



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
UNIDAD DE SALUD PÚBLICA
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

PREVALENCIA DE MALTRATO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A LA UMF No. 28 “Gabriel Mancera”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA
PRESENTA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN SILVA ESCAMILLA

Asesora:
Dra. Gabriela Rodríguez Ábrego

México D.F, Febrero de 2013

Vo. Bo.

Dr. Benjamín Acosta Cázares
Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Salud Pública
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica

Vo. Bo.

Dra. Hayanín Cortés García
Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Epidemiología
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Salud Pública
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica

Vo. Bo.

Dra. Gabriela Rodríguez Ábrego
Médico Epidemiólogo del
Hospital General Regional No. 1
"Carlos McGregor Sánchez Navarro"

Gracias...

A Dios

Por todo lo otorgado

A mis padres

Por su inmenso amor, apoyo incondicional y enseñanzas de vida.

Aún en la distancia, siempre estuviste conmigo

A José Ramón

Por su cariño, entrega y paciencia

A Raque

Por su solidaridad fraterna y leal

A mi familia y Marina

Por ser fuente constante de motivación

*A cada uno de los Adultos Mayores que abrieron sus puertas para participar y hacer realidad este proyecto
y que desinteresadamente brindaron palabras de aliento y confianza*

*A los profesores y compañeros por sus enseñanzas y de forma especial a la
Dra. Gaby por su constante apoyo, gran calidez humana y profesional*

CONTENIDO

RESUMEN	1
I. INTRODUCCION	2
1. BASES TEÓRICAS	2
2. DEFINICIÓN	4
3. TIPOLOGÍA	4
4. FACTORES DE RIESGO	6
5. DETECCIÓN	8
II. ANTECEDENTES	12
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACION	15
V. JUSTIFICACIÓN	16
VI. OBJETIVOS	17
VIII. MATERIAL Y MÉTODO	18
1. TIPO DE ESTUDIO	18
2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	18
3. PERIODO DE ESTUDIO	18
4. CRITERIOS DE RESTRICCIÓN	18
5. TAMAÑO DE MUESTRA	19
6. MUESTREO	20
7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	21
IX. PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO	38
X. RECOLECCIÓN DE DATOS	40
XI. PLAN DE ANÁLISIS	41
XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	45
XIV. RESULTADOS	46
XV. DISCUSIÓN	53
XVI. CONCLUSIONES	57
XVII. BIBLIOGRAFIA	59
XVIII. ANEXOS	65

Silva-Escamilla MC, Rodríguez-Ábrego G. **Prevalencia de maltrato y factores asociados en adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”**

Objetivo: Determinar la prevalencia de maltrato en adultos mayores derechohabientes del IMSS, adscritos a la U.M.F. No. 28, y los factores que se asocian con mayor frecuencia, en base a los niveles individual, relacional, comunitario y social.

Material y método: Estudio transversal realizado del 1 de julio al 30 de diciembre de 2012, a personas de 60 y más años, derechohabientes del IMSS en el Distrito Federal. Se incluyó aquellos adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28, que acepten contestar el cuestionario y que otorguen su consentimiento informado. Se excluyó aquellos con alguna condición biopsicosocial que impidiera contestar el cuestionario. Se realizó muestreo probabilístico por conglomerados, trietápico.

Se definió maltrato como el acto único o repetido, o falta de acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor, a partir de doce meses previos a la entrevista, se evaluó a través del *Índice de Sospecha de Maltrato hacia las personas*, validado por la Organización Mundial de la Salud, se consideraron las cinco formas de maltrato: físico, sexual, psicológico, económico y negligencia. Se investigó frecuencia de aparición de los actos, se consideró como mediana recurrencia cualquier acto presente de 2-6 veces y altamente recurrente con más de seis eventos por año.

Se estudiaron factores asociados en los cuatro niveles: a) individual: edad, sexo, estado cognitivo y funcional, morbilidades, discapacidad, polifarmacia, hospitalizaciones, depresión, ansiedad, ingresos, escolaridad, ocupación, vivienda, abuso de sustancias y medicamentos y conducta agresiva; b) relacional: formas de convivencia, funcionalidad familiar actual y previa, estrés del cuidador, abuso de sustancias de los convivientes; c) comunitario: recursos sociales no institucionalizados, redes y apoyo social e institucional, actividades comunitarias y cambio frecuente del lugar de residencia; d) social: estereotipo de vejez.

Resultados: Se estudiaron 680 adultos mayores, con una prevalencia de maltrato del 17.64% (n=120), el tipo más frecuente de maltrato fue el psicológico con 12.06%, el principal agresor fue un conocido con 31.76%. La falta de pareja sentimental presentó mas riesgo de maltrato en comparación con quienes cuentan con una (RMP=8.24, IC_{95%} 1.06-64.03), la presencia de depresión y el abuso de psicotrópicos mostraron de forma independiente, nueve veces más de riesgo (RMP=9.36, IC_{95%} 1.37-64.04 y RMP=9.6, IC_{95%} 1.66-55.49). Los recursos sociales deteriorados y un soporte confidencial bajo, entonces existe nueve y once veces más de riesgo en cada caso, respectivamente (RMP=9.41, IC_{95%} 1.29-68.57 y RMP=11.45, IC_{95%} 0.99-136.9). Finalmente, tener un estereotipo negativo hacia la vejez constituyó cinco veces más de riesgo para el evento de maltrato comparado con quienes presentan un estereotipo positivo (RMP=5.63, IC_{95%} 0.99-32.52).

Palabras clave: maltrato, adulto mayor, negligencia

PREVALENCIA DE MALTRATO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “Gabriel Mancera”

I. INTRODUCCIÓN

La prolongación de la sobrevida, implica transformaciones en la vida de las personas a nivel familiar, comunitario e institucional. En materia de salud se presentan nuevos desafíos en la prestación de servicios al enfrentarse a nuevos patrones en la demanda de consultas médicas, hospitalización y causas de muerte, surgiendo entre ellas las relacionadas al maltrato.

Para definir a una persona como adulto mayor se utilizan diferentes puntos de corte alrededor del mundo, por ejemplo, en América del Norte y Europa, en general, la edad límite es de 65 años. Sin embargo, el estándar de la Naciones Unidas para describir a las personas mayores es a partir de 60 años.¹

Se calcula que actualmente existen en el mundo más de 893 millones de personas mayores de 60 años. Al promediar este siglo, esa cantidad llegará a 2,400 millones.² En comparación con el mundo más desarrollado, la población de los países menos desarrollados está envejeciendo rápidamente. Durante las próximas tres décadas, la población de 60 años o más en el mundo en desarrollo se prevé que aumente a un ritmo muy superior a un 3 por ciento por año.³

En la mayoría de los países de América Latina el creciente número de adultos mayores, debido al proceso de transición demográfica exige acciones de diversa índole en términos de prevención, curación y cuidados.⁴ Las demandas de cuidado en la vejez plantean desafíos inéditos a los sistemas de protección social, al acceso a servicios básicos, especialmente salud, y al diseño de las políticas orientadas a la población adulta mayor en general.⁵

México está experimentando el inicio del envejecimiento poblacional, que supone una participación creciente de los adultos mayores en la estructura de la población. ⁶ Persisten marcadas inequidades estructurales históricas y una concentración del ingreso que han determinado inequidades en el acceso a servicios básicos, oportunidades y participación social. ⁷

Nuestro país cuenta con un incremento progresivo en el número de adultos mayores, según cifras del Consejo Nacional de Población en 1974 el grupo de personas con 60 años o más representaba sólo 6.3% de la población, en 2009 la proporción ascendió a 8.5% y se proyecta que para el 2050 implique un poco más de la cuarta parte de la población y que la esperanza de vida aumente de 76.6 años en 2010 a 81.3 en el 2050. ⁸ Actualmente existen 10,055,379 adultos mayores, que constituye el 8.9% del total de habitantes. ⁹

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la población derechohabiente en el grupo de 60 y más años se incrementó de 1,877,516 en 1995 a 2,732,792 en 2000; con una participación porcentual de 8 % en 1995 y 9.21 % en 2000, proporción que se elevó a 10.7 % en el año 2005. ¹⁰ Los cambios más significativos en el peso relativo de los grupos de edad de la población derechohabiente adscrita a un médico familiar durante el periodo 2000-2010 han sido el incremento registrado en el grupo de 45 a 64 años, que en 2010 representó 19.5% de la población total adscrita a un médico familiar, y el de mayores de 65 años, que equivale a 12.1% del total. ¹¹ En 2006, constituían el 14.4%, y la demanda de servicios en las unidades médicas correspondía al 25% de las consultas en Unidades de Medicina Familiar (UMF), al 17% de hospitalizaciones y al 20% de usuarios de servicios de Prestaciones Sociales. ¹²

En el camino hacia el envejecimiento se están produciendo cambios muy importantes a todos los niveles, funcionales, psicológicos y sobre todo sociales. ¹³ Dichos eventos y la disminución de facultades físicas generan que los adultos mayores sean ignorados, desatendidos, discriminados o maltratados.

En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo. Cada año, más de 1.6 millones de personas pierden la vida o sufren lesiones como resultado de la violencia, cabe destacar que muchas de las víctimas, como los adultos mayores, están muy enfermas o débiles para defenderse. La violencia se divide en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto:

- a) Autoinfligida: Comportamiento suicida, autolesiones y automaltrato.
- b) Interpersonal: Se subdivide en familiar y comunitaria, en el primer caso es el ocasionado por miembros de la familia o pareja y en el segundo entre personas que no guardan parentesco.
- c) Colectiva: Incluye la violencia social, política y económica.¹⁴

El maltrato en el adulto mayor se considera una manifestación del fenómeno de violencia interpersonal, que incluye sus dos subdivisiones. Por tanto, el maltrato no se limita a la violencia familiar,¹⁵ y no deben ser confundidos ni ser empleados como sinónimos, ya que implican conceptos diferentes.

Definición

En lo referente a la definición de maltrato en el adulto mayor, durante mucho tiempo ha existido gran controversia. En Reino Unido a través del “United Kingdom’s Action on Elder Abuse” se desarrolló una definición que posteriormente adoptó la Red Internacional para la Prevención del Abuso en el Adulto Mayor (INPEA) y que actualmente es utilizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “El maltrato es un acto único o repetido, o falta de acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor”.

Puede ser de varios tipos:¹⁶

- a) **Físico:** Causar dolor o lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o el uso de drogas.
- b) **Psicológico:** Infligir sufrimiento psíquico.

- c) **Sexual:** Mantener contacto sexual no consentido de cualquier tipo con una persona mayor
- d) **Financiero:** Explotar a una persona mayor o hacer uso de sus fondos o recursos en forma ilícita o indebida.
- e) **Negligencia:** Negarse a cumplir con la obligación de atender a una persona mayor, o no cumplirla, entrañando o no la tentativa, consciente e intencional de causar sufrimiento físico o emocional.

Es importante señalar que en esta definición se excluye el comportamiento criminal contra las personas mayores, pues no es sinónimo necesario de actos delictivos.¹⁷

El maltrato de las personas mayores fue considerado como un asunto privado hasta fechas recientes, en las últimas décadas la salud pública y la justicia penal se han involucrado para hacer frente a dicha situación,¹⁸ por lo que ahora es visto como un tema digno de interés para su estudio en profundidad por los científicos sociales, epidemiólogos, clínicos e investigadores de servicios y la salud.¹⁹ Sin embargo, aún es limitado el estudio sistemático que se ha dedicado al tema y la información de rutina sobre el problema es escasa.²⁰ Por lo anterior, el maltrato persiste como un fenómeno poco detectado y subreportado.²¹

Las estimaciones mundiales sobre la prevalencia de este problema son variados de acuerdo al momento y lugar en que se llevan a cabo. Por ejemplo, la evidencia sugiere que aproximadamente el 4-6% de las personas mayores han estado expuestas al maltrato cada año,²² se estima que en Europa al menos 4 millones de adultos mayores han experimentado el maltrato, con una prevalencia de 2.7%²³; Turquía con 6.7%,²⁴ España²⁵ e Israel²⁶ con 0.8% y 5.7% respectivamente. Por otra parte, la OMS ha dirigido encuestas en cinco países: Estados Unidos, Canadá, Países Bajos, Finlandia y Gran Bretaña, en que la prevalencia osciló entre 4% y 6%¹⁴ y se ha llegado a reportar hasta 27.5% de acuerdo a una revisión sistemática internacional.²⁷

En la Ciudad de México,²⁸ se realizó durante el 2006 la primera encuesta representativa sobre este tópico en América Latina obteniéndose una prevalencia del 16%.

En la mayoría de los casos, los perpetradores suelen ser familiares cercanos, personas conocidas o que están en contacto continuo con el individuo, así como cuidadores y personal profesional.

Para tener en cuenta la complejidad de este tema y los diversos factores de riesgo asociados, se ha recurrido al modelo ecológico para considerar las interacciones que se producen entre varios sistemas y que jerarquiza cuatro niveles: ¹⁶

- a) **Factores individuales:** Características biológicas, demográficas y de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona, se incluyen: edad y género (mayor en mujeres), deficiencia cognoscitiva del anciano, incapacidad para realizar las funciones diarias y fragilidad, trastornos de personalidad, abuso de drogas o alcohol, antecedentes de comportamiento agresivo o de maltrato, estrato socioeconómico bajo.
- b) **Factores relacionales:** Son aquellos que influyen en los vínculos afectivos cercanos, tales como: nivel de estrés de los cuidadores, dinámica familiar previa (conflictos, historia de violencia familiar, abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales, estrés familiar), estrés financiero debido a nuevas necesidades relacionadas al cuidado de la salud, dependencia del adulto mayor hacia un cuidador o viceversa.
- c) **Factores comunitarios:** Contexto de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales y afectivas no cercanas, como: aislamiento social de la persona dependiente, el cuidador o ambos, pérdida de amigos y miembros de la familia, frecuente movilidad de residencia, zonas de pobreza o poco apoyo institucional.
- d) **Factores sociales:** Normas culturales que apoyan el maltrato como una manera de resolver conflictos, aquellas que refuerzan el dominio sobre el anciano, como los estereotipos negativos sobre la vejez. ¹⁶

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS),²⁹ las formas de presentación más frecuentes de maltrato son:

- a) Físico: empujones, golpes, forzar al paciente a comer o tomar algo, colocar al paciente en posición incorrecta, ataduras, pellizcos, quemaduras, heridas, fracturas, jalar el pelo, sacudidas, derramar agua o comida encima, abuso sexual.
- b) Psicológico: amenazas de abandono, acusaciones, acoso, intimidación con gestos o palabras, infantilización, limitación al derecho de: privacidad, decisión, información médica, voto, recepción de correo y de comunicación.
- c) Financiero: Uso de los recursos del adulto mayor en beneficio del cuidador, chantaje financiero, apropiación de bienes, coerción para firma de documentos legales (testamento, propiedad, etc.).
- d) Negligencia: descuido de la hidratación, nutrición, úlceras de presión, higiene personal, lesiones abiertas, mantener un ambiente poco sanitario, abandono a la persona en la cama, calle o servicio público.

