico con temor a reportar estos actos, principalmente por miedo a la reacción de sus familiares, por dependencia emocional, por desamparo económico e incluso por amenaza.

Además he podido evidenciar las consecuencias que puede generar cualquier tipo de maltrato en otros aspectos de la salud de estos pacientes; es por esto que

considero importante profundizar sobre el maltrato en esta población mediante este estudio.

Actualmente vivimos en una época de violencia, que dicho sea de paso ha aumentado en nuestro país, y dentro de ésta, la violencia doméstica de igual manera; es por esto que como médicos no podemos dejar de lado un aspecto tan importante como este cuando recibimos a un paciente, mucho menos si se trata de un anciano.

En nuestro medio existen pocos estudios que aborden la violencia en esta población y a diferencia de los que se han hecho en el Perú, como el realizado por Martina M et al. (Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima-Perú, 2009) en el cual se analiza casos específicos de maltrato a adultos mayores; en el presente estudio se busca los casos de maltrato en un centro de atención especializada, como lo es el Hospital Geriátrico de nuestra ciudad, encontrándose una frecuencia considerable.

En este sentido este estudio describe también ciertas características sociodemográficas que envuelven la situación en la que se encuentra un adulto mayor que sufre de maltrato, para su posterior análisis e interpretación; y de esta manera brindar a los profesionales de la salud un panorama más completo del problema que permita plantear con mayor objetividad estrategias tanto de detección de casos como del manejo de los mismos.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

- Se realizó el trabajo con todos los adultos mayores que estuvieron presentes durante la evaluación. Se tomaron los datos individualmente a cada participante, se trató de establecer confianza entre el investigador y el participante dando información acerca de la investigación, en qué consiste y la importancia del mismo. Posteriormente se pidió el consentimiento verbal de participación del evaluado para luego proceder con la aplicación del instrumento.
- En primer lugar un cuestionario con referencia a datos personales del entrevistado.
- En segundo lugar el Índice de Sospecha de Maltrato hacía las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index: EASI)
- Por último el Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria.

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural entre el mes de enero del 2017 y marzo del año 2017.

2.3. **Unidades de estudio:** Pacientes atendidos ambulatoriamente en los consultorios del Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa.

Población: Totalidad de pacientes atendidos ambulatoriamente en los consultorios del Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: Para el cálculo de la muestra se trabajó con un nivel de confianza del 95 % con intervalo de confianza de 10, usando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{.Z^2}{Z^4 (e)^2 + Z^2}$$

Donde:

Z = nivel de confianza,

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada

Q = probabilidad de fracaso

D = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

Reemplazando:

$$n = \frac{1.96^2 * 0.05 * 0.95}{(0.1)^2}$$

$$n = 96$$

- El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

2.4. Criterios de selección:

❖ Criterios de inclusión

- Mayores de 60 años

❖ Criterios de exclusión

- Adultos mayores con trastorno cognitivo
- No deseen participar

3. **Tipo de investigación:** El presente trabajo investigativo es transversal, observacional.

4. **Nivel de investigación:** Descriptivo

5. Estrategia de recolección de datos

5.1. Organización

Se solicitó autorización (por escrito) al Director del Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa.

Se realizó la encuesta usando los instrumentos detallados para obtener los datos requeridos.

Se cuidó de preservar la confidencialidad de los participantes. Se tuvo como pilar las consideraciones éticas relevantes a la investigación.

Se guardó siempre el respeto a los participantes como seres humanos en su integridad.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en una base de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

- Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index: EASI) el cual es un instrumento desarrollado y probado en Montreal, validado mediante el estudio “Development and Validation of a Tool to Improve Physician Identification of Elder Abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)” en el año 2008; obteniéndose un índice de sensibilidad de 0,47 y el índice de especificidad de 0,75. Existe también una validación en España de la versión en español de EASI, en el año 2010, administrada en centros de salud y servicios sociales; obteniéndose una sensibilidad del 51% y especificidad del 95%.
- Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria. En cuanto a la validez de la escala, es fundamentalmente de contenido y de constructo, con una replicabilidad (CR) 0.94 y 0.97, coeficiente de correlación 0.73 y 0.98.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas en grupos independientes se realizó mediante prueba chi cuadrado, considerando significativa una diferencia de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.



**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Tabla 1

Distribución de adultos mayores según edad y sexo

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
60-64 años	0	0.00%	4	4.17%	4	4.17%
65-69 años	10	10.42%	24	25.00%	34	35.42%
70-74 años	7	7.29%	11	11.46%	18	18.75%
75-79 años	2	2.08%	7	7.29%	9	9.38%
80-84 años	6	6.25%	13	13.54%	19	19.79%
85-89 años	4	4.17%	6	6.25%	10	10.42%
≥ 90 años	1	1.04%	1	1.04%	2	2.08%
Total	30	31.25%	66	68.75%	96	100.00%

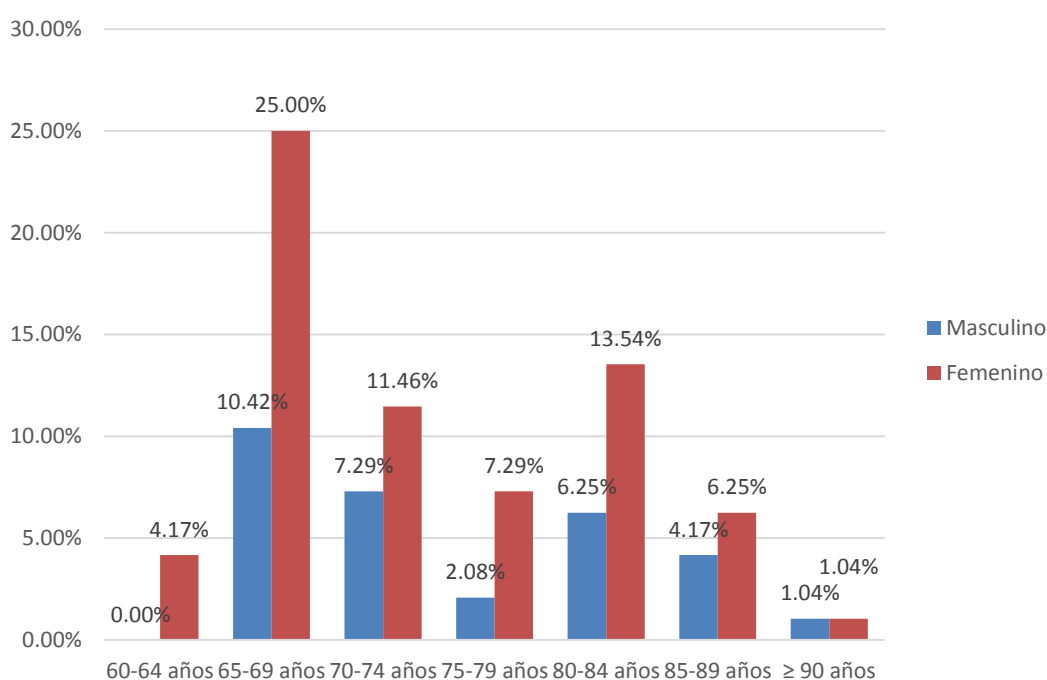
Fuente: Propia

Tabla y gráfico 1. Se muestra que la mayoría de pacientes evaluados fueron del sexo femenino (68.75%), y un 31.25% de ancianos que fueron varones; predominando el grupo de adultos mayores que se encuentran entre los 65 y 69 años (35.42%).

**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Gráfico 1

Distribución de adultos mayores según edad y sexo



Edad promedio \pm D. estándar (Mín – máx):

- Masculino: 75.07 \pm 7.86 años (65 – 92 años)
- Femenino: 73.42 \pm 8.09 años (60 – 96 años)

Fuente: Propia

**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Tabla 2

Distribución de adultos mayores según estado civil

E. civil	N°	%
Soltero	6	6.25%
Conviviente	3	3.13%
Casado	52	54.17%
Viudo	25	26.04%
Divorciado	9	9.38%
Separado	1	1.04%
Total	96	100.00%

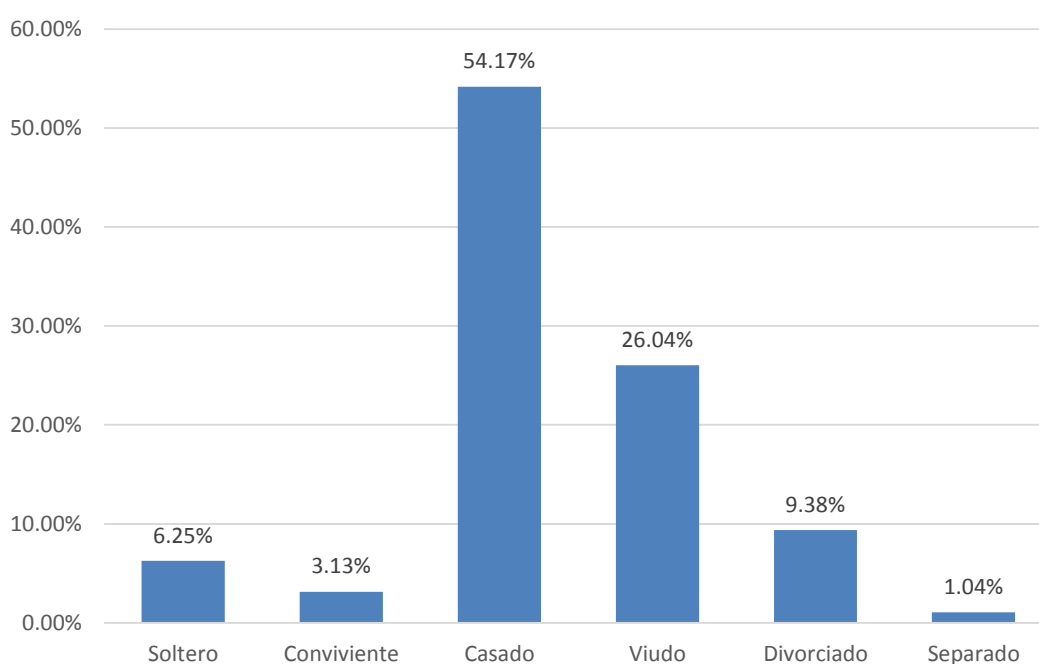
Fuente: Propia

Tabla y gráfico 2. Se aprecia el estado civil de los adultos mayores encuestados; predominando los adultos mayores que se encuentran en pareja (57.3%), entre casados y convivientes; seguido de un 26.04% de pacientes que han enviudado.

**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Gráfico 2

Distribución de adultos mayores según estado civil



Fuente: Propia

**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Tabla 3

Distribución de adultos mayores según situación de convivencia

Convivencia	N°	%
Hijos	68	70.83%
Cónyuge	55	57.29%
Nietos	44	45.83%
Otros familiares	23	23.96%
Vive solo	10	10.42%

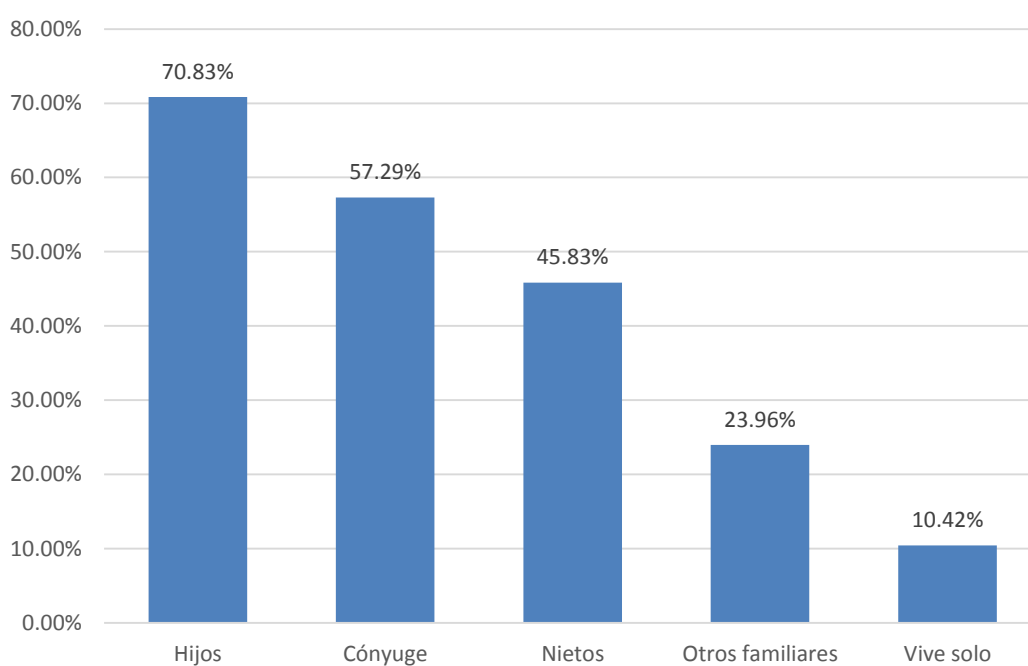
Fuente: Propia

Tabla y gráfico 3. Se muestra que 10.42% de ancianos viven solos, y se deduce que la mayoría (89.58%) conviven con más de un familiar, ya que en el cuadro no se muestra las diferentes combinaciones de situación de convivencia que se puedan presentar. Sin embargo es evidente que son altos los porcentajes de adultos mayores que viven con los hijos, el cónyuge y/o los nietos.

**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Gráfico 3

Distribución de adultos mayores según situación de convivencia



Fuente: Propia

FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017

Tabla 4

Distribución de adultos mayores según dependencia física

Dependencia	N°	%
Sin incapacidad	75	78.13%
Leve	10	10.42%
Moderada	8	8.33%
Severa	3	3.13%
Total	96	100.00%

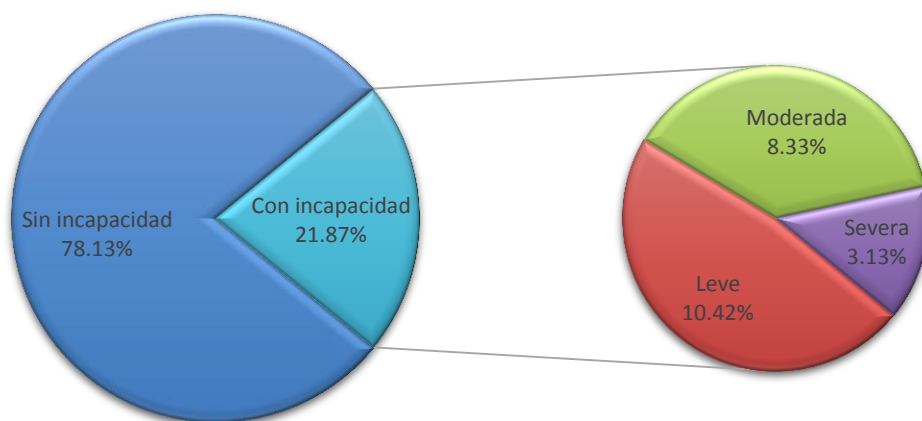
Fuente: Propia

Tabla y gráfico 4. La dependencia física evaluada con el índice de Katz mostró que 78.13% de adultos mayores no tiene incapacidad, y la incapacidad se presentó en 21.88% de casos, siendo la más frecuente la incapacidad leve (10.42%).

