



HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**COMPETENCIA CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA  
DETECCIÓN OPORTUNA DEL MALTRATO EN EL  
ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UMF NO.1  
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES  
TESIS**

**PRESENTADA POR**

**Jorge Elizalde Martínez**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**ASESOR**

**Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente.**

**Aguascalientes, Ags., 30 de enero de 2017**



AGUASCALIENTES, AGS., 17 ENERO 2017

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR**  
**COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**PRESENTE**

Por medio de la presente le informo que el Residente de tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

**DR. JORGE ELIZALDE MARTINEZ**

Ha concluido satisfactoriamente con el tratado de titulación denominado:

**“COMPETENCIA CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL MALTRATO AL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UNIDAD DE LA MEDICINA FAMILIAR NO. 1 AGUASCALIENTES”.**

Número de registro **R-2016-101-21** del Comité Local de Investigación y Ética en investigación en salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Jorge Elizalde Martínez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que haga la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

**ATENTAMENTE**

  
**DRA. EVELYN PATRICIA LARRAGA BENAVENTE**  
**ASESOR CLINICO Y METODOLOGICO**



AGUASCALIENTES, AGS., ENERO 2017

**DR. JORGE PRIETO MACIAS  
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.  
PRESENTE**

Por medio de la presente le informo que el Residente de tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

**DR. JORGE ELIZALDE MARTINEZ**

Ha concluido satisfactoriamente con el tratado de titulación denominado:

**“COMPETENCIA CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL MALTRATO AL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UNIDAD DE LA MEDICINA FAMILIAR NO. 1 AGUASCALIENTES”.**

Número de registro **R-2016-101-21** del Comité Local de Investigación y Ética en investigación en salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Jorge Elizalde Martínez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que haga la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

**ATENTAMENTE**

*Carlos Alberto Prado Aguilar*

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR**

**COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES

**JORGE ELIZALDE MARTÍNEZ**  
**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**  
**PRESENTE**

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

**“COMPETENCIA CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:  
**Especialista en Medicina Familiar**

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**  
**“SE LUMEN PROFERRE”**  
Aguascalientes, Ags., 19 de Enero de 2017.

**DR. JORGE PRIETO MACÍAS**  
**DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa del Departamento de Control Escolar  
c.c.p. Archivo

## **AGRADECIMIENTOS.**

A las Doctoras Evelyn Patricia Larraga Benavente y Ana Hortensia López Ramírez  
por el invaluable apoyo, por su constante y desinteresada tutela.

## **DEDICATORIAS**

A mi esposa e hijos.

Por su inagotable paciencia y desprendido amor,  
por ser impulso e inspiración.

## ÍNDICE GENERAL

Índice general.....	1
Índice de tablas.....	3
Índice de graficas o figuras.....	3
Resumen.....	4
Summary .....	5
Introducción .....	6
<b>I. Marco teórico.....</b>	<b>7</b>
I.A. Antecedentes científicos.....	7
I. A. 1. Antecedentes científicos sobre le evaluación de competencias clínicas en maltrato contra el adulto mayor.....	7
I. B. Teorías y modelos que apoyan a las variables y características de las mismas. ....	9
I. B. 1. Competencias.....	9
I. B. 2. El médico familiar.....	18
I. B. 3. Detección oportuna del maltrato al adulto mayor.....	19
<b>II. Justificación.....</b>	<b>20</b>
<b>III. Planteamiento del problema.....</b>	<b>21</b>
III. A. Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio.....	21
III. B. Panorama del estado de salud.....	22
III. C. Descripción del sistema de atención de la salud.....	23
III. D. Leyes y normas.....	24
III. D. 1. Normativa internacional.....	24
III. D. 2. Normativa nacional.....	24
III. E. Descripción de la naturaleza del problema.....	26
III. F. Descripción de la distribución del problema.....	27
III. G. Descripción de la gravedad del problema (magnitud y trascendencia, consecuencias en la población y en los servicios) .....	28
III. H. Factores importantes que pueden influir en el problema .....	29

III. I. Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema, no es suficiente.....	30
III. J. Tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizara para solucionar el problema. ....	30
III. K. Lista de los conceptos indispensables utilizados en el planteamiento del problema.....	30
<b>IV. Pregunta de investigación:</b> .....	31
<b>V. Objetivos</b> .....	31
V. A. Objetivo general.....	31
V. B. Objetivos específicos .....	31
<b>VI. Hipótesis de estudio</b> .....	32
VI. A. Hipótesis de trabajo .....	32
<b>VII. Material y métodos:</b> .....	32
VII. A. Tipo de estudio .....	32
VII. B. Población de estudio.....	32
VII. C. Descripción de variables:.....	33
VII. D. Selección de la muestra.....	34
VII. E. Criterios de selección: .....	34
VII. F. Recolección de la información y logística.....	35
VII. G. Plan de analisis .....	36
VII. H. Recursos y financiamiento.....	37
<b>Viii. Aspectos éticos</b> .....	37
<b>Ix. Cronograma de actividades</b> .....	38
<b>X. Resultados</b> .....	39
<b>Xi. Discusión</b> .....	45
<b>Conclusiones</b> .....	48
<b>Glosario</b> .....	50
<b>Bibliografía</b> .....	51
<b>Anexos</b> .....	57

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Atributos multidimensionales de las competencias .....	10
<b>Tabla 2.</b> Distribución de las fuentes de información usadas por los encuestados.....	41
<b>Tabla 3.</b> Comparación ente nivel de conocimiento sobre maltrato al adulto mayor y las variables sociodemográficas. ....	43
<b>Tabla 4.</b> Comparación ente nivel de habilidades en maltrato al adulto mayor y las variables sociodemográficas. ....	44
<b>Tabla 5.</b> Comparación ente actitudes respecto al maltrato contra adulto mayor y las variables sociodemográficas. ....	45

## Índice de gráficas o figuras

<b>Figura 1.</b> Taxonomía de Bloom modificada por Anderson y Krathwohl.....	14
<b>Figura 2.</b> Pirámide de Miller y sus instrumentos de evaluación.....	15
<b>Gráfica 1.</b> Distribución del sexo de los encuestados.....	40
<b>Gráfica 2.</b> Distribución del turno laboral de los encuestados.....	40
<b>Gráfica 3.</b> Distribución según antigüedad de los encuestados.....	40
<b>Gráfica 4.</b> Distribución según estado de certificación de los encuestados.....	41
<b>Gráfica 5.</b> Distribución según realización de cursos de actualización en maltrato contra el anciano.....	41
<b>Gráfica 6.</b> Nivel de dominio de los encuestados en el área actitudinal.....	41
<b>Gráfica 7.</b> Nivel de dominio de los encuestados en el área cognitiva.....	42
<b>Gráfica 8.</b> Porcentaje de respuestas correctas en la dimensión cognitiva, según tema. .	42
<b>Gráfica 9.</b> Nivel de dominio de los encuestados en el área de habilidades prácticas.....	43
<b>Gráfica 10.</b> Porcentaje de respuestas correctas en la dimensión práctica, según tema. .	43



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El maltrato al adulto mayor es un problema mundial. En México, la prevalencia es de 16% en medio urbano y 8.1% en medio rural. El médico familiar, debe procurar su constante capacitación para el empleo ético del conocimiento médico. La Competencia Clínica es la capacidad para movilizar rápida, pertinente y creativamente, los recursos cognitivos, prácticos y actitudinales al enfrentarse a un problema. La información sobre la evaluación de competencias clínicas, en la detección de maltrato en el adulto mayor en Unidades de Primer Nivel de atención, aún es insuficiente.

**OBJETIVO:** Evaluar la Competencia Clínica del Médico Familiar para la Detección de Maltrato en el adulto mayor de la UMF No. 1 en Aguascalientes.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio transversal, descriptivo. Tipo de muestreo censal que abarcará a todos los médicos de la UMF1, con un total de la muestra de 40 médicos de turnos matutino y vespertino. Se diseñó un instrumento tomando en consideración las dimensiones de conocimiento, habilidades y actitudes, así como variables sociodemográficas de los encuestados.

**RESULTADOS:** En dominio del área cognitiva, encontramos “Alto nivel” en los encuestados (45%) y “Muy Alto” nivel (33%), siendo los <40 años de edad y los Certificados en Medicina Familiar los mejor calificados ( $p=0.04$  y  $0.03$ ). En dominio del área práctica, 62% obtuvo un “Alto” nivel de dominio y 20% un nivel “Intermedio”, siendo los Casados y los de antigüedad <10 años de edad, los mejor calificados ( $p=0.016$  y  $0.047$ ). En el área actitudinal, 80 % presento una actitud positiva y 20% Indiferente, donde los casados/unión libre y los no certificados los mejor calificados ( $p=0.030$  y  $0.038$ ).

**CONCLUSIONES:** Existe un alto nivel de dominio cognitivo; en dominio práctico un nivel alto-intermedio y una actitud predominantemente positiva. Aún con los anteriores resultados, se pudo observar necesidad de estrategias educativas para mejorar la competencia en este tema, específicamente en síndromes geriátrico y tipos de maltrato, uso de herramientas de escrutinio.

**PALABRAS CLAVE:** Competencia Clínica, Maltrato al adulto mayor, Médico Familiar.

## SUMMARY

**INTRODUCTION:** Elder abuse is a global problem. In Mexico, the prevalence is 16% in urban areas and 8.1% in rural areas. The family physician should seek his constant training, for the ethical use of medical knowledge. Clinical Competence is the ability to mobilize cognitive, practical and attitudinal resources when facing a problem, quickly, pertinently and creatively way. The information on the evaluation of clinical competences, in the detection of abuse in the elderly in First Level Care Units, is still insufficient.

**OBJECTIVE:** To evaluate the Clinical Competence of the Family Physician for the Detection of Maltreatment in the older adult of the UMF No. 1 in Aguascalientes.

**MATERIAL AND METHODS:** Cross-sectional, descriptive study. Type of census sampling that will cover all physicians of the UMF 1, with a total sample of 40 physicians of morning and afternoon shifts. An instrument was designed taking into account the dimensions of knowledge, skills and attitudes, as well as sociodemographic variables of the respondents.

**RESULTS:** In the domains of the cognitive area, we found "High level" in the respondents (45%) and "Very High" (33%), being <40 years of age and the Certificates in Family Medicine the best qualified ( $p = 0.04$  and  $0.03$ ). In the domain of the practical area, 62% had a "High" domain level and 20% had an "Intermediate" level, Married and senior citizens <10 years old being the best qualified ( $p = 0.016$  and  $0.047$ ). In the attitudinal area, 80% presented a positive attitude and 20% Indifferent, where married / free union and non-certified the best qualified ( $p = 0.030$  and  $0.038$ ).

**CONCLUSIONS:** There is a high level of cognitive domain; In practical domain a high-intermediate level and a predominantly positive attitude. Even with previous results, it was possible to observe the need for educational strategies to improve competence in this subject, specifically in geriatric syndromes and types of abuse, use of screening tools.

**KEY WORDS:** Clinical Competence, Elderly Abuse, Family Physician.

## INTRODUCCIÓN

La disminución en las tasas de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, ha expresado un aumento en el porcentaje de adultos mayores y se estima que en México, el porcentaje de adultos mayores de 9.7% a 21.5% para el año 2025. (1)

La Organización Mundial de la Salud define Maltrato al Adulto Mayor como: “La acción única o repetida, o una falta de respuesta apropiada que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una interacción de confianza y la cuál produzca daño o angustia a una persona anciana. El maltrato de las personas mayores es un problema mundial que afecta la salud y los Derechos Humanos de millones de adultos mayores, ya que se ha observado aumento de mortalidad en aquellos ancianos que han sufrido algún tipo de violencia, en comparación con aquellos que no. Existen muchos tipos de maltrato y factores de riesgo y como tal merece la atención del personal de salud y de la comunidad internacional. (2)

En este tenor el médico familiar debe poseer las destrezas cognitivas, prácticas y actitudinales, a fin de otorgar al adulto mayor una atención de calidad y calidez. En materia de competencias, la evaluación tradicional centrada en el conocimiento médico es limitada, los métodos de evaluación tienen que ser capaces de evaluar lo que un médico hace realidad en la práctica diaria, es decir evaluar el saber, el saber cómo y el mostrará cómo. La evaluación del conocimiento que tiene el personal de salud, sobre maltrato contra el adulto mayor, se ha estudiado en plenitud, sin representar mayor problema. Sin embargo, ha quedado inconclusa la evaluación de otras dimensiones de su competencia clínica en el tema y específicamente en el ámbito de acción del médico familiar. (3)

El presente estudio aborda la evaluación de la Competencia Clínica del Médico Familiar en tema de Detección Oportuna de Maltrato al Adulto Mayor, brindado información esencial, para su retroalimentación y como consecuencia optimizar el desempeño profesional. Así pues, el médico podrá identificar factores de riesgo para violencia y su prevención, y en caso de confirmar datos de maltrato, dar consecución, tratamiento inicial y derivación a servicios de apoyo en caso pertinente.

## I. MARCO TEÓRICO

### I.A. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

#### I. A. 1. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS SOBRE LE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS CLÍNICAS EN MALTRATO CONTRA EL ADULTO MAYOR.