Internacionalmente no existe un estándar de oro para el diagnóstico del maltrato en ancianos, por lo que diversos centros de investigación han desarrollado sus propios criterios.³⁰ El principal enfoque para la detección del maltrato ha sido a través de la identificación de factores de alto riesgo.³¹ La investigación publicada en la última década ha descrito diversos factores de riesgo que parecen aumentar la probabilidad de abuso, ya comentados previamente.³²

La complejidad de la tarea relacionada con la evaluación de riesgos pone de relieve el papel crucial de los proveedores de salud que juegan un papel importante en el reconocimiento del abuso, el primer paso es la preparación con el conocimiento sobre el tema.³³

Son limitados los instrumentos validados que sirven para identificar el maltrato en los adultos mayores, entre los que destacan:

INSTRUMENTO	CARACTERISTICAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
1) H-S/EA ST Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test ³⁴	<ul style="list-style-type: none"> • 15 ítems en tres dominios: violación de derechos humanos, vulnerabilidad y situaciones de potencial abuso. • Autoreporte • Para identificar situaciones que pueden derivar en negligencia o abuso • Confiabilidad 85% 	<ul style="list-style-type: none"> • Investiga abuso físico, psicológico y financiero, • Rápido y sencillo 	<ul style="list-style-type: none"> • No incluye abuso sexual ni negligencia
2) BAS E The Brief Abuse Screen for the Elderly ³⁵	<ul style="list-style-type: none"> • 5 ítems • Llenado por profesionales entrenados • Para evaluar la probabilidad de abuso con el cuidado/anciano • Confiabilidad 86% 	<ul style="list-style-type: none"> • Sencillo 	<ul style="list-style-type: none"> • No incluye abuso sexual • Evalúa exclusivamente el abuso por parte del cuidador
3) EAI Elder Assessment Instrument ³⁶	<ul style="list-style-type: none"> • 41 ítems • Llenado por enfermeras o médicos • Para la identificación de riesgo alto de abuso o negligencia • Confiabilidad 83% 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye evaluación general y específicas de bienestar físico, social y médico y nivel de independencia en el estilo de vida. • Mide abuso físico, financiero, sexual y negligencia a través de indicadores, además de abandono. • Rápido y sencillo 	<ul style="list-style-type: none"> • No incluye abuso psicológico • Posteriormente se deben referir para evaluación adicional
4) CAS E Caregiver Abuse Screen ³⁷	<ul style="list-style-type: none"> • 8 ítems • Para identificar a los cuidadores potencialmente abusivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Específicamente redactado para no culpar 	<ul style="list-style-type: none"> • No se realiza medición en el adulto mayor • Supone sólo el modelo de cuidador y omite a pacientes con autonomía • Sólo investiga abuso físico, psicológico y negligencia
5) EASI Elder Abuse Suspicion Index ³⁸	<ul style="list-style-type: none"> • 6 ítems: • Llenado por médicos generales, internistas y geriatras, se aprueba con trabajadores sociales y enfermeras • Entrevista al adulto mayor • Confiabilidad $\geq 85\%$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudia todo tipo de abuso (físico, psicológico, financiero, sexual) y negligencia • Permite establecer un nivel razonable de sospecha • Sencillo y rápido 	<ul style="list-style-type: none"> • Posteriormente se deben referir para evaluación adicional
6) IOA Indicators of Abuse Screen ³⁵	<ul style="list-style-type: none"> • 22-27 ítems (otras versiones 48 ítems) • Personal entrenado evalúa la cuidadores y personas mayores • Para identificar el abuso 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza evaluación completa del hogar • Evalúa aspectos como problemas de conducta, alcohol o malas relaciones interpersonales 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrictamente no es una herramienta de detección clínica, pero es reconocido como un adecuado instrumento de investigación • Duración 20 min a 2-3 horas

Las consecuencias y derivaciones del maltrato en ancianos tanto en el ámbito personal, como en el familiar y social,³⁹ se relacionan con daños a nivel físico, psicológico y emocional. Existe un incremento en las hospitalizaciones⁴⁰ como lo demuestra un estudio efectuado en Estados Unidos, en que los adultos mayores ingresados a hospitalización con códigos relacionados al maltrato presentaban mayor probabilidad de ser un evento de emergencia (78,0% vs 56,8%, $p < .0001$), en comparación con otras causas de ingreso a admisión hospitalaria, así como presentar estancias más prolongadas (7.0 vs 5.6 días, $p = 0,01$).

La carga global de la enfermedad es muy alta. Además de los costos humanos, la evidencia emergente muestra también que el maltrato al anciano tiene grandes costos económicos, incluyendo los costos directos para la salud, social, legal, policial y otros servicios.²³

Como se ha descrito, el maltrato de ancianos no es un fenómeno nuevo, sin embargo dado la velocidad de envejecimiento de la población mundial, es probable que en próximos años se conduzca a un aumento en su incidencia y prevalencia.⁴¹

II. ANTECEDENTES

Durante las últimas dos décadas se han realizado diversos estudios transversales como parte de la investigación del maltrato hacia el adulto mayor, llevados a cabo principalmente en países de primer mundo. La gran mayoría de estas encuestas coinciden en el estudio de factores demográficos (sexo, edad, ocupación), así como tipo de abuso y negligencia, lo cual ha contribuido en el incremento del conocimiento sobre el tema, principalmente en lo que concierne a la estimación de la magnitud y de ciertos factores asociados. Algunos de los más relevantes en el último quinquenio se mencionan a continuación.

Biggs et al⁴², durante el 2006, realizaron el primer estudio nacional de prevalencia en Reino Unido, se obtuvo una muestra aleatoria de 2,660 personas de 66 años o más, quienes fueron entrevistadas en sus hogares por personal capacitado, la tasa de respuesta fue del 66%, se interrogó con respecto a eventos acontecidos durante el año previo y se aplicaron las definiciones operacionales de los diferentes tipos de maltrato establecidas por consenso por un grupo de expertos del Departamento de Salud, además se investigaron factores como estado civil y percepción del estado de salud.. La prevalencia reportada fue de 2.6%, con 1.1% para casos de negligencia y 0.7% de abuso financiero, 0.4% psicológico y el mismo porcentaje en el abuso físico, el principal perpetrador fue la pareja sentimental, seguido de cualquier otro miembro de la familia, cuidadores formales, y amigos. Así, en ese año se publicó un estudio desarrollado en Korea por Oh et al, ⁴³ se investigaron poco más o menos las mismas variables, agregándose además algunas del nivel relacional como dinámica familiar. Se incluyó a 15,230 personas de 65 años y más. Se midió a través de instrumentos validados los diferentes tipos de abuso (psicológico, físico, económico, verbal y negligencia), estado de salud (cognición) y funcional, no así en el caso de las características y relaciones familiares. Específicamente para el abuso se construyó el instrumento a partir de la revisión de estudios previos y complementariamente se investigó su frecuencia. Se obtuvo una prevalencia de abuso de 6.3% y el más frecuente fue el emocional con 4.2%, los efectores fueron principalmente hijos y nueras. Con el análisis multivariado se observaron diferencias entre los diversos factores estudiados en cada tipo de abuso, resultando como factores de riesgo asociados al maltrato el

analfabetismo. Pese a sus contribuciones, la información se obtuvo de entrevistas realizadas en 1999, la muestra final no se aleatorizó y no se tomó variables como enfermedades subyacentes, aislamiento social o redes sociales de apoyo ni características de los perpetradores.

Entre el 2005 y 2006 Laumann et al.⁴⁴ efectuaron en Estados Unidos una estimación de la prevalencia de maltrato en la vejez. Se hizo muestreo aleatorio multietápico y se obtuvieron datos de 3,005 personas de 57 a 85 años. La entrevista fue domiciliaria por encuestadores profesionales, una tercera parte fue autoaplicado. A diferencia del estudio anterior, se utilizaron instrumentos validados de cribado (Hwalek-Sengstock y la Escala de Vulnerabilidad de Abuso); sin embargo se investigó únicamente tres tipos de maltrato: verbal, financiero y físico, para su evaluación se realizó una pregunta para cada uno. Se consideró como referencia doce meses previos. A pesar que en esta investigación se incluyeron variables demográficas y del estado de salud (cognición, autopercepción y vulnerabilidad física: función física, sensorial y movilidad), no se obtuvo mayor información sobre los diferentes tipos de perpetradores, restringiéndose exclusivamente a los que mantuvieran una relación familiar cercana o indirecta. El tipo de abuso más frecuente fue el verbal en un 9%, físico y financiero con 0.2% y 3.5% respectivamente. Dos años posteriores a este estudio, Acierno et al.⁴⁵ realizaron una encuesta nacional en ese mismo país. Sin embargo la entrevista se efectuó vía telefónica y se estudió a individuos con edad igual o mayor a 60 años, participaron 5,777 personas. En esta investigación se midió todo tipo de maltrato a través de tres a cinco indicadores para cada tipología y se consideraron variables demográficas, estado de salud, soporte social y asistencia para actividades de la vida diaria (dependencia), eventos traumáticos previos y uso de servicios sociales que en estudios previos no habían sido analizados, sin embargo el estado cognitivo no fue evaluado. La prevalencia de maltrato fue de 11.4%, con predominio de negligencia y abuso emocional con 5.9 y 4.6%, respectivamente. Cabe destacar que todas las formas de maltrato se relacionaron con ingresos bajo y el soporte social disminuido predijo cualquier tipo de maltrato. Un punto relevante se obtuvo al presentarse mayor frecuencia de daño perpetrado por desconocidos en ancianos menores de 70 años, aunque no se investigó el tipo de relación con ellos.

En el 2009 se publicó un estudio encabezado por Lowenstein et al⁴⁶ efectuado en Israel de 2004 al 2005, con una muestra de 1042 personas de 65 años y más se investigó el responsable para cada tipo de maltrato y las características generales de los perpetradores (compañero sentimental, hijos o nietos y otros familiares o cuidadores), es decir, su estado mental y de salud, sin embargo no se menciona el modo en que se adquirió dicha información. Destaca la medición de la negligencia y del uso de apoyo social, en el primer caso se consideraron eventos tres meses previos a la entrevista y se obtuvo información más detallada sobre el tipo de necesidad afectada: cuidado personal, nutrición, higiene, servicio médico o en el hogar y colocación de dispositivos personales, así como la frecuencia por semana; y en el segundo caso se analizaron servicios comunitarios formales e informales. Es importante mencionar que las definiciones utilizadas fueron distintas a las de la OMS, además se consideraron siete tipos de maltrato, agregándose la limitación de la libertad y diferenciándose el abuso verbal del emocional; se empleó la escala CTS. Debido al enfoque predominantemente social del estudio, el estado de salud y mental no fueron medidos con instrumentos validados y se omitieron comorbilidades. Pese a lo anterior, se obtuvo una prevalencia de 20% para negligencia, 14.2% presentó abuso verbal, con un predominio sobresaliente en mujeres y como factores de riesgo se encontró el sentimiento de soledad, déficit en salud y percepción de deficiente relación interpersonal con la familia.

Dentro de los estudios que se han llevado a cabo en países en desarrollo, se encuentra el de prevalencia realizado en China en el 2005.⁴⁷ Dong et al. estudiaron una comunidad urbana hospitalaria, con edades de 60 años o más, se obtuvo la participación de 412 individuos, quienes respondieron a cuestionario autoaplicado. Investigaron todos los tipos de maltrato, agregando el abandono, por medio de un cuestionario de tamiz de trece preguntas derivado de los instrumentos de Scholfield-Misha y Hwalek-Sengstock, consideraron caso de maltrato con una respuesta afirmativa, lo cual pudo sobredimensionar la prevalencia real. A pesar que se estudió un mayor número de variables relacionadas al adulto mayor, como: calidad de vida, hábitos, comorbilidades, vulnerabilidad y hospitalizaciones previas, no se investigó la relación con el perpetrador. El 35.2% reportó alguna forma de maltrato, con negligencia en un 16.9% y 13.6% para el tipo financiero; 20% de los casos presentó combinación en tres formas de abuso. Diabetes Mellitus fue la

comorbilidad más frecuente. A diferencia de otros estudios el estado civil no tuvo influencia en el riesgo y un ingreso bajo se asoció a una mayor exposición de daño.

En América Latina, Moraes et al. realizaron un estudio durante el 2006 en Niterói, Río de Janeiro, Brasil.⁴⁸ La población analizada tenía cobertura por programas médicos familiares. Se incluyeron a 322 personas a partir de 60 años, la entrevista se realizó personalmente en los centros de salud. Para las variables independientes estudiadas se utilizaron cuestionarios validados de pesquisa, compuestos por cinco módulos, de los cuales destaca el correspondiente a salud mental, el cual no había sido estudiado con anterioridad; el resto incluyó factores socio-demográficos, salud física, abuso de alcohol y utilización de servicios de salud. A pesar de lo anterior, esta investigación se limitó a la medición del maltrato como violencia física a través de la Escala Táctica de Conflicto y se consideró como tiempo de referencia los doce meses previos a la encuesta. Se reportó una prevalencia de violencia física de 10.1% con mayor frecuencia en los adultos mayores de menor edad, las comorbilidades más asociadas fueron artritis y diabetes.

En México son escasas las investigaciones realizadas sobre este tópico. En el 2006, Gómez-Ricárdez *et al.*⁴⁹ efectuaron un estudio prevalencia de violencia familiar en personas de edad mayor o igual a 60 años, en una zona rural de Chiapas, México. Se obtuvo una muestra de 1078 individuos. Se investigaron diversos factores asociados, resaltando la función familiar que en otros estudios no se habían analizado, en contraparte presentó las limitantes de estudiar exclusivamente como perpetradores a los familiares cercanos, además de la exclusión de la negligencia como forma de maltrato y las características relacionadas con el cuidador. El instrumento de medición para el maltrato fue a través de la Escala Táctica de Conflictos. Se obtuvo una prevalencia de violencia familiar de 8.1%, con una mayor distribución en el tipo psicológico con 7% y físico con 3.4%; se encontraron como factores asociados la escolaridad, dependencia física y por vivienda, disfunción de la red social y presencia de enfermedad.