**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Gráfico 4

Distribución de adultos mayores según dependencia física



Fuente: Propia

**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Tabla 5

Distribución de adultos mayores según presencia de comorbilidades

Comorbilidad	N°	%
Sin comorbilidades	62	64.58%
HTA	11	11.46%
Artrosis	8	8.33%
Tr. Osteomusculares	4	4.17%
Osteoporosis	3	3.13%
Diabetes	2	2.08%
Anemia	2	2.08%
Fibrosis pulmonar	2	2.08%
Asma	1	1.04%
Hipotiroidismo	1	1.04%
Insf venosa	1	1.04%
Otras	6	6.25%

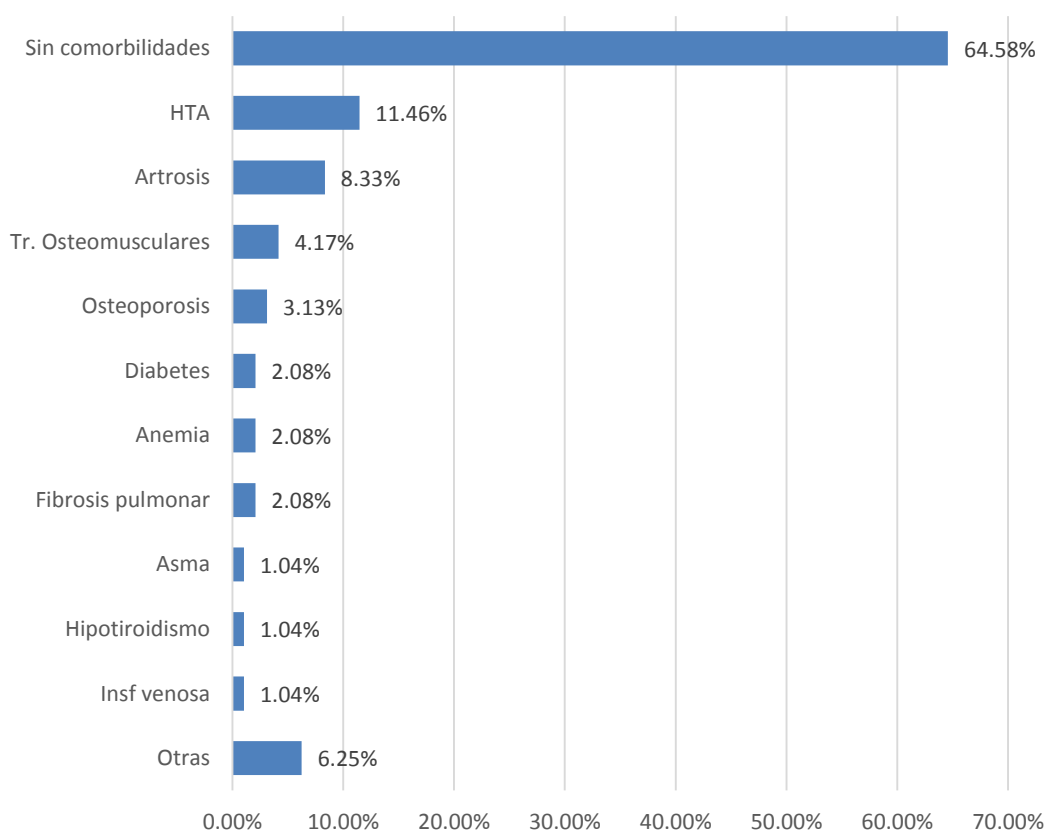
Fuente: Propia

Tabla y gráfico 5. Se muestra la presencia de comorbilidades en los pacientes evaluados; el 64.58% no tiene comorbilidades, y de las presentes la más frecuente fue la hipertensión arterial (11.46%).

**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Gráfico 5

Distribución de adultos mayores según presencia de comorbilidades



Fuente: Propia

**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Tabla 6

Frecuencia y tipo de maltrato en los adultos mayores

Maltrato	N°	%
Sin maltrato	74	77.08%
Con maltrato	22	22.92%
<i>Psicológico</i>	20	20.83%
<i>Económico</i>	6	6.25%
<i>Negligencia</i>	2	2.08%
<i>Físico</i>	1	1.04%

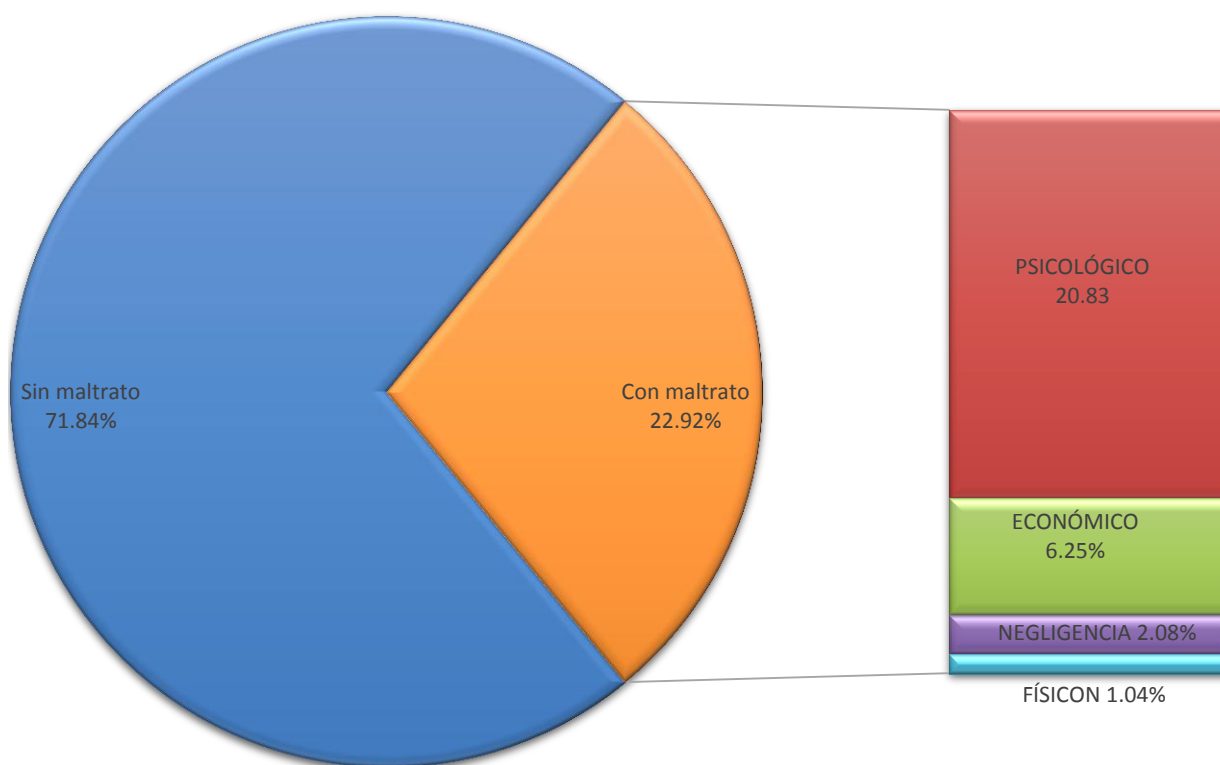
Fuente: Propia

Tabla y gráfico 6. Se encontró una frecuencia de sospecha de maltrato en 22.92% de casos, de los cuales el más frecuente es el maltrato psicológico que se dio en un 20.83%; de éstos, el 6.25% se acompaña de maltrato económico y un 1.04%, además, de maltrato físico.

FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017

Gráfico 6

Frecuencia y tipo de maltrato en los adultos mayores



Fuente: Propia

FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017

Tabla 7

Autor del maltrato en los adultos mayores

Autor	N°	%
Pareja	9	40.91%
Hijos	7	31.82%
Hermanos	2	9.09%
Nuera	1	4.55%
Otros	5	22.73%

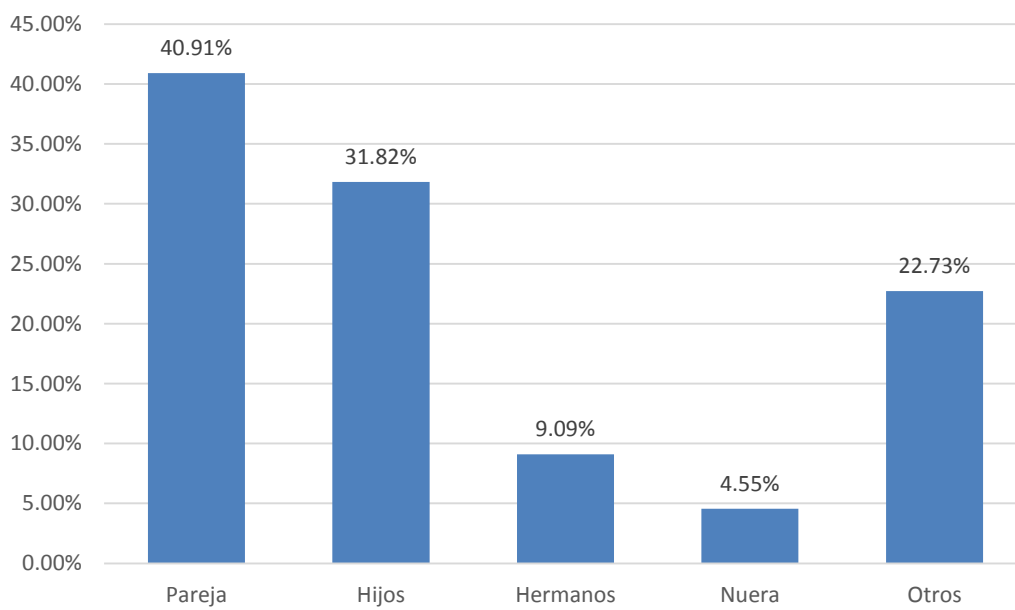
Fuente: Propia

Tabla y gráfico 7. Se muestra que el autor del maltrato en los casos positivos fue, en su mayoría, la pareja (40.91%), luego se encuentran los hijos con un 31.82%, seguido de otras personas (22.73%); y en porcentajes menores los casos de maltrato en quienes los autores son otros familiares como hermanos o nueras. Además, del cuadro se deduce que la agresión puede darse de parte de varios familiares a la vez.

**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Gráfico 7

Autor del maltrato en los adultos mayores (n = 22)



Fuente: Propia

FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017

Tabla 8

Relación entre el maltrato y el sexo de los adultos mayores

Sexo	Total	Con maltrato		Sin maltrato	
		N°	%	N°	%
Femenino	66	17	25.76%	49	74.24%
Masculino	30	5	16.67%	25	83.33%
Total	96	22	22.92%	74	77.08%

Chi² = 0.96

G. libertad = 1

p = 0.33

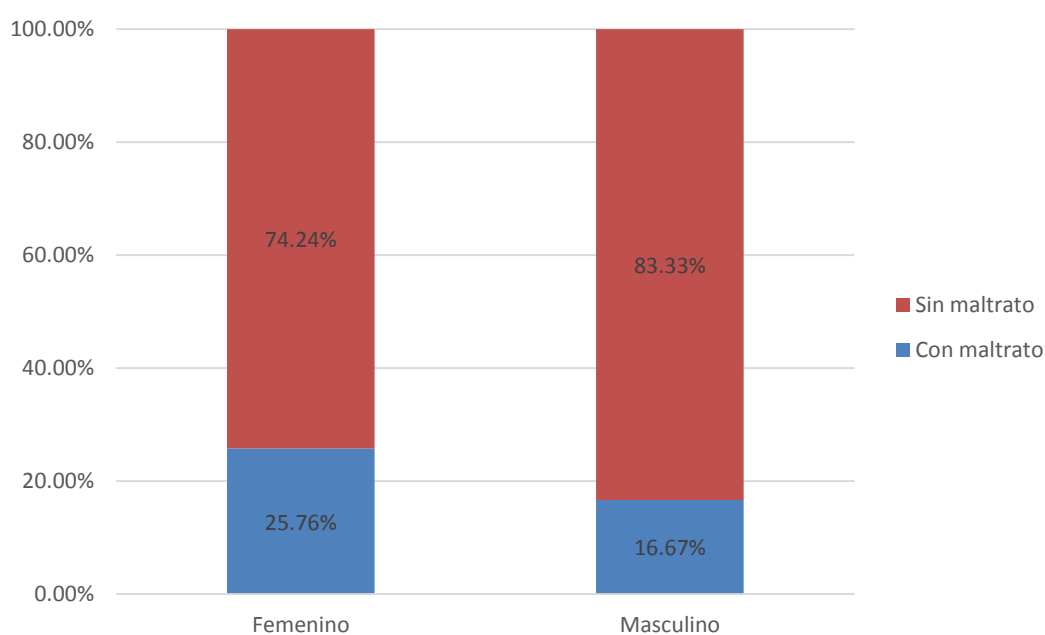
Fuente: Propia

Tabla y gráfico 8. Se muestra que el 25.76% de mujeres ancianas sufre maltrato, comparado con 16.67% de varones, esta diferencia no es significativa estadísticamente.

**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Gráfico 8

Relación entre el maltrato y el sexo de los adultos mayores



Fuente: Propia

FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017

Tabla 9

Relación entre el maltrato y la edad de los adultos mayores

Edad	Total	Con maltrato		Sin maltrato	
		N°	%	N°	%
60-64 años	4	1	25.00%	3	75.00%
65-69 años	34	10	29.41%	24	70.59%
70-74 años	18	3	16.67%	15	83.33%
75-79 años	9	0	0.00%	9	100.00%
80-84 años	19	5	26.32%	14	73.68%
85-89 años	10	3	30.00%	7	70.00%
≥ 90 años	2	0	0.00%	2	100.00%
Total	96	22	22.92%	74	77.08%

Chi² = 4.90

G. libertad = 6

p = 0.56

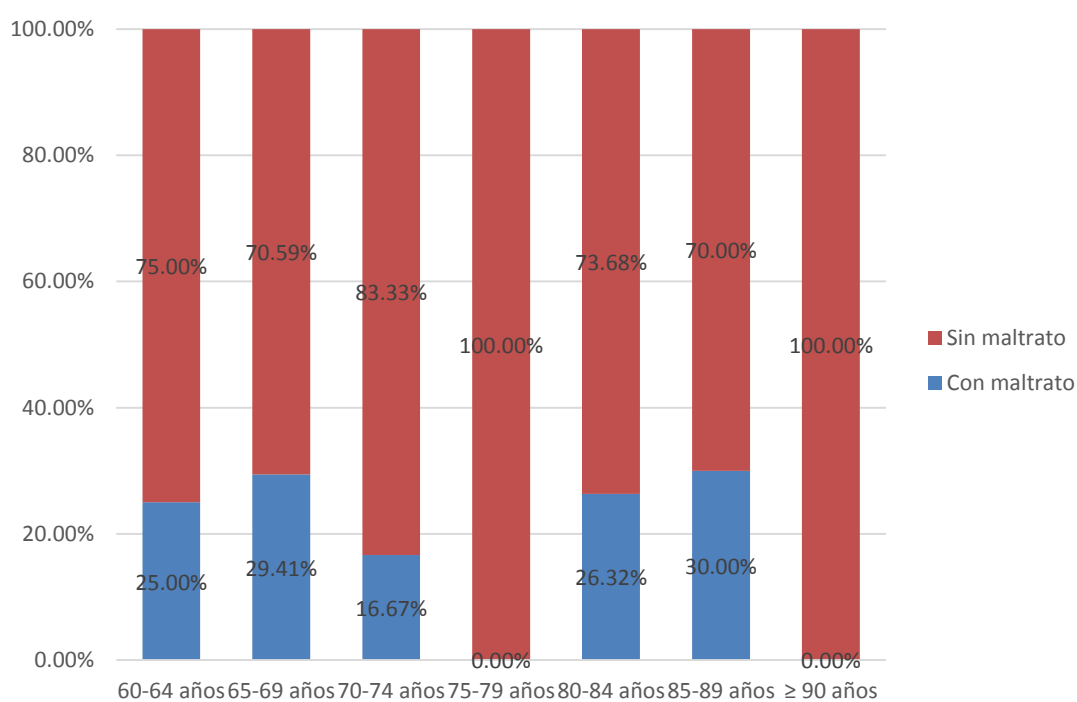
Fuente: Propia

Tabla y gráfico 9. Se aprecia la frecuencia de maltrato en relación a la edad del adulto mayor; se encontraron cifras de sospecha de maltrato similares en casi todos los grupos etáreos, menos en el de 75 a 79 años y en mayores de 90, en quienes no se reportó maltrato, pero en los demás grupos osciló entre el 16.67% (70-74 años) y el 30% (85-89 años); las diferencias no son significativas.

