



ORIGINAL

Validación de un procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores



Marije Goikoetxea Iturregui *, Alvaro Moro Inchartieta y Natxo Martínez Rueda

Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto, Bilbao, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de mayo de 2016

Aceptado el 4 de abril de 2017

On-line el 19 de julio de 2017

Palabras clave:

Malos tratos
Personas mayores
Prevención
Detección
Factores de riesgo

R E S U M E N

Introducción: Se describe el estudio realizado para la validación del «Procedimiento de detección de señales de alerta de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la CAPV». Apenas existen herramientas validadas para este grave problema, y las que existen son difícilmente aplicables a personas con deterioro cognitivo, lo que aumenta la invisibilidad del mismo y la falta de intervención de las y los profesionales. El procedimiento es una herramienta que incluye un cuestionario de cribado de factores de riesgo y otro de evaluación de indicadores para determinar sospecha de malos tratos en 3 niveles de gravedad. Pretende utilizarse tanto en el ámbito social como sanitario por cualquier profesional.

Metodología: Se empleó metodología cuantitativa y cualitativa. Se recogieron datos de 649 personas mayores: 596 valoradas con el cuestionario de factores de riesgo, 138 con el cuestionario de indicadores y 85 con ambos. Participaron en el estudio 94 profesionales de todos los niveles de atención sanitaria y social y de entidades bancarias. Siete de los casos detectados fueron contrastados con el grupo de expertos que elaboró el procedimiento para estimar la validez del procedimiento.

Conclusiones: El procedimiento ha sido validado como sensible para su objetivo, siendo igualmente válido para los ámbitos sanitario y social. Puede ser utilizado por cualquiera de los profesionales. En cuanto a la capacidad de diferenciación de los ítems y a la valoración final de la gravedad de la situación, se proponen algunas correcciones y modificaciones.

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Validation of a prevention and detection procedure for physical and economic abuse of the elderly

A B S T R A C T

Keywords:

Elderly abuse
Validated procedure
Prevention
Detection
Risk factors

Introduction: The study carried out for the «Physical and economic abuse sign detection procedure for the elderly in the Basque Country» Pilotage and Validation is described. There barely exist appropriate and validated tools to assist the issue, and the existing ones are hardly adequate for people with cognitive deterioration; therefore, the issue's both visibility in our society and professional intervention are strained. The proposed procedure is a composed by screening tool that determines a likelihood of abuse and an evaluation of signs for determining the abuse practice. It is intended to be used in the social area as well as the sanitary one by any professional. It is composed of two questionnaires: one of risk-factor valuation and a second one concerning indicators based on three severity levels.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marije.goicoetxea@deusto.es (M. Goikoetxea Iturregui).

Methodology: Both quantitative and qualitative methodologies were used. The sample was made of 649 elders: 596 evaluated by the risk-factor questionnaire, 138 by the indicators questionnaire, and 85 evaluated by both; 94 professionals from several backgrounds (sanitary, social and economic) participated. Eight of the detected cases were checked by the team of experts that elaborated the procedure; the sessions were analysed after their transcription.

Conclusions: The procedure has been validated as sensitive for its goal, being equally valid for the social and health areas. It can be used by any professional, although some differences have been detected. As regards the ability to differentiate items and the final evaluation of the severity of the situation, some changes and corrections have been proposed.

© 2017 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El presente trabajo pretende presentar el pilotaje y la validación de un procedimiento de prevención y detección de situaciones de malos tratos físicos y económicos a las personas mayores por el Equipo de «Intervención: calidad de vida e inclusión social» de la Universidad de Deusto, que también ha redactado su versión definitiva.

La solicitud de elaboración del procedimiento, y su validación posterior, es una petición del Parlamento Vasco³. Es la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales quien asume el encargo y solicita a Zahartzaia-Sociedad Vasca de Geriatria y Gerontologia la elaboración de dicha herramienta, que ha sido pilotada y validada posteriormente.

El estudio de los malos tratos a las personas mayores se ha incluido, generalmente, dentro de la categoría de violencia doméstica o intrafamiliar^{1,2}, lo que evidencia su invisibilidad e irrelevancia social. En los últimos años, comienza a reconocerse la gravedad del problema y se empiezan a desarrollar diversas iniciativas para su detección. Prueba de ello es el impulso que Naciones Unidas desarrolla desde 2002 cuando en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento propone la sensibilización, educación y legislación sobre el tema y el desarrollo de programas de detección e intervención; dicho impulso se viene realizando principalmente a través de la *Internacional Network of Elder Abuse* (INPEA) con el apoyo de la OMS y la ONU, y en nuestro medio por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)^{3,4} y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia (SEGG)⁵.