En todos los estudios anteriores se excluyeron a personas con déficit cognitivo, dado que se aplicaron encuestas a la población en riesgo y se requería que se encontraran en las mejores condiciones mentales para su respuesta.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato de las personas mayores es un problema de salud pública en todos los países debido a las graves consecuencias que tiene para la salud, así como para el desarrollo social y psicológico de los individuos, familias y comunidades.

Sin embargo, el desconocimiento de la magnitud del problema en México, debido tanto a la falta de denuncia por parte de la víctima como la carencia de estudios de investigación, representa un obstáculo para dimensionar, identificar y enfrentar el problema.

Las investigaciones hasta ahora demuestran prevalencias importantes, aunque diferentes en cada región, debido principalmente a las características de la estructura social de cada país, así como a la variabilidad metodológica de cada investigación; principalmente lo referente al instrumento de medición utilizado para la variable de mayor interés: el maltrato y otras como estado cognoscitivo y emocional. Además, existen diferencias en la forma de obtener la información (entrevista directa, cuestionarios autoaplicados o vía telefónica) y el periodo de referencia de maltrato (un mes o un año previo).

De la misma forma, los estudios sobre el maltrato del adulto mayor se han enfocado casi exclusivamente al contexto familiar, sin emplear un modelo integrado que abarque el nivel individual, interpersonal, comunitario y social, a través de factores asociados a cada rubro, los cuales además difieren en frecuencia en cada región y por tipo de maltrato.

Así mismo, aunque es un problema predominante en el ámbito familiar no se limita a este rubro, son pocos los estudios que investigan otro tipo de perpetradores como amigos y vecinos, quienes también establecen una relación de confianza, a través de la convivencia informal o en su defecto, como cuidadores. En este último rubro, cabe destacar, los escasos estudios que realizan investigación de los factores relacionados al perpetrador y que son importantes de considerar.

En México se carece de investigaciones dirigidas en la búsqueda de factores incluidos en el modelo ecológico propuesto por la OMS y adoptado internacionalmente, a través de sus cuatro niveles (individual, relacional, comunitario y social); por su parte, el único estudio que se aproxima con este enfoque es en medio rural, lo que supone variaciones debido al contexto socioeconómico y cultural, además que dicha investigación se enfocó exclusivamente a la violencia familiar.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- 1. ¿Cuál es la prevalencia del maltrato (abuso físico, psicológico, financiero, sexual y negligencia) en el adulto mayor en la U.M.F. No. 28 del IMSS?**
- 2. ¿Cuáles son los factores asociados (nivel individual, relacional, social y comunitario) al maltrato en adultos mayores de la U.M.F. No. 28 del IMSS?**

V. JUSTIFICACIÓN

Es importante el conocimiento de la magnitud del maltrato en el adulto mayor para dimensionar el problema, de la misma forma la identificación de factores asociados a dicho fenómeno permitiría el diagnóstico de casos y la intervención sobre de ellos, a través de programas específicos a fin de reducir secuelas, las cuales pueden ser graves, permanentes y peligrosas para la salud del individuo.

La medición del maltrato y sus factores relacionados podría permitir orientar acciones preventivas, de diagnóstico y atención integral en el marco de la agenda estratégica de la OPS y OMS que advierte la reducción de riesgos y promoción de la salud mental con reducción de violencia y accidentes; prevención y mitigación de emergencias y desastres y salud familiar y comunitaria.

De la misma forma, se proporcionará el cumplimiento a los objetivos que el IMSS incluye en el Plan Gerontológico Institucional 2004-2024, en que se contempla la realización de proyectos para la evaluación de las necesidades y demandas de atención social a la salud de adultos mayores, como respuesta a la responsabilidad de otorgar un amplio espectro de acciones complementarias a las médicas que dignifiquen y beneficien la salud de la población derechohabiente.

VI. OBJETIVO

Determinar la prevalencia de maltrato en el adulto mayor en derechohabientes del IMSS, adscritos a la U.M.F. No. 28, y los factores que se asocian con mayor frecuencia, en base a los niveles individual, relacional, comunitario y social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de los factores del nivel **individual** (edad, género, estado cognitivo, funcional, salud física: morbilidades, discapacidad, polifarmacia; estado emocional: depresión y ansiedad, estrato socioeconómico, ocupación, abuso de sustancias, antecedente de maltrato y comportamiento agresivo) asociados a la sospecha de maltrato en adultos mayores de la UMF No. 28 del IMSS.
- Determinar la prevalencia de los factores del nivel **relacional** (formas de convivencia, funcionalidad familiar previa y actual, estrés del cuidador, abuso de sustancias de los convivientes, relación con el perpetrador) asociados a la sospecha de maltrato en adultos mayores de la UMF No. 28 del IMSS.
- Determinar la prevalencia de los factores del nivel **comunitario** (recursos, redes y apoyo sociales, participación comunitaria, apoyo institucional, cambio de residencia) asociados a la sospecha de maltrato en adultos mayores de la UMF No. 28 del IMSS.
- Determinar la prevalencia de los factores del nivel **social** (normas culturales como los estereotipos negativos sobre la vejez e ideología social y percepción del maltrato) asociados a la sospecha de maltrato en adultos mayores de la UMF No. 28 del IMSS

VII. HIPÓTESIS

Los factores del nivel individual (edad, género, estado cognitivo, funcional, salud física, estado emocional: depresión y ansiedad, estrato socioeconómico, ocupación, abuso de sustancias, antecedente de maltrato y comportamiento agresivo) aumentan la frecuencia de maltrato en el adulto mayor, en comparación con los factores relacionales, comunitarios y sociales.

VIII. MATERIAL Y MÉTODO

8.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal.

8.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Adultos mayores, considerados a partir de los 60 años, derechohabientes del IMSS, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 en el Distrito Federal.

8.3 PERIODO DE ESTUDIO

Del 1 de junio al 30 de diciembre de 2012.

8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Inclusión

- Adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS

b) Exclusión

- Adultos mayores con alguna condición biopsicosocial que impida contestar el cuestionario (por ejemplo: demencia, sordera más analfabetismo)

8.5 TAMAÑO DE MUESTRA

La población derechohabiente es la que tiene derecho y está potencialmente protegida por los servicios de salud y de seguridad social del IMSS por su condición de asalariado, beneficiario, estudiante o por su incorporación al seguro voluntario.

La población total de la UMF No. 28 hasta el 2010 es de 142,985 derechohabientes, de los cuales 47,528 corresponden al grupo de adultos mayores, lo que representa el 33.24% del total de la población de esta unidad.

El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula para tamaño de muestra para población finita y su corrección por el factor de efecto de diseño y tasa de respuesta, quedando de la siguiente manera:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} \frac{deff}{TR}$$

Donde:

- n= Tamaño de la muestra
- Z= 1.96 (seguridad del 95%)
- α = Nivel de confianza deseado: 0.05
- p= Proporción esperada: 16%
- q= 1-p: 0.84
- d= Error máximo aceptado (4.5%)= 0.05
- N=Tamaño de la población en estudio: 47,528
- TR= tasa de respuesta: 80%
- DEFF= factor de efecto de diseño: 2

Resultando: Tamaño de muestra = 680

8.6 MARCO MUESTRAL

Se utilizó el catálogo de colonias adscritas a la unidad de medicina familiar, disponibles a partir del registro de la población derechohabiente adscrita a la unidad.

8.7 TIPO DE MUESTREO

Probabilístico por conglomerados, trietápico

Las unidades principales de análisis serán los individuos adultos mayores.

La selección aleatoria de la muestra se desarrolló de la siguiente manera:

Primera etapa: Las unidades de primera etapa estuvieron formadas por las secciones censales, es decir, las colonias de las áreas de influencia correspondientes a la UMF No. 28.

Segunda etapa: De las unidades de primera etapa elegidas, se tomaron las unidades secundarias de muestreo, conformadas por manzanas, su elección se realizó mediante muestreo aleatorio simple.

Tercera etapa: Compuesta por viviendas particulares y otros lugares que puedan funcionar como vivienda. De las unidades de segunda etapa elegidas se tomaron las unidades de análisis que integraron la muestra. Para fines de la investigación, cada vivienda equivalió a la unidad de análisis, que es el adulto mayor.

Se efectuó recorrido sistemático de las viviendas seleccionadas hasta alcanzar la muestra.

8.8 ESQUEMA DE MUESTREO

Probabilístico: Porque las unidades de selección tienen una probabilidad conocida y distinta de cero de ser seleccionadas.

Trietápico: Porque la unidad última de muestreo que es el adulto mayor, es seleccionada en la tercera etapa.

Por conglomerados: Porque las unidades de selección se agrupan en unidades muestrales, de las cuales se seleccionan las muestras.

8.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

MALTRATO EN ADULTO MAYOR

- **Definición:** Acto único o repetido, o falta de acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor, a partir de doce meses previos a la fecha actual.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se evaluó a través del cuestionario *Índice de Sospecha de Maltrato hacia las personas mayores* (Elder Abuse Suspicion Index, EASI)⁵⁰ traducido al español y avalado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (INMERSO), Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y por la OMS (2007),⁵¹ desarrollado para la detección de maltrato. Las preguntas incluidas hacen referencia a: maltrato físico y sexual, psicológico, económico y negligencia. Se investigó frecuencia de aparición de los actos, considerándose como mediana recurrencia en cualquier acto presente de dos a seis veces en los últimos doce meses, altamente recurrente con más de seis eventos de maltrato.
- **Indicador:**
 - Maltrato**
 - 1) Adulto mayor con sospecha de maltrato (físico, psicológico, sexual, financiero y/o negligencia)
 - 2) Adulto mayor sin sospecha de maltrato
 - Frecuencia**
 - 1) Acto único
 - 2) Mediana recurrencia
 - 3) Altamente recurrente

VARIABLE INDEPENDIENTE

a) Factores del nivel individual:

EDAD

- **Definición:** Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la fecha de la entrevista.
- **Naturaleza de la variable:** Cuantitativa
- **Escala de medición:** Razón
- **Operacionalización:** Se interrogó directamente la edad en años cumplidos hasta la fecha de la entrevista
- **Indicador:** Años cumplidos

GÉNERO

- **Definición:** Fenotipo del humano que establecen diferencias entre el hombre y la mujer.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se evaluó a través de las características fenotípicas observadas durante la entrevista
- **Indicador:** 1) Hombre 2) Mujer

ESTADO COGNITIVO

- **Definición:** Circunstancia en la que se encuentran las funciones mentales de memoria y concentración de un individuo.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se interrogó en forma directa el Minimental de Folstein⁵² que evalúa concentración, cálculo, fijación, orientación, lenguaje y construcción. Se consideró los diferentes puntos de referencia del Minimental de Folstein en función de

la edad y el nivel educativo. Se recalculó proporcionalmente en caso de anulación de algún ítem debido a ceguera, analfabetismo, etc.

- **Indicador:** 1) Con deterioro cognoscitivo 2) Sin deterioro cognoscitivo

ESTADO FUNCIONAL

- **Definición:** Capacidad que presenta el adulto mayor para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se interrogó en forma directa aplicando el Índice de Barthel⁵³ para la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se catalogó la dependencia en total (<20 puntos), grave (20-40 puntos), moderada (45 – 55 puntos) y leve (60 y más).
- **Indicador:** 1) Estado funcional adecuado(dependencia leve)
2) Estado funcional con deterioro moderado (dependencia moderada)
3) Estado funcional con deterioro grave (dependencia grave y total)

MORBILIDADES

- **Definición:** La existencia o presencia de cualquier morbilidad que afecte al individuo diagnosticado por un médico.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se interrogó en forma directa al paciente sobre la existencia de alguna enfermedad diagnosticada previamente por un médico, se consideró como base las patologías crónicas o agudas con mayor prevalencia en adultos mayores mencionadas en las Tablas de Murray⁵⁴ como: hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, artritis o reumatismo, accidente vascular cerebral, cardiopatías, enfermedades respiratorias, cáncer y otras a especificar (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia).
- **Indicador:** 1) Sin patología conocida 2) Presencia de una patología
3) Presencia de dos patologías 4) Presencia de tres o más patologías

DISCAPACIDAD

- **Definición:** Término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación de un individuo.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Ordinal
- **Operacionalización:** Por medio de interrogatorio directo se investigó sobre patologías presentes en los pacientes en base a las mencionadas en las Tablas de Murray, en las cuales se incluyeron las secuelas de las mismas con su ponderación para discapacidad correspondiente a edad y sexo. Se consideró como discapacidad leve con ponderación de 0.096 a 0.399, moderada de 0.400 a 600 y severa ≥ 0.610
- **Indicador:** 1) Discapacidad leve 2) Discapacidad moderada 3) Discapacidad severa

POLIFARMACIA

- **Definición:** Término que se refiere a la ingesta de cuatro o más fármacos que el adulto mayor consume actualmente, tanto por causas agudas como crónicas.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se interrogó en forma directa al paciente sobre la ingesta de fármacos en el momento actual, se solicitarán los medicamentos y se clasificó en :1) vitamínicos, 2) antihipertensivos, 3) hipoglucemiantes, 4) AINES, 5) antiagregantes plaquetarios, 6) antiácidos, 7) diuréticos, 8) vasodilatadores, 9) hipolipemiantes. 10) expectorantes, 11) antigotosos, 12) psicotrópicos, 13) Otros. Cuando el número de fármacos correspondió a cuatro o más se consideró como polifarmacia.
- **Indicador:** 1)Con polifarmacia 2)Sin polifarmacia

HOSPITALIZACIONES PREVIAS

- **Definición:** Acudir al hospital para recibir atención de urgencia o tratamiento para determinada afección del individuo en los doce meses previos a la entrevista.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal

- **Operacionalización:** Se interrogó en forma directa al adulto mayor sobre la necesidad de hospitalización en los doce meses previos a la entrevista, la causa de dicho internamiento y si acudió acompañado.
- **Indicador:** 1) Sin hospitalizaciones previas
2) Con hospitalizaciones previas por descontrol de patología de base
3) Con hospitalizaciones previas por accidente

NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES PREVIAS

- **Definición:** Cantidad de veces que el adulto mayor acudió al hospital para recibir atención de urgencia o tratamiento en los doce meses previos a la entrevista.
- **Naturaleza de la variable:** Cuantitativa discreta
- **Escala de medición:** Intervalo
- **Operacionalización:** Se interrogó en forma directa al adulto mayor sobre el número de veces que requirió ser hospitalizado en los doce meses previos a la entrevista.
- **Indicador:** 1) _____ hospitalizaciones.