**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Gráfico 9

Relación entre el maltrato y la edad de los adultos mayores



Fuente: Propia

FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017

Tabla 10

Relación entre el maltrato y el estado civil de los adultos mayores

E. civil	Total	Con maltrato		Sin maltrato	
		N°	%	N°	%
Soltero	6	2	33.33%	4	66.67%
Conviviente	3	1	33.33%	2	66.67%
Casado	52	12	23.08%	40	76.92%
Viudo	25	4	16.00%	21	84.00%
Divorciado	9	3	33.33%	6	66.67%
Separado	1	0	0.00%	1	100.00%
Total	96	22	22.92%	74	77.08%

Chi² = 2.08

G. libertad = 5

p = 0.58

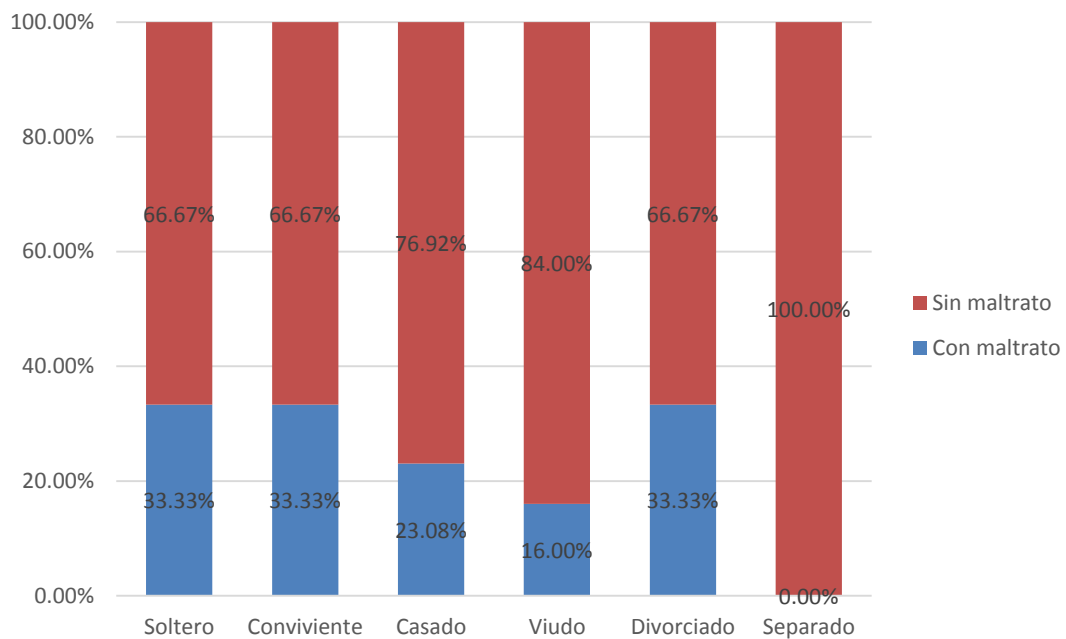
Fuente: Propia

Tabla y gráfico 10. Se encontró que el maltrato fue similar entre los grupos, pasando por 33% de solteros, convivientes o divorciados, a 23.08% de casados o 16% de viudos; sin embargo no se reportó maltrato en pacientes separados; las diferencias no fueron significativas.

**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Gráfico 10

Relación entre el maltrato y el estado civil de los adultos mayores



Fuente: Propia

FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017

Tabla 11

Relación entre el maltrato y el estado de convivencia de los adultos mayores

Convivencia	Total	Con maltrato		Sin maltrato	
		N°	%	N°	%
Solo	10	5	50.00%	5	50.00%
Con familiar	86	17	19.77%	69	80.23%
Total	96	22	22.92%	74	77.08%

Chi² = 4.64

G. libertad = 1

p = 0.03

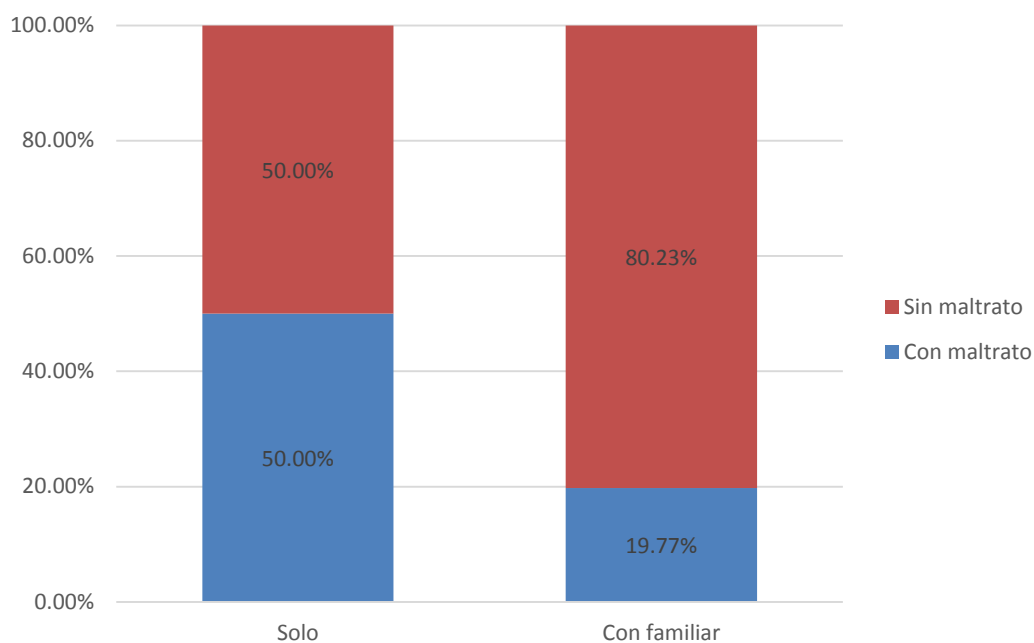
Fuente: Propia

Tabla y gráfico 11. Se muestra que del total de ancianos con sospecha de maltrato, el 50% viven solos; de igual manera el 19.77% de los que viven con algún familiar lo sufren; en este caso las diferencias estadísticas fueron significativas ($p < 0.05$).

FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017

Gráfico 11

Relación entre el maltrato y el estado de convivencia de los adultos
mayores



Fuente: Propia

**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Tabla 12

**Relación entre el maltrato y el estado de dependencia física de los
adultos mayores**

Dependencia	Total	Con maltrato		Sin maltrato	
		N°	%	N°	%
Sin incapacidad	75	15	20.00%	60	80.00%
Leve	10	3	30.00%	7	70.00%
Moderada	8	3	37.50%	5	62.50%
Severa	3	1	33.33%	2	66.67%
Total	96	22	22.92%	74	77.08%

Chi² = 1.79

G. libertad = 3

p = 0.62

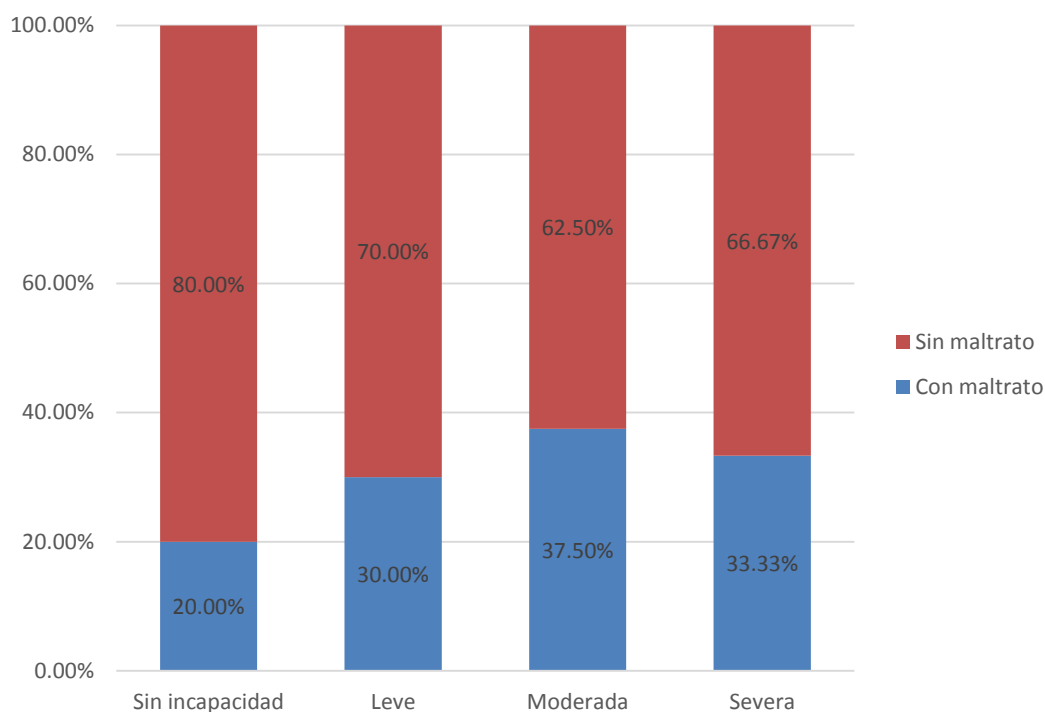
Fuente: Propia

Tabla y gráfico 12. En cuanto a la relación entre la dependencia física y el maltrato; hubo sospecha de maltrato en 20% de ancianos sin incapacidad, en 30% de adultos mayores con incapacidad leve, en 37.50% de aquellos con incapacidad moderada y en 33.33% con incapacidad severa, las diferencias no son significativas.

FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017

Gráfico 12

Relación entre el maltrato y el estado de dependencia física de los
adultos mayores



Fuente: Propia

**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Tabla 13

**Relación entre el maltrato y la presencia de comorbilidades en los
adultos mayores**

Comorbilidad	Total	Con maltrato		Sin maltrato	
		N°	%	N°	%
Con comorbilidad	34	11	32.35%	23	67.65%
Sin comorbilidad	62	11	17.74%	51	82.26%
Total	96	22	22.92%	74	77.08%

Chi² = 2.65

G. libertad = 1

p = 0.10

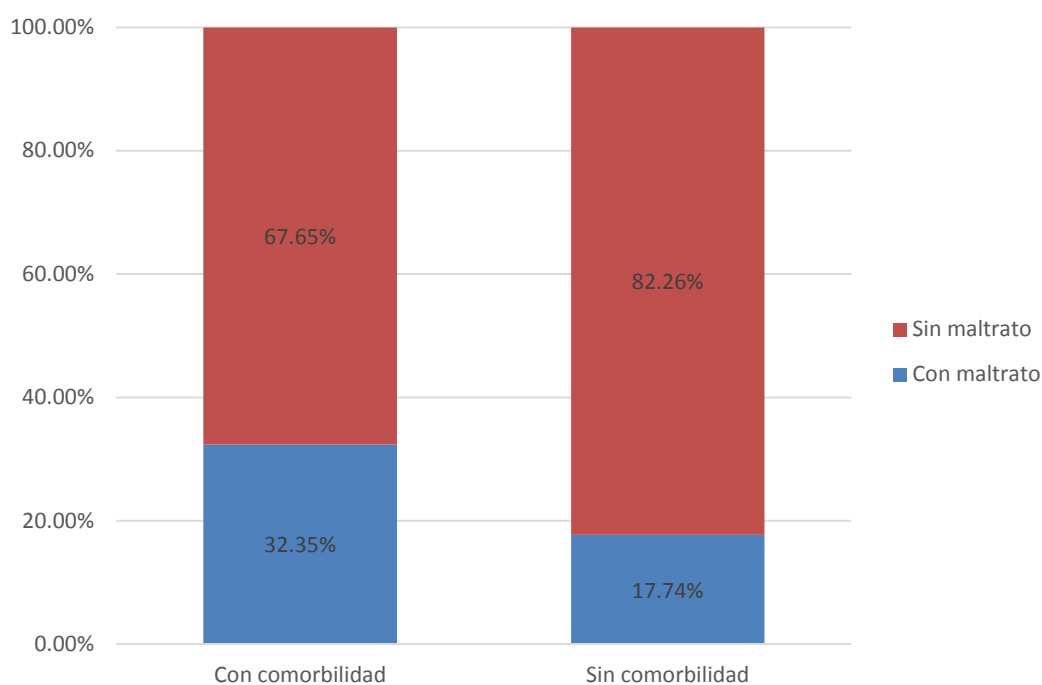
Fuente: Propia

Tabla y gráfico 13. Se aprecia que el 32.35% de ancianos con comorbilidades sufren maltrato, así como el 17.74% de los que no tienen comorbilidades; las diferencias no resultaron significativas.

FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017

Gráfico 13

Relación entre el maltrato y la presencia de comorbilidades en los
adultos mayores



Fuente: Propia

FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017

Tabla 14

Distribución de casos de sospecha de maltrato según características sociodemográficas

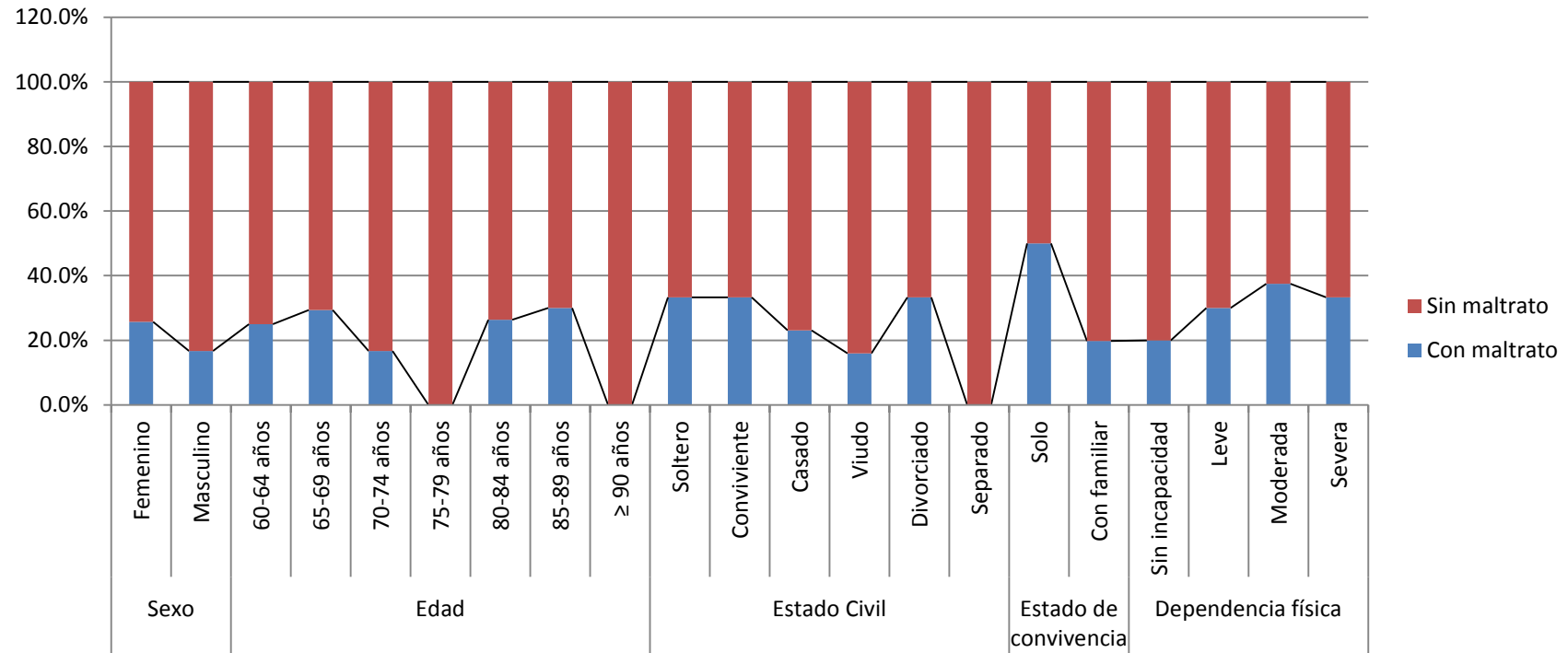
Características sociodemográficas		Con sospecha de maltrato	Sin sospecha de maltrato
Sexo	Femenino	25.8%	74.2%
	Masculino	16.7%	83.3%
Edad	60-64 años	25.0%	75.0%
	65-69 años	29.4%	70.6%
	70-74 años	16.7%	83.3%
	75-79 años	0.0%	100.0%
	80-84 años	26.3%	73.7%
	85-89 años	30.0%	70.0%
	≥ 90 años	0.0%	100.0%
Estado Civil	Soltero	33.3%	66.7%
	Conviviente	33.3%	66.7%
	Casado	23.1%	76.9%
	Viudo	16.0%	84.0%
	Divorciado	33.3%	66.7%
	Separado	0.0%	100.0%
Estado de convivencia	Solo	50.0%	50.0%
	Con familiar	19.8%	80.2%
Dependencia física	Sin incapacidad	20.0%	80.0%
	Leve	30.0%	70.0%
	Moderada	37.5%	62.5%
	Severa	33.3%	66.7%

Fuente: Propia

Tabla y gráfico 13. Se muestra la frecuencia de sospecha de maltrato en relación a sus características sociodemográficas; presentándose la mayor frecuencia en adultos mayores del sexo femenino, que se encuentran entre los 85 a 89 años, además en los que tienen una pareja o viven solos y en los casos en que sufren de dependencia física se presenta mayormente en el grado moderado.

FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017

Gráfico 14
Distribución de casos de sospecha de maltrato según características sociodemográficas



CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para establecer la frecuencia de sospecha de maltrato en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa.

Para tal fin se realizó una encuesta y entrevista a una muestra representativa de 96 adultos mayores que cumplieron criterios de selección, aplicando una ficha de datos, el Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index: EASI) y el Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria. Se comparan resultados mediante prueba chi cuadrado.

En la **tabla y gráfico 1** se muestra la distribución de adultos mayores según edad y género; el 31.25% de ancianos fueron varones y 68.75% mujeres, con edades que en el 35.42% de los casos estuvo entre los 65 y 69 años; la edad promedio de los varones fue de 75.07 ± 7.86 años y para las mujeres fue de 73.42 ± 8.09 años. Debemos tener en cuenta que como menciona Iborra I en su artículo “Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española”(9) son factores de riesgo del maltratado el sexo femenino, que conforma la mayor parte de los pacientes que participaron en este estudio; de igual manera considera que los pacientes mayores de 74 años son más propensos a sufrir de maltrato; en este estudio podemos ver que la edad promedio de los pacientes entrevistados bordea este punto de corte, sin embargo se analizará esta característica por grupo etario en tablas posteriores.

En un estudio realizado por Ruiz A et al. “Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos” (13) llevado a cabo en un Centro de atención primaria en Barcelona se describe que de 219 (100%) pacientes, que fueron considerados en el estudio, 122 (55.7%) fueron mujeres y 97 (44.3%) fueron varones; y aunque esta cifra y la encontrada en el presente estudio (68.75%) no sean muy cercanas, demuestran que es mayor la población femenina (dentro de los adultos mayores) la que acude a un establecimiento de salud por atención.

En la **tabla y gráfico 2** se aprecia el estado civil de los adultos mayores; el 6.25% eran solteros, 3.13% convivientes, 54.17% eran casados y 26.04% viudos; un 9.38% eran divorciados y 1.04% era separado; lo cual nos indica en el estudio que la mayoría de adultos mayores que acuden al Hospital se encuentran en pareja, ya sean convivientes o casados; es considerable también el porcentaje de pacientes que han enviudado.

La convivencia de los adultos mayores se muestra en la **tabla y gráfico 3**; el 10.42% de ancianos vive solo, y en el 70.83% viven con los hijos, 57.29% con el cónyuge, 45.83% además vive con los nietos y 23.96% con otros familiares. Según Iborra I en su artículo “Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española.” (9) el parentesco de hijo (a) y pareja es un factor de riesgo del agresor; y cómo podemos ver en este estudio, son porcentajes altos los de ancianos que viven con el cónyuge y/o con los hijos.

La dependencia física evaluada con el índice de Katz mostró que 78.13% de adultos mayores no tiene incapacidad, y la incapacidad se presentó en 21.88% de casos, de las cuales fue leve en 10.42% de casos, moderada en 8.33% y severa en

3.13% (**tabla y gráfico 4**). De igual manera Iborra I (9) toma la dependencia física como factor de riesgo de la víctima, en este caso el porcentaje de pacientes con discapacidad no es muy alta, lo que puede atribuirse a que la mayoría de pacientes que acuden de forma ambulatoria lo hacen por cuenta propia, lo que aleja la probabilidad de que sean ancianos dependientes físicamente. Además el grado de dependencia más frecuente se encuentra entre leve y moderado, siendo ínfima la cifra de pacientes que tienen dependencia severa. Así mismo, encontramos que la cantidad de pacientes sin discapacidad es alta, por lo que podríamos esperar que en este grupo de ancianos se den mayormente casos de maltrato económico o negligencia, los cuales no están directamente relacionados con la dependencia física.

La **tabla y gráfico 5** muestra la presencia de comorbilidades en los pacientes evaluados; el 64.58% no tiene comorbilidades, y de las presentes la más frecuente fue la hipertensión arterial (11.46%), seguida de artrosis (8.33%) o trastornos osteomusculares (4.17%) entre otros. Citando nuevamente a Iborra I (9), menciona algunas patologías asociadas al maltrato en el adulto mayor como factores de riesgo tratándose principalmente de trastornos psiquiátricos, como la depresión; o cognitivos, como la demencia, que en este estudio tuvo que ser excluido debido a la imposibilidad de estos pacientes de responder a la entrevista. Como se describe no existen comorbilidades de este tipo en los pacientes participantes.

Al aplicar el cuestionario de maltrato (**tabla y gráfico 6**), se encontró una frecuencia de sospecha de maltrato en 22.92% de casos, de los cuales el más frecuente es el maltrato psicológico (20.83%), seguido del maltrato económico (6.25%) y en 2.08% hubo maltrato por negligencia y solo en 1.04% se registró

maltrato físico. Podemos darnos cuenta de que la frecuencia de sospecha de maltrato en esta población es alta comparándola por ejemplo con el estudio de Ruiz A et al. “Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos” (13) realizado en Barcelona donde se encontró una prevalencia de sospecha de maltrato de 11.9%; estamos hablando de casi la mitad de casos en relación a lo que se encontró en este estudio; podríamos explicar esto por el hecho de que nos encontramos en una sociedad en donde la violencia doméstica es frecuente, e incluso va en aumento, a diferencia de países Europeos como España (16).

También encontramos que Martina M et al. en su estudio “Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima-Perú, 2009” (14) describe que la violencia psicológica, al igual que los hallazgos en nuestro estudio, es la más reportada; seguida del maltrato físico a diferencia de nuestro estudio en el que encontramos en segundo lugar al maltrato de tipo económico; no se menciona en dicho estudio otros tipos de maltrato a parte del físico y psicológico. Así mismo podemos comparar porcentajes encontrados con los descritos por Ruiz A et al. (13), quien también encuentra al maltrato psicológico como el más frecuente (9.13%) seguido del maltrato físico (2.7%); es importante recalcar que no se encontraron casos de maltrato económico lo que se explica en el artículo por el bajo poder adquisitivo de los ancianos entrevistados al tratarse de un Centro de Atención Primaria. Además Ruiz A et al. (13) encontró casos de violencia sexual y abandono, en contraste a este estudio, lo cual puede ser justificado por la misma razón en los casos de abandono.

El autor del maltrato en los casos positivos fue la pareja en 40.91%, los hijos en 31.82%, y en 22.73% otras personas (**tabla y gráfico 7**). A diferencia de estos resultados, en su estudio Martina M et al. (14) (Hecho en un Centro de Emergencia Mujer en la ciudad de Lima en el año 2009), encontró que en un 52.54% de casos los principales agresores fueron los hijos, coincidiendo con el estudio de Ruiz A et al. (13) en el que señala que los autores del posible maltrato fueron los hijos en un 57% de los casos.

Según Martina M et al.(14) un 24.6 % de la violencia fue de parte de la pareja y el resto fue dada por otros familiares, dentro de ellos principalmente nueras y yernos (14.4%); así mismo, Ruiz A et al. (13) muestra que el maltrato proviene de yernos/nueras en el 23% de casos, cónyuges en un 8% y otros en el resto.

Debemos notar que es considerablemente bajo el maltrato dado por la pareja en una ciudad Española a diferencia de ciudades del Perú, como Lima, y especialmente en relación a nuestra ciudad, en donde la pareja es el agresor en casi la mitad de situaciones. Entonces consideramos que la presencia del cónyuge, en un contexto social como el nuestro, podría pesar más como factor de riesgo de sufrir algún tipo de maltrato para un anciano.

La relación del maltrato con el sexo de los adultos mayores se muestra en la **tabla y gráfico 8**; el 25.76% de mujeres ancianas sufre maltrato, comparado con 16.67% de varones, siendo la diferencia no significativa ($p > 0.05$). En este aspecto los antecedentes bibliográficos coinciden en que es mayor el maltrato en la población femenina, incluso Ruiz A et al. (13) encuentra una diferencia significativa en relación al sexo masculino; a pesar de que en este estudio no sea así, se debe tomar

como precedente para un mejor enfoque tanto en la prevención como en la detección de los casos.

En la **tabla y gráfico 9** se aprecia la frecuencia de maltrato según edad del adulto mayor; se encontraron frecuencias similares en todos los grupos, con excepción de la edad de 75 a 79 años y en mayores de 90, donde no se reportó maltrato, pero en los demás grupos osciló entre el 16.67% (70-74 años) y el 30% (85-89 años); las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$). De esto inferimos que no hay mayor prevalencia de maltrato entre los grupos etarios mayores a 74 años (considerado punto de corte para considerarse factor de riesgo) en comparación a los grupos etarios que se encuentran por debajo de esta edad; al igual que Ruiz A et al. (13) quien tampoco encuentra diferencias significativas respecto a esta variable.

Martina M et al.(14) obtuvo como edad promedio 69 años, entre los pacientes estudiados que sufren de maltrato, sin embargo también menciona que casi el 60% de éstos se encontraba entre los 60 y 69 años; en el presente estudio es el 50% de los pacientes con sospecha de maltrato quienes se encuentran entre estas edades. Esto nos sugiere que son los ancianos que se encuentran en estos grupos etarios, los que más acuden a un centro por atención médica como se vio también en la tabla y gráfico 1, y en los que hay un porcentaje de sospecha de maltrato importante, por lo que debemos tomar mayor atención en ellos para la detección de casos de maltrato.

La **tabla y gráfico 10** muestran la relación entre el estado civil y el maltrato; el maltrato fue similar entre los grupos, pasando por 33% de solteros, convivientes o divorciados, a 23.08% de casados o 16% de viudos; los separados no sufrieron

maltrato; las diferencias no obstante no fueron significativas ($p > 0.05$); a diferencia de lo que reporta Ruiz A et al. (13) quien encuentra mayor sospecha de maltrato en ancianos viudos. En relación a esto hay ciertos aspectos que llaman la atención:

- En estudios realizados en el Perú como el de Martina M et al. (14) y el presente, se evidencia porcentajes importantes en que la pareja toma el papel de agresor, lo que ya fue mencionado antes.
- En el estudio español de Ruiz A et al. (13) vemos que la ausencia de pareja, es decir ancianos viudos, es la situación en la que se encontró mayor sospecha de maltrato.
- Por otro lado vemos que del total de maltratados, son 13 (59%) los adultos mayores con pareja, entre casados y convivientes

Entonces podemos decir que es muy importante evaluar la relación de nuestros pacientes con sus cónyuges para, de esta manera, captar ancianos que pudieran sufrir de maltrato.

La relación del maltrato con la convivencia se muestra en la **tabla y gráfico 11**; el 50% de ancianos que viven solos sufren algún tipo de maltrato, al igual que el 19.77% de los que viven con algún familiar; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$). Se debe destacar que, como es de esperarse, es en estos ancianos en los que se encuentran los casos de negligencia de este estudio, y aunque no se registraron casos de abandono, seguramente se presentarían de la misma forma. También existen dentro de ellos casos de maltrato psicológico proveniente de vecinos y hermanos de los pacientes, que aunque no viven con ellos, forman parte del entorno en el que se desenvuelven día a día; esto prueba que vivimos en una sociedad caracterizada por intolerancia y hostilidad hacia los adultos mayores.

En la **tabla y gráfico 12** se muestra la relación entre la dependencia física y el maltrato; hubo alguna forma de maltrato en 20% de ancianos sin incapacidad, en 30% de adultos mayores con incapacidad leve, en 37.50% de aquellos con incapacidad moderada y en 33.33% con incapacidad severa, siendo las diferencias no significativas ($p > 0.05$). Solamente Ruiz A et al. (13) valora la dependencia física y tampoco encuentra diferencias significativas al respecto; no obstante, es válido pensar que una persona que es dependiente físicamente no va a revelar con facilidad algún dato de su vida que sugiera que sufre algún tipo de maltrato, esto obviamente, por temor a perder la ayuda que necesita para realizar sus actividades de la vida diaria; aunque se hayan tomado las precauciones necesarias para lograr una entrevista sin la presencia de acompañantes que interfieran en la veracidad de los datos que brinda el anciano, no se puede interferir en las creencias tan arraigadas de los adultos mayores, las que van adquiriendo con el paso de los años y que los hace resignarse a un sufrimiento que puede y debe evitarse.