Desconocemos, en gran medida, la magnitud y las características de los malos tratos a las personas mayores debido a las múltiples barreras para su reconocimiento y detección⁶, que van desde el aislamiento o miedo de las víctimas a la falta de implicación de los profesionales, pasando por problemas estructurales y ético-culturales que impiden el reconocimiento social de la dignidad y los derechos de las personas mayores^{7,8,9}. Los trabajos de investigación se han dirigido los últimos años en 3 direcciones: conocer la prevalencia; estudiar los factores de riesgo de los malos tratos con el objeto de poder prevenirlos, y construir herramientas, procedimientos o instrumentos de detección.

Los estudios de prevalencia realizados muestran tasas muy dispares comprendidas entre el 0,8 y el 52,6%¹⁰. Estas cifras indican las dificultades mencionadas para investigar este fenómeno, principalmente por la falta de acuerdo en el concepto y las definiciones¹¹; se precisa, por tanto, una gran prudencia al hablar de tasas de prevalencia en este momento^{12,13}.

La INPEA define los malos tratos a las personas mayores como una «acción única o repetida, o una falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a la persona y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza»^{14,15}.

Dicha definición es aceptada por la OMS en el año 2002 en la declaración de Toronto¹⁶. Si tomamos dicha definición como referencia, encontramos que la mayoría de los estudios muestran cifras de entre el 4 y el 12% de malos tratos en personas mayores.

En cuanto a las herramientas de detección, la mayoría son instrumentos de cribado, que aportan como valor principal la visibilización y sensibilización del problema centrándose en factores de sospecha para detectarlo, aunque para ello requiere una evaluación más pormenorizada¹⁰. Destacamos la gran aportación del «Formulario de Evaluación de Trabajo Social» y del «Índice de Sospecha de Maltrato hacia las personas mayores (*Elder Abuse Suspicion Index* [EASI]) adaptados al castellano y desarrollados en nuestro medio estos últimos años. La limitación de ambos es que requieren la participación de la persona mayor respondiendo a preguntas o aportando información de su historia personal, por lo que no son aplicables a personas con deterioro cognitivo u otros procesos que limitan su capacidad autónoma. Además, sabemos que aunque se realicen preguntas directas en una relación asistencial de confianza, solo algunas personas mayores que estén siendo maltratadas lo revelan¹⁷.

El instrumento del Gobierno Vasco que se plantea para su validación asume la definición de malos tratos de la INPEA, concretando la misma para los malos tratos físicos y malos tratos económicos. Su finalidad es prevenir y detectar sospecha de malos tratos a personas mayores de 65 años, tengan o no deterioro cognitivo o cualquier otra limitación en su capacidad de autodeterminación, estableciendo diversos niveles de gravedad que den lugar a intervenciones diferenciadas.

Material y métodos

La [tabla 1](#) presenta de modo esquemático todo el proceso realizado desde la creación del procedimiento hasta su actual implementación tras integrar las modificaciones derivadas de la investigación.

Descripción del procedimiento pilotado y sometido a validación

El procedimiento, y las herramientas que lo componen y se validan, han sido elaborados por un grupo de 19 expertos convocados por Zahartzaia. A partir de una revisión sistemática de la evidencia científica, se seleccionan las referencias de los autores más significados^{5,10,14,18,19,20,21,22,23,24,25,26}. Tras su estudio se definen, en primer lugar, los conceptos de malos tratos físicos y económicos del siguiente modo:

- Malos tratos físicos: la utilización de la fuerza física y/o violencia o la omisión en el cuidado y atención de las necesidades básicas, llevada a cabo por otras personas que causa, como consecuencia, daño, dolor o deterioro físico.
- Malos tratos económicos: mal uso, apropiación indebida o no autorizada y/o explotación de los recursos económicos

^a En sesión celebrada el día 7 de marzo de 2013. BOPV 22.02.2013 /14/878.

Tabla 1

Proceso de diseño, evaluación e implementación

Objeto	Acciones	Participantes	Periodo
Elaboración del procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores	Revisión bibliográfica Elaboración a través de grupo de trabajo y por consenso de cuestionario-1 (factores de riesgo) y cuestionario-2 (indicadores) Contraste en la práctica por cada participante y supervisión externa Elaboración del flujograma	Grupo de 17 expertos (profesionales sanitarios, sociales y judiciales) convocados por Zahartzaroa-Sociedad Vasca de Geriatria y Gerontología	Junio 2013Marzo 2014
<i>Presentación en el Parlamento Vasco en mayo de 2014</i> Piloteo y validación Equipo de Intervención: calidad de vida e inclusión psicosocial	Formación de profesionales sociales, sanitarios y de entidades bancarias que realizan el procedimiento Piloteo en 3 poblaciones: Bilbao-Casco Viejo; Murgia-Zuia (Áraba); Hondarribia (Gipuzkoa) Análisis de resultados Validación del procedimiento a través de metodología cuantitativa y cualitativa: Elaboración de informe y de propuestas de mejora del procedimiento	Profesionales que participan Personas mayores valoradas (N): 649 Incluye 2 submuestras: Equipo de investigadores Contraste de 7 casos detectados con valoración realizada por el grupo de expertos a través de metodología de grupo de discusión Cuestionario de valoración a todos los profesionales participantes Equipo de investigadores	73 implementan el cuest-1 21 implementan el cuest-2 N-1: 596 valoradas por cuest-1 N-2: 138 valoradas por cuest-2 Mayo 2014Enero 2015
<i>Presentación por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales en junio de 2014</i> Implementación	Formación profesionales Implementación y seguimiento	Consejo Sociosanitario de Euskadi a través de equipo coordinador	En curso

o materiales de la persona mayor, dando como resultado un per-juicio económico para la misma.