DEPRESIÓN

- **Definición:** Disminución grave del estado de ánimo, pérdida del interés y de la capacidad para disfrutar de las situaciones y actividades que previamente importaban al individuo
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Ordinal
- **Operacionalización:** Se aplicó en forma directa la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage,⁵⁵ mediante este cuestionario breve se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha actual. Una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión leve y 11 a 15 indica depresión severa.
- **Indicador:** 1) Sin depresión 2) Depresión leve 3) Depresión severa

ANSIEDAD

- **Definición:** Estado de inquietud o agitación del ánimo. Aunque no siempre es patológica (sino que es una emoción común que cumple con una función vinculada a la supervivencia), la ansiedad puede acompañar a algunas enfermedades como la neurosis.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Ordinal
- **Operacionalización:** Se evaluó mediante interrogatorio directo con la Escala Breve de Ansiedad de Tyrer;⁵⁶ consta de 10 ítems que evalúan aspectos afectivos, cognitivos y somáticos. Los síntomas que se exploran son: tensión, sentimientos de hostilidad, hipocondriasis, preocupación, fobias, dificultades de sueño, síntomas autonómicos y tensión muscular. Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de seis puntos (1 a 6) en función de la intensidad de los síntomas. La puntuación de 0-9 se considera ausencia de ansiedad, de 10 a 19 ansiedad leve, de 20 a 39 ansiedad moderada y de 40 ansiedad severa.
- **Indicador:** 1) Sin ansiedad 2) Ansiedad leve 3) Ansiedad moderada
4) Ansiedad severa

ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES RECIENTES

- **Definición:** Sucesos de relevancia o significación para el adulto mayor que ocurrieron en los doce meses previos a la entrevista.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se evaluó mediante interrogatorio directo al adulto mayor sobre la presencia de algún hecho trascendente en su vida durante los doce meses previos a la aplicación del cuestionario.
- **Indicador:** 1) Ninguno 2) Fallecimiento de persona cercana 3) Divorcio o separación de la pareja 4) Deterioro físico 5) Pérdida material

ESTADO CIVIL

- **Definición:** Condición de cada persona en relación con derechos y obligaciones civiles.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Mediante interrogatorio directo se evaluó la condición civil actual.
- **Indicador:** 1) Soltero 2) Casado 3) Unión libre 4) Viudo (a) 5) Divorciado (a) 6) Separado (a)

NIVEL SOCIOECONÓMICO

- **Definición:** Conjunto de condiciones sociales, culturales y de vivienda que se integran para el bienestar del individuo y que divide a la población en niveles económicos.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Ordinal
- **Operacionalización:** Se evaluó a través de los niveles socioeconómicos AMAI,⁵⁷ de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública, en base al nivel de ingreso mensual. Se clasifica al individuo dentro de seis niveles.
- **Indicador:** 1) Muy alto (A/B) 2) Alto (C+) 3) Medio (C) 4) Medio Bajo (D+) 5) Bajo (D) 6) Muy Bajo (E)

NIVEL DE ESCOLARIDAD

- **Definición:** Cumplimiento de cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Ordinal
- **Operacionalización:** Se evaluó a través del interrogatorio directo sobre el último año de estudio aprobado. En caso de referirse sin instrucción educativa se investigó si la persona sabe escribir y/o leer.
- **Indicador:** 1) Sin instrucción: analfabeta: __si __no 2) Primaria incompleta 3) Primaria completa 4) Secundaria incompleta 5) Secundaria completa 6) Preparatoria o equivalente incompleto 7) Preparatoria o equivalente completo 8) Profesional 9) Posgrado

OCUPACIÓN ACTUAL

- **Definición:** Principal actividad realizada por el adulto mayor que puede tener o no remuneración económica.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se interrogó al adulto mayor sobre la actividad efectuada en la actualidad, considerándose doce meses previos. Se preguntó sobre la remuneración económica.

- **Indicador:** 1) Ama de casa 2) Jubilado (a) 3) Empleado(a) 4) Obrero(a)
5) Jornalero(a) o peón/a 6) Patrón(a) o empresario(a) 7) Comerciante
8) Estudiante 9) Otro

TIPO DE INGRESO ECONÓMICO

- **Definición:** Recursos formales por medio de los cuales el adulto mayor obtiene ingresos económicos.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se preguntó al adulto mayor sobre las formas en que obtiene ingresos.
- **Indicador:** 1) Salario por trabajo 2) Pensión por jubilación 3) Pensión por invalidez
4) Pensión gubernamental 5) Pensión del cónyuge 6) Pensión por viudez
7) Rentas 8) Familiares 9) Otro 10) Ninguno

VIVIENDA

- **Definición:** Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndoles de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal

- **Operacionalización:** Se interrogó al adulto mayor sobre la característica de vivienda que habita, el tipo de vivienda será determinado por el investigador mediante observación directa.

- **Indicador:**

Tipo y característica de la vivienda:

- 1) Casa: propia, rentada, prestada o en pago
- 2) Departamento: propio, rentado, prestado o en pago
- 3) Habitación: propia, rentada, prestada o en pago

ABUSO DE SUSTANCIAS

ANTECEDENTE DE CONSUMO DE ALCOHOL

- **Definición:** Ingestión de bebidas con algún grado de alcohol durante la mayor parte de su vida hasta doce meses previos al tiempo actual.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se evaluará a través de interrogatorio directo sobre frecuencia y cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas durante la mayor parte su vida, considerado durante la etapa previa de adulto joven y maduro. Se considerará como bebedor antiguo con consumo frecuente aquel con ingesta a la semana de 3 a 7 días, bebedor antiguo con consumo regular con ingesta de 1 a 2 días a la semana o 3-4 veces por mes y de consumo bajo aquel con 1 a 2 veces por mes.
- **Indicador:** 1) Bebedor antiguo con consumo frecuente 2) Bebedor antiguo con consumo regular 3) Bebedor antiguo con consumo bajo 4) No bebedor

CONSUMO ACTUAL DE ALCOHOL

- **Definición:** Ingestión de bebidas con algún grado de alcohol durante los últimos doce meses al momento actual.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Ordinal
- **Operacionalización:** Se evaluará a través del Test AUDIT-C, ⁵⁸ el cual consta de 3 preguntas sobre consecuencias de beber junto con preguntas sobre cantidad y

frecuencia de consumo. Cada pregunta tiene puntuación de 0 a 4, y la suma final permite identificar los consumos de riesgo se considera en hombres el punto de corte con ≥ 4 y en mujeres ≥ 5 .

- **Indicador:** Sin consumo de riesgo 2) Consumo de riesgo

ABUSO DE MEDICAMENTOS

- **Definición:** Consumo de medicamentos psicotrópicos que exceda las dosis médicas recomendadas, considerando como tiempo de referencia doce meses previos al tiempo actual.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se preguntará sobre el consumo de medicamentos psicotrópicos. Se construirá un índice que incluya: indicación médica y apego. En caso de no existir indicación médica o que en frecuencia y cantidad sobrepase cualquiera de éstos se considerará como abuso de medicamento.
- **Indicador:**
 - 1) Sin abuso de medicamentos
 - 2) Abuso de medicamentos

CONDUCTA AGRESIVA DEL ADULTO MAYOR

- **Definición:** Conjunto de patrones de actividad individual que pueden manifestarse con intensidad variable, incluyendo desde la pelea ficticia hasta los gestos o expansiones verbales que aparecen en el curso de cualquier negociación y que están presentes actualmente o en algún momento en la vida.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se evaluó mediante interrogatorio la Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik⁵⁹ traducida y validada en español, la cual mide la existencia de sentimientos de agresividad y conductas violentas. Consta de 12 ítems que se puntúan entre 0 y 3, excepto la última pregunta que vale 0-1. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 34. El punto de corte es 4.
- **Indicador:** 1) Conducta agresiva 2) Sin conducta agresiva

b) **Factores del nivel relacional::**

FORMAS DE CONVIVENCIA

- **Definición:** Vida en común que el adulto mayor sostiene con una o varias personas.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se evaluó mediante interrogatorio directo sobre las personas con las que convive la mayor parte del tiempo. Se aceptó más de una opción, en el caso de convivencia con hijos, nietos u otros familiares se investigó el número de éstos.
- **Indicador:** 1) Sólo 2) Con el cónyuge 3) Con pareja 4) Con hijos
5) Con nietos 6) Otros familiares 7) Con amistad 8) Con cuidador

FUNCIONALIDAD FAMILIAR ACTUAL

- **Definición:** Interpretación individual de los patrones actuales de la actividad familiar considerados por el adulto mayor.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Ordinal
- **Operacionalización:** Se evaluó mediante la aplicación del APGAR familiar,⁶⁰ consta de 5 ítems, con 5 opciones de respuesta en base a la frecuencia de presentación (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) y puntuaciones de 0 a 4.. Se clasificó como buena función familiar de 18 a 20 puntos y disfunción familiar: leve de 14 a 17, moderada de 10 a 13 y severa de 9 o menos puntos.
- **Indicador:** 1) Buena función familiar 2) Disfunción familiar leve 3) Disfunción familiar moderada 4) Disfunción familiar severa

PERCEPCION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR PREVIA

- **Definición:** Interpretación individual de los patrones de la actividad familiar considerados en la etapa previa al de adulto mayor.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Ordinal

- **Operacionalización:** Se preguntó sobre la percepción del adulto mayor sobre la función familiar en la mayor parte de su vida, considerándose como referencia la funcionalidad actual.
- **Indicador:** 1) Mejor 2) Peor 3) Igual

ESTRÉS DEL CUIDADOR

- **Definición:** Conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos mayores
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se evaluó de forma indirecta, por medio de interrogatorio al adulto mayor construyéndose un índice a partir de preguntas acerca de:1) tipo de apoyo para su cuidado (formal o informal),2) número de personas que apoyan al cuidador principal,3) horas al día invertidas en el cuidado del adulto mayor,4) reconocimiento de cambios en el estado de ánimo en el cuidador relacionadas con el cuidado del adulto mayor, 5) otro tipo de responsabilidades a cargo del cuidador. Cada pregunta tiene tres opciones de respuesta, cada una con una puntuación de 1 a 3, excepto la última pregunta sin valor de dos puntos. En caso de puntuación ≥ 5 a 10 se consideró como cuidador sin estrés, y ≥ 11 con estrés.
- **Indicador:** 1) Con estrés del cuidador 2) Sin estrés del cuidador

ABUSO DE SUSTANCIAS DE LOS CONVIVIENTES

- **Definición:** Consumo excesivo de alcohol y/o drogas por parte de las personas con quienes el adulto mayor comparte vivienda o bien, convive de forma frecuente, incluido el cuidador.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se evaluará de forma indirecta, se preguntó al adulto mayor sobre la alta sospecha de que alguno de los convivientes consuman algún tipo de sustancia como alcohol y/o drogas y su frecuencia aproximada al mes y por semana. Se considerará como abuso de sustancias aquel con ingesta a la semana de 3 a 7

días, consumo regular con ingesta de 1 a 2 días a la semana o 3-4 veces por mes y de consumo bajo aquel con 1 a 2 veces por mes.

- **Indicador:**
 - 1) Convivientes con abuso de sustancias
 - 2) Convivientes con consumo regular de sustancias
 - 3) Convivientes con consumo bajo de sustancias
 - 2) Convivientes sin abuso de sustancias

DEPENDENCIA DE CONVIVIENTES

- **Definición:** Relación de origen o conexión, situación en que uno o más de los convivientes con que se relaciona el adulto mayor, no está en condiciones de valerse por sí mismo y requiere del apoyo del adulto mayor para subsistir.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se interrogó sobre la existencia de alguna persona que dependa del adulto mayor, bien a nivel financiero, de vivienda o físico.
- **Indicador:** 1) Convivientes con dependencia al adulto mayor
2) Convivientes autónomos

PERPETRADOR

- **Definición:** Persona que comete o consume la acción de maltrato hacia el adulto mayor, cualquiera que sea la relación con la víctima.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** En los casos en que existió maltrato, se preguntó al adulto mayor sobre el tipo de relación con la persona que ejerce el maltrato en específico.
- **Indicador:** 1) Cuidador Familiar; No familiar: no de contrato o por contrato
2) No cuidador: Familiar cercano, Familiar lejano o Amistad

c) Factores del nivel comunitario:

RECURSOS SOCIALES NO INSTITUCIONALIZADOS

- **Definición:** Medios humanos y materiales que dispone el adulto mayor para hacer frente a las necesidades que presenta actualmente o en un futuro.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Ordinal
- **Operacionalización:** Se evaluó a través del instrumento de valoración de recursos sociales propuesto por la OPS, ⁶¹ con preguntas seleccionadas y adaptadas del Cuestionario OARS (OlderAmericansResources and Services Multidimensional FunctionalAssessmentQuestionnaire). Incluye diez preguntas, y la escala para calificar los recursos sociales se determina de la siguiente forma: **1)EXCELENTES O BUENOS:** son muy satisfactorias y extensas; al menos una persona estaría dispuesta y podría cuidarlo por tiempo indefinido o al menos por seis semanas. **2)MEDIANAMENTE DETERIORADOS:** no son satisfactorias, tiene poca familia y pocos amigos, pero por lo menos hay una persona en la que puede confiar y que podría ocuparse de cuidarlo al menos por seis semanas. **3) MUY DETERIORADOS:** las no son satisfactorias, tiene poca familia y pocos amigos y sólo podría encontrar ayuda ocasionalmente. **4)SIN RECURSOS SOCIALES:** no son satisfactorias, tiene muy poca familia o amigos y no hay nadie que estuviera dispuesto o que pudiera ayudarle ni siquiera ocasionalmente.
- **Indicador:** 1) Excelentes o buenos 2)Medianamente deteriorados
3) Muy deteriorados 4) Sin recursos sociales