Keneddy (2004), diseñó un estudio descriptivo y transversal, cuyo propósito fue evaluar el conocimiento, actitud y experiencia de médicos del primer nivel de atención sobre maltrato al adulto mayor. Se envió un cuestionario auto administrado a 250 médicos miembros de la American Academy of Family Physicians y 250 médicos del American College of Physicians (internistas) de Ohio, obteniendo una tasa de respuesta del 78% (76% de médicos de familia y 68% de internistas). Se investigó acerca de su percepción del maltrato al adulto mayor, donde 100% consideró importante dicho problema. 65% piensan que los médicos de primer nivel son más capaces para tratar a víctimas de maltrato. Sin embargo 63% no busca en sus pacientes datos de maltrato. Sobre número y tipo de casos sospechados, solo 31% encontró maltrato siendo más común la negligencia (57%). Las razones de abstención a denunciar el maltrato se subraya falta de signos evidentes (44%). Sobre el tema de educación acerca de maltrato, 80% declaró no haber recibido entrenamiento para su diagnóstico. 32% de los médicos familiares reportaron haber recibido educación respecto al maltrato en su residencia y por tanto se sienten mejor preparados. Los autores consideran que el conocimiento y la comprensión del maltrato aún es sub óptima en ambas especialidades y enfatizan la necesidad de formación y educación médica continua para abordar el maltrato de ancianos, por parte de los médicos de atención primaria. (4)

Almogue y Weiss, (2009) llevaron a cabo un estudio transversal, descriptivo y comparativo cuyo objetivo fue evaluar conocimientos y actitudes del personal de salud sobre maltrato al adulto mayor, en el Estado de Israel. Se entregaron cuestionarios a 100 enfermeras y 57 médicos, con los cuales se evaluaron sus conocimientos sobre protocolos y legislación en tema de maltrato. Se utilizó una escala con una calificación máxima de 10, para la evaluación de conocimientos. Los médicos, tuvieron una calificación en promedio de 4.38, sin diferencias entre los distintos grupos de médicos. No se encontraron diferencias significativas entre empleados de Hospitales Generales y Hospitales Geriátricos. 79% de

los médicos identifican su responsabilidad de denunciar los casos de maltrato. Respecto a actitudes, los empleados de Hospitales Geriátricos, tuvieron mejor actitud positiva que los trabajadores de Hospitales Generales  $4.91 \pm 0.96$  vs.  $4.51 \pm 0.93$ . Las dos causas más frecuentes, por la que no se reportan los casos sospechosos de maltrato a fueron que el personal sanitario no se quería ver legalmente involucrado (64%) o porque desconocen las leyes de notificación de casos (54%). Los investigadores recomiendan adoptar medidas para mejorar el conocimiento del personal de salud, y alentarlos a involucrarse en la protección de las personas mayores. (5)

Wagenaar (2010), efectuó un estudio descriptivo, transversal, observacional, cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento los médicos de atención primaria de Michigan, Estados Unidos, y sus prácticas en materia de presentación de informes del maltrato. Incluyeron también el tipo de educación recibida en tema del maltrato al adulto mayor, la naturaleza de su práctica clínica, y las barreras que les impiden denunciar el abuso de ancianos. Se enviaron por correo, encuestas a 855 médicos de atención primaria, con una tasa de respuesta del 26%. Respecto a formación sobre maltrato, 67% la consideró “inadecuada” e “inadecuada en absoluto”. Aquellos médicos que reportaron recibir capacitación formal sobre tópicos de maltrato en su residencia o en Educación Médica Continua, a pesar de ello, declararon que en la práctica eran menos propensos a identificar el abuso al momento de la visita, lo que significa una barrera para la presentación de informes de casos. Concluyen que el reconocimiento de los signos de maltrato a personas mayores sigue siendo una barrera para los médicos que tratan a pacientes adultos mayores. (6)

Leddy y Farrow (2014), realizaron un estudio descriptivo, observacional, transversal, con el objetivo de medir conocimiento, habilidades y actitudes de 200 médicos del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), en tema de maltrato al adulto mayor. Recibieron una encuesta, con tasa de respuesta del 61%. En la evaluación de Conocimientos, 76,7% convinieron al señalar que el problema de maltrato ha aumentado desde los años 80's. Las mujeres acertaron (en comparación con los hombres) en consideran importante interrogar historia de violencia doméstica como factor de riesgo para el abuso de ancianos. (93,3% vs. 64,3%). 62.4% saben de la existencia de recursos para su atención en la comunidad peso solo 14,3% informaron de que estaban familiarizados con la legislación pertinente. Respecto a test de cribado, solo 11.1% había

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

usado herramientas de detección. 64,7% afirmaron que su educación fue "inexistente". Respecto a actitudes y creencias 88.9% estuvo de acuerdo en que está dentro de sus responsabilidades profesionales la busque intencionada de abuso sexual, 76.7% de abuso físico y 87.8% el emocional. En habilidades prácticas 100% afirmó haber tratado alguna mujer adulto mayor, siendo el abuso físico el más comúnmente identificado. Solo 14.8% reportan los casos de abuso. Este estudio identificó la necesidad de la capacitación dirigida a los jóvenes médicos, la importancia de familiarizarse con herramientas para cribado, así como de conocer la legislación en materia de reporte de casos y los recursos disponibles en la comunidad. (7)

Taylor y cols. (2006), llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo, en el cual se evaluó el conocimiento y la actitud ante el maltrato al adulto mayor en médicos de primer nivel de atención del Condado de Genesee, en Michigan, Estados Unidos. Se enviaron encuestas a 500 médicos del condado, con 20% de respuesta. Se utilizó un instrumento compuesto por escalas tipo Likert (para evaluar actitud) y preguntas de opción múltiple, respuestas dicotómicas de falso verdadero y preguntas abiertas de respuesta corta (para evaluar conocimiento). En cuanto actitud, los médicos manifestaron que la falta de comprensión de los mecanismos de información representaba el mayor obstáculo. En cuanto a conocimientos, la mayoría de los médicos se consideraron incapaces de reconocer factores de riesgo para el abuso. (8)

## I. B. TEORÍAS Y MODELOS QUE APOYAN A LAS VARIABLES Y CARACTERÍSTICAS DE LAS MISMAS.

### I. B. 1. COMPETENCIAS

Competencia es la capacidad para enfrentar eficazmente una familia de situaciones análogas, movilizandole a conciencia y de manera a la vez rápida, pertinente y creativa, múltiples recursos cognitivos: saberes, capacidades, información, valores, actitudes, esquemas de percepción, de evaluación y de razonamiento, de forma eficaz y flexible. La competencia es una forma de evaluar aquello que realmente causa un rendimiento superior en el trabajo. La Organización Internacional del Trabajo en el 2004 propone también la definición de competencia como la capacidad efectiva para llevar a cabo

exitosamente una actividad laboral plenamente identificada. Para poder entender la multidimensionalidad de las competencias la siguiente tabla nos será de mucha utilidad:

Tabla 1. Atributos multidimensionales de las Competencias. (9)

Es la capacidad o habilidad	QUÉ
La existencia en las estructuras cognoscitivas de la persona de las condiciones y recursos para actuar. La capacidad, la habilidad, el dominio, la aptitud.	
De efectuar tareas o hacer frente a situaciones diversas	PARA QUE
Asumir un rol determinado: una ocupación, respecto a los niveles requeridos; una tarea específica; realizar acciones; resolver problemas de la vida real; hacer frente a un tipo de situación.	
De forma eficaz	DE QUE MANERA
Capacidad efectiva; de forma exitosa; conseguir resultados y ejercerlos excelentemente; participación eficaz.	
En un contexto determinado	DÓNDE
Una actividad plenamente identificada; en un contexto determinado; en una situación determinada; en un ámbito o escenario de la actividad humana.	
Y para ello es necesario movilizar actitudes, habilidades y conocimientos.	POR MEDIO DE QUÉ
Recursos cognitivos; prerrequisitos psicosociales; conocimientos, destrezas y actitudes, recursos que moviliza, conocimientos teóricos y metodológicos, actitudes, habilidades y competencias más específicas, esquemas motores, esquemas de percepción, evaluación, anticipación y decisión; comportamientos, facultad de análisis, toma de decisiones, transmisión de informaciones, habilidades prácticas, valores éticos, actitudes, emociones y otros componentes sociales.	
Al mismo tiempo y de forma interrelacionada	CÓMO
De forma integrada, orquestada.	

Es necesario que el profesional, sea competente para ejercer una tarea profesional adecuada a sus capacidades, a partir de los conocimientos y de las habilidades específicas de la profesión, de forma responsable, flexible y rigurosa, de manera que le

permita satisfacer sus motivaciones y expectativas de desarrollo profesional y personal.  
(9)

#### I. B. 1.a. COMPETENCIA CLINICA

Brown y Doshi (2006) consideran limitada la evaluación tradicional centrada en el conocimiento médico, ya que los avances en el saber médico y la creciente profesionalización, requiere de evaluaciones multidimensionales. La evaluación con un examen de conocimientos, conduce solo a un aprendizaje pasivo o de memoria, asociado a la decadencia del mismo e imposibilidad de aplicarlos en situaciones reales. Los nuevos métodos tienen que ser capaces de evaluar lo que un médico hace realidad en la práctica diaria, es decir evaluar el “saber”, el “saber cómo” y el “mostrará cómo”. Esto ha dado como resultado un rápido desarrollo de instrumentos de evaluación, denominados colectivamente “evaluaciones basadas en el lugar de trabajo”, y están en consonancia a las metas de la educación médica y su profesionalización. Además de las habilidades y conocimientos clínicos, se están evaluando otros aspectos, tales como el trabajo en equipo con colegas y pacientes, la probidad y habilidades de comunicación. Para que un método de evaluación de competencias sea aceptable tiene que ser válido, fiable, práctico y tener un efecto positivo en el aprendizaje. (10)

Miller (1990), propone en su “Pirámide de Evaluación Clínica”, evaluar lo que un médico hace realidad en la práctica diaria. Establece dentro de sus principios que la evaluación debe estar en relación con su competencia profesional y basada en planes de estudio. (11).

Su importancia se pone de manifiesto en las expectativas que tiene la sociedad actual del médico: a) debe ser técnicamente competente en términos de conocimientos y habilidades, para comunicarse con los pacientes y con otros profesionales de la salud, b) Debe entender y contribuir a todas las metas de la atención de la salud: prevención, curación, rehabilitación y cuidados de apoyo; y debe reconocer que su principal contribución es aumentar la calidad de vida de sus pacientes, c) Debe informarse de conocimientos validados científicamente, de la efectividad de nuevas terapéuticas o pruebas diagnósticas y usar solo procedimientos que han mostrado ser efectivos en



situaciones clínicas apropiadas, d) Debe reconocer cuando la información requerida para las decisiones clínicas es incompleta y contribuir al desarrollo de nuevo conocimiento. (12)

Dimensiones de la competencia clínica. Miller, desarrolló un modelo representado por una pirámide que incluye las dimensiones de la Competencia profesional del médico, y los diferentes niveles de capacitación en los que se sustenta dicha competencia. La pirámide sitúa los conocimientos que un profesional necesita para desempeñar sus tareas de manera eficaz, "sabe", en el siguiente nivel la capacidad del profesional para utilizar los conocimientos, "sabe cómo", en tercer nivel es cómo actuaría y llevaría a cabo sus funciones si se encontrara en una determinada situación, "muestra cómo", finalmente en el vértice se sitúa la actuación, lo que exige una observación directa del profesional, su práctica habitual con pacientes y situaciones clínicas reales, "hace". Este modelo resume el constructo de la competencia y permite operacionalizar su evaluación y la elección de los instrumentos para evaluar cada nivel.

I Nivel. Saber: Valora sobre todo los conocimientos, tanto teóricos como prácticos, basados en la memoria.

II Nivel. Saber Cómo: Comprende también cómo se interrelaciona los conocimientos y la manera de integrarlos ante una situación concreta. Utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio (valores y ética) asociados a su profesión, para desempeñarla de manera eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica.

III Nivel. Demostrar Cómo: Valora también habilidades, el cómo se aplican las competencias que poseen ante una situación similar a la realidad. El mostrar cómo implica el ser capaz de hacer algo a través del desempeño observado, la ejecución, realización, actuación o funcionamiento y que ello pueda ser evaluado de alguna forma.

IV Nivel. Hacer: Evalúa el desempeño real de la práctica profesional. El hacer lo constituye la acción de una actividad y de su práctica, evaluada a través de estándares establecidos previamente. (11)

Taxonomía de Bloom. Bloom en 1956, propone una pirámide taxonómica para la adquisición del conocimiento por la que debe transitar el proceso de enseñanza aprendizaje, que comienza con un pensamiento de orden inferior y escala hasta uno de orden superior, expresada en sustantivos. Anderson y Krathwohl en 2000, modificaron

dicha taxonomía que Bloom había propuesto en 1956. Estas revisiones incorporan para cada nivel conceptual los verbos (en lugar de sustantivos) y, por tanto, las acciones que les son propias. Esta modificación de clasificación debe interpretarse como un paso hacia el modelo funcional que fija cada vez más su mirada en el alumno antes que en el profesor. Así mismo incorporan nuevos verbos en torno a la digitalización de la información. (13)

A continuación, se describen los verbos contemplados en esta revisión:

1. Recordar: reconocer o recordar conocimientos de la memoria. Recordar es cuando la memoria se utiliza para producir definiciones, hechos, o listas, o recitar o recuperar material.
2. Comprender: construir significado a partir de diferentes tipos de funciones, escritos o gráficos de actividades como interpretar los mensajes, proponiendo clasificaciones, resúmenes, inferir, comparar, y explicar.
3. Aplicar: llevar a cabo o mediante el procedimiento de ejecución, o de poner en práctica. Aplicar se refiere a las situaciones en que se utilicen materiales adquiridos a través de productos como modelos, presentaciones, entrevistas o simulaciones.
4. Analizar: romper material o conceptos en partes, la determinación de cómo las partes se relacionan o se interrelacionan entre sí o a la estructura general o propósito. Acciones mentales incluidas en esta función se diferencian, organizan y se atribuyen, así como ser capaz de distinguir entre los componentes o piezas. Cuando uno está analizando él/ella puede ilustrar esta función mental para crear hojas de cálculo, encuestas, diagramas o esquemas, o representaciones gráficas.
5. Evaluar: hacer juicios en función de criterios y normas de control y crítica. Las críticas, recomendaciones, y los informes son algunos de los productos que se pueden crear para demostrar los procesos de evaluación. En la nueva taxonomía está la evaluación antes de crear ya que es a menudo una parte necesaria de la conducta previa antes de crear algo.
6. Crear: reunir elementos para formar un todo coherente y funcional, reorganizar elementos en un nuevo modelo o estructura a través de la generación, planificación o producido. Crear requiere que los usuarios pongan las piezas juntas de un modo nuevo o sintetizar las piezas en algo nuevo y diferente con un nuevo formulario producto. Este proceso es el más difícil como función mental en la nueva taxonomía. (14)



Figura 1. Taxonomía de Bloom modificada por Anderson y Krathwohl (14)

Evaluación de la Competencia Clínica. Las evaluaciones clínicas tradicionales han mostrado tener serias limitaciones en términos de su validez y confiabilidad. De acuerdo al enfoque que prefiera cada autor, a lo largo de las últimas décadas se documenta la utilidad de ciertas herramientas que se emplean para la evaluación de competencias clínicas.

La “Accreditation Council for Graduate Medical Education” (ACGME) y la “American Board of Medical Specialties” (ABMS), publicaron en el año 2000, una caja de herramientas, donde se describen los métodos más utilizados para la evaluación de médicos: a) Examen oral estandarizado b) Examen con paciente estandarizado (SP), c) Examen escrito (opción múltiple y preguntas de respuesta corta),d) Examen clínico objetivo estructurado (OSCE), e) Evaluación con lista de cotejo, f) encuestas a pacientes, g) simulaciones y modelos.

Las técnicas y protocolos de la evaluación por competencias (EC) que se han implementado en escenarios clínicos se basan en la observación directa del actuar

profesional con pacientes reales o en entornos que simulan situaciones clínicas. Los principales instrumentos de la EC se pueden clasificar en tres categorías: a) técnicas de evaluación por observación directa (TOD) en contextos clínicos reales, b) técnicas de evaluación indirecta (TEI) en situaciones clínicas reales o simuladas, c) técnicas de evaluación de conocimiento y razonamiento clínico (TCR).

La Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOE) es un formato de examen que incorpora diversos instrumentos evaluativos y se desarrolla a lo largo de sucesivas estaciones que simulan situaciones clínicas. La potencia de este formato radica en la mezcla de métodos de evaluación, de manera que es capaz de explorar suficientemente tres de los cuatro niveles de la pirámide de Miller: saber, saber cómo y demostrar cómo. (15, 16)



Figura 2. Pirámide de Miller y sus instrumentos de evaluación (16)

Para el estudio del conocimiento contamos con exámenes: orales; escritos (ensayos, micro temas, preguntas abiertas, de complementación); de respuesta estructurada (falso-verdadero, correlación, jerarquización, relación de columnas, opción múltiple), entre otros. Sin embargo, en la actualidad, se realizan esfuerzos para evaluar más allá del simple conocimiento memorístico; se pretende evaluar la aplicación teórica de éste (saber cómo),

mediante la utilización de secuencias de reactivos (falso/verdadero, opción múltiple) con una base común (caso clínico o problema). En la evaluación de la práctica, existen algunas controversias, una de ellas es si la competencia clínica al egreso, puede ser evaluada en un solo momento, o en distintos periodos utilizando para ello diversos formatos de recolección de información. Y aún más, si ésta se debe evaluar de manera fragmentada, con pacientes simulados y con un formato estandarizado, por ejemplo; el Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) o a través de la evaluación integral ante un paciente real, buscando la mayor estandarización posible, por ejemplo; el Registro Objetivo del Examen Largo Estructurado (OSLER, por sus siglas en inglés), o bien el examen ante paciente real, mediante la observación directa frente al paciente, de acuerdo con los principios de que la enseñanza y la evaluación deben de ir por caminos paralelos. Es innegable que hay muchas maneras de evaluar la competencia clínica, las cuales van desde la simple observación y opinión del evaluador, hasta las más sofisticadas; con espacios físicos especialmente diseñados en donde se filma al evaluado y los examinadores no pueden ser observados por el alumno. Estas estrategias buscan, sin lugar a dudas, tener una visión clara de la competencia de los alumnos. Sin embargo, el formato de evaluación que se ha de emplear, dependerá de varios factores: propósitos del examen, cantidad de alumnos, tiempo disponible, recursos físicos, materiales, humanos y financieros. Es decir, deberá ser pertinente al contexto en el cual se aplique. (17)

Criterios de medición de competencias. La competencia es un concepto teórico, un constructo: se refiere a aspectos intangibles de la realidad; no hay referencias directas para señalar la existencia de la competencia; sólo puede hacerse referencia a la misma por vía indirecta, a través de resultados, evidencias o conductas observables vinculadas al desempeño idóneo, el cual constituye la premisa de validez del concepto. (18)

Niveles de Dominio:

Nivel 1: Dominio, a nivel elemental de aspectos teóricos, normativos, metodológicos y operativos inherentes a la materia. El estudiante o profesional, conoce y sigue los procedimientos establecidos para la realización de su trabajo. Maneja, a un nivel de rendimiento aceptable, las aplicaciones computarizadas y/o recursos o herramientas de

trabajo. Logra resolver problemas de escasa complejidad. Requiere supervisión y guías técnicas para realizar su trabajo.

Nivel 2: Aporta ideas para mejorar su trabajo y resuelve problemas de complejidad moderada inherentes a la materia. Conoce y aplica las técnicas y métodos para realizar su trabajo, ajustándose a las exigencias normativas y de calidad. Ofrece sugerencias para resolver problemas y mejorar métodos y/o procedimientos. Maneja las aplicaciones computarizadas y/o recursos o herramientas metodológicas, con buen nivel de rendimiento. Requiere poca supervisión.

Nivel 3: Demuestra solidez en el dominio de la materia. Por encima del nivel anterior, actúa en forma autónoma hacia el cumplimiento de objetivos y metas de trabajo, sin requerir guías técnicas específicas o supervisión. Resuelve problemas de complejidad considerable, que implican labor de análisis, cálculos de mediana complejidad o negociación con personas de otros equipos de trabajo. Maneja las aplicaciones computarizadas y/o recursos o herramientas metodológicas, con alto nivel de rendimiento.

Nivel 4. Es un especialista en la materia. Por encima del nivel anterior, demuestra capacidad para orientar o asesorar a otros en la búsqueda o desarrollo de mejoras, en la adaptación de sistemas o esquemas metodológicos, y en la solución de problemas complejos, que requieren análisis de alto nivel, cálculos complejos o negociación externa.

Nivel 5. Se desempeña con notoria maestría y provee soluciones integrales, en esta materia. Por encima del nivel anterior, es capaz de generar innovaciones y actúa hacia la búsqueda de mejoras y/o soluciones aplicables al proceso o negocio global, o con el propósito de resolver problemas, enfrentar retos o crisis potenciales, con sentido de anticipación. (18, 19)

Si hasta el momento, muchos de los esfuerzos de coordinación se centraban en velar por los contenidos, ahora también deben tenerse en cuenta las habilidades, actitudes, capacidades o valores que el alumnado debe alcanzar en cada momento y el nivel de exigencia al que dichos elementos serán evaluados.

## I. B. 2. EL MEDICO FAMILIAR

El médico familiar, es el especialista, que cuenta con la formación académica, incide en el proceso en la salud-enfermedad tanto en el individuo como con su familia. (20). Existen cuatro pilares teóricos que garantizan la identidad de los valores y estrategias de actuación en los cuales se basa la medicina familiar, permitiendo el funcionamiento del idealismo práctico de la medicina familiar: a) Atención Primaria, b) Educación Médica, b) Humanismo y c) Formación de Líderes. (21)

El médico familiar cuenta en su formación con un plan único que expresa las características deseables que deberá mostrar, para contribuir a satisfacer determinadas necesidades relacionadas con la superación profesional del médico e incidir en la calidad de la atención que brinda. Emplear con eficacia y eficiencia el conocimiento, métodos y técnicas de la atención médica apropiados a las circunstancias individuales y de grupo que afronta en su práctica profesional. Por lo que aplica con sentido crítico los recursos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la atención de los pacientes. Seleccionar, analizar y valorar la literatura médica de su especialidad aplicándola con pertinencia a su quehacer cotidiano con el fin de sustentar, profundizar y ampliar sus acciones profesionales. Participar en el desarrollo de proyectos de investigación médica orientados hacia la solución de problemas significativos de su especialidad. Colaborar productivamente en grupo de trabajo interdisciplinario del ámbito de la salud procurando una visión integradora de su quehacer en relación con el trabajo de los demás profesionales del área. Participar en acciones de educación para la salud dirigidas a los pacientes y grupos sociales, así como en la difusión del conocimiento médico. Interpretar el proceso de formación profesional de médico como fenómeno humano y social, tomando en consideración las condiciones institucionales en las que se realiza el ejercicio y la enseñanza de la medicina. Sustentar el ejercicio de su especialidad en los principios del humanismo considerando la integridad del individuo en su interacción constante con el entorno social. Procurar su educación permanente y superación profesional para continuo perfeccionamiento y el empleo ético del conocimiento médico. (22)

### I. B. 3. DETECCIÓN OPORTUNA DEL MALTRATO AL ADULTO MAYOR.

La disminución en las tasas de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, ha expresado un aumento en el porcentaje del adulto mayor. De acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas en 2014, el 12% de la población mundial tenía una edad mayor a 60 años (hasta 23.3% países más desarrollados). En México, el porcentaje de adultos mayores aumentó de 6.2 a 9.7% en el periodo de 1990-2000. Se estima que en 2050 se incremente a 21.5% (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Maltrato al Adulto Mayor como: “La acción única o repetida, o una falta de respuesta apropiada que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una interacción de confianza y la cuál produzca daño o angustia a una persona anciana. El maltrato de las personas mayores es un problema mundial que afecta la salud y los Derechos Humanos de millones de adultos mayores. Como tal merece la atención de la comunidad internacional.” (2)

En la Guía de Práctica Clínica para la Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor IMSS 057-08 (actualización 2013), define el Maltrato al Adulto Mayor como: “Cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de sus derechos fundamentales del individuo de 60 años y más, el cual puede ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional”. (23)

En México, más de un millón y medio de adultos mayores están sufriendo maltrato o abuso. En el medio urbano se ha determinado que 16% de los adultos mayores, sufrió algún tipo de maltrato y en el medio rural 8,1%. Los tipos más comunes de maltrato son el psicológico, económico y el físico, seguidos de negligencia y abandono. Las personas que parecen ser más violentadas fueron: a) mayores de 80 años b) sexo femenino, c) hombres solteros o que viven en unión libre. Existen factores fuertemente asociadas a la violencia tales como nivel académico (primaria 46.3%), dependencia de vivienda, red social disfuncional, desestructuración familiar, sobrecarga del cuidador, presencia de alguna enfermedad y dependencia física (59%). (24, 25, 26, 27, 28)



Entre los esfuerzos por responder al maltrato e impedir que se reproduzca, se incluyen intervenciones multisectoriales con los sectores de servicios sociales, sector educativo, y sector de la salud (mediante la detección y el tratamiento de las víctimas por el personal de atención primaria de salud), siendo este último el que ha desempeñado una función protagónica. (1)

Se reconoce al abuso de las personas ancianas bajo seis categorías: a) Maltrato físico: Infligir daño, dolor o incapacidad física, mediante el uso de fuerza física. b) Maltrato psicológico o emocional: Infligir angustia, dolor, sufrimiento o estrés mental, mediante palabras o actos. c) Maltrato financiero: Es la explotación y uso inapropiado o ilegal de fondos y recursos monetarios, financieros propiedades o bienes. d) Maltrato sexual: Contacto sexual de cualquier tipo, no consensuado con la persona anciana. e) Negligencia: Se distinguen la negligencia activa y negligencia pasiva. La primera es aquella que de manera intencional no se cumple con las obligaciones y funciones propias del cuidador. En la segunda el cuidador, de manera involuntaria no cumple las funciones de cuidados porque las ignora o es incapaz de satisfacerlas. f) Abandono o exclusión social. Acto de desamparo injustificado. Es la falta de atención y cuidados por parte de la familia. (2)

La U.S Preventive Services Task Force y la Canadian Task Force on Preventive Health Care, concluye que no hay evidencias científicas suficientes que permitan aconsejar o rechazar una prueba de tamizaje rutinaria. La American Medical Association, recomienda el uso de nueve preguntas para el tamizaje de maltrato a ancianos, para su aplicación sobre todo en el área de Urgencias del Primer Nivel de Atención. La Guía de Práctica Clínica sobre la Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor (IMSS 057-08), en su actualización 2013, recomienda este cuestionario de 9 ítems, que involucran maltrato físico, sexual, psicológico, financiero, negligencia y abandono. (23, 29, 30)

## II. JUSTIFICACIÓN

Desde la desmitificación del este problema sanitario universal, se han estado creado “herramientas o test de evaluación” que puedan aumentar la perspicacia profesional.

Estos test incrementan el índice de sospecha de maltrato a personas mayores, sobre todo en los casos en que los signos de maltrato son observables. (29, 32)

Diversos estudios observacionales han demostrado que los médicos de primer nivel consideran su adiestramiento en maltrato al adulto mayor insuficiente. El nivel de conocimiento tiende a ser bajo, con una actitud prácticamente neutral ante dicho problema de salud, y pocos usan herramientas de cribado para su detección. Podemos inferir que el nivel de dominio de las competencias en el médico familiar, suele ser bajo. Sin embargo, la información existente, proviene del extranjero y en el medio local, los estudios respecto a evaluación de competencias clínicas, en la detección oportuna del maltrato al adulto mayor es insuficiente.

Como parte de la evolución médica continua y en base a los cambios actuales de la educación médica, es importante realizar autoevaluaciones estandarizadas de las competencias en el Primer Nivel de Atención. Actualmente no se cuenta con una evaluación de competencias clínicas en la detección oportuna del maltrato en el adulto mayor en Unidades de Medicina Familiar de la Delegación Aguascalientes. De este modo se podrán identificar áreas de oportunidad con el fin último de mejorar la calidad de atención, resolución oportuna de problemas, disminución de complicaciones. A nivel educativo institucional, podremos diseñar estrategias educativas enfocadas a la optimización de la detección oportuna de Maltrato al adulto mayor e incentivar al médico a redirigir el auto-aprendizaje en tema de maltrato.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

#### **III. A. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.**

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con 1,504 Unidades de Medicina Familiar a nivel nacional. La Atención del Primer Nivel lo conforma el Médico Familiar, que atiende cerca del 80% de los pacientes derechohabientes. En la Delegación Aguascalientes, este Primer Nivel se soporta con seis Unidades de Medicina Familiar urbanas, (UMF # 1, 7, 8, 9, 10 y 11), y cinco Unidades rurales (UMF# 2, 3, 4, 5, 6). Para el año 2015, se

registraron 1, 477, 485 consultas de Medicina Familiar, que representan el 65.99% del total Delegacional). (33, 34, 35).

En la Unidad Médica Familiar No. 1, de la Cd. de Aguascalientes, se cuenta con una plantilla de 40 médicos familiares con base, 20 adscritos para el turno matutino y 20 para el vespertino, atendiendo en total a 42,717 hombres y 48,892 mujeres con un total de 91,000 personas adscritas. En la UMF No. 1 se tienen adscritos 13, 039 adultos mayores de 65 años y más, de los cuales 5,481 son hombres (42%) y 7,558 mujeres (58%). (36)

### III. B. PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD.

La evaluación de las capacidades clínicas desde la perspectiva de las competencias profesionales, nace de la necesidad de establecer sistemas de normalización y certificación de competencias laborales en México. Por lo que surgió un proyecto de educación tecnológica o modernización que inició en septiembre de 1997 en nuestro país. Esta propuesta sustenta varios elementos, entre lo que destacan dar vital importancia a la reforma de la educación superior y de postgrado, con el propósito de alcanzar el punto de excelencia en la formación de recursos humanos al nivel profesional, así como elevar la eficiencia, calidad, y pertinencia, con respecto a las necesidades de la población y de la planta productiva nacional. (37)

Se podría considerar que en algunos casos el bajo nivel de competencia se deba al ambiente que no se favorece el desarrollo de las mismas, y a la dificultad que aún existe para llevar la información generada por la investigación al uso cotidiano, y a la falta de seguimiento para la difusión, implantación y evaluación de guías de procedimiento clínicos. (38)

La evaluación del conocimiento sobre maltrato contra el adulto mayor, se ha estudiado en plenitud, sin representar mayor problema. Sin embargo, ha quedado inconclusa la evaluación de otras dimensiones de su competencia clínica en el tema.