En la **tabla y gráfico 13** se aprecia que el 32.35% de ancianos con comorbilidades sufren maltrato, así como el 17.74% de los que no tienen comorbilidades; las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$). Ningún estudio considera la presencia de comorbilidades que puedan estar asociadas al maltrato de adultos mayores y aunque en este caso no se haya encontrado relación significativa, en muchos casos; estas condiciones, de acuerdo a su naturaleza, se exacerbaban con el maltrato, viéndose afectada la salud general de estos pacientes, que es lo que más nos interesa como médicos.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.-** Existe sospecha de maltrato en la cuarta parte de adultos mayores que acuden al Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa.
- Segunda.-** Hay mayor sospecha de maltrato en mujeres que se encuentran entre los 85 y 89 años de ancianos que se atienden en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa.
- Tercera.-** Hubo significativamente mayor frecuencia de sospecha de maltrato en adultos mayores que viven solos y que acuden al Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa; siendo el autor familiares (hermanos) o vecinos.
- Cuarta.-** El estado civil más frecuente en los adultos mayores con sospecha de maltrato atendidos en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa es en solteros, convivientes o divorciados.
- Quinta.-** El grado de dependencia moderada se relaciona con mayor frecuencia de sospecha de maltrato en adultos mayores que acuden al Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa.
- Sexta.-** En casi la cuarta parte de la población estudiada se presenta sospecha de maltrato del tipo psicológico siendo este el más frecuente en los ancianos atendidos en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa.

RECOMENDACIONES

- Primera.-** El Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa debe realizar campañas trimestrales de promoción y prevención de maltrato al adulto mayor.
- Segunda.-** El Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa debe facilitar y fomentar la intervención de profesionales de asistencia social en su establecimiento para el diagnóstico y manejo adecuado de este tipo de casos.
- Tercera.-** La Facultad de Medicina Humana de la UCSM debe fomentar la investigación orientada a la prevención y detección precoz de casos de maltrato en adultos mayores.
- Cuarta.-** El Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa debería capacitar a su personal de salud sobre este tema para que se haga la detección oportuna y el manejo adecuado de pacientes que sufran de maltrato.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Rueda JD. El maltrato a las personas mayores: Bases teóricas para su estudio. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2008.
- 2) IMSERSO. Malos tratos a personas mayores: Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Madrid: ; 2007.
- 3) IMSS. Guía de práctica clínica: Detección y manejo del Maltrato en el adulto mayor. México: ; 2013. (accessed).
- 4) Perez G, Izal M, Sancho MT, . Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. Revista Española de Geriátría y Gerontología 2010; 45(4): .
- 5) Organización Mundial de la Salud (2002) citado en Pérez Rojo, G. y Chulián Horrillo, A. (2013) Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. pp. 127-167.
- 6) Viviano Llave T. Violencia familiarizado en las Personas Adultas Mayores en el Perú: Aportes de la casuística de los Centros de EmergenciaMujer, ed. Lima ;; 2.005.
- 7) Pérez Rojo y Chulián Horrillo (2013) Ob. cit. pp. 136-138.
- 8) Buzgová y Ivanová (2009) citado en Pérez Rojo y Chulián Horrillo (2013) pp. 137.

- 9) Iborra I. Factores de Riesgo del maltrato de las Personas mayores en la familia en Población española. Zerbitzuan 2009; 45 (1) :. (visitada).
- 10) MIMDES. “Situación actual de las personas adultas mayores al año 2002”. En Dirección General de las Personas Adultas Mayores.
- 11) Millán JC. Principios de Geriatria y Gerontología. Madrid: ; 2006.
- 12) Muñoz A, Muñoz M. Investigación Científica en Salud: Aspectos Metodológicos y éticos, 2 ed. Arequipa ;; 2011.
- 13) Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, P Duaso, Coma M, N Requesens. Violencia doméstica :. Prevalencia de Sospecha de maltrato a ancianos ELSEVIER 2001; 27 (5) :. (visitada).
- 14) Martina M, Nolberto V, Miljanovich M, Bardales O, Gálvez D. Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima-Perú, 2009.. Revista Peruana de Epidemiología 2009; 14(3): . (accessed).
- 15) Leonardo ChC, Aparecida R. Ocurrencia de maltratos a los ancianos en el domicilio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2008; 16(3): .
- 16) Salama P. Informe sobre la violencia en América Latina. Revista de Economía Institucional 2008; 10(18): 81.

INFORMATOGRAFÍA

- 17) <https://www.scribd.com/doc/31925609/Libro-Maltrato-a-Personas-Mayores>
- 18) <http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/jmalostratosint.pdf>
- 19) http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf
- 20) <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-factores-riesgo-sospecha-maltrato-13076463>
- 21) http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a04v14n3.pdf
- 22) <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-violencia-domestica-prevalencia-sospecha-maltrato-11000071>
- 23) http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112007000300010&script=sci_arttext&tlng=en
- 24) http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113205592006000300003&script=sci_arttext&tlng=pt
- 25) <http://www.ijpsy.com/volumen11/num1/284/construccion-y-validacion-de-las-escalas-ES.pdf>
- 26) http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es_21.pdf





UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FRECUENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL
GERIÁTRICO MUNICIPAL DE AREQUIPA. 2017**

Proyecto de Tesis presentado por la alumna:
Hellen Michelly Sánchez Guerra
Para optar:
Título Profesional de Médico Cirujano

AREQUIPA – PERÚ

2017

PREÁMBULO

El maltrato, ya sea físico y/o psicológico familiar, forma parte de una problemática social, cuyos efectos generados en las personas que son víctimas de este tipo de actos son de alto riesgo y afectan a la salud pública de manera directa; es por esto que este tema debe tener especial consideración por parte de profesionales, autoridades e instituciones para un correcto abordaje.

El maltrato a los adultos mayores existe probablemente desde hace mucho tiempo, sin embargo, emerge como tal hace pocos años y no porque no existiese sino porque ha sido siempre un problema oculto; contribuyendo a esto de manera importante el aumento de la expectativa de vida de los ancianos y la falta de búsqueda de ayuda de los mismos en familiares o instituciones debido a las barreras sociales que se imponen en una cultura como la nuestra.

A diferencia de lo que se concibe equivocadamente, el maltrato no es exclusivo de alguna clase social específica de la población, pues no sólo las personas de bajos recursos económicos son parte de este problema, tampoco sólo mujeres y niños son susceptibles ante esta situación, por esto debemos plantear este problema desde una perspectiva más amplia pues se puede presentar en cualquier etapa de la vida.

Durante mis estudios he tenido la oportunidad de observar a personas de la tercera edad que son víctimas de maltrato físico y/o psicológico con temor a reportar estos actos, principalmente por miedo a la reacción de sus familiares, por dependencia emocional, por desamparo económico e incluso por amenaza.

Además he podido evidenciar las consecuencias que puede generar cualquier tipo de maltrato en otros aspectos de la salud de estos pacientes; es por esto que considero importante profundizar sobre el maltrato en esta población mediante este estudio.



I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1 Enunciado

Frecuencia de Sospecha de maltrato y características sociodemográficas en adultos mayores del Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa. 2017

1.2 Descripción del problema

a. Área de conocimiento

- Área general : Medicina Humana
- Área específica : Geriátrica
- Especialidad : Geriátrica clínica
- Línea : Maltrato

b. Operacionalización de variables

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ADULTO MAYOR

Variables	Indicador	Valores o categorías	Escala
Edad	- Fecha de nacimiento	- 65-69 - 70-74 - 75-79 - 80-84 - >85	De razón
Sexo	- Caracteres secundarios	- Masculino - Femenino	Nominal
Estado civil	- Según cuestionario	- Casado - Soltero - Conviviente - Viudo - Divorciado - En pareja	Nominal

Situación de convivencia	- Según cuestionario	- Solo - Familiar - Cuidador	Nominal
Dependencia física	- Índice de Katz	- Ausencia de incapacidad - Incapacidad moderada - Incapacidad severa	Ordinal

CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO

Variables	Indicador	Valores o categorías	Escala
Sospecha de maltrato	- Índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores	- Sospecha de maltrato - No sospecha de maltrato	Nominal
Tipo de maltrato	- Índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores	- Físico y sexual - Psicológico y verbal - Económico - Mixto	Nominal

c. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la frecuencia de sospecha de maltrato físico y psicológico en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa?
- ¿Cuál es la edad con mayor frecuencia en adultos mayores con sospecha de maltrato en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa?

- ¿Cuál es el sexo con mayor frecuencia de sospecha de maltrato en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa?
- ¿En qué situación de convivencia hay mayor frecuencia de sospecha de maltrato en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa?
- ¿Cuál es el estado civil más frecuente en los adultos mayores con sospecha de en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa?
- ¿Cuál es el grado de dependencia más frecuente en los adultos mayores con sospecha de maltrato en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa?
- ¿Cuál es el tipo de maltrato más frecuente en adultos mayores con sospecha de maltrato en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa?

d. Tipo de investigación

El presente trabajo investigativo es transversal, observacional descriptivo

e. Nivel de investigación

Nivel descriptivo

1.3 Justificación

Científica: Este estudio contribuirá científicamente debido a la escasez de evidencia en cuanto a maltrato del adulto mayor en nuestra ciudad. Se busca poner en evidencia la frecuencia de sospecha de maltrato hacia los

adultos mayores, y dentro de este contexto describir algunas características epidemiológicas del maltratado; como el sexo, la situación en la que vive y el grado de dependencia física; con el fin de tener las bases claras del problema e identificar los aspectos más importantes a tener en cuenta al momento de lidiar con la situación ya que en los últimos años la violencia familiar y más específicamente el maltrato al adulto mayor ha aumentado en nuestra sociedad.

Humana: Teniendo en cuenta que la tercera edad es una etapa de la vida en la que una persona se encuentra vulnerable y le resulta difícil expresar frente a los demás cualquier tipo de malestar en su entorno que le ocasione problemas orgánicos o psicológicos, considero que este estudio podrá ayudarnos a conocer y entender que debemos ver a estos pacientes propensos a sufrir maltrato lo que repercutirá directamente en su salud.

Social: Nos encontramos en una sociedad en la que la violencia en general constituye un problema social, y esta investigación aborda una parte de esta problemática que por la naturaleza de la misma no se manifiesta ante nosotros de manera clara, por consiguiente se podrá realizar un diagnóstico situacional desde un enfoque médico y en conjunto con las personas del entorno de los pacientes se pueda contribuir al desarrollo de una sociedad sin violencia.

Factibilidad: En nuestra ciudad de Arequipa se inauguró recientemente el Hospital Geriátrico Municipal con miras a una atención integral del adulto mayor, por lo que este estudio contribuirá poniendo en evidencia los casos

de sospecha de maltrato a los adultos mayores y se pueda abordar también este aspecto de la salud de los pacientes que se atienden en este Hospital

Interés Personal: Durante la realización de mi Internado he notado que existe diferencia en cuanto al desenlace de las diferentes patologías que puede sufrir un paciente de la tercera edad y que esto podría estar relacionado a la sospecha de maltrato de cualquier tipo que puedan estar sufriendo; por esto considero que mi investigación contribuirá de manera importante a mi formación como médico para obtener mejores resultados al momento de tratar este tipo de pacientes.



2. Marco Teórico

2.1 Maltrato al adulto mayor

2.1.1 Definición de maltrato al adulto mayor

En el presente estudio se tomará como definición del maltrato al adulto mayor, la promulgada en la Declaración de Toronto en el año 2002 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la cual el maltrato es una “acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”¹

Es importante tener en cuenta que en nuestro país el maltrato al adulto mayor, dentro del contexto de la violencia familiar, es un tema que ha venido tomando mayor importancia, es así que una aproximación a la violencia familiar en adultos mayores nos dice que “cuando la persona adulta mayor ha dejado de ser independiente, la familia se constituye en su único soporte, sin embargo en muchos casos el hogar se convierte en un espacio de marginación, abandono y maltrato. Asistimos entonces a un escenario en el que es frecuente que la familia cercana manifiesta cansancio, agotamiento, desinterés, agresión y apropiación de los valores o rentas de la persona adulta mayor”²

¹ Organización Mundial de la Salud (2002) citado en Pérez Rojo, G. y Chulián Horrillo, A. (2013) Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. pp. 127-167

² Viviano Llave T. Violencia familiarizado en las Personas Adultas Mayores en el Perú: Aportes de la casuística de los Centros de Emergencia Mujer, ed. Lima ;; 2.005.

2.1.2 Tipos de Maltrato.

El abuso de ancianos toma muchas formas diferentes, algunas de intimidación o amenazas contra la participación de las personas mayores, otras formas implican negligencia, y otras están relacionadas con argucias financieras. Aunque no existe un consenso en cuanto a una clasificación, sin embargo tomando en cuenta la tipología descrita podemos definir los siguientes:

a) Físico:

“Cualquier acción como golpear, abofetear, quemar, privación de libertad, uso inapropiado de medicación, etc., llevada a cabo por otras personas y que causa daño o lesión física de forma intencional. Los indicadores de este tipo de maltrato podrían ser: moratones, quemaduras, huesos fracturados o rotos, signos de haber sufrido restricciones de algún tipo (p.ej. marcas de cuerdas o niveles anormales de fármacos), hipotermia, dolor al ser tocado, etc”³.

b) Psicológico:

“Implica acciones como la agresión verbal, el uso de amenazas, el abuso emocional, obligar a presenciar el maltrato infligido a otras personas, provocar malestar psicológico, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación cometido sobre una persona mayor como las

³ Pérez Rojo y Chulián Horrillo (2013) Ob. cit. pp. 136-138

actitudes edadistas en forma de infantilismo tratándolo como si fuese un niño. Este tipo de malos tratos provoca entre otros resultados: impotencia, indefensión y/o miedo inexplicables. Los indicadores de este tipo de maltrato serían: indecisión para hablar abiertamente, comportamiento inusual, emocionalmente disgustado o agitado”³.

c) Económico:

“Supone robo, uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona mayor, obligarle a cambiar el testamento, etc., dando como resultado un perjuicio para la persona mayor y un beneficio para otra persona. Las personas que viven en institucionales de cuidado a largo plazo podrían experimentar el robo de sus propiedades personales por parte del personal de la institución, familiares, visitas u otros residentes. Los indicadores de este tipo de maltrato pueden ser: patrón irregular de gastos o retirada de dinero, cambios repentinos en cuentas bancarias, testamentos, etc., firmas en cheques, que no se parecen a la firma de la persona mayor”³.

d) Sexual:

“Conlleva cualquier contacto de carácter sexual (caricias orales, anales o vaginales además de violación, sodomía, obligarle a desnudarse o a ver fotografías sexualmente explícitas) sin el consentimiento de la persona mayor, ya sea porque ha sido forzada, no tiene la capacidad para dar ese consentimiento o porque ha sido llevado a cabo a través de

engaño. Algunos lo incluyen dentro del maltrato físico, y otros, como categoría independiente. Entre los posibles indicadores de este tipo de maltrato podemos encontrar: moratones alrededor del pecho o del área genital, enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación, hemorragias vaginales o anales sin explicación, ropa interior rasgada, manchada o con sangre”³.

e) Abandono:

“Abandonar a una persona mayor por parte de la persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o que posee su custodia. Algunos lo incluyen en negligencia y otros como categoría independiente. Los indicadores de este tipo de maltrato serían que la persona mayor fuera abandonada en un hospital, centro comercial o una gasolinera”³.

f) Negligencia:

“Cualquier acto de omisión, fallo intencional (activa) o no (pasiva), en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor (higiene personal, por ejemplo) o en impedirle estar con la gente con la que quiere estar, darle “trato de silencio” (no hablarle). Puede ser física, psicológica, económica, etc. Entre los indicadores de este tipo de maltrato se puede hablar de úlceras por presión, suciedad, olor a orina o heces, vestido inadecuado, malnutrición, deshidratación, ignorar a la persona mayor, aislar a la persona mayor, excluirle de sus actividades”³.