REDES SOCIALES

- **Definición:** Características estructurales observadas en las interacciones que el adulto mayor mantiene con otras personas. Suma de todas las relaciones que el adulto mayor percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Ordinal

- **Operacionalización:** Se evaluó a través de interrogatorio directo sobre el número de personas con las que cuenta en caso de requerir ayuda. Se estableció como red social reducida con uno a dos personas de apoyo, red social mediana con tres a cuatro y amplia más de cinco.
- **Indicador:** 1) Red social reducida 2) Red social mediana 3) Red social amplia

APOYO SOCIAL

- **Definición:** Proceso interactivo, del cual el adulto mayor obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en que se encuentra inmerso.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Ordinal
- **Operacionalización:** Se evaluó mediante el cuestionario de Ducke UNC-11,⁶² las variables se responden con una escala Likert con puntuaciones del 1 al 5. Es multidimensional, incluye mediciones cuantitativas y funcionales, evalúa el apoyo percibido: cantidad de apoyo, apoyo confidencial (indica relación de confianza, valorado por los ítems 1,2,6-10) y apoyo afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía, valorado por ítems 3-5 y 11). Ambos clasificados como apoyo normal o bajo, en base a la puntuación: afectivo normal (15-20) o bajo (4-14), confidencial normal (18-35) o bajo (7-17) y apoyo global normal (33-55) o bajo (11-32).
- **Indicador:** 1) Apoyo afectivo: normal o bajo 2) Apoyo confidencial: normal o bajo 3) Apoyo global: normal o bajo

PARTICIPACIÓN ACTIVIDADES COMUNITARIAS

- **Definición:** Tomar parte en todas aquellas acciones de intervención que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover el bienestar del individuo, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades, considerando la participación activa actual tomando como tiempo de referencia los doce meses previos a la entrevista
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal

- **Operacionalización:** Se evaluó a través de interrogatorio directo al adulto mayor sobre su inclusión en una o más de las siguientes actividades: religiosas, culturales (talleres de lectura, redacción, pintura), recreación, recreación física-mental (deportiva, yoga, manualidades u otras habilidades físicas).
- **Indicador:** 1) Sin participación en actividades comunitarias
2) Con participación en actividades religiosas
3) Con participación en actividades culturales
4) Con participación en actividades de recreación física-mental

APOYO INSTITUCIONAL

- **Definición:** Ayuda proporcionada por el IMSS para la inclusión de los adultos mayores en actividades comunitarias.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Mediante interrogatorio directo se investigó sobre la participación del adulto mayor en actividades comunitarias brindadas por el IMSS.
- **Indicador:** 1) Con apoyo institucional para participación en actividades comunitarias
2) Sin apoyo institucional para participación en actividades comunitarias

CAMBIO FRECUENTE DEL LUGAR DE RESIDENCIA

- **Definición:** Movilización del lugar de residencia del adulto mayor, considerado como igual o mayor a dos traslados en los doce meses previos al interrogatorio.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se efectuó a través de interrogatorio directo sobre el cambio de residencia en los últimos doce meses, si la respuesta está entre 0 y 1 se consideró como sin cambio frecuente (estabilidad en el lugar de residencia) y con ≥ 3 correspondió a cambio frecuente.
- **Indicador:** 1) Estabilidad en el lugar de residencia 2) Con cambio frecuente del lugar de residencia

d) **Factores del nivel social:**

ESTEROTIPO DE VEJEZ

- **Definición:** Conjunto fijo e invariable de rasgos que se atribuye a la totalidad de integrantes de un grupo social o profesional, sin atender a ninguna diferencia individual entre sus miembros sobre la visión general de la vejez.
- **Naturaleza de la variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Nominal
- **Operacionalización:** Se medirá a través del Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)⁶³ que consta de 15 preguntas, medidas con escala Likert del 1 al 4 (1=muy en desacuerdo, 2=en desacuerdo, 3= de acuerdo, 4= muy de acuerdo). La evaluación global del estereotipo presenta puntuación mínima de 15 y máxima 60, se considera estereotipo negativo con ≥ 37 puntos.
- **Indicador:** 1) Estereotipo positivo sobre la vejez
2) Estereotipo negativo sobre la vejez

IX. PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

Se identificó y se contactó a las autoridades de la UMF No. 28, a fin de aprobar el proyecto de investigación. Se solicitó el apoyo del servicio de psicología y trabajo social de la misma unidad para su participación cuando el adulto mayor cuando lo requiera, las personas encargadas del servicio estuvieron informadas desde de julio de 2012.

Se requirió de la asesoría para la aplicación de la encuesta dirigido al médico residente de epidemiología que aplicó el cuestionario, en el rubro de los instrumentos psicológicos y del aspecto social se contó con apoyo del servicio de Psicología de la UMF No. 28, a cargo de la Dra. Francisca Emilia Espinoza López. y Lic. T.S. Rosa Isela Rivera Hernández, respectivamente.

Posteriormente, con el registro de colonias del área de influencia de la UMF No. 28 y con apoyo de la cartografía oficial del área se realizó el muestreo correspondiente. En cada vivienda seleccionada, que conforma la tercera etapa del muestreo, se interrogó sobre la presencia de algún adulto mayor adscrito a la UMF No. 28, se seleccionó de manera aleatoria en caso de haber más de un adulto mayor. Estos últimos constituyeron las unidades de análisis para el estudio. Una vez contactado se aplicaron los criterios de restricción, con la inclusión o exclusión del individuo en el estudio. En el primer caso, se corroboró la derechohabencia con la cartilla correspondiente u otro documento oficial; se informó sobre el tema de investigación, los objetivos y lo referente a las implicaciones éticas y legales correspondientes. En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado (Figura 1) de los entrevistados, de acuerdo con los principios éticos para la investigación médica en seres humanos de la Declaración de Helsinki. En consecuencia, se notificó a los entrevistados sus derechos como sujetos de la encuesta y la seguridad de que se conservaría el anonimato, se ofreció la disponibilidad del encuestador para la resolución de dudas respecto al instrumento de recolección de datos, así como la suspensión del mismo en cuanto lo solicitó algún participante sin implicaciones en contra de las prestaciones proporcionadas por el IMSS.

El estudio contempló la aplicación de 680 cuestionarios por parte del médico residente de epidemiología, la cual se efectuó de forma directa y con duración promedio de 1 hora; con lo anterior consideró la realización de 6 cuestionarios al día y cinco días de trabajo, con lo cual se obtuvo el tamaño de muestra en aproximadamente seis meses.

Una vez recolectados los datos por medio del instrumento establecido, se construyó una base de datos para realizar el análisis establecido, utilizando el programa SPSS versión 18. La captura se efectuó por medio del mismo software para el manejo integral de la información. La revisión, codificación, calificación y construcción de índices fue responsabilidad del investigador.

Se entregaron resultados preliminares a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS. Una vez terminado todo el proceso de la investigación, se elaboró el informe final de la tesis, y con ello la difusión de los hallazgos.

Todas las actividades que se involucran: diseño del protocolo de estudio, aplicación de cuestionarios, captura y codificación de datos, análisis estadístico y presentación de resultados, fueron realizadas por el médico residente de epidemiología, a fin de cumplir con los requisitos que demanda la especialidad en el cumplimiento de la tesis para obtención del título correspondiente.

X. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para el registro de la información se utilizó el cuestionario que se anexa al final y que será llenado por el entrevistador. (Figura 2)

La fuente de información directa es la entrevista con el adulto mayor.

Para el diseño del cuestionario se utilizó el formato en Excel Microsoft 2010.

El cuestionario se ha formulado con carácter estructurado, en el cual la mayoría de las preguntas se realizaron de forma cerrada.

10.1 PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

A partir de la fecha establecida como inicio del estudio, se efectuó diariamente el recorrido a la colonia, manzana y viviendas correspondientes.

Se aplicó el cuestionario a todos los adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión.

El investigador fue el responsable de recolectar los datos, lo cual tuvo como objetivo evitar la variabilidad interobservador y disminuir el error en la medición.

XI. PLAN DE ANÁLISIS

La recopilación de la información, se sometió a revisión y codificación; este proceso fue responsabilidad del investigador, esto con la finalidad de disminuir la variabilidad y lograr un mejor control sobre la calidad de los datos. Posteriormente se codificaron las preguntas, captura y análisis de datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 18. Todas las variables y sus indicadores fueron incluidos. Una vez codificadas las variables y construída la base de datos se realizaron los siguientes análisis:

11.1 Análisis univariado

Se consideraron las variables cualitativas y se expresaron como frecuencias absolutas y relativas, de la misma forma con las variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central o medidas de dispersión, previa evaluación de su distribución, así como prevalencias puntuales con intervalos de confianza al 95%.

11.2 Análisis bivariado

Para la comparación de las variables independientes continuas en los grupos con o sin maltrato se aplicó U de Mann-Whitney por resultar sin distribución normal.

Para el análisis de las diferencias de proporciones, la asociación y magnitud de la asociación entre las variables independientes nominales y ordinales con respecto a los grupos referidos con y sin maltrato, se utilizará la prueba de χ^2 de Pearson, χ^2 de Mantel y Haenszel, cabe mencionar que en caso que los valores resultasen menores a lo esperado se aplicará la prueba exacta de Fisher. Se construyeron intervalos de confianza al 95% de cada una de las estimaciones. Se construyeron las tablas de prevalencia de Maltrato en adulto mayor global y específicas considerando los niveles de análisis propuestos.

11.3 Análisis multivariado

A partir del análisis bivariado se seleccionaron las variables independientes que resultaron significativamente asociadas al maltrato en el adulto mayor. Se construyó un modelo de regresión logística con dichas variables, se realizó el análisis a partir de Razón de momios de prevalencia ajustadas en el cual se identificó la contribución independiente de las variables asociadas a maltrato del adulto mayor.

XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En base al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, Capítulo I:

Artículo 16, en este estudio se debe proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Por lo anterior, se garantizó al adulto mayor la confidencialidad de los datos, cuando existió sospecha de maltrato se dió información sobre el tema por medio de un díptico (Figura 3) en donde se incluyeron teléfonos de asistencia médica, psicológica, legal y de emergencia locales y de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 y de ser necesario se solicitó visita domiciliaria por el servicio de trabajo social para establecer la intervención familiar pertinente. Cuando el adulto mayor solicitó alguna atención por algún problema detectado se buscaron los vínculos institucionales y caso de mayor gravedad apoyo de organismos extra institucionales como Centro de Atención a Violencia Intrafamiliar (CAVI).

Artículo 17, Fracción I, ésta investigación se considera de “Riesgo mínimo”, ya que se emplean datos a través de procedimientos comunes de exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico, que en este estudio corresponde a la consideración de pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

Artículo 21, para dar cumplimiento a lo establecido en este apartado, en esta investigación se otorgó una explicación clara y completa del contenido del consentimiento informado, de tal forma que se aseguró que el adulto mayor pudiera comprenderlo, por lo menos en los aspectos estipulados: justificación y los objetivos de la investigación; los procedimientos que se utilizaron y su propósito, las molestias o los riesgos esperados, los beneficios que puedan observarse, los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto; la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto; la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, la seguridad de que no se identificó al sujeto y que se

mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, el compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando, la disponibilidad de tratamiento médico y que si existen gastos adicionales, éstos fueron absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22, en que se establece que el consentimiento informado debe formularse por escrito y con el cumplimiento de ciertos requisitos, los cuales se anotan a continuación y que en este estudio han sido considerados: elaboración por el investigador principal, con indicación de la información señalada en el artículo 21 y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría, revisión y, en su caso, aprobación por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud; indicación de los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación, estar firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe y finalmente, su extensión por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

12.1 IMPLICACIONES ÉTICAS

El protocolo de investigación se presentó a los directivos de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal, para su aprobación y se sometió a consideración de la Comisión Nacional de Investigación Científica del Instituto Mexicano del Seguro Social, quienes evaluaron el proyecto y lo aprobaron con la subsecuente asignación del número de registro de la investigación.

El desarrollo del estudio se efectuó considerando las bases para el manejo del problema de acuerdo al “Plan de consejería ante la sospecha de abuso o negligencia” adoptado por la OPS, y que se fundamenta en las guías de diagnóstico y tratamiento para el adulto mayor con abuso y negligencia de la Asociación Médica Americana.⁶⁴ (Figura 4 y 5)

Se informó al sujeto seleccionado sobre los objetivos de este estudio y se garantizó la confidencialidad y anonimato de la información recabada, en base a lo establecido en los artículos correspondientes en la Ley General de Salud y que se incluyó en el consentimiento informado, como se observa en el anexo. (Figura 1)

En relación con la atención al adulto mayor con una enfermedad crónica, es frecuente que exista el conflicto entre la obligación de mantener la confidencialidad de la información recibida del paciente y la necesidad e interés de los cuidadores de estar informados sobre el diagnóstico y pronóstico del paciente. En estos casos fue indispensable que el adulto mayor autorizara la comunicación con familiares y cuidadores y que a éstos se les diera solo la información que fue necesaria para la atención y el cuidado del paciente en el hogar.

Durante el proceso de la entrevista, se aseguró que el adulto mayor se encontrara sólo, en un marco de tranquilidad, se procuró establecer confianza, con la libertad de expresión de los sentimientos, se utilizó un lenguaje claro y sencillo con el objetivo de facilitar la comprensión de las preguntas del cuestionario.

Todas las entrevistas abordaron el tema y se informó, a través de un díptico, sobre los servicios sociales, médicos y de protección al adulto mayor presentes en a nivel local e institucional, en el primer caso lo referente a la delegación política y en el segundo, al de la UMF No. 28.

Los casos en los que se identificaron alteraciones en el examen minimental y/o disfunción familiar fueron derivados a servicios especializados presentes en la UMF No. 28 y quedó a consideración del adulto mayor la decisión de solicitar dichos servicios.

XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2011	2012							2013	
	DIC	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
PRESENTACION DE PROTOCOLO										
CAPACITACIÓN APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS										
INICIO DEL PROTOCOLO, APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS										
CODIFICACIÓN Y CAPTURA DE INFORMACIÓN										
ANÁLISIS ESTADÍSTICO										
ELABORACIÓN DE INFORME Y PRESENTACIÓN										

XIV. RECURSOS

a) HUMANOS.