### III. C. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD.

Un sistema de salud funciona adecuadamente si cumple con los siguientes objetivos: mejorar la salud de la población, reducir las inequidades en salud; proveer acceso efectivo con calidad y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. (39)

El Sistema de Salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social, [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social (trabajadores del sector informal, desempleados), dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Prospera (IMSS-PROSPERA). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con recursos humanos propios. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios. (40)

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece dentro de sus seis metas nacionales: 1) reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. 2) Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

Estas dos metas en particular, fundamentan la importancia de la detección oportuna de riesgos a la salud de los mexicanos, sin discriminar por sexo, edad y cultura. Así aseguraríamos el acceso real de los adultos mayores a los servicios de salud y por ende el diagnóstico oportuno de maltrato contra este grupo etario. (39)

### III. D. LEYES Y NORMAS

#### III. D. 1. NORMATIVA INTERNACIONAL.

Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores (OMS). Dirigida a la Prevención del Maltrato de la Personas Mayores. Los puntos que se considerar son: a) mejorar los marcos e instrumentos legales para responder al MAM, b) Educar y diseminar la información sobre MAM, (específicamente profesionales de la salud) c) Combatir el estigma, los tabúes y eliminar los estereotipos negativos sobre la vejez, d) Desarrollar una cultura que favorezca la solidaridad intergeneracional y que rechace la violencia, e) Desarrollar en todos los países, las estructuras que permitan la provisión de servicios sanitarios, sociales, de protección legal, policiales, para responder eficientemente al problema de MAM. El Plan Internacional de Acción de las Naciones Unidas adoptado por todos los países en Madrid, en abril de 2002, reconoce claramente la importancia del maltrato de las personas mayores y lo pone en el contexto de los Derechos Humanos Universales. (41)

#### III. D. 2. NORMATIVA NACIONAL.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En su Título Primero sobre los Derechos Humanos y sus Garantías, establece que... “Todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección... queda prohibida toda discriminación motivada por género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, etnias, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.” (42)

Ley De Los Derechos De Las Personas Adultas Mayores. Publicada en el Diario Oficial de la Nación en junio de 2002, garantiza a las personas Adultas Mayores, el derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad. Obliga a las instituciones públicas, sobre todo Sector Salud y de Asistencia Social, atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida, y favorecer así un envejecimiento

saludable. Busca que se gestione el apoyo y protección a grupos de personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad social o familiar, y víctimas de violencia o maltrato. (43)

Guía de Práctica Clínica (GPC) Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor (AM). Actualización de 2013 (IMSS 057-08). Define el Maltrato al Adulto Mayor como: “Cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño que vulnere o ponga en --peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de sus derechos fundamentales del individuo de 60 años y más, el cual puede ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional”. (31)

Guía de Práctica Clínica (GPC) Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio ((IMSS-491-11). Dentro de sus objetivos destaca proporcionar al personal de atención primaria, las herramientas clínicas para la evaluación integral de las condiciones de salud de las personas adultos mayores, sistematizar la atención del adulto mayor en atención primaria, concientizar al personal en la aplicación de escalas de valoración geronto-geriátrica, y la importancia de la estimulación física, mental, emocional y social, a través de los servicio de atención social en salud. Considera como punto de buena práctica que el médico del primer nivel de atención, deba identificar problemas socio-familiares como: maltrato, abuso y aislamiento social, así como adultos en proceso de jubilación por la importancia que conlleva en el deterioro de la calidad de vida y salud. (44)

Ley Para La Protección Especial De Los Adultos Mayores Del Estado De Aguascalientes: Esta ley reconoce como derechos de las personas adultas mayores, la integridad, dignidad y preferencia a una vida libre, sin violencia, maltrato físico o mental, discriminación, con la finalidad de asegurarle respeto a su integridad física y psico-emocional. Así mismo establece que corresponde a la Secretaría de Desarrollo Social, través de la Dirección General de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores, llevar registro, seguimiento, evolución y evaluación de los casos de personas adultas mayores en estado de abandono, maltrato físico, psicológico o sexual, explotación laboral, discriminación, pobreza extrema o demás circunstancias análogas. También determina que corresponde al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado en materia de adultos mayores, denunciar ante las autoridades competentes, cuando sea

procedente, cualquier caso de maltrato, lesiones, abuso físico o psíquico, sexual, abandono, descuido o negligencia, explotación, discriminación y, en general, cualquier acto que perjudique a los adultos mayores. Por último, comenta que son infracciones a la ley, realizar cualquier actividad que implique abuso, explotación o maltrato hacia los adultos mayores. (45)

### III. E. DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA.

El sector de la salud ha desempeñado una función protagonista en la atención del maltrato de las personas mayores, mientras que en otros es el sector de los servicios sociales el que ha tomado la iniciativa. (1)

En materia de competencias, tanto Miller como Brown y Doshi, ya consideraban, la evaluación tradicional centrada en el conocimiento médico, limitada, puesto que los avances en el saber médico y la creciente profesionalización, requiere de evaluaciones multidimensionales de la competencia clínica y profesional. Los métodos de evaluación tienen que ser capaces de evaluar lo que un médico hace realidad en la práctica diaria, es decir evaluar el “saber”, el “saber cómo” y el “mostrará cómo”. (10)

Existe discrepancia en el estudio de las competencias clínicas en tema de maltrato. Por ejemplo, Keneddy, evalúa conocimiento y actitudes del médico en la materia. (4) Almogue-Weiss, centra su evaluación en lo actitudinal y lo cognitivo sobre todo en materia de reporte de casos, pero no así en la detección oportuna de violencia y menos las habilidades al respecto. (5) Daly y Coffey identificó actitudes y antecedentes de educación médica y capacitación, pero no explora en sí el conocimiento sobre la detección oportuna de maltrato al adulto mayor. Tampoco evalúa habilidades prácticas. (46) Wagenaar, examina de manera parcial las competencias clínicas en tema de detección y el conocimiento de herramientas de tamizaje oportuno. (6) Taylor no contempla la dimensión práctica. (8) Solo Leddy y Farrow evaluaron de manera multidimensional la competencia del médico en detección de Abuso al Adulto Mayor. Además, utilizaron diferentes métodos de evaluación validados con cuestionarios de respuesta de cátedra libre, escalas tipo Likert de 5 puntos y listas de cotejo. Se valoraron conocimientos, actitudes y creencias, y habilidades prácticas. La importancia de este artículo radica en que pone de manifiesto la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

necesidad de familiarizarse con herramientas validadas y breves para cribado, así como la de conocer la legislación en materia de reporte de casos y sobre los recursos disponibles en la comunidad. (7)

Hasta este punto, podemos observar que los estudios revisados en materia de maltrato son de tipo descriptivo y observacional. La mayoría, evalúan solo 2 dimensiones de competencia clínica, dejando inconclusa la valoración de las tres dimensiones según Miller (conocimiento, habilidades y actitudes). Además, existe información insuficiente en el medio local, en tema de Competencias Clínicas para la detección Oportuna de Maltrato al Adulto Mayor.

### III. F. DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA.

En la formación del personal médico, las instituciones educativas y de salud comparten responsabilidades. Un solo método de evaluación, es insuficiente para agotar la diversidad de las manifestaciones de la competencia clínica. Es por eso que un análisis multivariado puede responder mejor a las necesidades de información en tema de enseñanza médica. (47)

Se ha encontrado que en el ámbito médico prevalece un nivel de competencia clínica por debajo del nivel esperado, sobre todo en las dimensiones de conocimiento y habilidades de los médicos familiares. Sin embargo, se ha observado una actitud positiva por parte del médico para aprender mediante un proceso de educación médica continua. Esto puede enriquecer la competencia clínica en los prestadores de servicios del primer nivel de atención. (48)

La evidencia demuestra que, el personal de salud de Hospitales Geriátricos, poseen mayor conocimiento y actitudes. Así mismo los Médicos de Familia parecen tener mejor actitud positiva respecto al tema de maltrato. Sin embargo, en general se considera que aún falta mayor capacitación respecto al abuso contra el anciano. (5, 6, 7, 8, 46)



### III. G. DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA (MAGNITUD Y TRASCENDENCIA, CONSECUENCIAS EN LA POBLACIÓN Y EN LOS SERVICIOS)

Actualmente, la sociedad demanda que el sistema educativo responda a los cambios tecnológicos y la organización del trabajo. La conjunción de esas características potencia el cambio en los escenarios sociales, incluido el desarrollo de la educación médica. Es necesario que las empresas e instituciones educativas se pongan de acuerdo para que el personal en formación, construyan habilidades genéricas correspondientes para el mundo laboral. Mucho de lo que se aprende hoy, mañana será obsoleto. En cambio, las habilidades genéricas no envejecen, sino que, por el contrario, se desarrollan y aumentan. (15).

En México el maltrato hacia este grupo de la población suscita preocupación por diversas razones. Se prevé que el número de casos de maltrato de personas mayores aumente habida cuenta del rápido envejecimiento de la población en muchos países y de la posibilidad de que sus necesidades no puedan atenderse plenamente por falta de recursos en los sistemas de salud. (1, 50), Además los costos derivados del maltrato, incluye los secundarios a la atención médica, los servicios sociales, costos legales, de investigación entre otros. La Guía de Práctica Clínica para la Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor, tiene como propósito educar y difundir conocimientos relacionados a la detección y el manejo del maltrato en el adulto mayor. El reto es coadyuvar a la prevención, detección, atención, disminución y erradicación del maltrato en el adulto mayor. (31)

Es válido, y más aún, preciso evaluar las competencias clínicas en temas de maltrato al adulto mayor, ya que, si estas no se llevan a cabo, será difícil lograr los objetivos establecidos en Plan Nacional de Desarrollo, como ya se mencionó, específicamente reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. Y cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. (39)

Cuando el contenido de los instrumentos para evaluar competencias se vincula estrechamente con ésta, puede constituirse el testimonio indirecto del aprendizaje

efectivo, aunque se necesite el contacto periódico con ciertos tipos de pacientes para llegar a una práctica más reflexiva y que tenga impacto en los resultados de las evaluaciones. (50)

### III. H. FACTORES IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA

Factores relacionados con el personal de salud: Los profesionales sanitarios, consideran que lo inadecuado de su capacitación, poca experiencia y supervisión, escasez de personal, salarios bajos, síndrome de fatiga laboral y la transferencia negativa del personal, son factores que dificultan su sospecha. Así mismo, creen que los recursos sociales y sanitarios son insuficientes y limitan la intervención, haciendo infructuosa la detección. (51)

Falta de cultura de evaluación. Entrar en el mundo de la evaluación individual, en un contexto profesional teóricamente liberal organizado en equipos, es difícil. No obstante, si la evaluación se entiende como una oportunidad de mejora, porque es capaz de proporcionar instrumentos útiles para hacerlo mejor, podrá aceptarse con naturalidad como una actividad más de las que se llevan a cabo en los equipos de atención primaria. La intervención de las sociedades científicas, como evaluadoras de las distintas recomendaciones, puede ser un elemento que dé mayor rigor al conjunto de la evaluación, aumentando la aceptación por parte de los profesionales. (52)

Gerofobia: Para la sociedad moderna, “juventud” destaca fuerza, belleza y vitalidad. Se da prioridad a una juventud económica y profesionalmente triunfal, con valores centrados en éxito y conquista de “bienes materiales”. La vejez, en cambio, se considera un “deshecho”, y se asocia con improductividad económica y social. En el imaginario social, ante la figura del “viejo” aparece la “Gerofobia” (ageism) que señala que, por el hecho de ser mayor, una persona puede estar en “riesgo”, actitud que precipita a la vulnerabilidad. Se ha desarrollado una “violencia simbólica”, en la que desvaloriza al adulto mayor como ser humano, quebrantando su libertad, autonomía. Las actitudes del “ageism” afecta la salud y el bienestar psicológico pudiendo estimular abuso y abandono. En nuestra sociedad, el envejecer lleva consigo marginación, asociado a disminución de la capacidad física o mental, contracción de la red social o familiar, clausura de sus papeles sociales y por ende pérdida de status y disminución de ingresos económicos. (53)

### III. I. ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA, NO ES SUFICIENTE.

Se sabe que los instrumentos de evaluación de competencias se pueden dividir en aquello que evalúan aspectos teóricos (conocimientos, habilidades de pensamiento y actitudes). La mayoría de los estudios son de tipo descriptivo y observacional evalúan dos dimensiones de competencia clínica, dejando inconclusa la valoración de las tres dimensiones según Miller (conocimiento, habilidades y actitudes). Además, existe información insuficiente en el medio local, en tema de Competencias Clínicas para la detección Oportuna de Maltrato al Adulto Mayor. Una educación médica continúa en esta área, e implementación de métodos clínicos de diagnóstico, harían que el costo de salud, manutención y cuidados, que se tienen, se reduciría drásticamente. Solo que por ahora ha sido insuficiente para solucionarlo, por lo que es necesario realizar esfuerzos conjuntos, para incrementarlo y que todavía no se alcanza en nuestro medio. (54)

### III. J. TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

Permitirá contar con información sobre la Competencia del Médico Familiar en la Detección del Maltrato al Adulto Mayor, para su retroalimentación y en consecuencia mejorar el desempeño en su vida profesional dando seguimiento, tratamiento inicial o derivación a servicios de apoyo en caso necesario. Con la consecuente sensibilización a los médicos familiares para identificar factores de riesgo para violencia y atención temprana.

### III. K. LISTA DE LOS CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Competencia Clínica: Es el grado de utilización de los conocimientos, habilidades y el buen juicio asociado a las actividades profesionales directamente relacionadas a atención al paciente. Conocimientos, actitudes y conductas asociadas, concernientes o relacionadas con la salud.

Médico Familiar: Especialista médico, cuyo objetivo es la atención de los problemas en el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico, sin limitar sus servicios en función a edad, sexo o diagnóstico de los pacientes.

Detección del Maltrato al Adulto Mayor: Evaluación que puede hacerse por medio de un interrogatorio, examen físico y aplicación o realización de pruebas diagnósticas, para el reconocimiento de datos de maltrato al adulto mayor en todas sus tipologías.

Adulto Mayor. La Organización Mundial de la Salud, considera adulto mayor a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más quienes viven en países desarrollados. (55, 56)

#### **IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

De la información aportada hasta este punto surge la pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de competencia clínica del médico familiar en la detección oportuna del maltrato en el adulto mayor que acude a la Unidad de Medicina Familiar No.1 Delegación Aguascalientes?

#### **V. OBJETIVOS**

##### **V. A. OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el nivel de Competencia Clínica del Médico Familiar en la Detección Oportuna del Maltrato al Adulto Mayor, que acude a la Unidad de Medicina Familiar No.1 de la Delegación Aguascalientes.

##### **V. B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Evaluar el Nivel de Conocimiento del Médico Familiar sobre definición, epidemiología, tipos y factores de riesgo para la presentación del maltrato al adulto mayor.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Evaluar el nivel de Habilidades del Médico Familiar en el uso de herramientas de escrutinio, manejo inicial por parte del médico familiar y registro de acciones en expediente clínico en la atención del maltrato al adulto mayor.
  - Evaluar el nivel Actitudinal del Médico Familiar respecto a la Detección Oportuna del Maltrato en el Adulto Mayor, pudiendo tener actitud positiva, indiferente o negativa ante el maltrato al adulto mayor.

## **VI. HIPÓTESIS DE ESTUDIO.**

Por tratarse de un estudio de carácter observacional, consideramos únicamente una hipótesis de trabajo.

### **VI. A. HIPÓTESIS DE TRABAJO**

El médico familiar cuenta con muy buen nivel de competencia clínica en la Detección Oportuna del Maltrato al Adulto Mayor, que acude a la Unidad de Medicina Familiar No.1 de la Delegación Aguascalientes.

## **VII. MATERIAL Y MÉTODOS:**

### **VII. A. TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en su secuencia temporal, observacional, prospectivo.

### **VII. B. POBLACION DE ESTUDIO**

- Universo de trabajo: Toda la población de médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No 1 IMSS Aguascalientes 40 médicos familiares los cuales están asignados 20 en cada turno laboral matutino y vespertino.
- Unidad de observación y análisis: Médico Familiar de Consultorio, de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 IMSS Delegación Aguascalientes.