2.1.3 Factores de riesgo⁴

2.1.3.1 Factores individuales:

a. De la víctima

- Sexo: mujer
- Edad: más de 74 años
- Dependencia: discapacidad física o intelectual
- Demencia: especialmente, Alzheimer
- Trastornos psicológicos: depresión

b. Del agresor

- Sexo: hombres en los casos de maltrato físico y mujeres en los de negligencia
- Trastornos psicológicos: depresión
- Consumo de sustancias: alcohol
- Parentesco: hijos o pareja

2.1.3.2 Factores relacionales

- Estrés: síndrome de burnout en el cuidador
- Agresividad de la víctima
- Dependencia económica del agresor respecto de la víctima

2.1.3.3 Factores comunitarios

- Aislamiento social: la víctima convive sola con su agresor y ambos mantienen pocos contactos sociales
- Falta de apoyo social: ausencia de recursos sociales de apoyo

⁴ Iborra Marmolejo I. Factores de Riesgo del maltrato de las Personas mayores en la familia en Población española. Zerbitzuan 2009; 45 (1) :. (visitada) .

2.1.3.4 Factores Sociales

- Discriminación por edad („edadismo“)
- Cultura violenta: normalización de la violencia.

2.1.4 Indicadores de malos tratos en adultos mayores

“El indicador más sensible y específico es la propia queja de la persona mayor, sin embargo un indicador de sospecha no puede convertirse necesariamente en un definidor; no obstante, su presencia nos obliga a indagar y recabar más información en busca de un diagnóstico que permita la intervención precoz.”⁵

a) Indicadores generales: Que se reflejan en el comportamiento del adulto mayor y de las personas que se relacionan con ellos, dentro de esto podemos mencionar algunas conductas como:

- Miedo, manifestación de sentimientos de soledad o baja autoestima; en el adulto mayor.
- Estrés e insatisfacción en el cuidador
- Conflictos o indiferencia en la relación que mantiene con las personas a su alrededor.

b) Indicadores de maltrato psicoafectivo: Causar angustia, pena, sentimientos de miedo o estrés mediante actos verbales o no verbales. Amenazas, insultos, burla, intimidación, humillación, infantilización en el trato, indiferencia hacia su persona, darle tratamiento de silencio,

⁵ Rueda JD. El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2008.

aislamiento, no respetar sus decisiones, ideas o creencias, aislamiento. Agresión verbal, silencios ofensivos, aislamiento social provocado, amenazas de abandono o institucionalización. La violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones.

- c) Indicadores de abuso económico: Pérdida de dinero. Cambios o recientes realizaciones de testamentos, transmisión de poderes, cuando la persona mayor no es capaz de tomar decisiones. Robos. Desaparición de joyas u otros objetos valiosos. Exigir a la persona mayor a que coopere económicamente con su pensión o patrimonio a los gastos del hogar o de alimentación. Uso desautorizado e impropio de fondos, propiedades, voluntades económicas o cualquier otro recurso de la persona mayor.
- d) Indicadores de maltrato sexual: Hematomas en las mamas o áreas genitales. Infecciones genitales o venéreas inexplicables. Laceraciones, abrasiones, hemorragias, hematomas. Sangrados vaginales o anales inexplicables. Sangre o manchas en la ropa interior. Ropa interior rota o manchada de sangre. Comportamiento sexual desinhibido. Queja de asalto sexual o violación. Miedo a mostrar la zona genital.
- e) Indicadores de negligencia y abandono: No administración correcta de medicación, alimentación inadecuada o deficiente, entorno descuidado, ropa inadecuada. Acumulación extrema de basuras, malnutrición, ropa inadecuada, falta de higiene, alcoholismo, problemas de salud física y mental no tratados. Privación de intimidad, impedimento de ejercer derechos, falta de respeto por sus deseos valores y opiniones.

2.1.5 Escalas de evaluación

NOMBRE	AUTOR	ESCALA
Indicators of Abuse Screen (IOA)	Reis y Nahmiasch, 1998	“Este test fue elaborado para la utilización de profesionales de los servicios sociales que tienen acceso a los domicilios de las personas mayores. Resulta válido según los resultados que aporta respecto a los problemas interpersonales del agresor (mentales, comportamiento, drogas), como aquellos que relacionan víctima y agresor (relación conflictiva) analizando el soporte social de la persona mayor y los antecedentes previos del maltrato.” ⁶
The Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)	Reis y Nahmiasch, 1993	“Facilita indicaciones a los profesionales sobre posibles malos tratos. Bueno como cribado inicial y rápido. El profesional necesita formación previa. Se centra en la exploración de abusos físico, psicológico, económico y negligencia.” ⁶
Hwalek Sengstock Elder Abuse Screening Test(HS/EAST)	Neale, Hwalek y Sengstock et al., 1991	“Cuestionario con 15 preguntas en las que se contemplan las categorías de: la violación de los derechos; personas en situación de vulnerabilidad; situaciones de abuso potencial. Se administra directamente a la víctima.” ⁶
The Caregiver Abuse Screening (CASE)	Reis y Nahmiasch, 1995 b	“Test breve que puede aplicarse en dos o tres minutos y consta de 8 preguntas dicotómicas. Se administra a los cuidadores y detecta sospecha de abuso.” ⁶
American Medical Association (AMA)	AMA, 1992	“Recomendado para que el personal sanitario lo administren en la práctica clínica diaria. Es un cuestionario de 9 preguntas sobre si padece una situación de malos tratos y engloba todas las tipologías. Una sola respuesta positiva determina el seguimiento del caso. El principal problema es que en ocasiones la propia víctima es incapaz de dar respuestas reales.” ⁶
Conflict Tactic Scale	Strauss, 1979 y Strauss, 1995	“Este test pretende captar las circunstancias que pueden ser injuriosas o preocupantes en la vida de una persona mayor. Se centra en la captación del grado de violencia que utilizan los miembros de una familia para resolver sus conflictos, verbal o física, a través de los 19 ítems.” ⁶

⁶ Rueda JD. El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2008.

Qualcare Sacale	Phillips, et al 1990	“Se centra en la exploración de las necesidades de las personas mayores y su cobertura a través de 52 ítems distribuidos en seis categorías. Se recogen datos sobre el cuidado físico, la salud, los aspectos emocionales, los financieros, el entorno y los derechos humanos.” ⁶
Elder Abuse Suspicion Index (EASI)	Yaffe, et al 2004	<p>“El EASI es un instrumento desarrollado y probado por un grupo de investigación canadiense formado por Mark Yaffé (McGill University y St. Mary’s Hospital Centre), Maxine Lithwick (Centro de Salud y Servicios Sociales de René -Cassin) y Christina Wolfson (McGill University y Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital de Montreal), en el ámbito de la atención primaria. Está compuesto por un número limitado de preguntas breves y directas dirigidas a personas mayores sin deterioro cognitivo que se realizan en el transcurso de cualquier encuentro de una persona mayor con un médico en la consulta y que el medico formula en un lenguaje accesible; es fácilmente aplicable a personas mayores sin problemas cognitivos. El EASI se diseñó para valorar la sospecha de la existencia de maltrato y no específicamente para “detectar casos”. Además, su aplicación perseguía ayudar a los médicos de atención primaria a familiarizarse con el maltrato a personas mayores. Aunque el EASI no puede garantizar la detección de casos confirmados de maltrato a personas mayores, su aplicación ya indica que el profesional sanitario es consciente del problema y por tanto, puede derivar posibles casos a los servicios sociales y comunitarios.</p> <p>Para la validación del EASI, se compararon sus resultados con el FETS desarrollado también por el grupo de investigación canadiense (ver formulario completo online). El FETS es una entrevista estandarizada aplicable originalmente por profesionales del área social y del comportamiento con el objetivo de evaluar con minuciosidad a personas mayores en riesgo de sufrir maltrato.</p> <p>Incluye variables biopsicosociales como la edad, historia social, eventos vitales, dinámica familiar, salud física y mental de la persona mayor</p>

		<p>y otras personas significativas para ella, actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, actividades sociales y nivel económico. También incluye preguntas específicas sobre maltrato físico, sexual, psicológico, negligencia y abuso económico. Además, incluye una valoración observacional de la apariencia de la persona mayor y del entorno en el que vive.</p> <p>Finalmente, el evaluador emite un juicio tras la aplicación del cuestionario señalando si existe o no sospecha de maltrato y además, señala hasta qué punto se siente seguro de su evaluación. Como resultado de los análisis de validación del EASI se encontró un índice de sensibilidad de 0,47 y un índice de especificidad de 0,75.</p> <p>En el estudio realizado en España, se encontró para la muestra global una sensibilidad del 51% que aumentaba hasta el 67% si solo se consideraba la muestra obtenida a través de servicios sociales y una especificidad del 95% en la muestra total y del 96% en la muestra de servicios sociales.”⁷</p>
--	--	---

2.1.6 Manejo del maltrato al adulto mayor

En el caso de sospecha de maltrato del adulto mayor se debe:

- Reconocer factores de riesgo, el tipo de maltrato y signos o síntomas que demuestren el maltrato.
- Realizar una valoración clínica exhaustiva

⁷ Perez G, Izal M, Sancho MT, . Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. Revista Española de Geriátría y Gerontología 2010; 45(4): .

- Reportar y determinar si el tipo de maltrato amerita derivar a una instancia legal, involucrar organismos protectores del adulto mayor.
- a) Ante un caso de negligencia
- Ofrecer apoyo para satisfacer las necesidades del adulto mayor
 - Supervisar al cuidador del adulto mayor
 - Sugerir institucionalización, de no haber mejoría
 - Contactar autoridades correspondientes
- b) Ante un caso de maltrato económico
- Ofrecer apoyo y buscar opciones de ayuda
 - Colaborar con familiares para clarificar y buscar opciones de acuerdo al caso
- c) Ante un caso de maltrato psicológico
- Fortalecer la autoestima y autonomía del paciente para enfrentar al maltratador.
 - Ofrecer otra alternativa de cuidados.
- d) Ante un caso de maltrato sexual
- Asegurar la integridad del paciente
 - Sugerir cambio de residencia
 - Supervisar al cuidador al otorgar los cuidados
 - Dar aviso a las autoridades correspondientes.

2.1.7 Consideraciones legales

Actualmente en nuestro país existe la Ley 26260 de Protección Frente a la Violencia Familiar, en la cual se entenderá por violencia familiar “cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza o coacción graves, que se produzcan entre; cónyuges, convivientes, ascendientes, descendientes, parientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad o quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales.”

Es importante mencionar también que existe una Dirección de Personas Adultas Mayores en el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social que sería el órgano encargado de promover, coordinar y supervisar políticas, programas, planes y proyectos dirigidos a los adultos mayores, en especial a los que se encuentren en estado de vulnerabilidad y pobreza.

2.1.8 Dependencia en el adulto mayor

Se entiende por dependencia como la “dificultad o incapacidad que padece una persona y que la obliga a solicitar ayuda a un tercero para poder realizar sus actividades cotidianas”. La importancia de la dependencia en el área geriátrica radica en que constituye un eslabón más de una cadena que tiene inicio en los síndromes geriátricos, y al no ser abordados de la manera adecuada, conllevan a fragilidad, dependencia y muerte.

3. Análisis de antecedentes investigativos

A nivel local: No se encontraron antecedentes a nivel local

A nivel nacional

3.1 Autor: Martha Martina , Violeta Nolberto , Manuel Miljanovich , Olga Bardales y Deysi Gálvez

Título: “Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima-Perú, 2009.”

Resumen: “Objetivo: Describir las características socio demográficas de los adultos mayores víctimas de violencia y de sus agresores, así como los espacios contextuales en los que se realiza dicha violencia. Métodos: Investigación descriptiva, retrospectiva en función de los casos reportados en seis Centros Emergencia Mujer de Lima Metropolitana de enero a septiembre del 2009. Resultados: Se estudiaron 118 casos de adultos mayores víctimas de violencia familiar (física, psicológica y sexual) cuya edad promedio fue de 69.02 ± 7.74 años. El 87.29% (103) está constituido por mujeres, en un alto porcentaje sin instrucción y dependientes económicamente. Respecto al agresor; el 55.93% (66) son del sexo masculino, en su mayoría casados, en muchos casos porque se trata de la propia pareja. El hijo(a) es el principal agresor 52.54% (62); mientras la pareja lo es en un 24.58% (29). El 45.76% (54) no tienen trabajo remunerado y otros (as) son desempleados. El 98,31% de los casos de violencia se produce en casa de la víctima. La violencia psicológica es la más alta (77.12%) y en un segundo lugar se encuentra la violencia física sumada a la psicológica con un 16.10%. Conclusión: Los adultos mayores

que son víctimas de violencia en su mayoría son mujeres, con bajos niveles de escolaridad, sin ingresos económicos, con una historia de violencia doméstica que supera en muchos casos un cuarto de siglo. El perfil del agresor está caracterizado por ser del sexo masculino, desempleado, y, en muchos casos es la propia pareja o el hijo(a). La violencia psicológica es la más frecuente y sostenida en el tiempo, explicada probablemente por el carácter dominante del agresor.

PALABRAS CLAVE: Violencia doméstica, Anciano frágil, Adulto mayor, Maltrato al adulto mayor.”

Cita en Vancouver: Martina M, Nolberto V, Miljanovich M, Bardales O, Gálvez D. Violencia Hacia el Adulto Mayor:. Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social en Lima-Perú, .. 2009; ():. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a04v14n3.pdf (visitada)

A nivel internacional

3.2 Autor: A Ruiz Sanmartín, J Altet Torner, N Porta Martí, P Duaso Izquierdo, M Coma Solé, N Requesens Torrellas

Título: “Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos”

Resumen: “Objetivo. Determinar la prevalencia de sospecha de malos tratos a ancianos (SMA) en población atendida en un área básica de salud (ABS) y analizar las variables asociadas. Diseño. Estudio transversal. Emplazamiento. Les Planes (Sant Joan Despí, Barcelona). ABS urbana.

Pacientes. Un total de 307 pacientes ≥ 70 años, visitados en el ABS. Las pérdidas fueron 39, las exclusiones por trastorno cognitivo 31 y por imposibilidad para la entrevista 18; 219 acabaron el estudio. Mediciones y resultados. Mediante entrevista se administró el test de Pfeiffer, se recogieron variables sociodemográficas, se pasó un cuestionario sobre malos tratos (una respuesta positiva se consideraba como SMA) y se valoró la dependencia física (índice de Katz). La prevalencia de SMA fue del 11,9% (IC del 95%, 7,6-16,2), 26 personas, distribuyéndose en 6 de tipo físico, 20 psicológico, uno sexual, 3 negligencia y 3 abandono. Nueve personas presentaban más de un tipo de maltrato. Las variables asociadas significativamente fueron: sexo femenino, 18% ($p < 0,01$); percibir ayudas sociales, 46% ($p < 0,001$); ser viudo/a, 21% ($p < 0,01$); no haber tenido un trabajo remunerado, 20% ($p < 0,04$), y tener residencia rotatoria, 28% ($p < 0,003$). Al aplicar el análisis multivariante, mantuvieron la significación ser mujer (OR 4,99) y percibir ayudas sociales (OR 7,55). Los presuntos perpetradores fueron en un 57%, hijo/a; 8%, cónyuge; 23%, yerno/nuera. El 19% presentaba toxicomanías y un 15% trastornos psiquiátricos. Conclusión. Es manifiesta la elevada prevalencia de SMA. Estos resultados deben alertar a los médicos de familia sobre un problema de salud hasta ahora infravalorado.”