- 1 Médico residente de epidemiología para realización de todas las actividades que involucra la realización del estudio
- Personal de apoyo para asesoría al médico epidemiólogo en la aplicación de instrumentos de psicología y aspectos sociales: Dra. Francisca Emilia Espinoza López y Lic. T.S. Rosa Isela Rivera Hernández

b) MATERIALES

- 1 Computadora con paquetes estadísticos y procesador de textos.
- 1 Impresora
- Hojas para realizar la encuesta
- Lápiz y marcador
- Mapa cartográfico de las colonias del área de influencia de la UMF No.28

XV. RESULTADOS

El estudiaron 680 adultos mayores pertenecientes a diez colonias del área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS con la distribución que se muestra en el cuadro 1. Del total de la población estudiada, el 22.9% correspondieron a no usuarios de servicios de la unidad, considerada a partir de cuatro o más años sin acudir a la UMF.

La mediana de edad fue de 72 años, con un máximo de 98 años y un rango intercuartil de 12 años; el 36.5% corresponden al sexo masculino y 63.5% al sexo femenino; el 39.1% se encuentra casado, 34.9% viudo, 13.8% solteros y 5.3% divorciado. Los encuestados se refirieron en un 4.3% sin educación formal y con superioridad del nivel de medio superior, con un 28.8% de personas con preparatoria o equivalente. De las personas que se presentaron con algún tipo de actividad laboral u ocupación (n=425), el 32.9% correspondió al hogar, seguido con 15.7% para los empleados. Lo correspondiente a la principal forma de ingreso económico se obtuvo mayor frecuencia en los programas sociales a través de la pensión gubernamental (25.4%) y jubilación (24.8%), sin embargo el salario por trabajo representó el 15.3% y el 13.7% recibe ingresos por parte de la ayuda económica de algún familiar. El nivel socioeconómico predominante con más de mitad de la población entrevistada (n=372) fue el medio, considerado con ingresos comprendidos entre \$6,800 y menos de \$35,000 pesos. Considerando el tipo de vivienda, 63.4% se refirió como propietario de la misma, 21.5% habita en una vivienda prestada y 15.1% se encuentra en condición de arrendamiento o en pago.(Tabla 1)

Dentro de las características biológicas del nivel individual, se obtuvo que un 86.5% de los adultos mayores se conocían portadores de algún tipo de morbilidad y la mayor prevalencia de maltrato se observó en dicho grupo con el 16.47% (IC_{95%} 13.88 - 19.45). Las enfermedades de tipo crónico degenerativo resultaron ser las de mayor frecuencia, como a continuación se mencionan: trastorno de los lípidos y las enfermedades hipertensivas con un 36.6% y 34.7%, respectivamente, seguido de osteartrosis con 25.1% y 24.4% para diabetes mellitus tipo II, como se puede apreciar en el cuadro 2. Además, el 46.5% de los individuos mencionó presentar de tres a más patologías, con una mediana de dos y un máximo de ocho. (Tabla 6)

La discapacidad se obtuvo a partir de las morbilidades informadas y se ponderó a través de las tablas de Murray, obteniéndose sin discapacidad el 52.6%, seguido por el grado leve en 21.02%, moderada en 21.6% y 4.7% para el grave. En cuanto a la prevalencia de maltrato en base a esta variable, se observaron dos predominantemente del 6.6% (IC_{95%} 1.01 - 3.06) y 5.29% (IC_{95%} 3.85 - 7.24) para aquellos adultos mayores sin discapacidad y discapacidad moderada, respectivamente. Mediante la aplicación de la Escala de la vida diaria de Barthel, se obtuvo un 53.2% con alteración del estado funcional; además de 8.7% con ansiedad y 7.4% con depresión. Ahora bien, para cada una de las condiciones anteriormente mencionadas y considerando la presencia de maltrato, la prevalencia para el primero de ellos fue de 9.56% (IC_{95%} 6.66 - 10.87), con ansiedad 3.09% (IC_{95%} 2.03 - 4.68) y 2.94% (IC_{95%} 1.9 - 4.5) con depresión. (Tabla 2).

En referencia a la historia personal del adulto mayor (Tabla 3) se observa que 29% contó con antecedente de hospitalización en el último año y como principal causa de dicha situación se refirió el descontrol de la patología de base (n=125) y en segundo lugar las caídas con 9.1%, representándose en quienes presentan maltrato 3.68% (IC_{95%} 2.5-5.37) y 2.79% (IC_{95%} 1.8-4.32), respectivamente. Al menos 262 personas se citaron con consumo de cuatro o más medicamentos; así mismo, del 88.4% que se reportó con consumo de algún fármaco, 16.1% (n=97) se refirió con uso de psicotrópicos y de éstos el 3.1% aceptó presentar abuso de los mismos, observándose además una prevalencia de 12.4% (IC_{95%} 7.78-25.6) para los casos que conjuntamente presentaron algún tipo de maltrato y de polifarmacia de 8.24 (IC_{95%} 6.4-10.54) La mayoría negó alguna forma de consumo de alcohol, tanto previo como actual con 41.5% y 68.7%, respectivamente. Gran proporción (79.3%) de los adultos mayores se refirió sin conducta agresiva, con una mediana de 2 en la puntuación del Test de Plutchik. (Tabla 6)

La mayor prevalencia de casos de maltrato se obtuvo con una disfuncionalidad familiar actual leve (8.53%, IC_{95%} 6.6-10.87), cuya principal forma de convivencia se refirió con familiares directos como pareja, hijos o nietos en un 8.82% y con familiares que dependieran del adulto mayor en un 10%, la principal forma de dependencia de este tipo resultó en el tipo económico en el 4.56% de los casos de maltrato. (Tabla 4).

De la misma forma, aquellos individuos que se reportaron con recursos sociales medianamente deteriorados presentaron la principal prevalencia de maltrato con un 8.38%, así como una red social reducida, es decir que sólo percibe de como máximo a dos personas como significativas que contribuyan para ella en apoyo, igualmente en el caso del soporte social afectivo en que se observó que el 9.7% de los casos de maltrato presentó un nivel bajo, 13.24% se refirió sin participación en ningún tipo de actividad comunitaria y 14.56% con una visión general negativa de la vejez, medido a través de la aplicación del cuestionario de estereotipos, tal como se presenta en la tabla 5.

PREVALENCIA DE MALTRATO

La prevalencia global de maltrato fue de 17.64% (IC_{95%} 14.9-20.7). En lo referente al tipo de maltrato, se obtuvo una distribución en que el psicológico obtuvo una mayor prevalencia con 12.06% (IC_{95%} 9.82 - 14.72), seguido del tipo financiero con 14.71% (IC_{95%} 3.35 - 6.57), negligencia con 4.41% (IC_{95%} 3.11 - 6.23), físico con 0.44% (IC_{95%} 0.15 - 1.29) y finalmente el tipo sexual con 0.15% (IC_{95%} 0.026 - 0.83).

Considerándose el número total de eventos de maltrato (n=148) de forma independiente al número de adultos mayores que se identificaron como casos (n=120), se clasificó la severidad de los hechos en base a la recurrencia, encontrándose que en el 61.5% (IC_{95%} 53.45 - 68.44) de los eventos se presentaron como acto único, 25.68% (IC_{95%} 19.31 - 33.27) de dos a seis situaciones de abuso por año y 12.84% (IC_{95%} 8.37 -19.18) en más de seis ocasiones, es decir, altamente recurrente.

Otro punto de gran importancia se observó con el tipo de agresor o perpetrador que ejerce alguna forma de maltrato, encontrándose como el principal un conocido cercano con estrecha confianza como vecino y compañeros de trabajo con un 31.76% (IC_{95%}24.8 - 39.64), los hijos 25.68% (IC_{95%} 19.32 - 33.27), sobrinos 12.16% (IC_{95%} 7.83- 18.41) y parejas sentimentales 10.81% (IC_{95%} 6.76 - 16.84), seguido de algún personal de salud, principalmente médicos con 8.78% (IC_{95%} 5.21 - 14.45) y finalmente con 6.08% (IC_{95%} 3.23 - 11.15) hermanos y amistades en rubros independientes. Estos datos se resumen en la tabla 7.

MALTRATO Y FACTORES DE RIESGO

Mediante el análisis bivariado de cada una de las variables contenidas en cada nivel de estudio, se obtuvo lo siguiente:

a) Nivel individual

Al compararse hombres y mujeres con maltrato no se encontraron diferencias entre éstos, ya que se obtuvo una razón de momios de prevalencia (RMP) de 1.31 (IC_{95%} 0.87-1.95), situación que se repite con respecto a la edad, considerándose como categorías el grupo de 75 años y más con el menor edad (RMP=0.95, IC_{95%} 0.063-1.42).

Caso opuesto con el estado civil que resulta en casi dos veces más de riesgo de maltrato en aquellos adultos mayores que se encuentran sin pareja (RMP=1.97, IC_{95%} 1.27-3.06) comparado con aquellos que tienen pareja. Igualmente, existe un exceso riesgo del 50% para presentar maltrato en quienes carecen de actividad laboral u ocupación comparado con aquellos que lo muestran (RMP= 1.52, IC_{95%} 1.02-2.27). (Tabla 8)

Así, tenemos que al comparar aquellos adultos mayores con presencia o no de comorbilidades, se obtuvo mayor riesgo de presentar maltrato en quienes exponen al menos una de ellas (RMP=2.47, IC_{95%} 1.16-5.25), riesgo que se incrementa por el número de patologías, tal como se obtuvo al compararse la presencia de una a dos patologías y tres o más, resultando para el primero dos veces más de riesgo (RMP=2.08, IC_{95%} 0.94-4.59) y para la subsiguiente categoría casi tres veces más de riesgo (RMP=2.83, IC_{95%} 1.3-6.12). De la misma manera, la discapacidad ponderada con punto de cohorte mayor o igual a 0.096 para denominar la presencia de discapacidad, la cual resultó con riesgo de dos veces más para el grupo de maltrato comparado con los que no presentan discapacidad (RMP=2.11, IC_{95%} 1.4-3.16), lo cual se relaciona en gran medida con el número de patologías. A este tenor, presentar ansiedad constituye un riesgo de casi tres veces más comparado con los adultos mayores sin esta condición del estado emocional (RMP=2.83, IC_{95%} 1.6-5.02); asimismo, existe tres veces más de riesgo para presentar maltrato en adultos mayores con depresión (RMP=3.53, IC_{95%} 1.93-6.47) si se compara con quienes no lo presentan. (Tabla 8)

Además, como lo muestra la tabla 9, el antecedente de hospitalización presentó un 84% de exceso de riesgo comparado con aquellos que no presenten dicho antecedente para la ocurrencia de nuestro evento en estudio (RMP=1.84, IC_{95%} 1.22-2.72), el mismo efecto se observó, de forma independiente para cada variable, en quienes refirieron polifarmacia y abuso de medicamentos psicotrópicos con un exceso de riesgo del 50% para el primer caso (RMP=1.5, IC_{95%} 1.0-2.23) y de cuatro veces más de riesgo (RMP=4.63, IC_{95%} 1.67-12.81) para el segundo, comparados con aquellos que no presentaron polifarmacia y con aquellos que no tuvieron abuso de psicotrópicos. Otro factor estudiado fue el antecedente de evento traumático en los últimos doce meses, resultando con dos veces más de riesgo de maltrato al compararse con los adultos mayores sin dicho antecedente (RMP=2.28, IC_{95%} 1.45-3.58). De igual forma, resultó que posee seis veces más de riesgo para maltrato, la conducta agresiva por parte del adulto mayor (RMP=6.3, IC_{95%} 1.12-.2.75) comparativamente con una conducta sin agresividad.

b) Nivel relacional

La disfuncionalidad familiar alcanzó un valor de riesgo de casi cinco veces más con respecto a la funcionalidad adecuada (RMP=4.78, IC_{95%} 2.96-7.71); a la par de este factor, el hecho que las personas que conviven cotidianamente con el adulto mayor y que además tienen abuso de sustancias como alcohol, drogas o medicamentos psicotrópicos representan un riesgo de casi tres veces más para ocasionar maltrato (RMP=2.92, IC_{95%} 1.61-5.28), comparado con quienes no abusan de dichos elementos.

Del mismo modo, la dependencia de familiares hacia el adulto mayor presentó un exceso de riesgo 44% (RMP=1.44, IC_{95%} 0.96-2.13) en comparación con aquellos familiares autónomos, es decir, que no dependen del adulto mayor para obtener recursos económicos, de vivienda o asistenciales.

No se debe perder de vista que en lo que respecta a las formas de convivencia, la presencia de alguna forma de compañía en la mayor parte del tiempo, bien sean familiares directos, indirectos, amistades o cuidadores, resultó como un factor protector para evitar el maltrato en un 40% (RMP=0.60, IC_{95%} 0.38-0.937) comparado con los adultos mayores que se encuentran en soledad. (Tabla 10)

c) Nivel comunitario

Las variables contenidas en este nivel resultaron como factores de riesgo para el maltrato en su gran mayoría, a excepción del apoyo institucional para desarrollar actividades comunitarias que involucren al adulto mayor. (Tabla 11) De esta forma, se observó que recursos sociales deteriorados presentaron ocho veces más de riesgo en comparación con los que muestran excelentes recursos (RMP=8.35, IC_{95%} 5.4-12.91); equivalentemente una red social conformada por máximo dos personas otorga casi cuatro veces más de riesgo para el evento en estudio, contrastado con una red amplia (RMP=3.8, IC_{95%} 1.52-5.71).

Tenemos que, al comparar el soporte social bajo y normal en sus tres categorías (afectivo, confidencial y global) existió mayor riesgo de presentar maltrato. Así, en el caso del tipo afectivo el riesgo fue de hasta nueve veces más (RMP=9.15, IC_{95%} 5.88-14.23), igualmente para el tipo confidencial y global con casi once y casi veintidós veces más de riesgo (RMP=10.87, IC_{95%} 6.67-17.70 y RMP=21.77, IC_{95%} 12.15-38.99), respectivamente.

En lo referente a la participación del adulto mayor en actividades comunitarias, se obtuvo un riesgo de dos veces más para sufrir de maltrato entre aquellos que no contaban con ninguna actividad en comparación con quienes participaban en al menos una (RMP=2.08, IC_{95%} 1.32-3.24). (Tabla 11)

d) Nivel social

Finalmente, en cuanto al estereotipo de vejez que se midió entre adultos mayores con maltrato, se obtuvo siete veces más de riesgo (RMP=7.12, IC_{95%} 4.32-11.75) en el estereotipo negativo confrontado con el positivo. (Tabla 11)

Por último, una vez que se identificaron los factores de los cuatro niveles de estudio que se asociaron con el maltrato en los adultos mayores, se probaron varios modelos de regresión logística no condicional que contribuyeran a la explicación de este evento.