A continuación se determinan por consenso los factores de riesgo y los indicadores que alertan de la existencia de malos tratos físicos y económicos en las personas mayores.

Con ellos se elaboran 2 cuestionarios, uno de cribado a través de la detección de factores de riesgo diferenciados y otro de detección de indicadores de alerta clasificados en diversos niveles de gravedad (graves, muy graves y de intervención urgente) y un protocolo de utilización que describe las derivaciones y coordinaciones a realizar entre profesionales y ámbitos. Tanto los factores de riesgo como los indicadores están clasificados por ámbitos (generales, del entorno, de la persona, físicos, y económicos). Los 2 cuestionarios se adjuntan en el [anexo](#) como material suplementario. Los profesionales del grupo de expertos ensayan los cuestionarios con 2-3 personas mayores en sus diversos ámbitos de atención,

comprobando que existe concordancia entre el resultado obtenido por la aplicación del procedimiento y el juicio clínico y/o social que realizan en cada caso. Por último, se elabora el flujograma del procedimiento y se determinan los profesionales que pueden aplicar cada cuestionario. Como medida de calidad, supervisa el procedimiento una experta externa, la doctora Pérez Rojo.

Características de los cuestionarios incluidos en el procedimiento

El cuestionario-1, de carácter observacional, tiene una finalidad preventiva (pretende ser incluido como cribado periódico anual en la atención comunitaria). Puede ser utilizado en ámbitos asistenciales comunitarios y especializados (sanitarios y de servicios sociales) y en entidades financieras; explora y recoge los factores de riesgo de la persona mayor —tenga o no limitación en su capacidad de decidir o en su autonomía para las actividades básicas de la vida

diaria— a sufrir malos tratos físicos y/o económicos, por lo que no requiere una valoración previa de la misma.

El cuestionario-2 de detección de indicadores de sospecha de malos tratos físicos y económicos, y valoración de la gravedad de los mismos, requiere una valoración explícita de la persona mayor por parte de su profesional de referencia (médico/a o trabajador/a social). Puede aplicarse tanto en los servicios de salud como en los servicios sociales cuando:

- la persona presente 2 o más factores de riesgo en el cuestionario-1. En este caso, si la persona mayor va a ser valorada por otro/s profesionales distintos, deberá solicitarse el consentimiento informado oportuno. El procedimiento incluye modelos de consentimiento para los diversos escenarios;
- la persona verbaliza ser víctima de malos tratos;
- la persona presenta daños inexplicables para el profesional que le atiende.

Aunque para la construcción del cuestionario y su fiabilidad estadística todos los ítems de los cuestionarios son iguales, los expertos diferenciaron, de cara a la intervención posterior, la intensidad de la gravedad de los indicadores detectados por el cuestionario, y no solo su suma aritmética, de modo que diferentes intensidades de gravedad determinen un tipo u otro de intervención, por lo que asignaron a los mismos una categorización en 3 grupos en función de la gravedad del riesgo: azules, naranjas y rojos.

Pilotaje y validación

Se seleccionan las poblaciones donde realizar el estudio (Bilbao-urbano, Zuia-Murgia-rural y Hondarribia-semiurbano) y se realiza la formación y entrenamiento a todos los profesionales que van a participar.

La detección de factores de riesgo se realiza a través de la implementación del cuestionario-1 a personas mayores de 65 años que acuden a recibir cualquier tipo de asistencia sanitaria y/o social comunitaria, incluidas las que viviendo en un centro residencial son atendidas en servicios públicos de atención primaria. También se realiza la valoración de factores de riesgo en oficinas bancarias (Kutxa Bank) de las mismas poblaciones.

En los meses siguientes se valoran los indicadores de sospecha de malos tratos físicos y económicos en el medio comunitario a aquellas personas en las que se detectan 2 o más factores de riesgo y que voluntariamente consienten. También se realiza la evaluación a las personas mayores que expresan haber sufrido malos tratos o a las que se detectan daños o lesiones inexplicables, bien en los mismos servicios o en servicios especializados seleccionados previamente (urgencias hospitalarias y sociales y equipos de valoración de la dependencia).

Se recogen y tabulan los datos recogidos en ambos cuestionarios y se realizan los análisis estadísticos correspondientes con el programa SPSS.

Además se elaboran, envían, completan y recogen los datos del cuestionario de valoración y satisfacción de los profesionales que han participado en el pilotaje.