## VII. C. DESCRIPCION DE VARIABLES:

- Variable de Caracterización: Competencia Clínica
- Definición operacional: Grado de utilización de capacidades cognitivas, prácticas y actitudinales, en todas las situaciones que se pueda confrontar, en el ejercicio de la práctica profesional, específicamente en actividades relacionadas a atención al paciente.
  
- Mapa de competencia clínica:
  - Conocimiento: Lo que el médico familiar sabe sobre Maltrato al adulto Mayor. Se formulan 10 preguntas con los siguientes indicadores Definición y epidemiología del maltrato contra el adulto mayor, factores de riesgo, tipos de maltrato.
  - Actitudes: Disposición afectiva que tenga el médico familiar con referencia al tema del Maltrato al Adulto Mayor. Se formulan 10 preguntas con los siguientes indicadores: actitud positiva, actitud neutral o actitud negativa frente al maltrato contra el adulto mayor.
  - Habilidades: Acciones que realiza el Médico Familiar para la detección oportuna del Maltrato al Adulto Mayor. Se formulan 10 preguntas con los siguientes indicadores: uso de herramientas de escrutinio de maltrato, manejo inicial del maltrato, registro de acciones en expediente clínico.
  
- Unidad de medida: Nivel de dominio de competencia clínica:
- Escala de medición: En evaluación de conocimiento y habilidades, será con una escala dicotómica = Acierto o No acierto. En el caso de actitudes, será con una escala tipo Likert = Totalmente de acuerdo, de Acuerdo, indiferente, desacuerdo, totalmente en desacuerdo. Se evaluarán pues un total de 30 competencias.
  - Para el Nivel de Desarrollo Cognitivo se obtendrá con la sumatoria de los aciertos de los ítems correspondientes a esta dimensión. Intervalo = No. De aciertos x 100 / No. De Ítems = Calificación para nivel de dominio Cognoscitivo. Muy Bajo o Nivel I (0-20%), Bajo o Nivel II (21-40%), Intermedio o Nivel III (41-60), Alto o Nivel IV (61-80%), Muy Alto o Nivel V (81-100%)

- Para el Nivel de Desarrollo Práctico se obtendrá con la sumatoria de los aciertos de los ítems correspondientes a esta dimensión.  $\text{Intervalo} = \frac{\text{No. De aciertos} \times 100}{\text{No. De Ítems}} = \text{Calificación para nivel de dominio Práctico}$ . Muy Bajo o Nivel I (0-20%), Bajo o Nivel II (21-40%), Intermedio o Nivel III (41-60), Alto o Nivel IV (61-80%), Muy Alto o Nivel V (81-100%)
- Para el Nivel de desarrollo Actitudinal (afectivo), se obtendrá a través de la sumatoria aditiva de los puntos obtenidos. Los ítems 4.2, 4.5 y 4.7 se exponen como enunciados con tendencia negativa, por lo que serán calificados en sentido inverso. El valor máximo posible será +10 y el mínimo -10. Actitud negativa (-10 a -3.5), Actitud Indiferente (-3 a +3) y Actitud Positiva (+3.5 a +10).

#### VII. D. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

- a) Tipo de muestro: Se realiza un muestro no probabilístico por conveniencia De un marco muestral de los médicos familiares de la UMF No.1 IMSS Aguascalientes.
- b) Tamaño de muestreo censal: Abarcará todos los médicos del servicio de la Consulta Externa de la UMF No. 1, con un total de la muestra de 40 médicos en ambos turnos, 20 para matutino y 20 para vespertino.

#### VII. E. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- a) Médicos Familiares de ambos sexos, adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No.1, ambos turnos, que acepten participar en el estudio y previa firma hoja de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- a) Médicos Familiares que no acepten participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- a) Médicos Familiares que no contesten el 80% del total de los ítems del cuestionario auto administrado.

b) Médicos Familiares que en el transcurso del estudio no deseen continuar participando.

## VII. F. RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN Y LOGISTICA

Instrumento y técnica. Logística para la recolección de Datos.

Previa revisión de la literatura sobre Maltrato de Adulto Mayor, y metodología para la evaluación de Competencias Clínicas, se realizaron las siguientes acciones:

1. Se construyó el instrumento para la evaluación del nivel de la Dimensión Cognitiva y Práctica de la Competencia Clínica sobre Maltrato al Adulto Mayor, con 10 ítems en base a 3 indicadores (definición, factores de riesgo, y tipos de maltrato) y 10 ítems más, con 3 indicadores (uso de herramientas de escrutinio y manejo por parte del médico familiar, registro en expediente clínico). Para tal efecto se expondrá un caso clínico simulado y posteriormente se formulan preguntas con respuestas de opción múltiple y otras de “Falso”, “Verdadero”. Para la evaluación de las actitudes psicomotoras y afectivas se construyó el instrumento con 10 ítems, cada ítem formulado en una escala tipo Likert. Los puntajes se obtendrán sumando los valores de lo respondido en cada ítem, para así poder dar una actitud positiva, indiferente o negativa.

Validez de instrumentos. Para la validez aparente, se realizó una prueba piloto donde se aplicó el instrumento a Médicos Familiares confirmándose que no existieran errores de interpretación lingüísticos. Se observó una gran relación entre lo que se explicaba y lo que se pretendía medir.

Para la validez de contenido, mediante la colaboración de un grupo de 6 expertos, 1 de ellos Maestro en Docencia, 1 médico Geriatra y 4 Médicos Familiares, analizaron de forma independiente y cegado, el instrumento hasta saturar el contenido. El instrumento refleja los dominios específicos de contenido que se pretenden medir, con un consenso 6 de 6.

Los coeficientes de confiabilidad son coeficientes de correlación, teóricamente significan la correlación del test consigo mismo. Sus valores oscilan entre 0 y 1. Para considerar a



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

un instrumento confiable se consideran valores de 0.81 a 1.00 como confiabilidad Muy Alta, de 0.61 a 0.80 Alta, de 0.41 a 0.60 Moderada, de 0.21 a 0.40 Baja, 0.01 a 0.20 Muy Baja. Habitualmente para ciencias sociales un coeficiente menor a 0.70 es despreciable. La validez de constructo y la confiabilidad se estimó posterior a la aplicación de la encuesta piloto, y en base a dos índices de fiabilidad. Para el cuestionario de Conocimientos y Actitudes, al estar estructurados con preguntas policotómicas y escala Tipo Likert se prefirió utilizar el coeficiente Alfa de Cronbach con resultados de 0.760 para el cuestionario de Conocimiento y de 0.83 para el cuestionario de Actitudes. En el caso del cuestionario para habilidades, al ser diseñado con variables dicotómicas (falso o verdadero) se utilizó el coeficiente Kuder Richardson obteniéndose un valor de 0.854. De esta manera y de acuerdo a criterio general el instrumento se considera con una confiabilidad alta. (57)

2. Se solicitó permiso al director de la Unidad de Medicina Familiar para llevar a cabo la investigación.
3. Se convocaron a los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar para dar a conocer el estudio a llevar a cabo: objetivo, justificación del estudio. Aquellos que aceptaron participar en el estudio, contestaron los cuestionarios con carta de consentimiento informado.
4. Posteriormente los datos se recolectaron en una base de datos electrónicos para su análisis estadístico.

#### VII. G. PLAN DE ANALISIS

Las variables socio demográficas (edad del médico familiar, años de antigüedad laboral, etc.), se analizaron con estadísticas descriptivas (media y desviación estándar). Las diferencias entre las mediciones las competencias clínicas, se determinaron por pruebas de T de Student, de tipo cuantitativo, comparativo de muestra independientes intragrupo. Los análisis estadísticos se realizaron con el Software SPSS 20.0 para Windows (IBM).

VII. H. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Categoría	Costo Unitario (\$)	Cantidad	Costo Total (\$)
<b>Computador</b>	6,000	1	6, 000
<b>Lapiceros</b>	5	5	25
<b>Lápices</b>	5	10	50
<b>Gomas</b>	3	10	30
<b>Fotocopias</b>	0.50	750	500
<b>Engrapadora</b>	100	1	100
<b>Grapas</b>	30	1 (caja)	30
<b>Cartucho de Tinta</b>	500	1	500
<b>Gasolina</b>	13.98 (litro)	40 litros	559.20
Total (\$)			<b>\$7794.2</b>
El financiamiento, corrió a cargo del tesista.			

**VIII. ASPECTOS ÉTICOS**

Los procedimientos propuestos en nuestro “COMPETENCIA CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES” se realiza de acuerdo con las normas éticas, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud con la declaración de Helsinki de 1964, enmendada Tokio en 1975.

El estudio propuesto corresponde a una investigación sin riesgo mínimo de acuerdo al Título Segundo, Capítulo III de la investigación en menores de edad o incapaces, Artículos 3439 al considerar que el estudio no incluye procedimientos invasivos.

En la carta de consentimiento informado se justifica y se da a conocer el objetivo del estudio, los beneficios y riesgos del participante, libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin afectación de sus derechos, se garantizará la confidencialidad de la información.

Nuestro estudio, se realizó de acuerdo a lo establecido en el reglamento vigente en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación para la salud, el presente protocolo se realizó conforme al título segundo, capítulo 1, artículo 17 categoría I el cual refiere “Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales en los individuos participantes, considerando: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño, ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencional de las variables para evaluar la Competencia Clínica para el Diagnóstico de Maltrato al Adulto Mayor, basado en la GPC pertinente. Por esta razón no se utilizará carta consentimiento. La participación será voluntaria y se protegerá los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción quinta). Considerando a la presente investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no habrá procedimientos invasivos (Artículo 17, fracción 11). Así mismo este estudio se formuló de acuerdo a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada recientemente por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

### IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	ENE 16	FEB 16	MAR 16	ABR 16	MAY 16	JUN 16	JUL 16	AGO 16	SEP 16	OCT 16	NOV 16	DIC 16	ENE 17	FEB 17
Elección del tema	X													
Acopio de información		X	X	X	X	X								
Revisión de literatura		X	X	X	X	X	X							
Diseño de protocolo						X	X	X	X					
Planteamiento del problema							X	X	X					
Antecedentes								X	X					

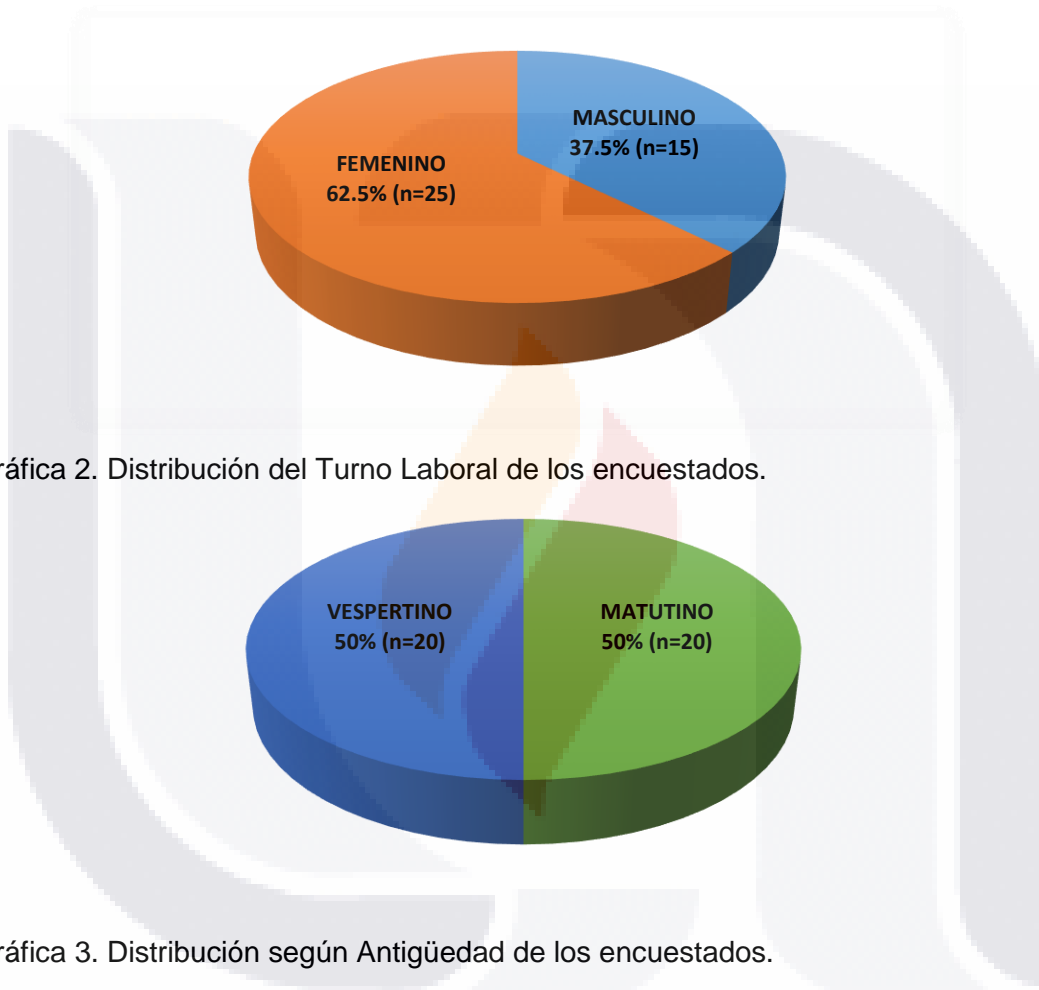
<b>Justificación</b>								X	X					
<b>Envío del protocolo al comité local</b>										X				
<b>Revisión y modificación del protocolo</b>											X			
<b>Registro del protocolo</b>														
<b>Aprobación del protocolo</b>												X		
<b>Trabajo de campo</b>												X		
<b>Captura y tabulación de datos</b>													X	
<b>Análisis de resultados</b>													X	
<b>Autorización</b>													X	
<b>Elaboración de informe final</b>													X	
<b>Discusión de resultados</b>													X	
<b>Examen de presentación</b>														X

## X. RESULTADOS

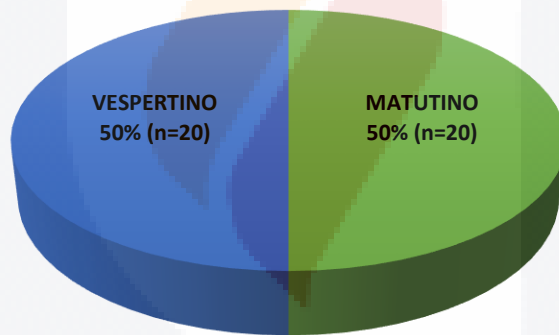
Se encuestaron a un total de 40 médicos familiares. 20 de turno matutino y 20 de vespertino de los cuales 25 corresponden al sexo femenino y 15 al masculino (ver gráficas 1 y 2). 23 de los médicos tiene una antigüedad menor a 10 años (gráfica 3). 29 se encontraban certificados (gráfica 4). Solo 4 de los encuestados habían recibido un curso de actualización en maltrato al anciano (gráfica 5). Los médicos manifestaron que su principal fuente de información son las publicaciones electrónicas periódicas hasta en un 33.33%. A continuación, veremos la distribución de cada variable sociodemográfica y los niveles de dominio. Posteriormente con el fin de enriquecer el presente trabajo, se expondrán los resultados de los comparativos entre los niveles de dominio y las variables

sociodemográficas de los encuestados, considerando un valor de “p” estadísticamente significativo de  $< 0.050$ . Buscando facilitar su lectura e interpretación, omitimos en las gráficas aquellos valores de 0.