MULTIVARIADO

Se consideraron dos modelos finales, el primero de los cuales incluyó factores de cada nivel de estudio (individual, relacional, comunitario y social) y el segundo que incluyó los factores de los últimos tres niveles. En ambos modelos se consideró edad y sexo.

Las variables que mejor explicaron el maltrato en el primer modelo fueron en primer lugar las del nivel individual, en que la falta de pareja sentimental presenta hasta ocho veces más riesgo en comparación con quienes cuentan con una (RMP=8.24, IC_{95%} 1.06-64.03), además el estado emocional caracterizado por depresión y el abuso de psicotrópicos mostraron de forma independiente, nueve veces más de riesgo (RMP=9.36, IC_{95%} 1.37-64.04 y RMP=9.6, IC_{95%} 1.66-55.49). De la misma forma y si además, el adulto cuenta con recursos sociales deteriorados y un soporte confidencial bajo, entonces existe nueve y once veces más de riesgo en cada caso, respectivamente (RMP=9.41, IC_{95%} 1.29-68.57 y RMP=11.45, IC_{95%} 0.99-136.9). Finalmente, tener un estereotipo negativo hacia la vejez constituyó cinco veces más de riesgo para el evento de maltrato comparado con quienes presentan un estereotipo positivo (RMP=5.63, IC_{95%} 0.99-32.52).

En el segundo modelo las variables que explicaron mejor el modelo para maltrato fueron: a) la percepción de disfuncionalidad familiar con dos veces más de riesgo (RMP=2.07, IC_{95%} 1.17-3.65), b) los recursos sociales deteriorados mostraron dos veces más de riesgo (RMP=2.19, IC_{95%} 1.22-3.92), d) soporte confidencial, afectivo y global bajo confieren de forma independiente casi tres veces más de riesgo (RMP=2.73, IC_{95%} 1.45-5.1 y RMP=2.85, IC_{95%} 1.26-6.44) para los últimos dos, y para el primero otorga un riesgo de tres veces más (RMP = 3.45, IC_{95%} 1.71-7) y e) presentar una percepción negativa de la vejez, referida como estereotipo negativo presentó tres veces más de riesgo para el maltrato (RMP=3.61, IC_{95%} 2.02-6.45).

XVI. DISCUSIÓN

Se presenta un estudio observacional que permite representar la prevalencia de maltrato en población derechohabiente de adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 28, así como identificar los factores de riesgo que se asocian con mayor frecuencia a la aparición de dicho fenómeno.

En este estudio se aplicó el Índice de Sospecha de Maltrato hacia el adulto mayor y se obtuvo una prevalencia de 17.6%, la cual supera a lo reportado en el 2003 y 2006 a nivel mundial (4-6%)¹⁴ y local (16%)²⁸, respectivamente. Lo anterior, considerando la medición del maltrato con algún otro tipo de instrumento; sin embargo, al compararse con datos de prevalencias medidas con el mismo instrumento se observa el mismo fenómeno, ya que en países como Canadá se reporta del 13.3%.⁶⁵

Así mismo, es importante mencionar que la diferencia de prevalencia permanece al comparar el ámbito urbano con el rural, como es el caso del estudio realizado en una comunidad en Chiapas⁴⁹ con el 8.1%, cabe mencionar que parte de esto puede deberse a que sólo se limitaba a estudiar la violencia familiar, que forma parte del concepto de maltrato.

Es importante hacer referencia que la magnitud obtenida en la presente investigación, pueda estar subestimada, ya que no se puede descartar la probabilidad que algunos de los sujetos estudiados pudieron negar la presencia del evento, esto como resultado, más que de un problema metodológico, de determinados rasgos de personalidad como sentimiento de culpa excesivo, o bien que se muestre lealtad al extremo hacia el responsable del maltrato,⁶⁶ lo cual no pudo ser medido ni controlado en el presente estudio.

Lo que concierne al tipo de maltrato con mayor proporción de ocurrencia, internacionalmente se ha referido a la negligencia^{45, 46, 47} con prevalencias que van del 5 al 16.9%. Así, en nuestro estudio se obtuvo la negligencia como tercera forma de maltrato con una prevalencia del 4.41%, lo cual aunque representa una prevalencia menor, existen reportes con una frecuencia del 2.4% o menor.^{42,43} Así, se obtuvo el maltrato psicológico como el de mayor frecuencia con 12.06%, lo cual es consistente con lo referido en la limitada literatura nacional sobre este tópico,^{49,67} que se reporta en 12.4%, así como en

países de primer nivel como Reino Unido⁴². Una de las principales explicaciones para el predominio de esta forma de maltrato se debe a que no deja evidencia de daño.²⁹

En lo referente al tipo de perpetrador, en nuestro estudio se obtuvo como principal agresor al conocido de confianza, en que se incluye algún vecino o compañero de trabajo, distribución que también ha sido mencionada en Estados Unidos.⁴⁵

NIVEL INDIVIDUAL

Se observó que al realizar el análisis del efecto de la edad sobre el maltrato no fue evidente al igual que la gran mayoría de los estudios internacionales⁴⁴⁻⁴⁷, aunque difiere de aquellas investigaciones en que se ha observado esta diferencia, tal es el caso para grupos de menor edad.⁴⁸ Al igual que la edad, el sexo no representó ser un factor de riesgo, situación que se observó desde el análisis bivariado, lo cual coincide con lo aceptado internacionalmente y que menciona la OMS¹⁴ como un evento infrecuente y más bien anecdótica a la violencia de género en la población geriátrica, dándose mayor peso a otro tipo de características. La relación entre estado civil y maltrato, considerándose como un estatus en el cual no existe la presencia de una pareja, mostró una asociación importante como factor de riesgo como se ha referido en algunos estudios,⁴⁴ lo cual se puede relacionar con que esta condición proporciona al adulto mayor el apoyo afectivo y vínculo comunitario y social necesarios para evitar el maltrato.

Al igual que en diversos estudios,⁴⁷⁻⁴⁹ se obtuvo en el análisis bivariado que la presencia de morbilidades y el incremento en el número de éstas, se relaciona con el riesgo de una mayor frecuencia de aparición de maltrato, de la misma forma que lo hace la alteración del estado funcional.^{43,49} Estos factores podrían estar estrechamente relacionados con la sobrecarga familiar y de cuidado que ello genera y que propicia el ambiente de estrés para que, en conjunto con otros factores de mayor peso (motivo por el cual pierden su efecto en el análisis multivariado), favorezcan el maltrato.

Una proporción significativa de adultos mayores con nuestro evento de investigación refirió tener depresión, lo cual, si bien tiene la limitación de ser interpretada como factor causal o de efecto, debido al tipo de diseño de estudio en que la temporalidad representa una desventaja. Sin embargo, algunos autores^{68,69} han observado el mismo efecto en diagnósticos psiquiátricos. Se puede observar una prevalencia global de 7.4%, lo cual se encuentra menos de dos puntos porcentuales por debajo de lo referido a nivel nacional.⁷⁰

El abuso de psicotrópicos no había sido estudiado con anterioridad, de acuerdo a lo obtenido se manifiesta como un factor de riesgo para el maltrato en el contexto que debido a los cambios conductuales que ello genera el adulto mayor puede ocasionar situaciones que deriven en agresión. De la misma forma, este abuso de sustancias, puede representar un indicador de la forma de maltrato psicológico o físico, ya que el uso de los mismos con la finalidad de manejar o controlar una conducta molesta y puede incurrir en un riesgo para el adulto mayor.

NIVEL RELACIONAL

La percepción de la disfuncionalidad familiar se ha observado como factor de riesgo en múltiples estudios,^{43,46} lo cual coincide con lo obtenido en el presente trabajo. Esto se explica dado que conforme el adulto mayor envejece, se ve obligado a realizar diversos y complejos cambios a nivel individual, familiar, laboral y social, en muchos aspectos de su vida cotidiana, haciéndose imprescindible la cooperación de familiares, lo que se manifiesta una dificultad de adaptación entre acontecimientos vitales estresantes para los miembros del mismo núcleo, lo cual incrementa la probabilidad de presentar dificultades.⁷¹ Las interacciones entre los miembros de la familia proveen de una red familiar de apoyo al adulto mayor que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización, que provoca sensación de bienestar. En este estudio se investigó de manera indirecta el estrés del cuidador y abuso de sustancias de los convivientes, sin embargo, esta no es considerada como la mejor forma de medida, por lo que contrario a como se ha obtenido en otros estudios que los muestran como factor de riesgo muy importante,²⁹ en los resultados no se obtuvo como tal, únicamente para la segunda variable y exclusivamente en el análisis bivariado. Es importante mencionar que se trató de incluir dicha variable y que la forma de medirla fue la única opción posible, ya que se tenía que garantizar al adulto mayor la exclusividad en el momento de la entrevista.

NIVEL COMUNITARIO

Por otra parte, los recursos sociales se manifiestan como importantes factores relacionados con la aparición o no de maltrato, teniendo así que, al presentarse como deteriorado, es decir, que sean limitados los medios humanos y materiales con los que el adulto mayor dispone para poder enfrentar las necesidades que presenta en la actualidad o en un futuro existirá mayor riesgo.

Esta variable no ha sido estudiada con anterioridad para este t3pico, por lo que puede aportar informaci3n para pr3ximas investigaciones. Lo anterior se explica ya que muchas veces se confunde y utiliza como sin3nimo del soporte social, sin embargo no es as3, en concepto e interpretaci3n son diferentes. De manera general el recurso son los medios tanto humanos como materiales con los que se cuenta y el soporte o apoyo social evalúa la ayuda emocional, instrumental y econ3mica de la red social (exclusivamente el n3mero de personas cercanas de apoyo).

As3, tener un soporte social afectivo, confidencial y global bajo incrementa el riesgo de presentar maltrato entre los adultos mayores, lo que resulta consistente con lo presentado en algunos art3culos que lo demuestran.^{49,68} De esta forma, y revisando los resultados correspondientes a red social, se puede observar que su efecto favorecedor para que ocurra el evento en t3rminos que se encuentre reducida (1-2 personas) se pierde al momento de ingresarse a los diversos modelos del an3lisis mutivariado, con lo cual se suma a la evidencia en la literatura, en que a3n no queda expl3cito el papel de la red social en el maltrato,^{71,72} pero que, con lo anteriormente citado podemos inferir que es de mucho mayor relevancia los recursos y el soporte social comparados con el n3mero de personas que integran una red social.

NIVEL SOCIAL

Si bien, en la literatura son escasos los art3culos que han estudiado el estereotipo negativo de vejez en relaci3n con el maltrato, en nuestro estudio result3 como factor de riesgo evidente. Mucho ha sido mencionado de forma descriptiva pero no anal3tica, en que se ha resaltado que presentar actitudes negativas en contra de este grupo de edad puede provocar un efecto perjudicial que lo pudiera predisponer al daño en cualquiera de sus tipos.⁷⁴

Dentro de las limitaciones del estudio, se suman a las ya referidas durante el texto anterior, la dificultad para medir una confusora que involucra los trastornos de la personalidad y conductuales, y que pudiese sobreestimar la prevalencia. Sin embargo, la principal fortaleza de esta investigaci3n radica en el estudio de variables que previamente no hab3an sido analizadas, as3 como la visi3n integral que se ofrece, desde las caracter3sticas demogr3ficas individuales hasta la evaluaci3n de la conducta agresiva del adulto mayor y factores sociales mediante la aplicaci3n de instrumentos validados en su mayor3a.

XVII. CONCLUSIONES

En base a los objetivos programados para este estudio, se observó una prevalencia mayor a lo esperado, siendo ésta de un 17.64% para adultos mayores de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera” del IMSS de junio a diciembre de 2012.

Es indudable la relevancia que adquiere esta cifra, ya que representa la población que en los últimos doce meses ha presentado alguna forma de maltrato que, en cualquiera de sus tipos, se traduce en daño primariamente al individuo pero con repercusión multidimensional, incluido el institucional.

Los factores de riesgo que se encontraron con mayor asociación para el incremento en la frecuencia de maltrato, se encontraron en los cuatro niveles de estudio:

- a) Individual (estado civil, depresión, abuso de psicotrópicos)
- b) Relacional (disfunción familiar)
- c) Comunitario (recursos sociales deteriorados, soporte social bajo)
- d) Social (estereotipo de vejez negativo)

Por lo tanto, los adultos mayores con estas características son los más propensos a experimentar diversas formas de daño.

Si bien, conjuntar estos factores permite una visión más integral del problema, es necesario continuar con la investigación en este campo. Por el momento, este estudio nos da un panorama de la magnitud del maltrato en los derechohabientes de la unidad mencionada y aporta con información que puede ser considerada para crear perfiles de riesgo que nos aproximen para su identificación y poder incidir en ellos, a través de acciones que involucren al individuo, la sociedad y las Instituciones.

Los factores de tipo comunitario y social representan los elementos que se encuentran a un alcance menor, es decir, en los cuales existe mayor probabilidad de empezar a realizar acciones. Lo anterior, a través de programas que favorezcan la integración comunitaria del adulto mayor, que eviten el aislamiento social y que refuercen las redes de apoyo y recursos humanos o materiales para enfrentar mejor las dificultades que se presenten en base a las necesidades personales de salud física, mental y emocional; lo que involucra la participación del individuo y la sociedad.

Algunos programas que cumplen con dichos objetivos, se han iniciado a nivel institucional como el de Atención Domiciliaria Integral y los Centros de Día, sin embargo aún son escasos.