Por último, y de cara a validar el procedimiento posteriormente, se contrastan, a través de la metodología cualitativa de grupo de discusión, 7 de los casos detectados como personas mayores con indicadores de malos tratos con el grupo de expertos que elaboraron el instrumento.

Participantes en el pilotaje: personas mayores evaluadas y profesionales evaluadores

El número (N total) de personas mayores participantes en las diferentes fases ha sido de 649, distribuidas de la siguiente forma:

Tabla 2

Factores de riesgo en la muestra total (N)

Factores de riesgo	N	%
Dependencia física y emocional de la persona mayor respecto del cuidador/a	125	31,5
Deterioro cognitivo unido a trastorno de conducta	70	17,6
Aislamiento, soledad grave, debilidad de la red social	42	10,6
El o la cuidadora principal encuentra limitaciones personales para el cuidado de la persona	38	9,6

596 personas mayores (N-1) han sido valoradas para la detección de factores de riesgo (cuestionario-1) y 138 personas mayores (N-2) para la valoración de indicadores de sospecha de malos tratos físicos y/o económicos (cuestionario-2); 85 personas han sido evaluadas por ambos cuestionarios (al detectarse en ellas 2 o más factores de riesgo y acceder a ser evaluadas para la detección de indicadores).

La muestra N-2 (cuestionario-2) tiene a su vez 2 submuestras: 85 personas con 2 o más factores de riesgo detectados en los servicios comunitarios y 53 personas valoradas en servicios especializados.

Respecto al error muestral, según el número (N total) de personas mayores participantes en las diferentes fases de la investigación podemos hablar, para un nivel de confianza del 95,5% y $p=q$, de un error para el conjunto de la muestra de $\pm 4\%$.

En el estudio han participado 94 profesionales sanitarios y sociales (médicos y enfermeras, trabajadoras sociales y auxiliares domiciliarias): 73 en la detección de los factores de riesgo y 21 en la valoración de indicadores de alerta o sospecha de malos tratos.

Resultados

Análisis cuantitativos

Describimos a continuación los resultados obtenidos después del análisis y segmentación de la muestra y sus variables.

Para el cuestionario-1 (factores de riesgo) se han obtenido 645 cuestionarios y se han valorado 596 personas; es decir, 49 personas han sido valoradas por varios profesionales, tal y como se pretendía para su validación.

La recogida de los datos ha sido principalmente realizada por médicos (30%), y enfermeras (27%) de atención primaria, trabajadoras sociales (14,6%), valoradores de la dependencia (6,4%) y auxiliares domiciliarias (21%).

El 32,6% de la N total presenta algún factor de riesgo físico y el 6,5% presenta algún factor de riesgo económico. El 30,7% de los factores de riesgo son de la propia persona, mientras que en el 12,8% de los casos los factores de riesgo son del entorno.

De las 596 personas valoradas con el cuestionario-1, 96 personas (16,1% de N-1) poseen 2 o más factores de riesgo.

Los principales factores de riesgo detectados en la muestra total (N total) se presentan en la [tabla 2](#).

Con el cuestionario-2 (indicadores) se han valorado 138 personas y se han obtenido 142 cuestionarios; 16 personas han sido valoradas por 2 profesionales diferentes.

Los profesionales son: médicos (52,2%), trabajadoras sociales (34,8%) y enfermeras (13%).

En 42 personas, el 30,4% de la muestra N-2, se ha detectado algún indicador de alerta de malos tratos. Los indicadores principales detectados se señalan en la [tabla 3](#).

Análisis de fiabilidad de las escalas

Con la finalidad de garantizar las adecuadas garantías psicométricas de los cuestionarios empleados se procedió a medir la

Tabla 3
Indicadores de malos tratos en la muestra N-2

Indicadores	N	%
Seguimiento deficiente de las pautas médicas: retraso en la solicitud de asistencia sanitaria; no seguimiento de la pauta farmacológica	20	20,62
Falta de condiciones de habitabilidad en la vivienda (inseguridad, suciedad, barreras, ...), o de otras condiciones o apoyos suficientes para garantizar la cobertura de las necesidades que presenta la persona mayor	14	14,43
Infra o sobre medicación por mal seguimiento de la pauta prescrita	12	12,37
Miedo, verbalización o quejas de la persona mayor de que no le tratan bien, cambio de actitud y/o modo de expresión de la persona mayor en presencia de determinadas personas o cuidadores	11	11,34
Abandono en la atención a las necesidades básicas	6	6,19

Tabla 4
Consistencia interna de los cuestionarios

Instrumentos	Consistencia interna (Kuder-Richardson)
Cuestionario-1 Detección de factores de riesgo	0,637
Cuestionario-2 Valoración de indicadores de sospecha de malos tratos físicos y/o económicos	0,721

consistencia interna de las escalas utilizadas. Para ello, se usó la fórmula 20 de Kuder-Richardson indicada para escalas dicotómicas²⁷. Se recogen los resultados en la [tabla 4](#).