Cita en Vancouver: Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, P Duaso, Coma M, N Requesens. Violencia doméstica :. Prevalencia de Sospecha de maltrato a ancianos *ELSEVIER* 2001; 27 (5) :. (visitada).

3.3 Autor: Cheila Cristina Leonardo de Oliveira GaioliI; Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Título: “Ocurrencia de maltratos a los ancianos en el domicilio”

Resumen: “La finalidad de este estudio fue verificar la ocurrencia de maltratos a los ancianos, de ambos sexos, en sus residencias, en laudos de exámenes de cuerpo de delito, e identificar ofensores y lesiones causadas, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CID - 10), en 2006. La muestra consistió en 87 ancianos, de ambos sexos, con edad de 60 años o más, residentes en el municipio de Ribeirao Preto, SP, que presentaron Denuncia en las Comisarías de Policía en 2002. Se consultaron dictámenes de exámenes de cuerpo del delito; el análisis utilizado fue la estadística descriptiva. Los maltratos en la residencia ocurrieron con mayor frecuencia entre ancianos del sexo masculino (58,6%), que fueron ofendidos por familiares como hijos, nietos, yernos y nueras (47,1%). En cuanto a los tipos de lesiones sufridas, el 33,5% presentó traumatismo superficial no especificado de hombro y brazo. Los maltratos en ancianos están volviéndose cada vez más evidentes en la sociedad, adquiriendo una dimensión social y de la salud pública.”

Cita en Vancouver: Leonardo ChC, Aparecida R. Ocurrencia de maltratos a los ancianos en el domicilio. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2008; 16(3): .

4. Objetivos

4.1 General:

- Establecer la frecuencia de sospecha de maltrato en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa

4.2 Específicos:

- Identificar el sexo con mayor frecuencia de sospecha de maltrato en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa
- Establecer el intervalo de edad con mayor frecuencia de sospecha de maltrato en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa
- Identificar la situación de convivencia en la que hay mayor frecuencia de sospecha de maltrato en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa
- Identificar el estado civil más frecuente en los adultos mayores con sospecha de maltrato en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa
- Identificar el grado de dependencia más frecuente en los adultos mayores con sospecha de maltrato en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa.
- Establecer el tipo de maltrato más frecuente en los adultos mayores con sospecha de maltrato en el Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1.Técnicas:

- Técnica general: Encuesta
- Técnica específica: Cuestionario

Se realizará el trabajo con todos los adultos mayores que estén presentes durante la evaluación. Se tomarán los datos individualmente a cada participante, se tratará de establecer confianza entre el investigador y el participante dando información acerca de la investigación, en qué consiste y la importancia del mismo. Posteriormente se pedirá el consentimiento verbal de participación del evaluado para luego proceder con la aplicación del instrumento, en primer lugar el Cuestionario N°1, en segundo lugar el Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index: EASI) y el Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria.

1.2.Instrumentos:

- En primer lugar un cuestionario con referencia a datos personales del entrevistado.
- Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index: EASI) el cual es un instrumento desarrollado y probado en Montreal, validado mediante el estudio “Development and Validation of a Tool to Improve Physician Identification of Elder Abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)” en el

año 2008; obteniéndose un índice de sensibilidad de 0,47 y el índice de especificidad de 0,75. Existe también una validación en España de la versión en español de EASI, en el año 2010, administrada en centros de salud y servicios sociales; obteniéndose una sensibilidad del 51% y especificidad del 95%.

- Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria. En cuanto a la validez de la escala, es fundamentalmente de contenido y de constructo, con una replicabilidad (CR) 0.94 y 0.97, coeficiente de correlación 0.73 y 0.98

2. Campo de verificación

2.1.Ubicación espacial:

Esta investigación tendrá como ámbito general a la ciudad Arequipa y como ámbito específico al Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa

2.2.Ubicación temporal:

Esta investigación se realizará entre el mes de enero del 2017 y marzo del año 2017.

2.3.Unidades de estudio:

Pacientes atendidos ambulatoriamente en los consultorios del Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa.

2.4.Población:

2.4.1. Muestra:

- En el presente estudio se trabajará con un nivel de confianza del 95 % con intervalo de confianza de 10, usando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{.Z^2}{Z^4 (e)^2 + Z^2}$$

Donde:

Z = nivel de confianza,

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada

Q = probabilidad de fracaso

D = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

Reemplazando:

$$n = \frac{1.96^2 * 0.05 * 0.95}{(0.1)^2}$$

$$n = 96$$

- El tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia.

2.4.2. Criterios de inclusión

- Mayores de 60 años

2.4.3. Criterios de exclusión

- Adultos mayores con trastorno cognitivo
- No deseen participar

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

- Solicitar autorización (por escrito) al Director del Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa

- Realizar la encuesta usando los instrumentos detallados para obtener los datos requeridos.
- Preservar la confidencialidad de los participantes.
- Se tendrá como pilar las consideraciones éticas relevantes a la investigación.
- Se guardará siempre el respeto a los participantes como seres humanos en su integridad.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos:

- Investigador: Hellen Michelly Sánchez Guerra
- Asesor: Dr. Dante Broders Corzo

3.2.2. Físicos

- Infraestructura del Hospital Geriátrico Municipal de Arequipa.

3.3. Criterios para manejo de resultados

3.3.1. Plan de Procesamiento: Se tomarán datos mediante la aplicación de los instrumentos mencionados.

Tipo de procesamiento: Computarizado

3.3.2. Plan de Clasificación: Los datos obtenidos serán ordenados en una matriz de sistematización.

3.3.3. Plan de codificación: Los datos se codificarán en base al programa estadístico EPI-INFO 6ta versión

3.3.4. Plan de recuento: El recuento de datos será mediante matrices de conteo

3.3.5. Plan de tabulación y graficación: Se usará una tabulación numérica simple y de doble entrada y las gráficas en barras.

3.3.6. Plan de análisis

Tipo de análisis:

- Se realizará un análisis multivariado
- El análisis será cuantitativo, pues va a requerir de tratamiento estadístico descriptivo; mediante el uso de frecuencias absolutas y relativas; ya que se trata de variable cualitativas nominales

Variables	Tipo de Variable según el carácter estadístico	Escala de Medición	Estadística Descriptiva
Sospecha de maltrato	Cualitativa	Nominal	Frecuencias Absolutas y Frecuencias Relativas
Características sociodemográficas	Cualitativa	Nominal	

III. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Tiempo	Año					
		2016					2017
		Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Revisión Bibliográfica.	x						
Diseño del proyecto de Investigación		x	x				
Aprobación del Proyecto de Investigación				x			
Ejecución y Recolección de la Información					x		
Procesamiento de los datos					x		
Análisis de datos					x		
Interpretación de los resultados					x		
Redacción preliminar de la tesis						x	

Fecha de inicio: 10 octubre

Fecha probable de término: Primera semana de marzo

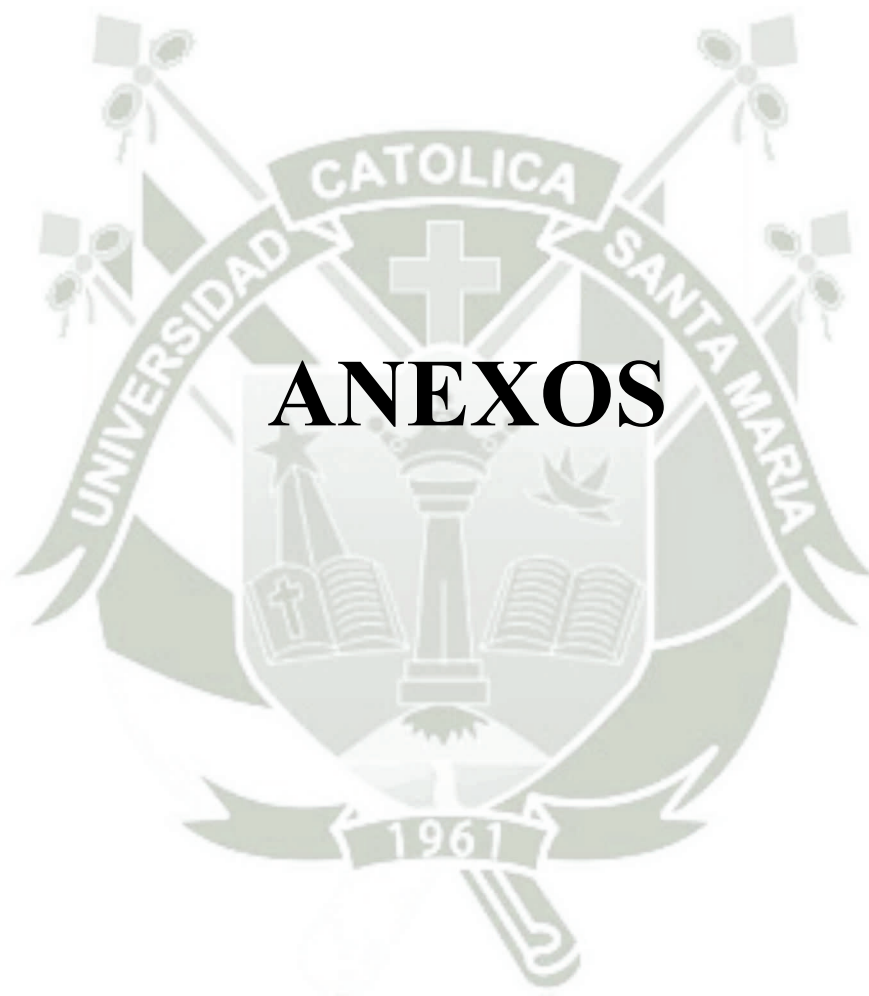
IV. BIBLIOGRAFÍA

- Rueda JD. El maltrato a las personas mayores: Bases teóricas para su estudio. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2008.
- IMSERSO. Malos tratos a personas mayores: Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Madrid: ; 2007.
- IMSS. Guía de práctica clínica: Detección y manejo del Maltrato en el adulto mayor. México: ; 2013. (accessed).
- Perez G, Izal M, Sancho MT, . Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2010; 45(4): .
- Organización Mundial de la Salud (2002) citado en Pérez Rojo, G. y Chulián Horrillo, A. (2013) Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. pp. 127-167.
- Viviano Llave T. Violencia familiarizado en las Personas Adultas Mayores en el Perú: Aportes de la casuística de los Centros de EmergenciaMujer, ed. Lima ;; 2.005.
- Pérez Rojo y Chulián Horrillo (2013) Ob. cit. pp. 136-138.
- Buzgová y Ivanová (2009) citado en Pérez Rojo y Chulián Horrillo (2013) pp. 137.
- Iborra Marmolejo I. Factores de Riesgo del maltrato de las Personas mayores en la familia en Población española. Zerbitzuan 2009; 45 (1) :. (visitada).

- MIMDES. “Situación actual de las personas adultas mayores al año 2002”.
En Dirección General de las Personas Adultas Mayores.
- Millán JC. Principios de Geriátría y Gerontología. Madrid: ; 2006.
- Muñoz A, Muñoz M. Investigación Científica en Salud: Aspectos Metodológicos y éticos, 2 ed. Arequipa ;; 2011.
- Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, P Duaso, Coma M, N Requesens. Violencia doméstica :. Prevalencia de Sospecha de maltrato a ancianos *ELSEVIER* 2001; 27 (5) :. (visitada).
- Martina M, Nolberto V, Miljanovich M, Bardales O, Gálvez D. Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima-Perú, 2009.. *Revista Peruana de Epidemiología* 2009; 14(3): . (accessed).
- Leonardo ChC, Aparecida R. Ocurrencia de maltratos a los ancianos en el domicilio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2008; 16(3): .

V. INFORMATOGRAFÍA

- <https://www.scribd.com/doc/31925609/Libro-Maltrato-a-Personas-Mayores>
- http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/jma_lostratosint.pdf
- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GP_C_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf
- <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-factores-riesgo-sospecha-maltrato-13076463>
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a04v14n3.pdf
- <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-violencia-domestica-prevalencia-sospecha-maltrato-11000071>
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112007000300010&script=sci_arttext&tlng=en
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S11320592006000300003&script=sci_arttext&tlng=pt
- <http://www.ijpsy.com/volumen11/num1/284/construccion-y-validacion-de-las-escalas-ES.pdf>



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Hellen Michelly Sánchez Guerra, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, presento ante usted el proyecto denominado: Sospecha de maltrato físico y psicológico familiar en la mesa de concertación del Adulto mayor – Arequipa. 2015, que tiene el objetivo de obtener datos sobre la prevalencia de sospecha de maltrato junto algunas características relacionadas a este.

Participación voluntaria

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es el único que decide si quiere participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria. No hay ningún castigo o penalidad por no participar en este estudio.

Procedimiento

Si usted acepta ingresar en este estudio, se le apoyará en el llenado de un cuestionario de datos personales, Índice de sospecha de maltrato hacía las personas mayores EASI y el Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria.

Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos

Esta investigación no genera riesgos contra la salud e integridad de los participantes

Costos

Usted no deberá asumir ningún gasto económico para participar en este estudio. El costo de las encuestas y cuestionarios será asumido por las personas que desarrollan la investigación, así mismo no existirá reembolso por la participación.

Beneficios

El beneficio inmediato no será una realidad inmediata, sin embargo estará contribuyendo decisivamente a determinar la veracidad o falsedad en la relación del problema planteado.

Confidencialidad

Como hemos referido todos los resultados generados serán tratados con absoluta confidencialidad.

Contacto

El personal asignado a coordinar este estudio estará en deber a responder, si usted presenta alguna duda adicional al cuestionario.