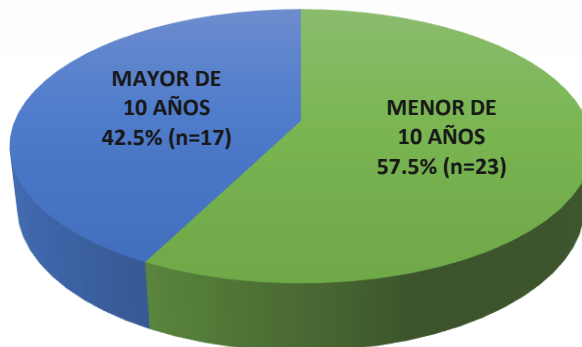
Gráfica 1. Distribución del sexo en los encuestados.



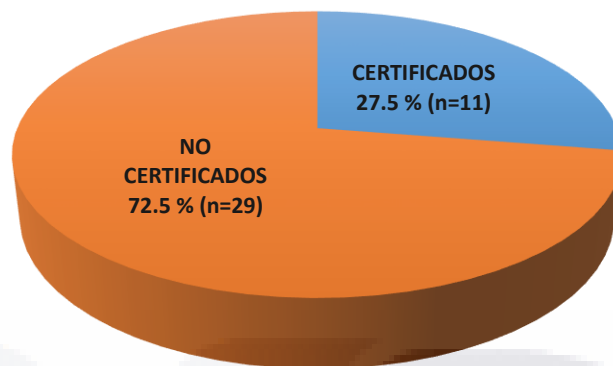
Gráfica 2. Distribución del Turno Laboral de los encuestados.



Gráfica 3. Distribución según Antigüedad de los encuestados.



Gráfica 4. Distribución según estado de Certificación de los encuestados.



Gráfica 5. Distribución según realización de cursos de actualización en maltrato contra el anciano.

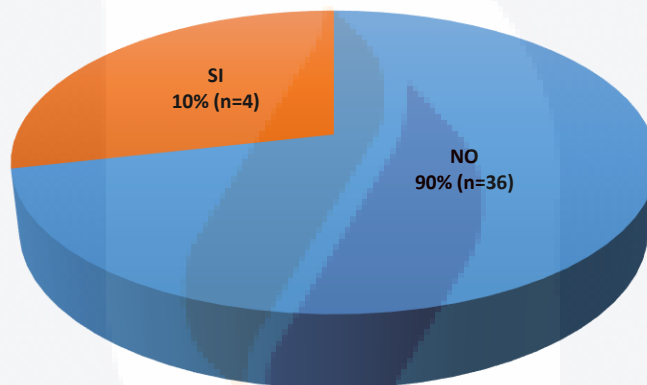
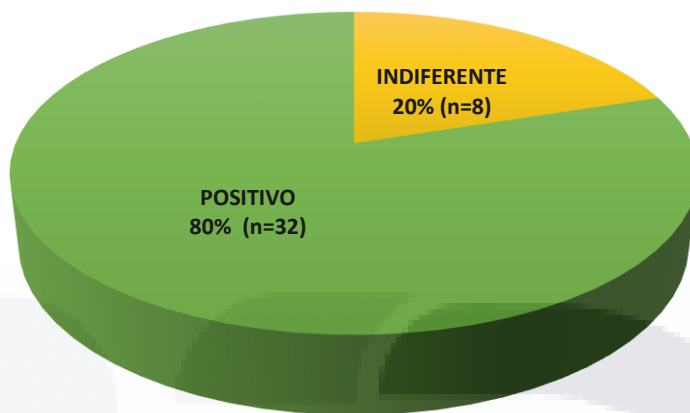


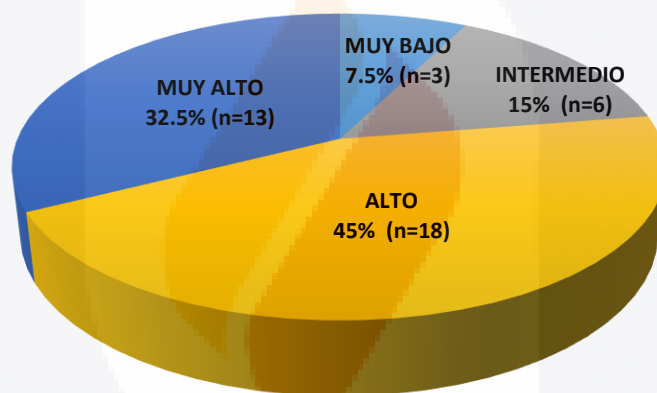
Tabla 2. Distribución de las fuentes de información usadas por los encuestados.

	%	FR
No ha buscado información	14.10	11
Compartidos por compañeros	5.13	4
Simposios o Congresos	12.82	10
Curso virtual o presencial	14.10	11
Libros	20.51	16
Publicaciones electrónicas	33.33	26
Total	100.00	78

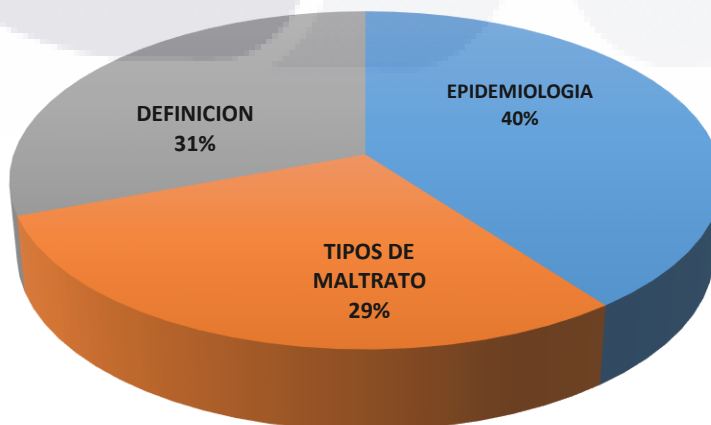
Gráfica 6. Nivel de Dominio de los encuestados en el área Actitudinal.



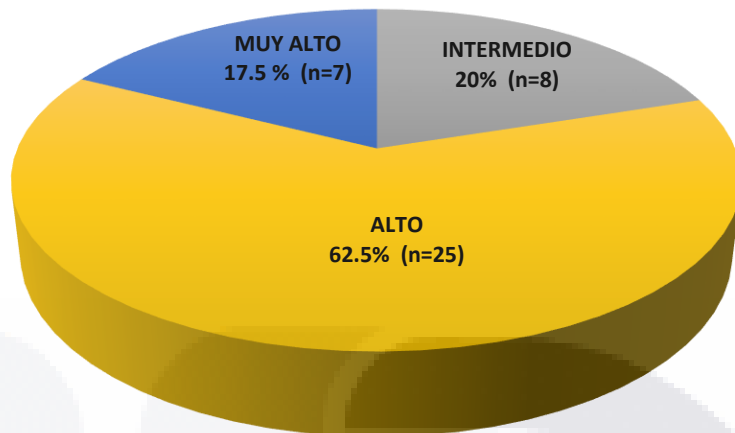
Gráfica 7. Nivel de Dominio de los encuestados en el área Cognitiva.



Gráfica 8. Porcentaje de respuestas correctas en la dimensión cognitiva, según tema.



Gráfica 9. Nivel de Dominio de los encuestados en el área de Habilidades prácticas.



Gráfica 10. Porcentaje de respuestas correctas en la dimensión práctica, según tema

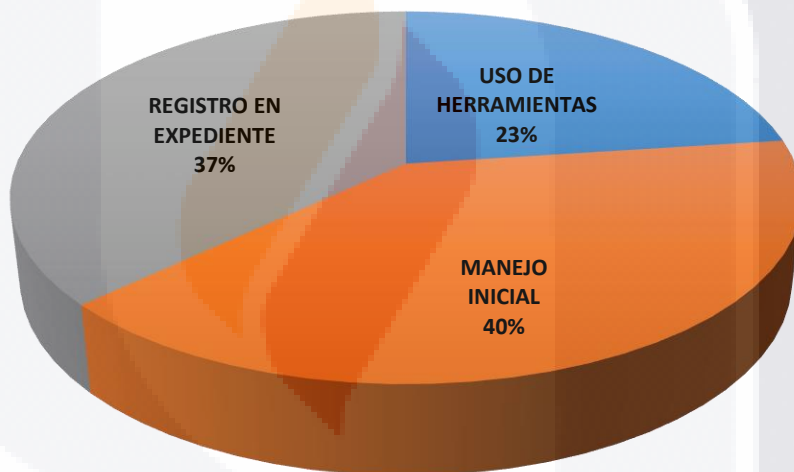


Tabla 3. Comparación entre nivel de Conocimiento sobre maltrato al adulto mayor y las variables sociodemográficas.

	N	Media	valor de "p"
<b>Edad</b>			
menor 40 años	23	78.26	0.040
más de 40 años	17	65.29	
<b>Sexo</b>			
Masculino	15	65.33	0.067
Femenino	25	77.20	



Estado Civil				
	Casado (Unión Libre)	26	71.54	0.606
	Soltero	14	75.00	
Turno Laboral				
	Matutino	20	67.00	0.066
	Vespertino	20	78.50	
Antigüedad				
	menor 10 años	23	75.22	0.368
	mayor 10 años	17	69.41	
Certificación				
	Si	11	61.82	0.030
	No	29	76.90	
Cursos de Actualización				
	Si	4	60.00	0.179
	No	36	74.17	

Tabla 4. Comparación ente nivel de Habilidades en maltrato al adulto mayor y las variables sociodemográficas.

	N	Media	valor de "p"
Edad			
	menor 40 años	23	76.52
	más de 40 años	17	71.18
			0.098
Sexo			
	Masculino	15	77.33
	Femenino	25	72.40
			0.137
Estado Civil			
	Casado (Unión Libre)	26	74.23
	Soltero	14	74.29
			0.016
Turno Laboral			
	Matutino	20	73.00
	Vespertino	20	75.50
			0.441
Antigüedad			
	menor 10 años	23	76.96
	mayor 10 años	17	70.59
			0.047
Certificación			
	Si	11	71.82
	No	29	75.17
			0.355
Cursos de Actualización			
	Si	4	80.00
	No	36	73.61
			0.235

Tabla 5. Comparación ente Actitudes respecto al maltrato contra adulto mayor y las variables sociodemográficas.

	N	Media	valor de "p"
<b>Edad</b>			
menor 40 años	23	4.96	0.835
más de 40 años	17	5.09	
<b>Sexo</b>			
Masculino	15	4.43	0.145
Femenino	25	5.36	
<b>Estado Civil</b>			
Casado (Unión Libre)	26	5.02	0.030
Soltero	14	5.00	
<b>Turno Laboral</b>			
Matutino	20	4.78	0.445
Vespertino	20	5.25	
<b>Antigüedad</b>			
menor 10 años	23	4.87	0.594
mayor 10 años	17	5.21	
<b>Certificación</b>			
Si	11	5.09	0.877
No	29	4.98	
<b>Cursos de Actualización</b>			
Si	4	3.13	0.038
No	36	5.22	

## XI. DISCUSIÓN

En el presente estudio, respecto a las características sociodemográficas, se encontró que la mayoría de los encuestados fueron del sexo femenino (63%). 50% fueron del turno matutino y 50% del vespertino. Contaban con una antigüedad menor a 10 años (57%), 73% no estaban certificados por el Consejo Nacional de Certificación en Medicina Familiar. Solo 10% de los encuestados han recibido algún tipo de Curso de Actualización en tema de maltrato al adulto mayor. El tipo de fuente de información más recurrente fueron las publicaciones electrónicas (33.33%), seguido de libros de texto (20.51%), cursos en línea (14.10%) y simposios y congresos (14.10%).

Al evaluar el Nivel de Domino en el área Cognitiva, encontramos que, 45% obtuvo un “Alto” nivel de dominio y 33% “Muy Alto” nivel. En contraste a lo reportado por Taylor y cols. (2006) donde la mayoría de los médicos se consideraron incapaces de reconocer factores de riesgo para el abuso, nuestro estudio reveló que en tema de “Definición y Epidemiología” así como “Factores de Riesgo” se obtuvieron el mayor índice de respuestas correctas (40 y 31% respectivamente). Estos resultados podrían estar relacionados con el perfil del profesional en Medicina Familiar, ya que, las acciones preventivas, forman parte de las operaciones de la atención del primer nivel. Sin embargo, el conocimiento de los tipos de maltrato aún es bajo.

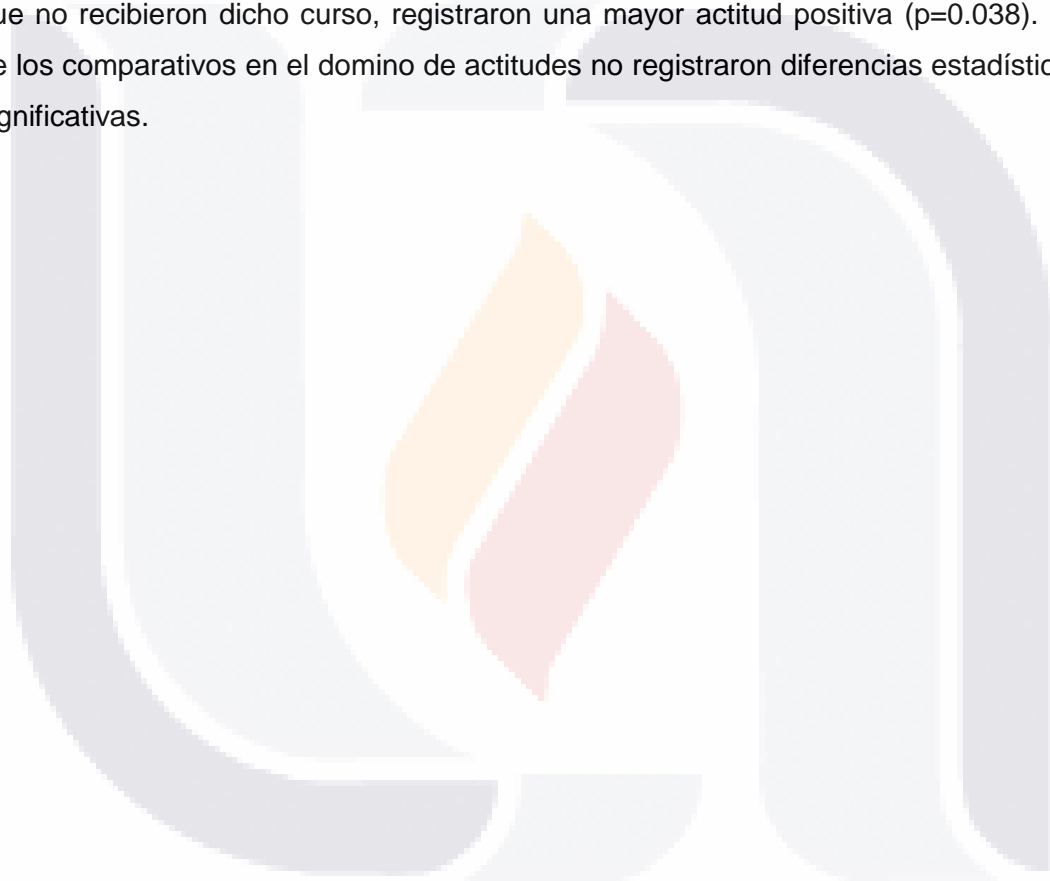
En Nivel de Domino del área Práctica, encontramos que 62% obtuvo un “Alto” nivel de dominio y 20% un nivel “Intermedio”. Leddy y Farrow (2014) reportaron que el 62.4% de sus encuestados (médicos ginecólogos), conocían la normatividad en tema de reporte de casos, pero solo 11.1% había usado herramientas de detección. Nuestros resultados reflejan que el tema en el cuál se encontró mejor calificación fue el de “Manejo inicial” (40%). Este apartado exploraba su competencia en reporte de casos al servicio de Trabajo Social y Ministerio Público, así como intervenciones tempranas en caso de detectar casos de maltrato. Seguido de ello el tema con mejor puntuación fue el de “Registro en expediente” (31%). Al igual que el estudio de Farrow, el conocimiento y uso de herramientas de escrutinio se reporta como intermedio-bajo.