Podemos decir que los valores en este indicador presentan cifras, aunque algo menores en el cuestionario 1, aceptables y adecuadas²⁸.

Análisis cualitativo

Se realiza una sesión de 4 h, en la que se analizan 7 casos de sospecha de malos tratos (1 sin sospecha, 2 graves, 1 muy grave y 3 de intervención urgente) para contrastar los resultados obtenidos a través del procedimiento con la valoración clínica de los casos. La sesión y las aportaciones se estructuran y realizan con la metodología de «grupo de discusión» y son grabadas y analizadas cualitativamente.

En dicho grupo participan los expertos que elaboraron el procedimiento y los profesionales que detectaron los 7 casos con el procedimiento. En el apartado de validación se aportan los resultados obtenidos ([tabla 5](#)).

En la misma sesión se propone, por parte del equipo investigador, una medición numérica ponderada de los indicadores según su clasificación (azul = grave, naranja = muy grave y rojo = intervención urgente), otorgando valores numéricos a cada color de ítem según las directrices del grupo de expertos con el fin de tener en cuenta la acumulación de ítems que no se preveía en el instrumento tal y como estaba diseñado anteriormente. De este modo:

- Si el riesgo grave se definía por los expertos como una situación en la que una persona mayor presente 2 o más indicadores de color azul, se otorga azul = 1.
- Si el riesgo muy grave se definía como una situación en la que se detectaban 2 factores de color naranja como mínimo o 3 o más de color azul, supone que para los expertos 2naranja = 3azul y consecuentemente se otorga naranja = 1,5.
- Por último, si la situación de riesgo que requiere una intervención urgente se definía como una situación en la que se detectaban 2

indicadores de color rojo o, en su defecto, 3 o más de color naranja, supone que 2rojo = 3 naranja, por lo que el indicador rojo = 2,25.

Validez

Nos centraremos en 3 aspectos: a) la sensibilidad para su utilización por los diversos profesionales y en los distintos ámbitos de atención a las personas mayores; b) su capacidad de detección de indicadores de malos tratos y el nivel de gravedad total de sospecha existente, y c) la claridad y aplicabilidad del procedimiento.

Validez para diversos profesionales y ámbitos

Con la finalidad de garantizar el grado de acuerdo existente en la detección de factores e indicadores de riesgo entre aquellos casos de sujetos evaluados por diferentes colectivos sociosanitarios en ambos cuestionarios, se procedió a medir la concordancia de las escalas empleadas. Para ello, se utilizó el índice kappa de Cohen (K) indicado para evaluar la concordancia o reproducibilidad de instrumentos de medida cuyo resultado es categórico²⁹. Se recogen los resultados en la [tabla 6](#).

Podemos decir que los valores en este indicador muestran una concordancia moderada en el cuestionario-1 y una concordancia sustancial en el cuestionario-2. Dichos valores nos dan resultados de concordancia diferentes aunque aceptables en ambos cuestionarios³⁰.

El potencial para la detección de indicadores de malos tratos y el nivel de gravedad total de sospecha existente

El análisis cualitativo de las transcripciones de las sesiones con el grupo de expertos muestra que el cuestionario-2 es sensible en la detección de los indicadores y los niveles de riesgo de malos tratos. Existe total coincidencia en los 7 casos tomados al azar en la valoración detectada por el procedimiento, la valoración realizada por los profesionales en la atención (recogida en informe completo del mismo) y el grupo de expertos. La [tabla 5](#) muestra de modo resumido las coincidencias.

Claridad y aplicabilidad de los procedimientos

Los profesionales que han participado en el pilotaje valoran muy bien el procedimiento. Responden al cuestionario de evaluación 35 profesionales de los 73 que evalúan factores de riesgo (47,94%) y 19 de los 21 que evalúan indicadores (90,4%). Las puntuaciones medias en los ítems que valoran si el procedimiento es completo, claro, oportuno y fácil de integrar en la dinámica de trabajo, son mayores de 3,8 (en una escala de 5). Se apuntan algunas mejoras que se recogen en el apartado de discusión.

Discusión

El procedimiento es una herramienta de cribado de factores de riesgo y detección de indicadores de malos tratos a personas mayores, lo que consideramos que logra los beneficios de sensibilización de los profesionales de este tipo de pruebas y mejora algunos de los límites planteados a estas herramientas^{31,32,33} en relación con su poca sensibilidad, pues los resultados de la observación de factores de riesgo, luego son —o no— confirmados por el profesional en el cuestionario de indicadores. Además, el cuestionario-2 puede ponerse en marcha por sospecha del profesional o verbalización de la persona mayor de que sufre malos tratos.