AUTORIZACIÓN

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para que se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Firma del participante

CUESTIONARIO N°1

Edad: _____ años	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> En Pareja <input type="checkbox"/> Otros _____ (determinar)	Con quién convive <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con el cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> Con un compañero de habitación <input type="checkbox"/> Con hijo(s) ¿Cuántos?: _____ hijos <input type="checkbox"/> Con nieto(s) ¿Cuántos?: _____ nietos <input type="checkbox"/> Con otros familiares: _____ (determinar) <input type="checkbox"/> Con un cuidador pagado <input type="checkbox"/> Otra forma: _____ (determinar)

**“ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO HACIA
LAS PERSONAS MAYORES (EASI)”**

EASI Preguntas a responder por el usuario (durante los últimos 12 meses):				
1	¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?	SI	NO	No contesta
	En caso de respuesta afirmativa: ¿Habitualmente existen problemas entre Ud. y esa/s persona/s?	SI	NO	No contesta
2	¿Alguien le ha impedido que Ud. obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le han impedido estar con la gente con la que desea estar?	SI	NO	No contesta
	En caso de respuesta afirmativa: ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?	SI	NO	No contesta
3	¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?	SI	NO	No contesta
	En caso de respuesta afirmativa: ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?	SI	NO	No contesta
4	¿Alguien ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?	SI	NO	No contesta
	En caso de respuesta afirmativa: ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?	SI	NO	No contesta
5	5) ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a Ud. no le guste o dañándolo físicamente?	SI	NO	No contesta
	En caso de respuesta afirmativa: ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?	SI	NO	No contesta

Médico: No haga la siguiente pregunta al paciente. Esta pregunta es para que la conteste únicamente usted:				
6	El Maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: poco contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, corte, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de los medicamentos, ¿Ha observado cualquiera de estos signos hoy en los últimos 12 meses?	SI	NO	No está seguro
	A parte de usted y el paciente, ¿hay alguien presente durante la entrevista	SI	NO	

SOSPECHA DE MALTRATO:

SI

NO

TIPO:

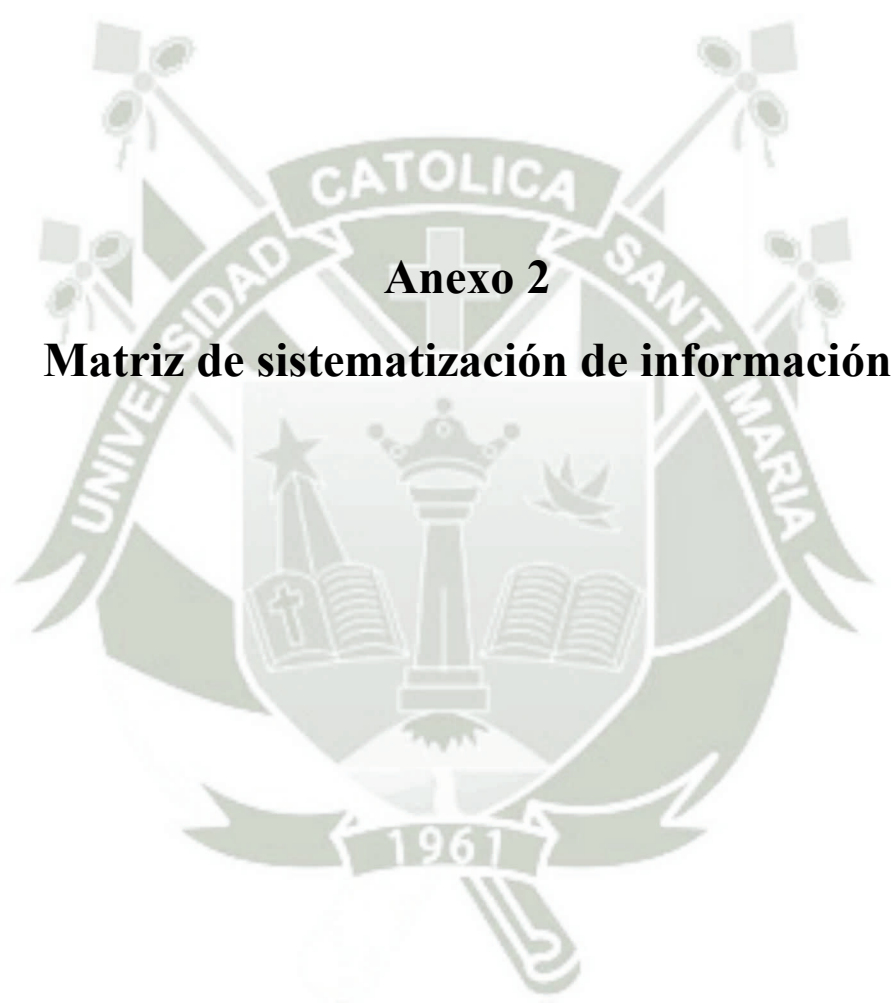
INDICE DE KATZ DE INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
PUNTUACIÓN TOTAL		

Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.

Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.



N°	Edad	Cat edad	Sexo	E civil	Vive solo	Conyuge	Compañero
2	67	65-69 años	Fem	Casado	-	1	-
3	67	65-69 años	Fem	Casado	-	1	-
4	87	85-89 años	Mas	Casado	-	1	-
13	66	65-69 años	Fem	Casado	-	1	-
19	82	80-84 años	Fem	Conviviente	-	1	-
20	71	70-74 años	Mas	Casado	-	1	-
35	68	65-69 años	Mas	Casado	-	1	-
37	85	85-89 años	Mas	Casado	-	1	-
39	82	80-84 años	Mas	Casado	-	1	-
42	80	80-84 años	Fem	Casado	-	1	-
45	83	80-84 años	Mas	Casado	-	1	-
48	69	65-69 años	Mas	Casado	-	1	-
53	71	70-74 años	Fem	Casado	-	1	-
54	68	65-69 años	Mas	Casado	-	1	-
55	73	70-74 años	Mas	Conviviente	-	1	-
63	68	65-69 años	Mas	Casado	-	1	-
64	66	65-69 años	Fem	Casado	-	1	-
65	66	65-69 años	Mas	Casado	-	1	-
66	85	85-89 años	Fem	Casado	-	1	-
69	82	80-84 años	Mas	Casado	-	1	-
71	67	65-69 años	Fem	Casado	-	1	-
73	66	65-69 años	Fem	Casado	-	1	-
80	63	60-64 años	Fem	Conviviente	-	1	-
81	66	65-69 años	Mas	Casado	-	1	-
93	78	75-79 años	Fem	Casado	-	1	-
96	65	65-69 años	Mas	Casado	-	1	-
92	63	60-64 años	Fem	Casado	-	1	-
7	72	70-74 años	Fem	Divorciado	1	-	-
17	69	65-69 años	Fem	Viudo	1	-	-
18	84	80-84 años	Fem	Soltero	1	-	-
61	80	80-84 años	Mas	Viudo	1	-	-
72	72	70-74 años	Fem	Soltero	1	-	-
76	65	65-69 años	Fem	Viudo	1	-	-
77	68	65-69 años	Fem	Soltero	1	-	-
28	85	85-89 años	Mas	Viudo	-	-	-
34	72	70-74 años	Fem	Viudo	-	-	-
38	65	65-69 años	Mas	Divorciado	-	-	-
51	85	85-89 años	Fem	Viudo	-	-	-
58	72	70-74 años	Fem	Viudo	-	-	-
62	69	65-69 años	Fem	Divorciado	-	-	-
70	78	75-79 años	Fem	Soltero	-	-	-
74	73	70-74 años	Fem	Viudo	-	-	-
75	66	65-69 años	Fem	Divorciado	-	-	-
78	73	70-74 años	Fem	Viudo	-	-	-
79	81	80-84 años	Fem	Viudo	-	-	-
8	73	70-74 años	Mas	Casado	-	1	-

16	65	65-69 años	Fem	Casado	-	1	-
49	77	75-79 años	Fem	Casado	-	1	-
47	65	65-69 años	Fem	Divorciado	-	-	-
57	86	85-89 años	Mas	Viudo	-	-	-
95	75	75-79 años	Fem	Viudo	-	-	-
23	71	70-74 años	Mas	Divorciado	-	-	-
67	96	≥ 90 años	Fem	Viudo	-	-	-
25	84	80-84 años	Fem	Viudo	-	-	-
52	79	75-79 años	Mas	Casado	-	1	-
60	75	75-79 años	Fem	Casado	-	1	-
68	67	65-69 años	Fem	Casado	-	1	-
82	60	60-64 años	Fem	Casado	-	1	-
50	83	80-84 años	Fem	Viudo	-	-	-
56	84	80-84 años	Fem	Viudo	-	-	-
59	73	70-74 años	Mas	Viudo	-	-	-
88	80	80-84 años	Fem	Viudo	-	-	-
94	75	75-79 años	Mas	Casado	-	1	-
26	77	75-79 años	Fem	Viudo	-	-	-
90	70	70-74 años	Fem	Casado	-	1	-
10	68	65-69 años	Fem	Divorciado	-	-	-
27	85	85-89 años	Fem	Casado	-	1	-
40	81	80-84 años	Fem	Soltero	-	-	-
22	68	65-69 años	Mas	Casado	-	1	-
12	81	80-84 años	Fem	Soltero	1	-	-
91	65	65-69 años	Fem	Divorciado	1	-	-
29	65	65-69 años	Fem	Casado	-	1	-
87	72	70-74 años	Mas	Casado	-	1	-
24	85	85-89 años	Fem	Viudo	-	-	-
5	80	80-84 años	Mas	Casado	-	1	-
89	81	80-84 años	Fem	Viudo	-	-	-
43	69	65-69 años	Fem	Viudo	-	-	-
36	83	80-84 años	Mas	Casado	-	1	-
41	70	70-74 años	Fem	Casado	-	1	-
44	74	70-74 años	Fem	Casado	-	1	-
32	68	65-69 años	Fem	Casado	-	1	-
46	88	85-89 años	Fem	Viudo	-	-	-
83	66	65-69 años	Mas	Casado	-	1	-
15	65	65-69 años	Fem	Casado	-	1	-
21	67	65-69 años	Fem	Casado	-	1	-
84	92	≥ 90 años	Mas	Divorciado	-	-	-
33	65	65-69 años	Fem	Casado	-	1	-
11	66	65-69 años	Fem	Casado	-	1	-
86	77	75-79 años	Fem	Casado	-	1	-
30	83	80-84 años	Fem	Separado	1	-	-
1	86	85-89 años	Fem	Viudo	-	-	-
14	80	80-84 años	Fem	Viudo	-	-	-
31	66	65-69 años	Fem	Casado	-	1	-

9	60	60-64 años	Fem	Casado	-	1	-
6	71	70-74 años	Mas	Casado	-	1	-
85	73	70-74 años	Fem	Casado	-	1	-

10 55

Med física y rehab
Geriatría



Hijos	? Hijos	Nietos	? Nietos	Otros	Cuidador	Otra forma
-	-	-	-	-	-	-
1	1	-	-	-	-	-
1	2	1	1	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
1	1	1	2	-	-	-
1	2	1	1	-	-	-
1	2	1	2	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
1	2	-	-	-	-	-
1	1	1	1	-	-	-
1	1	-	-	-	-	-
1	1	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
1	3	1	2	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
1	2	-	-	-	-	-
1	2	-	-	-	-	-
1	1	-	-	-	-	-
1	3	1	1	-	-	-
1	1	1	2	-	-	-
1	2	1	1	-	-	-
1	3	-	-	-	-	-
1	1	-	-	-	-	-
1	2	1	6	-	-	-
1	3	-	-	-	-	-
1	4	1	4	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
1	1	1	4	-	-	-
1	1	-	-	-	-	-
1	2	-	-	-	-	-
1	1	1	1	-	-	-
1	2	1	2	-	-	-
1	5	1	6	-	-	-
1	2	1	3	-	-	-
1	1	1	2	-	-	-
1	3	-	-	-	-	-
1	1	-	-	-	-	-
1	1	-	-	-	-	-
1	2	1	1	Nuera	-	-

1	2	1	2	Nuera	-	-
1	1	1	3	Nuera	-	-
1	1	1	2	Nuera	-	-
1	1	1	2	Nuera	-	-
-	1	1	2	Nuera	-	-
-	-	-	-	Sobrinos	-	-
-	-	-	-	Sobrinos	-	-
-	-	-	-	Tio	-	-
1	1	1	2	Yernos	-	-
-	-	1	2	Yernos	-	-
1	1	1	1	Yernos	-	-
1	1	1	2	Yernos	-	-
1	1	1	3	Yernos	-	-
1	1	1	2	Yernos	-	-
1	1	1	3	Yernos	-	-
1	1	1	2	Yernos	-	-
-	-	-	-	-	-	-
1	1	1	1	Yernos	-	-
1	1	-	-	-	-	-
1	1	1	1	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
1	1	1	1	Nuera	-	-
1	1	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
1	2	1	4	-	-	-
1	2	-	-	Nuera	-	-
1	2	1	1	Nuera	-	-
1	1	1	1	1967	-	-
1	2	1	3	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
1	1	-	-	-	-	-
1	1	-	-	-	-	-
1	1	1	1	-	-	-
1	3	-	-	Suegra	-	-
1	1	1	5	Yernos	-	-
1	2	1	1	-	-	-
1	1	-	-	-	-	-
1	1	-	-	-	-	-
1	2	-	-	-	-	-
1	2	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
1	1	1	4	-	-	-
1	1	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-

1	2	1	2	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
1	2	1	1	-	-	-
68		44		0	0	0



K1	comorbilidad	comorb	M1a	M1b	M2a	M2b	M3a	M3b	M4a	M4b	M5a	M5b
0	-	No	1	0	-	0	1	1	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	1	1	0	-	0	-
1	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	1	1	0	-	0	-
1	-	No	1	1	0	-	1	1	0	0	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
1	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
1	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
1	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
1	-	No	1	0	0	-	1	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	1	1	1	1	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
1	-	No	1	0	0	-	1	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	1	0	-	1	1	0	-	0	-

0	-	No	1	0	0	-	1	1	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
1	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
1	-	No	1	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	-	No	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
1	-	No	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	Asma, HTA	Sí	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	ITA, Artros	Sí	0	0	0	0	0	-	0	-	0	-
0	HTA, DM	Sí	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	HTA, DM	Sí	0	-	0	-	1	1	0	-	0	-
0	osis, gonar	Sí	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	osis, gonar	Sí	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	amputacio	Sí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	Anemia	Sí	1	0	0	-	1	1	1	1	0	-
0	Anemia	Sí	0	-	0	-	1	1	1	1	0	-
0	Artrosis	Sí	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	Artrosis	Sí	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	Artrosis	Sí	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	Artrosis	Sí	1	0	0	-	1	1	1	1	0	-
1	Artrosis	Sí	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	Cataratas	Sí	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	Celulitis	Sí	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
1	Ex columni	Sí	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	Dental	Sí	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	Inf cardiac	Sí	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	Entropion	Sí	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	osis pulmc	Sí	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	osis pulmc	Sí	0	-	0	-	1	1	1	1	1	1
0	Fx tobillo	Sí	1	1	0	-	1	1	0	0	1	1
1	HBP	Sí	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	potiroidisr	Sí	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
0	HTA	Sí	0	-	0	-	1	1	0	-	0	-
0	HTA	Sí	1	0	0	-	0	-	0	-	0	-
0	HTA	Sí	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
1	HTA	Sí	1	0	0	-	1	1	0	-	0	-
0	nsf venosa	Sí	0	0	0	-	1	1	0	-	0	-
0	teomusuc	Sí	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

1	steoporos	Sí	1	0	0	-	1	1	0	-	0	-
0	Tendinitis	Sí	0	-	0	-	1	1	0	-	0	-
0	ast colum	Sí	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-



0	0	Sí	Psicológico	Pareja
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	Sí	Psicológico	Pareja
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	Sí	Psicológico + Económico	Vecinos
0	0	Sí	Psicológico + Económico	hermana + Pareja
0	0	No	-	
0	0	No	-	
-	-	No	-	
1	0	Sí	Psicológico + Económico	Nuera
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	No	-	
1	0	Sí	Físico + Psicológico + Económico	Hijos + Pareja
-	0	Sí	Psicológico	Pareja
0	0	No	-	
0	0	No	-	
0	0	Sí	Psicológico	Pareja
0	0	No	-	
0	0	No	-	
1	1	Sí	Psicológico	Hijos
0	0	Sí	Psicológico	Hijos
0	-	No	-	

-	-	Sí	Psicológico	Vecinos
0	0	Sí	Psicológico	Pareja
0	0	No	-	