La evaluación del Domino en el área Actitudinal, demostró que ningún encuestado tiene actitud negativa respecto al tema de Maltrato al anciano. 80 % tiene una actitud positiva y 20% Indiferente. No se registró actitud negativa respecto al tema, en el presente estudio. Estos resultados son similares a los de Keneddy (2014), el cual se evaluó la actitud de los médicos del primer nivel en atención del maltrato al adulto mayor, reportando que el 100% de ellos considera importante la búsqueda de datos de maltrato y el 65% considera que son los médicos de primer nivel son más capaces para tratar a víctimas de maltrato.

Realizando los comparativos entre los niveles de dominio y las variables sociodemográficas de los encuestados pudimos encontrar que los menores de 40 años presentaron mayor calificación en el área cognitivo ( $p=0.040$ ), así como aquellos Certificados en Medicina Familiar ( $p=0.030$ ). El resto de los comparativos en conocimiento, no registraron diferencias estadísticamente significativas.

Comparando los niveles de dominio práctico observamos que en aquello con estado civil casado/unión libre, mostraron mayor calificación ( $p=0.016$ ), así como aquellos con antigüedad menor a 10 años de antigüedad ( $p=0.047$ ). El resto de los comparativos en el dominio de habilidades no registraron diferencias estadísticamente significativas.

Respecto al nivel de dominio actitudinal, los casados o en unión libre mostraron mayor actitud positiva que lo solteros ( $p=0.030$ ). Llama la atención que aquellos que recibieron un curso de actualización en maltrato al anciano, presentaron una actitud indiferente y los que no recibieron dicho curso, registraron una mayor actitud positiva ( $p=0.038$ ). El resto de los comparativos en el dominio de actitudes no registraron diferencias estadísticamente significativas.



## CONCLUSIONES

En base a la definición precisa del concepto “Nivel de Dominio de una Competencia, en el marco del Aprendizaje Basado en Competencias” (62), los médicos familiares presentan un nivel de dominio alto (Nivel 4) en términos de Dominio Cognitivo, específicamente en tema de definición, epidemiología, y factores de riesgo. Así pues, podemos decir que son especialistas en la materia. Demuestran capacidad para orientar o asesorar a sus pacientes y a otros compañeros de trabajo en la búsqueda o desarrollo de mejoras, en la adaptación de sistemas o esquemas metodológicos, y en la solución de problemas complejos, que requieren análisis de alto nivel, o negociación externa.

En Dominio Práctico, el Médico Familiar se encuentra un nivel “Alto-Intermedio”, sobre todo en relación al manejo inicial por parte del médico familiar y el registro de acciones en expediente clínico, lo que lo ubica en un nivel de dominio 3. Esto demuestra que tienen solidez en el dominio de la materia. Actúa en forma autónoma hacia el cumplimiento de objetivos y metas de trabajo, sin requerir guías técnicas específicas o supervisión. Resuelve problemas de complejidad considerable, que implican labor de análisis, cálculos de mediana complejidad o negociación con personas de otros equipos de trabajo. Maneja las aplicaciones computarizadas y/o recursos o herramientas metodológicas, con alto nivel de rendimiento.

Respecto al Dominio Actitudinal, el médico familiar presentó una actitud predominantemente Positiva, lo que demuestra que el médico sustenta el ejercicio de su especialidad en los principios del humanismo considerando la integridad del individuo en su interacción constante con el entorno social, además de procurar su superación profesional para continuo perfeccionamiento y el empleo ético del conocimiento médico.

Los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes, cuentan con un nivel de dominio de competencia clínica, en tema de detección oportuna de maltrato al adulto mayor, “intermedio-alto” (niveles 3 a 4).

Queda pendiente reforzar el conocimiento respecto tipos de maltrato y uso de herramientas de escrutinio de maltrato al anciano. Esto representa áreas de oportunidad

en cuanto a estrategias docentes concierne. Proponemos que mejorar la cultura de la autoevaluación, optimiza las competencias clínicas del Médico Familiar. Se recomiendan cursos de actualización continua tanto en tema de síndromes geriátricos, tipos de maltrato al anciano y el uso de herramientas de escrutinio. Queda puerta abierta para la revisión y en su caso la realización de nuevas estrategias educativas en tema de Maltrato al Adulto Mayor y perfeccionar la competencia del médico familiar al atender dicho flagelo social.



## GLOSARIO.

**Competencia Clínica:** Es el grado de utilización de los conocimientos, habilidades y el buen juicio asociado a las actividades profesionales directamente relacionadas a atención al paciente. Conocimientos, actitudes y conductas asociadas, concernientes o relacionadas con la salud.

**Conocimiento:** Cuerpo de verdades, hechos e información, adquiridos y acumulados en el curso del tiempo, a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.

**Habilidad:** Capacidad, ingenio, disposición, gracia y destreza para lograr algún objetivo.

**Actitud:** Es la disposición consciente o inconsciente, de tono afectivo, ya sea con carácter positivo o negativo (a favor o en contra) con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, persona o grupo de personas. Consiste en la presencia de una cierta constelación subjetiva, combinación determinada de factores o de contenidos psíquicos aprendidos, y que dirigen la interpretación del estímulo externo.

**Médico Familiar:** Especialista médico, cuyo objetivo es la atención de los problemas en el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico, sin limitar sus servicios en función a edad, sexo o diagnóstico de los pacientes.

**Detección del Maltrato al Adulto Mayor:** Evaluación que puede hacerse por medio de un interrogatorio, examen físico y aplicación o realización de pruebas diagnósticas, para el reconocimiento de datos de maltrato al adulto mayor en todas sus tipologías.

**Adulto Mayor:** La Organización Mundial de la Salud, considera adulto mayor a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más quienes viven en países desarrollados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva sobre el Maltrato de las personas mayores. Septiembre de 2016. [Internet]. From: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>.
2. World Health Organization. A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report. France 2008. [Internet]. From: [www.who.int/ageing/.../ELDER\\_DocAugust08.pdf](http://www.who.int/ageing/.../ELDER_DocAugust08.pdf)
3. Brown N, Doshi M. Assessing professional and clinical competence. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2006; 12:81–91.
4. Kennedy RD. Elder Abuse and Neglect: The Experience, Knowledge, and Attitudes of Primary Care Physicians *Fam Med*. 2005;37(7):481-5.
5. Almogue A.et al. Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010; 51: 86–91
6. Wagenaar DB. Primary care physicians and elder abuse: current attitudes and practices. *J Am Osteopath Assoc*. Dec 2010; 110(12): 703-11
7. Leddy MA. Obstetrician-Gynecologists' Knowledge, Attitudes, and Practice Regarding Elder Abuse Screening. *Women's Health Issues*. 2014; 24(4): 455-464.
8. Taylor DK. Assessing Barriers to the Identification of Elder Abuse and Neglect: A Communitywide Survey of Primary Care Physicians. *Journal Of The National Medical Association*. March 2006; 98 (3): 403-404
9. Zabala A, Arnau L. *Cómo aprender y enseñar competencias*. Editorial GRAÓ. Enero 2008. Barcelona.



10. Brown N, Doshi M. Assessing professional and clinical competence. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2006; 12:81–91.
11. Miller G.E. The Assessment of Clinical Skills / Competence/ Performance. *Academic Medicine*. 1990; 65 (9): s63-s67.
12. Larios Mendoza H. Seminario El Ejercicio Actual de la Medicina Competencia profesional y competencia clínica. Octubre 2006. [Internet] [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/oct\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/oct_01_ponencia.html)
13. Arcadi G. El mapa de competencias a adquirir. Mesa redonda 1. Nuevos programas docentes: la innovación como estrategia. *Educ Med*. 2010; 13 (Supl 1): S1-S82.
14. Krathwohl D. A Revision of Bloom's Taxonomy: An Overview. *Theory Into Practice*, 2002; 41 (4) :212-264
15. García-García JA et al. Educación médica basada en competencias. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2010; 73 (1): 57-69.
16. ACGME/ABMS Joint Initiative. Toolbox Of Assessment Methods. ACGME Outcomes Project Accreditation Council for Graduate Medical Education American Board of Medical Specialties (ABMS). Version 1.1 September 2000.
17. Ponce de León M. E.; Ortiz A.; Bonilla I.; Berlanga, F. J. Evaluación integral de la competencia clínica a través del examen profesional. *Archivos en Medicina Familiar* 2006; 8 (2): pp. 119-129.
18. Bermúdez A. Una definición precisa del concepto “Nivel de Dominio de una Competencia, en el marco del Aprendizaje Basado en Competencias”. XVI Jornada de Enseñanza Universitaria de la Informática. Organización Curricular y Planes de Estudio Informática. Universidad de Castilla, La Mancha, España. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4107644>

19. Sánchez Doberti, Tatiana. "Guías Para la Renovación Curricular". Centro de Desarrollo e Innovación de la Docencia. Universidad Católica de Temuco, Chile. Agosto 2012.
20. Elementos esenciales de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar. 2005; 7 (1): pp 13-14
21. González-Blasco P M, Los cuatro pilares de la medicina de familia. Archivos en Medicina Familiar. 2004; 6 (2): 31-33
22. Plan Único de Especializaciones Médicas en Medicina Familiar. UNAM. México D.F. 2003.
23. Guía de Práctica Clínica Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor. México. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.
24. Giraldo Rodríguez ML. Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF). Instituto de Investigaciones de la UNAM y Gobierno del Distrito Federal. 2006
25. Vargas ER. Tipo de violencia familiar que percibe el adulto mayor. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011; 19 (2): 63-69
26. Gómez Ricárdez LA. Prevalence of familial elder abuse and associated factors in Ocozocoautla (Chiapas, Mexico). Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;42(1):27-34.
27. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011. [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/en\\_direh/ndireh2011/default.aspx](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/en_direh/ndireh2011/default.aspx)
28. Prevención del maltrato hacia las personas adultas mayores. INAPAM. SEDESOL. [www.inapam.gob.mx/work/models/...Inicio/Prevencion\\_maltrato\\_hacia\\_PAM.pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/...Inicio/Prevencion_maltrato_hacia_PAM.pdf)

29. Phelan, A., Treacy, M.P. (2011) A Review of Elder Abuse Screening Tools, NCPOP, School of Nursing, Midwifery and Health Systems, University College Dublin.
30. Geroff AJ. Elder Abuse. Emerg Med Clin N Am 24 (2006) 491–505.
31. Guía de Práctica Clínica Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor. México. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.
32. Fernández AM. Malos tratos a los ancianos. Grupo de Salud Mental del PAPPS 2002.
33. Datos Abiertos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Conjunto de Datos. <http://datos.imss.gob.mx/dataset/informacion-en-salud/resource/>.
34. Censo de Población y Vivienda. INEGI 2010
35. Memoria Estadística 2015, Acerca del Instituto Mexicano del Seguro Social. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2015>
36. Estadísticas. Departamento de Informática, Instituto Mexicano de Seguro Social, Delegación Aguascalientes 2015.
37. Herrera SJC, Treviño MA, Moyeda RJ. Efecto de un programa educativo basado en competencias sobre las capacidades clínicas de pediatras para manejar neonatos en estado crítico. Bol Med Hosp Infant Mex.. 2005; 62: p329-338
38. <http://www.facmed.unam.mx/sem/pdf/EvaluacionCompetenciaClinica.pdf>
39. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Gobierno de la Republica.

40. Gómez-Dantés O Y Col. Sistema De Salud De México. Salud Pública De México 2011; 53 (2). s220-s232
41. Organización Mundial de la salud. Declaración De Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. Patrocinio del Gobierno de Ontario, en Toronto. 2003. [internet]. From: [www.who.int/htp/ageing](http://www.who.int/htp/ageing)
42. Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 29-07-2010.
43. Ley De Los Derechos De Las Personas Adultas Mayores. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002 TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 25-04-2012.
44. Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. México. Secretaría de Salud, 2011.
45. Ley Para La Protección Especial De Los Adultos Mayores Del Estado De Aguascalientes. Gobierno Del Estado De Aguascalientes. 14 De Mayo Del Año 2009.
46. Daly J., Coffey A. Staff perceptions of elder abuse. Nursing Older People May 2010; 22 (4)
47. Mendez Campos A. Congruencia clínico diagnóstica terapéutica en las infecciones aguda. Tesis de especialidad UNAM. 2009.
48. López del Castillo Sánchez, D.; Reynoso-Arenas, MP; Peñuelas-Beltrán, JA. Aptitud de un grupo de médicos familiares mexicanos ante las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años Archivos en Medicina Familiar, 2008; 10 (1): pp 21-25

49. Hoja Informativa. Foro Envejecimiento y salud. Investigación para un plan de Acción. Violencia y Maltrato hacia las personas adultas mayores en México: Resultados para la generación de Políticas Públicas ENDIREH 2011 y Estadísticas vitales sobre mortalidad (1990-2010).
50. García Hernández A., Viniegra Velázquez L. Competencia clínica del médico familiar en hipertensión arterial sistémica. Rev Invest Clin 1999; 51(2): 93-98.
51. Rubio Acuña M. Institutional elder abuse. GEROKOMOS 2012; 23: 169-171.
52. Jolin Garijo Y Cols. Factors That Affect The Drug Prescription Of Primary Care Doctors. Atención Primaria 1998; 22 (6)
53. Sirlin C. Violencia, Maltrato Y Abuso En La Vejez: Una realidad oculta, una cuestión de derechos. Comentarios de Seguridad Social N° 20, Julio – Setiembre 2008
54. Martínez Sandoval. J.P. Competencia Del Médico Familiar En El Modelo De Fortalecimiento Del Sistema De Medicina Familiar En Infecciones Respiratorias Agudas En Menores De 5 Años De La UMF 11 En La Delegación Aguascalientes. Tesis de Postgrado. Universidad Autónoma Aguascalientes 2014
55. Descriptores en Ciencias de la Salud. <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
56. Diccionario Lengua Española. Real Academia Española. <http://www.rae.es/>
57. Corral Y. Validez y Confiabilidad de los Instrumentos de Investigación para la recolección de datos. Revista Ciencias De La Educación Segunda Etapa. 2009; 19 (33): 228-247.