Su pretensión de validez para la utilización por diversos profesionales sanitarios o sociales, por un lado, y a la vez aplicable a cualquier tipología de persona mayor, por otro (incluidas las personas dependientes con autonomía limitada), es a nuestro juicio su mayor aportación para la prevención de este grave problema social, al establecer criterios comunes de valoración del riesgo y

Tabla 5

Contraste entre resultados obtenidos por el procedimiento y por la valoración clínica

Caso y lugar de valoración	Valoración procedimiento	Valoración expertos	Nivel de coincidencia
Mujer 80 años Urgencias hospital	Indicadores generales: 1 grave, 1 muy grave, 1 urgente Indicadores físicos: 1 muy grave Conclusión: Intervención urgente	Dependiente total para actividades de la vida diaria. Sin deterioro cognitivo. Expresa miedo a su hija; cuenta que hay días completos que está sola en casa sin ninguna atención. Evidente desnutrición y deshidratación. Se llama por teléfono a la hija varias veces, quien se niega a acudir porque «está harta pues le agrede verbalmente»	Total Coordinación sociosanitaria
Varón 80 años Urgencias hospital	Indicadores generales: 2 graves Indicadores físicos: 1 muy grave, 1 urgente Conclusión: Intervención urgente	Dependiente total con deterioro cognitivo grave. Caquexia y deshidratación grave. «Estaba como una pasita»; «Falta total de higiene desde hace bastante tiempo» Tercer ingreso en un mes. Empeoramiento por falta de seguimiento de pautas	Total Coordinación sociosanitaria
Varón 76 años Domicilio Cuest-1: Valoración dependencia Cuest-2: Urgencias sociales	Factores de riesgo: 2 generales, 4 del entorno Indicadores generales: 1 grave, 1 muy grave, 1 urgente Indicadores económicos: 1 muy grave Conclusión: Intervención urgente	Dependencia moderada; deterioro cognitivo moderado; vive con esposa. La persona mayor se queja de que no le tratan bien: «me gritan y chillan; me encierran en casa y se van; no sé dónde está mi dinero; falta de seguimiento de las pautas médicas, no va a consultas programadas porque no le llevan» «No hay condiciones en la casa para poder atenderle; gran suciedad» «La persona mayor quiere acudir a un centro de día pero la cuidadora (75 años) no aceptan ningún tipo de ayuda»	Total Solicitud judicial para intervenir
Mujer 68 años Domicilio Cuest-1: Auxiliar domiciliaria Cuest-2: Trabajadora social	Factores de riesgo: 3 físicos graves; 3 del entorno graves; 1 económico grave Indicadores generales: 2 graves, 1 urgente Conclusión: Riesgo muy grave	Persona con enfermedad mental. Vive sola con 2 h/semanales de ayuda a domicilio «La familia está saturada; existe un conflicto de hace muchos años; una sobrina le hace la compra un día a la semana; se niega a salir de casa. Muy mala higiene y alimentación. No sigue los tratamientos. Solo toma las pastillas cuando va la auxiliar domiciliaria; no sabe qué pasa con su dinero; lo maneja la sobrina porque ella no sale»	Total Se propone hacer una valoración completa y un plan de intervención en el plazo de 1 mes
Mujer 90 años con cuidador de 85 años Domicilio Cuest-1: Auxiliar domiciliaria Cuest-2: Trabajadora social	Factores de riesgo: 2 físicos Indicadores generales: 2 graves; Indicadores físicos: 1 muy grave Conclusión: Riesgo grave	Viven solos el matrimonio. Visitas mensuales de la hija. Auxiliar domiciliaria 1 h al día. Sin deterioro cognitivo. Nivel de dependencia moderado. No sigue pautas médicas ni de higiene porque se niega a ello. No quiere más ayuda pues «su marido está estupendamente». «Grita todo el rato a su marido y le trata como a un criado; el hombre no puede más»	Total Valoración familiar e intervención conjunta para el matrimonio en el plazo de 3-6 meses
Hombre 85 años (el cuidador del caso anterior) Domicilio Cuest-1: Auxiliar domiciliaria Cuest-2: Trabajadora social	Factores de riesgo: 1 físico, 3 del entorno No presenta indicadores No hay sospecha de malos tratos	Cuidador principal y completo de su esposa dependiente. Apenas sale ni se relaciona con nadie más. Aparente maltrato psicológico de su mujer hacia él. «Le llama inútil, le grita si no acude inmediatamente, le humilla. . .». No consigue que su esposa siga las pautas médicas ni de cuidado. Le gustaría ir con ella a una residencia: «Para eso hemos ahorrado; estaríamos mucho mejor; yo no puedo más», pero ella no quiere	Total Seguimiento
Mujer 75 años Domicilio Cuest-1: Enfermera Cuest-2: Médico y trabajadora social	Factores de riesgo: 2 físicos; 2 económicos Indicadores generales: 2 graves Indicadores físicos: 1 grave Conclusión: Riesgo grave	No es dependiente. Inicio de deterioro cognitivo. Vive sola. Piensa que tiene muy buena situación económica y está muy preocupada por ella desde que firmó un poder a su nieto para que se encargue de sus gastos. «Mi nieto no me compra lo que yo le digo: Apenas hay comida en la casa». Se niega a firmar el consentimiento para que vaya la trabajadora social No sigue correctamente las pautas médicas. Mala alimentación. Analítica con indicadores de malnutrición	Total No se sabe cómo intervenir al no dar consentimiento para derivarla al ámbito social. Se plantea buscar una excusa para hacer una visita al domicilio y contrastar su información

la gravedad del mismo y posibilidades de coordinación sociosanitaria totalmente necesaria en estas situaciones. Estimamos que dicha aportación es muy relevante por no existir instrumentos validados en nuestro medio que puedan ser aplicados a personas mayores incapaces de hecho o con capacidad limitada. Sin embargo,

su polivalencia, siendo su mayor aportación, constituye a la vez una limitación importante en la sensibilidad del cuestionario-1 (común por otra parte a todas las herramientas de cribado) para la detección precisa de la situación en la que se encuentra la persona mayor posible víctima. Por ello se requiere una segunda valoración por el

Tabla 6
Concordancia interprofesionales

Instrumentos	Grado de acuerdo Kappa (K)
Cuestionario-1 Detección de factores de riesgo	0,549
Cuestionario-2 Valoración de indicadores de sospecha de malos tratos físicos y/o económicos	0,765

cuestionario-2 y, tal y como se recoge en el mismo procedimiento, una valoración integral de la persona mayor con posterioridad antes de determinar la intervención a realizar.

El instrumento ha sido validado como sensible para su objetivo y por tanto puede ser implantado como procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores no solo por los parámetros estadísticos sino por la validación de los profesionales. Los índices de fiabilidad de los cuestionarios son suficientes (consistencia interna de Kuerder-Richardson de 0,637 en el cuestionario-1 y de 0,721 en el cuestionario-2). Los profesionales, a través de un cuestionario de evaluación respondido por la mayor parte de los participantes en el pilotaje (un 57,5% del total y un 90,4% para el cuestionario-2), valoran muy positivamente el instrumento y proponen la implantación del mismo de manera sistemática, pues lo consideran completo, claro, oportuno y fácil de integrar en la dinámica de trabajo, si bien aportan sugerencias para la clarificación de algunos ítems. Los casos de personas mayores evaluadas por varios profesionales de distintos ámbitos y niveles asistenciales (53 en total) obtienen similares resultados en cuanto a factores de riesgo (47 casos) e indicadores (16 casos), lo que muestra que es igualmente válido para los ámbitos sanitario y social. Además, no existen diferencias significativas entre sus valoraciones, por lo que puede ser utilizado por cualquiera de ellos. Se evidencia que resulta especialmente sensible para la detección de indicadores de malos tratos en los servicios de urgencias cuando el motivo de la aplicación es la existencia de un daño inexplicable para el profesional en la persona mayor (50 de los 53 casos valorados en urgencias), existiendo en estos casos una alta frecuencia de indicadores muy graves o de intervención urgente (en un 41% de los valorados en urgencias hospitalarias y en un 80% de las urgencias sociales).

La validación a través del contraste en 7 casos diversos, entre la evaluación resultante del procedimiento y el realizado por el grupo de expertos, es a nuestro juicio muy concluyente, pues revela la correcta selección de los factores de riesgo y los indicadores de ambos cuestionarios.

Se recomienda utilizar la ponderación numérica resultante del sumatorio de la puntuación dada por los expertos a los indicadores según su nivel de gravedad, diferenciando los asignados a malos tratos físicos de los económicos. Así:

- No existe sospecha de malos tratos: <2
- Alerta por riesgo grave: 2_ <3
- Alerta por riesgo muy grave: 3_ <4,5
- Situación de intervención inmediata: ≥ 4,5

Esta ponderación se ha hecho con el fin de tener en cuenta la acumulación de ítems que no se preveía en el instrumento tal y como estaba diseñado anteriormente.

La mayor limitación del procedimiento es la no inclusión de la detección de indicadores de malos tratos psicológicos, cuando sabemos por diversas investigaciones que es la forma más frecuente^{34,35,10,13}. Los recursos y el tiempo disponible no eran suficientes para poder realizar un procedimiento más completo.

Dada la pérdida de 11 casos con más de 2 factores de riesgo (12%), es imprescindible revisar el flujograma, en especial los procesos de

derivación de un ámbito a otro para determinar quién debe solicitar el consentimiento informado de la persona.

Como conclusión, el procedimiento puede considerarse una medida indirecta válida para la detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en función de los indicadores acumulados que presenta, y establece de manera fiable un grado de vulnerabilidad o sospecha que debe ser tenido en cuenta, especialmente cuando la alerta es catalogada como muy grave o de intervención urgente. Dicha intervención requerirá como primera medida, tal y como el mismo procedimiento determina, una valoración sociosanitaria integral, antes de proceder a las intervenciones necesarias para proteger a la persona mayor.