**ANEXOS**

ANEXO A. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

OBJETIVO	VARIABLES	CONCEPTO	ITEM	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Evaluar la competencia clínica del médico familiar en la detección oportuna del maltrato al adulto mayor que acude a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de la Delegación Aguascalientes.	Edad	Años de vida cumplidos	1.1	Cualitativa	A. 20 a 30 años B. 30 a 40 años C. 40 a 50 años D. > 50 años	Nominal
	Sexo	Clasificación del sexo del médico familiar	1.2	Cualitativa	A. Masculino B. Femenino	Nominal
	Estado Civil	Situación personal en la que se encuentra o no con una persona en relación a otra con la que se crea lazos jurídicamente reconocidos	1.3	Cualitativa	A. Casado (unión libre) B. Soltero	Nominal
Describir las características sociodemográficas de la población de médicos familiares	Turno Laboral	Espacio de tiempo en que se destina al trabajo	1.4	Cualitativa	A. Matutino B. Vespertino	Nominal
	Antigüedad	Periodo de tiempo que un trabajador lleva vinculado a una empresa	1.5	Cualitativa	A. 0 a 5 años. B. 5 a 10 años. C. 10 a 15 años D. > 15 años.	Nominal

	Certificación Medicina Familiar	Certifica las aptitudes de los especialistas	1.6	Cualitativa	A. Si B. No	Nominal
	Cursos de Actualización Médica en Detección del Maltrato en Adulto Mayor	Proceso educativo de actualización o perfeccionamiento	1.7	Cualitativa	A. Si B. No	Nominal
	Fuente de información	Vías de acceso al conocimiento e información	1.8	Cualitativa	A. No he buscado información. B. Compartidos por compañeros de trabajo. C. Simposios o Congresos. D. Cursos virtuales o presenciales. E. Libros F. Publicaciones electrónicas periódicas.	Nominal

ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES


OBJETIVO	DEFINICION	DIMENSIONES	DEFINICION DE LA VARIABLE	INDICADOR	ITEM	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Evaluar la competencia clínica del médico familiar en la detección oportuna del maltrato al adulto mayor que acude a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de la Delegación Aguascalientes.	Es el dominio de la integración de las capacidades cognitivas, prácticas y actitudinales dirigidas a la atención integral y la detección del maltrato en el adulto mayor	Conocimiento.	Conjunto de datos, hechos y verdades de información que posee el Médico Familiar para la detección del maltrato al adulto mayor	Definición y epidemiología del maltrato contra el adulto mayor.	2.1	Cualitativa	Acierto = 1
					2.2	Ordinal	No acierto = 0
				Tipos de maltrato al adulto mayor.	2.3	Cualitativa	Acierto = 1
					2.4	Ordinal	No acierto = 0
					2.5		
				Factores de riesgo para la presentación de maltrato	2.6	Cualitativa	Acierto = 1
					2.7	Ordinal	No acierto = 0
					2.8		
					2.9		
					2.10		



		Habilidades	Acciones que realiza el Médico Familiar para la detección oportuna del Maltrato al Adulto Mayor.	Uso de herramientas de escrutinio de la maltrato Manejo inicial del maltrato. Registro de acciones en Expediente Clínico.	3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 3.6 3.7 3.8 3.9 3.10	Cualitativa Ordinal Cualitativa Ordinal Cualitativa Ordinal	Acierto = 1 No acierto = 0 Acierto = 1 No acierto = 0 Acierto = 1 No acierto = 0
		Actitud	Disposición afectiva que tenga el médico	Actitud Positiva Actitud Neutral	4.1 4.2 4.3	Cualitativa	Tipo Likert Totalmente de acuerdo = 1

			familiar, (ya sea de carácter positivo o negativo) con referencia al tema de Maltrato al Adulto Mayor.	Actitud Negativa	4.4 4.5 4.6 4.7 4.8 4.9 4.10		De Acuerdo = 0.5 Indiferente = 0 Desacuerdo = -0.5 Totalmente en desacuerdo = -1
--	--	--	--	------------------	--	--	---

ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</b></p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	<b>“COMPETENCIA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1”</b>
Patrocinador externo (si aplica):	<b>NINGUNO</b>
Lugar y fecha:	<b>Aguascalientes, Aguascalientes. Octubre 2016.</b>
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Es trascendental que los Médicos Familiares sean evaluados formativamente de manera sistemática, ya que, con dicha valoración podremos fortalecer en base a estrategias educativas, el conocimiento, actitudes y habilidades de los médicos en cualquier ámbito de la salud. El objetivo de este estudio es conocer la competencia del Médico Familiar Detección Oportuna De Maltratado Al Adulto Mayor, de la UMF 1 en la Delegación Aguascalientes.
Procedimientos:	Como instrumento de medición se le otorgará un cuestionario auto-administrado, basado en las recomendaciones de la GPC IMSS 057-08 “Atención del maltrato al adulto mayor”. Con este se evaluará el conocimiento y habilidades respecto el tema (cuestionario con preguntas de opción múltiple con un escenario clínico simulado), y las actitudes (Cuestionario con escalas tipo Likert) en materia de Maltrato al adulto mayor.
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha informado que no se espera ninguno riesgo o molestia durante la realización del presente estudio.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibiré retroalimentación integral, para poder mejorar mi competencia clínica en la detección oportuna de violencia contra el anciano. Así, garantizaremos a nuestros derechohabientes una atención de calidad y calidez.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro:	Se me conservará el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.
Privacidad y confidencialidad:	No se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio. Los datos personales relacionados con su privacidad serán tratados en forma confidencial.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes:	No aplica para este estudio.
Beneficios al término del estudio:	Desarrollo e implementación de novedosas estrategias educativas, encaminadas a potencializar la competencia del médico familiar en la detección oportuna de maltrato contra el adulto mayor.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 1. Domicilio: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista. Aguascalientes, CP 20270. Teléfono: 913 90 22. Correo electrónico: <a href="mailto:evelynlabe@gmail.com">evelynlabe@gmail.com</a>
Colaboradores:	Tesista: Jorge Elizalde Martínez. Adscripción: Hospital General de Zona No. 1. Domicilio: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista. Aguascalientes, CP 20270. Teléfono: 913 90 22. Correo electrónico: <a href="mailto:jorgeelizaldemartinez@gmail.com">jorgeelizaldemartinez@gmail.com</a>
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a></p>	
<p>_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2</p>
<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio</p>	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

ANEXO D. INSTRUMENTO DE MEDICION

ESTUDIO: “COMPETENCIA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN LA UMF 1 EN LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”.

Parte I. Información De Carácter Demográfico.

Instrucciones: Estimado Doctor, agradecemos de antemano su participación en este estudio. Le recordamos que la información proporcionada será de carácter confidencial y con fines exclusivamente de investigación. Por favor marque con una “X” el espacio según corresponda.

1. Edad:
  - 20 a 30 años
  - 30 a 40 años
  - 40 a 50 años
  - > 50 años
  
2. Sexo:
  - Masculino
  - Femenino
  
3. Estado Civil:
  - Casado (Unión Libre)
  - Soltero
  
4. Turno laboral:
  - Matutino
  - Vespertino
  
5. Antigüedad:
  - 0 - 5 años.
  - 5 - 10 años.
  - 10 - 15 años.
  - > 15 años
  
6. Certificación en Medicina Familiar:
  - Si
  - No
  
7. Ha recibido Cursos de Actualización Médica en Detección de Maltrato en Adulto Mayor:
  - Si
  - No
  
8. Cuál es su principal fuente de información médica.
  - No he buscado información.
  - Compartidos por compañeros de trabajo.
  - Simposios o Congresos.
  - Cursos virtual o presenciales.
  - Libros
  - Publicaciones electrónicas periódicas.

## Parte II. Evaluación Del Conocimiento

### Caso Clínico De Maltrato Contra El Adulto Mayor.

Carmen, femenino de 78 años, APP: Histerectomía hace 15 años por leiomiomatosis uterina tabaquismo crónico (1 cigarrillo/día por 20 años), suspendido hace 10 años. Padecimiento actual: Acude a consulta por cuadro de 6 meses, con astenia, adinamia, hiporexia e insomnio. A la EF: TA de 90/60 mmHg, FC de 109 lpm, FR de 27 rpm, Temp. 36.6°C. Orientada, pálida, sub hidratada, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen blando, no doloroso, sin datos de abdomen agudo, genitales hipotróficos, extremidades integras con sarcopenia, edema translúcido en zonas declives, pulsos presentes débiles. Laboratorios con hipoalbuminemia, anemia microcítica hipocrómica, sin rangos para hemotransfusión.

El médico familiar establece plan dietético y complementos nutricionales. Se le solicitó acudir a control en un mes y se envió a medicina preventiva. Como parte de la labor del médico de familia se obtiene la siguiente información: ella es viuda desde hace 4 años vive sola. Tiene un único hijo, Juan, quien aparentemente se encarga de ella. Recibe una pensión por la muerte de su esposo, sin embargo, es su Juan quien administra el dinero. Éste no tiene un empleo fijo y la visita 3 veces por semana. Carmen siente que en ocasiones no hay dinero suficiente para comprar alimentos y le ha pedido a su hijo que le regrese el control de las finanzas. Juan le amenaza en “dejarla sola” si ella toma esa decisión. Cabe agregar que Carmen fue víctima de violencia física ejercida por el conyugue, cuando Juan tenía 10 años de edad.

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta o enunciado y seleccione la respuesta que considere CORRECTA.

2.1 Es la acción única o repetida hacia el adulto mayor, que da como resultado el daño a su integridad física, psíquica o social.

- a. Violencia familiar.
- b. Maltrato contra el Adulto
- c. Abuso Sexual.
- d. Injusticia

2.2 ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto, en relación a la epidemiología del Maltrato al adulto Mayor?

- a. Es un problema sanitario de bajo impacto.
- b. El maltrato al adulto mayor solo se presenta en países en desarrollo.
- c. La tasa de mortalidad es menor en los ancianos que sufren maltrato.
- d. La magnitud y prevalencia están subestimadas.

2.3 Omisión de una acción, que vulnera el principio de autonomía y respeto de sus derechos fundamentales del adulto mayor.

- a. Violencia física.
- b. Abuso Sexual.
- c. Negligencia
- d. Abuso Psicológico

2.4 ¿Cuál es el tipo de maltrato más frecuente en México?

- a. Psicológico (emocional)
- b. Negligencia.
- c. Abuso sexual
- d. Económico (financiero)

2.5 ¿Cuáles son los dos tipos de maltrato que se presentaron el caso descrito?

- a. Físico y económico (financiero)
- b. Negligencia y sexual
- c. Psicológico y económico
- d. Negligencia y físico

2.6 Conjunto de contravalores y actitudes negativas ante el envejecimiento, considerado como factor de riesgo social para la propagación de maltrato al adulto mayor.

- a. Constructivismo
- b. Ageismo.
- c. Altruismo
- d. Pragmatismo

2.7 Son factores de riesgo inherentes al adulto mayor para la presentación del maltrato.

- a. Deterioro cognoscitivo.
- b. Dependencia funcional.
- c. Enfermedad psiquiátrica.
- d. Todas las anteriores.

2.8 ¿Cuál de los siguientes Síndromes Geriátricos están asociados al maltrato, en el caso ya descrito?

- a. Síndrome de caídas.
- b. Malnutrición/Fragilidad.
- c. Deterioro Cognoscitivo.
- d. Colapso del cuidador.

2.9 ¿Cuál de los siguientes factores de riesgo asociados al adulto mayor, se presentó en el caso clínico?

- a. Enfermedad psiquiátrica
- b. Historia de violencia familiar.
- c. Deterioro Cognoscitivo
- d. Aislamiento social.

2.10 ¿Cuál de los siguientes factores de riesgo asociados al cuidador se presentó en el caso anterior?

- a. Problemas psicológicos
- b. Uso de sustancias
- c. Desempleo.
- d. Enfermedad psiquiátrica
- e. Solo A y C son correctas.
- f. Solo B y D son correctas

### Parte III. Evaluación De Habilidades

Instrucciones: Respecto al caso clínico anterior y tomando en cuenta su campo de acción como médico familiar, responda si considera VERDADERO (V) o FALSO (F) según lo enunciado.

3.1 Las herramientas de escrutinio disminuyen el índice de sospecha de maltrato al adulto mayor.

(F) (V)

3.2 El cuestionario de Yesavage, está recomendado para la detección oportuna de maltrato en la población mexicana.

(F) (V)

3.3 El “American Medical Association 9 items Questionnaire” es útil en el abordaje de este caso.

(F) (V)

3.4 Al detectar cualquier modalidad de maltrato, dentro de mis acciones a realizar, se debe referir al paciente al servicio de Trabajo Social.

(F) (V)

3.5 Ante un caso de maltrato psicológico, la primera acción es referir a Psiquiatría.

(F) (V)

3.6 Como médico familiar, ante un caso de maltrato, debo fortalecer autoestima y autonomía del Adulto Mayor.

(F) (V)

3.7 Ante el hallazgo de maltrato económico (financiero), debo Supervisar al cuidador como medida cautelar.

(F) (V)

3.8 La exploración física debe describirse de manera completa al momento de encontrar datos de cualquier tipo de maltrato.

(F) (V)

3.9. El registro de las acciones en el Expediente Clínico es primordial al momento de sospechar o confirmar un caso de maltrato.

(F) (V)



3.10 No es necesario que se registre el aviso a Ministerio Publico en el expediente clínico, ya que es la trabajadora social es quien inicia el trámite administrativo.

(F) (V)

Parte IV: Evaluación De Actitud

Reactivos	Totalmente de acuerdo	De Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
4.1 Pienso que el maltrato al adulto mayor es un problema de carácter mundial.	X				
4.2 Prefiero atender a un adulto mayor acompañado por alguien, que a uno que acude solo a la consulta.					X
4.3 Reconozco el valor de la vida sin importar la edad.	X				
4.4 Considero importante abordar los casos de maltrato psicológico.	X				
4.5 Prefiero atender a otros grupos de edad que a los ancianos porque no expresan bien sus molestias.					X
4.6 Me incomoda cuando los ancianos lloran mientras están en consulta.					X
4.7 Promuevo la comunicación del equipo de salud para optimizar la atención otorgada al adulto mayor.	X				
4.8 Siento interés en buscar más información respecto al problema del maltrato a adulto mayor.	X				
4.9 Escucho la opinión del anciano al momento de indicar algún tratamiento.	X				
4.10 Me preocupa no reconocer los signos de Maltrato	X				