El consejo sociosanitario de Euskadi ha decidido la implementación del procedimiento en todos los servicios sanitarios y sociales. Para ello se ha iniciado la formación de los profesionales. El procedimiento definitivo puede encontrarse en la siguiente dirección: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/personas%20mayores_web.pdf

Conflicto de intereses

La/los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los y las profesionales de los Servicios Sanitarios de Osakidetza, de los Servicios Sociales Municipales y Forales, y de Kutxa Bank que han participado en el estudio.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.04.003>.

Bibliografía

1. Ruiz A, Altet J, Porta N, Duaso P, Coma M, Requesens N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de malos tratos a ancianos. *Aten Primaria*. 2001;27:331–4.
2. González F, Aizpiri M, Jara AB, San Miguel P, Tapia X. Expresiones de la violencia en la familia actual. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc*. 2002;(33–34):173–8.
3. Moyá A, Barbero J, Barrio IM, Gutiérrez B, Izal M, Martínez A, et al. Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2005.
4. IMSERSO. Observatorio de personas mayores. 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 malos tratos hacia personas mayores. Colección Documentos. Madrid: IMSERSO; 2007.
5. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Guía práctica para favorecer el buen trato a las personas mayores. Madrid: SEG; 2011. Disponible en: https://www.segg.es/info_prensa.asp?pag=3&cod=35
6. Henderson D, Buchanan JA, Fisher JE. Violence and the elderly population: Issues for prevention. En: Schewe PA, editor. *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002. p. 223–45.
7. Schiamberg LB, Gans DM. Elder abuse by adult children: An applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *Int J Aging Hum Dev*. 2000;50:329–59.
8. Goikoetxea MJ. Ética y buen trato a personas mayores. *Soc y Utopía*. 2013;41:424–48.
9. Tabueña Lafarga M. Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Interv Psicosoc*. 2006;15:275–92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300003
10. Sancho M, editor. Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Donostia-San Sebastián: Gobierno Vasco; 2011.
11. Pérez-Rojo G. Dificultades para definir los malos tratos a personas mayores. Madrid. Portal Mayores; 2011. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/perez-tipos-01.pdf>
12. Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas ancianas en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:8–14.
13. Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I. Estudio multicéntrico sobre la sospecha de malos tratos hacia las personas mayores en el ámbito comunitario. Madrid;

2008. [Tesis no publicada]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3960/27562.perez_rojo.gema.pdf?sequence=1.
14. World Health Organization. Active Ageing - A policy framework. Geneva: WHO; 2002.
15. World Health Organization/INPEA. Missing Voices. Views of older persons on elder abuse. Geneva: WHO; 2002.
16. World Health Organization/INPEA. The Toronto Declaration. Geneva: WHO; 2002.
17. Cohen M, Levin SH, Gagin R, Friedman G. Abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:1224–30.
18. The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report; 1998. Disponible en: <http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm>
19. Losada A, Marquez-Gonzalez M, Knight BG, Yanguas J, Sayegh P, Romero-Moreno R. Psychosocial factors and caregiver's distress: Effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging Ment Health*. 2010;14:193–202.
20. Bazo MT. Violencia familiar contra las personas ancianas que sufren dependencia y enfermedad. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*. 2003;11:35–46. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5272/browse?type=title&submit.browse=T%C3%ADtulo>
21. Fulmer T. Screening for Mistreatment of Older Adults. *Am J Nurs*. 2008;108:52–9.
22. Iborra I. Malos tratos de personas mayores en la familia en España. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el estudio de la violencia (Centro Reina Sofía); 2008.
23. Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Nuevo R. Identificación de factores de riesgo de malos tratos hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *Int J Clin Health Psychol*. 2008;8:105–17.
24. Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I. Factores de riesgo de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores dependientes en el ámbito familiar. Estudio exploratorio. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;40 Supl. 3:69–73.
25. Rueda JD, editor. El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio. Valladolid: Junta de Castilla y León. Universidad de Valladolid; 2008.
26. Leturia FJ, Etxaniz N. Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato. Vitoria-Gasteiz: Ararteko: Defensoría del Pueblo del País Vasco; 2009.
27. Campo-Arias A, Oviedo H. Psychometric properties of a scale: Internal consistency. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2008;10:831–9.
28. Field A. Discovering statistics using SPSS. London: Sage; 2009.
29. Abaira V. El índice kappa. *Semergen*. 2001;27:247–9. [http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593\(01\)73955-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593(01)73955-X).
30. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159–74.
31. Lachs MS. Screening for family violence: What's an evidence-based doctor to do? *Ann Intern Med*. 2004;140:399–400.
32. Pillemer KA, Mueller-Johns KU, Mock, Sutor JJ, Lachs MS. Interventions to prevent elder mistreatment. En: Doll LS, Bonzo SE, Mercy JA, Sleet DA, editores. *Handbook of injury and violence prevention*. New York: Springer Publishing; 2007. p. 241–54.
33. Perel-Levin S, World Health Organization. Discussing screening for elder abuse at primary health care level. World Health Organization; 2008. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf
34. Cooney C, Howard R, Lawlor B. Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: Can we identify those at risk? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:564–71.
35. Yaffé MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl*. 2008;20:276–300.