En base a la información proporcionada y tomando como referencia los resultados a largo plazo, facilitar la participación de los individuos de este grupo etario permitirá su integración en actividades diversas que evite el deterioro físico, mental y emocional, lo cual a su vez favorecería a la adición de más factores de riesgo que deriven finalmente en el maltrato, lo que conllevaría a perpetuar las condiciones desfavorables antes mencionadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Active ageing: a policy framework. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO / NMH/NPH/2.8)
- 2 UNFPA/ONU. Estado de la Población Mundial 2011: 7mil millones de personas su mundo, sus posibilidades. Estados Unidos de América, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2011.
- 3 Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Previsiones Demográficas Mundiales: Revisión 2010, Volumen I. ONU, 2011. (ST/ESA/SER.A/313)
- 4 Di Cesare M. El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. Santiago de Chile, CEPAL/ONU, 2011.
- 5 Huenchuan, S. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”, *Libros de la CEPAL*, No. 100, Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, 2009. (LC/G.2389-P)
- 6 Consejo Nacional de Población. Prontuario demográfico de México 2008. CONAPO, México; 2008.
- 7 Estrategia de Cooperación. [en línea]. OMS; 2006. [Revisado el 22 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/countries/mex/es>
- 8 Consejo Nacional de Población. La Situación Demográfica en México 2009. 35 años de la Política de Población. [en línea]. CONAPO, México; 2009. [Revisado el 17 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2009/01.pdf>
- 9 INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010. México; 2010.
- 10 Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2005-2006. Instituto Mexicano del Seguro Social, México; 2006. p. 30
- 11 Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010-2011. Instituto Mexicano del Seguro Social México; 2011. p. 27
- 12 Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de Organización del Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores. México; 2011. p. 3
- 13 Nuevas miradas sobre el envejecimiento. Colección Manuales y Guías. Serie Personas Mayores. No 31005. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid; 2009. p. 7.

14 Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003.

15 Hudson MF. Elder Mistreatment: a taxonomy with Definitions by Delphi. *J Elder Abuse Negl* 1991;3(2):1-20

16 Ageing. [en línea]. Geneva, World Health Organization, 2011. [Revisado el 3 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/en>.

17 McCreadie C. A review of research outcomes in elder abuse. *J Adult Protect*, 2002;4:3-8

18 Podnieks E et al. World View Environmental Scan on Elder Abuse. *J Elder Abuse Negl*, 2010, 22:164–179.

19 Pillemer K, Breckman R, Sweeney CD, Brownell P, Fulmer T, Berman J, et al. Practitioners' Views on Elder Mistreatment Research Priorities: Recommendations from a Research-to-Practice Consensus Conference. *J Elder Abuse Negl*. 2011 April; 23(2): 115–126.

20 Soares JJF, Barros H, Torres-González F, Ioannidi-Kapolou E, Lamura G, Lindert J, et al. Abuse and health in Europe. Kaunas, Lithuanian University of Health Sciences Press, 2010.

21 Stuckler D et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009, 374:315–323.

22 Violence prevention: the evidence. Geneva, World Health Organization, 2010

23 Dinesh S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Iborra-Marmolejo I, et al. European report on preventing elder maltreatment. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2011.

24 Kissal A, Beser A. Elder abuse and neglect in a population offering care by a primary health care center in Izmir, Turkey. *Soc Work Health Care* 2011, 50:158–175.

25 Podnieks E. Social inclusion: an interplay of the determinants of health – new insights into elder abuse. *J Gerontol Soc Work* 2006, 46(3–4):57–79.

26 Cohen M, Levin SH, Gaglin R, Friedman G. Elder abuse: disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *J Am Geriatr Soc*. 2007 Aug;55(8):1224-30.

-
- 27 Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing* 2008; 37:151-160
- 28 Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF). [en línea]. México; 2006. [Revisado el 2 de junio de 2011]. Disponible en: http://www.equidad.df.gob.mx/libros/adultomayor_df.pdf
- 29 Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Promoción de Salud y Envejecimiento Activo. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2002
- 30 Phus DH, Ng TW, Seow E. Epidemiology of suspected elderly mistreatment in Singapore. *Singapore Med J* 2008; 49(10):765-773.
- 31 Pillemer K, Mueller-Johnson K, Mock S, Suito J, Lachs MS. Prevention of elder mistreatment. En: Dolls LS, Bonzo SE, Mercy JA, Sleet DA, Haas EN, editors. *Handbook on injury and violence prevention*. New York: Springer; 2006. pp. 241–254.
- 32 Perel-Levin S. Discussing screening for elder abuse at primary health care level. World Health Organization. Executive Summary. [en línea]. Ginebra: OMS; 2008. [Revisado el 2 de junio de 2011]. Disponible en: www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf
- 33 Hess S. The role of health care providers in recognizing and reporting elder abuse. *J Gerontol Nurs* 2011;37(11):28-34.
- 34 Ramsay J et al. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *Br Med J* 2002, 325:314–326.
- 35 Reis M, Nahmiash D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *Gerontologist* 1998, 38:471–480.
- 36 Fulmer T et al. Elder neglect assessment in the emergency department. *J EmergNurs* 2000, 26:436–443.
- 37 Reis M, Nahmiash D. Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Can J Aging* 1995, 14:45–60.
- 38 Yaffe M et al. Development and validation of a suspicion index for elder abuse for physicians' use: results and implications: Invited presentation to the Ageing and Life Course unit of World Health Organization, Geneva, 2004. Montreal, McGill University, 2004.
- 39 Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Capítulo 10: Maltrato y negligencia, necesidades de protección. [en línea]. Costa Rica: CONAPAM; 2008.p194-204. [Revisado el 23 de mayo de 2011]. Disponible en: http://www.conapam.go.cr/ESPAM/descargas/ESPAM_cap10web.pdf

-
- 40 Rovi S, Chen PH, Vega M, Johnson MS, Mouton CP. Mapping the elder mistreatment iceberg: U.S. hospitalizations with elder abuse and neglect diagnoses. *J Elder Abuse Negl* 2009; 21(4):346-59.
- 41 Carney MT, Kahan FS, Paris B. Elder abuse: is every bruise a sign of abuse? *Mt Sinai J Med.*, 2003, 70:69–74
- 42 Biggs S, Manthorpe J, Tinker A, Doyle M, Erens B. Mistreatment of Older People in the United Kingdom: Findings from the First National Prevalence Study. *J Elder Abuse Negl*. 2009; 21(1):1-14.
- 43 Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. *Int J Nurs Stud* 2006;43:203-214.
- 44 Laumann EO, Litsch SA, Waite LJ. Elder Mistreatment in the United States: Prevalence Estimates From a Nationally Representative Study. *J Gerontol B PsycholSci Soc.* 2008 July;63(4):S248-S254.
- 45 Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health.* 2010;100:292-297. Doi:10.2105/AJPH.2009.163089
- 46 Lowenstein A, Eisikovits Z, Enosh G. Is Elder Abuse and Neglect a Social Phenomen? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *J Elder Abuse Negl* 2009;21:253-277.
- 47 Dong XQ, Simon MA, Gorbien M. Elder Abuse and Neglect in an Urban Chinese Population. *J Elder Abuse Negl.* 2007;19(3/4):79-94.
- 48 Moraes CL, Apratto-Júnior PC, Reichenheim ME. Breaking silence and its barriers: a household survey on domestic violence against the elderly within the scope of a Family Health Program in Niterói, Rio de Janeiro State, Brazil. *Cad Saude Publica*, 2008;24(10):2289-300.
- 49 Gómez-Ricárdez LA, Rodríguez-Ábrego G, Krug-Llamas E. Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México). *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2007; 42(1):27-34
- 50 Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI) ©. *J of Elder Abuse and Negl* 2008; 20(3) 000-000. In Press. Haworth Press Inc: <http://www.HaworthPress.com>

-
- 51 Organización Mundial de la Salud/Sociedad Española de Geriatria y Gerontología/Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Malos tratos a personas mayores, aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad/IMSERSO; 2007. (Serie Documentos Técnicos No. 21013).
- 52 Folstein MF, Folstein S, Mchugh Pr. Mini-Mental Sate: A Practical Method for Grading the Clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-298.
- 53 Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md Med J* 1965; 14:61-65.
- 54 Murray C.J.L.: Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years; *Bulletin of the WHO*, 1994.
- 55 Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:165-172
- 56 Tyrer P, Owen RT, Cicchetti DV. The brief scale for anxiety: A subdivision of the comprehensive psychopathological rating scale. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984; 47: 970-975.
- 57 López-Romo H, Avances AMAI: Distribución de Niveles Socioeconómicos en el México Urbano. Comité Niveles Socioeconómicos AMAI. [en línea]. México: 2005. [Revisado el 19 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.amai.org/NSE/revista-amai-articulo.pdf>
- 58 Bush K, Kivlahan DR, McDonell MS, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1789-1795.
- 59 Plutchik R, van Praag HM. A self-report measure of violence risk, II. *Compr Psychiatry* 1990; 31:450-456.
- 60 Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231-9
- 61 Guia clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Promoción de Salud y Envejecimiento Activo. Parte I: Módulos de Valoración Clínica. Módulo No. 7: Evaluación Social del Adulto Mayor. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2002, p. 92
- 62 Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; 26: 709-23.

-
- 63 Blanca MJ, Sánchez C, Trianes MV. Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Rev Mult Gerontol*. 2005;15: 212–20.
- 64 American Medical Association: Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect, Chicago 1992, AMA p 13.
- 65 Yaffe MJ, Weiss D, Wolfson C, Lithwick M. Detection and prevalence of abuse of older males: perspectives from family practice. *J Elder Abuse Negl* 2007;19(1-2):47-60.
- 66 Schiamberg LB, Gans, DM. Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *Int J Aging Hum Dev* 2000; 50 (4): 329-59.
- 67 Rangel-López LE. El anciano maltratado. En: *Prevención de la Violencia, Atención a Grupos Vulnerables y los Derechos Humanos. Los derechos de las personas de la tercera edad*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos;2003. p. 35-41.
- 68 Shugarman LR, Fries BE, Wolf R, Morris JN. Identifying Older People at Risk of Abuse During Routine Screening Practices. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(1):24-31.
- 69 Cham GWM, Seow E. The Pattern of Elderly Abuse Presenting to an Emergency Department. *Singapore Med J* 2000;41(12):571-574.
- 70 Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalence and diagnosis of depression in Mexico. *Salud Pública Mex*. 2005; 47 Suppl1: S4-11.
- 71 De la Revilla L.. La disfunción familiar. *Aten Primaria* 1992; 19:582-583
- 72 Ruíz-Sanmartín A, Altet-Torner J, Porta-Martí N, Duaso-Izquierdo P, Coma-Solé M, Requesens N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Prim* 2001;27(5):331-34.
- 73 Kleinschmidt KC. Elder Abuse: A review. *Ann Emer Med* 1997;30(4):463-472.
- 74 Wood S, Bellis MA, Penhale B, Passman R. Elder Abuse: a review of evidence for prevention. Liverpool, U.K., Center for Public Health, 2010, p.8

ANEXOS

RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencias relativas los adultos mayores encuestados en las colonias del área de influencia de la UMF No. 28 "Gabriel Mancera" del IMSS, Junio-Diciembre 2012

No.	Colonia	n	%
1	Acacias	28	4.12
2	Ampliación Nápoles	24	3.53
3	Independencia	40	5.88
4	Letrán Valle	60	8.82
5	Nápoles	108	15.88
6	Narvarte	172	25.29
7	Pedro María Anaya	36	5.29
8	Portales	104	15.29
9	Santa Cruz Atoyac	60	8.82
10	Vértiz Narvarte	48	7.06
	Total	680	100

Cuadro 2. Frecuencias relativas de las principales causas de enfermedad referidas por la población de estudio de la UMF No. 28 "Gabriel Mancera" del IMSS, Junio-Diciembre 2012

No.	Clave CIE	Descripción	No. Casos	Frecuencia
1	E76 - E78	Trastorno metabólico de lípidos	249	36.6
2	I05 - I15	Enfermedades hipertensivas	236	34.7
3	M16 - M19	Osteoartritis	171	25.1
4	E10 - E14	Diabetes mellitus y complicaciones	166	24.4
5	K00 - K93	Enfermedades del aparato digestivo	107	15.7
6	J40 - J47	Enfermedades respiratorias inferiores	82	12.1
7	I20 - I25	Enfermedades isquémica del corazón	80	11.8
8	I80 - I89	Enfermedades de venas, vasos y nodos linfáticos	60	8.8
9	N40 - N42	Enfermedades de los órganos genitales masculinos (próstata)	49	7.2
10	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	35	5.1
		Otros ¹	186	27.3

NOTA. La suma de los casos , no es igual al número de pacientes estudiados, debido a que puede cursar con más de una comorbilidad

¹ Otros incluye: Desórdenes de la glándula tiroides (n=31), Enfermedad de Parkinson y otros trastornos extrapiramidales y del movimiento (n=29), Fracturas (n=26), Desórdenes de la densidad y estructura óseas (n=23), Neoplasias (n=20), Luxaciones (n=15), Trastornos del oído (n=15), Trastornos del ojo y anexos (n=14), Artritis reumatoide (n=13)

Tabla 1. Prevalencia de maltrato en base a las características demográficas (nivel individual) de los adultos mayores adscritos a UMF No. 28 "Gabriel Mancera", Junio-Diciembre 2012

Variable	n (%)	Maltrato		Prevalencia %	IC _{95%}
		Si	No		
Usuario servicios de UMF	524 (77.1)	87	437	12.79	(10.49 - 15.52)
No usuario de servicios	156 (22.9)	33	123	4.85	(3.48-6.74)
Sexo					
Hombres	248 (36.5)	50	198	7.35	(5.62 - 9.56)
Mujeres	432 (63.5)	70	362	10.29	(8.23 - 12.81)
Grupos de edad (años)					
60-69	260 (38.2)	46	214	6.76	(5.11 - 8.91)
70-79	263 (38.7)	44	219	6.47	(4.86 - 8.58)
80 y más	157 (23.1)	30	127	4.41	(3.11 - 6.23)
Estado civil					
Viudo	237 (34.9)	48	189	7.06	(5.37 - 9.23)
Casado	266 (39.1)	32	234	4.71	(3.35 - 6.57)
Soltero	94 (13.8)	16	78	2.35	(1.45 - 3.79)
Divorciado	36 (5.3)	10	26	1.47	(2.62 - 5.54)
Separado	30 (4.4)	10	20	1.47	(0.80 - 2.69)
Unión libre	17 (2.5)	4	13	0.59	(0.23 - 1.5)
Escolaridad					
Sin educación formal	29 (4.3)	8	21	1.18	(0.59 - 2.30)
Primaria	170 (25)	34	136	5.00	(3.60 - 6.91)
Secundaria	108 (15.8)	21	87	3.09	(2.03 - 4.67)
Preparatoria o equivalente	196 (28.8)	29	167	4.26	(2.99 - 6.06)
Profesional	152 (22.4)	26	126	3.82	(2.62 - 5.54)
Posgrado	25 (3.7)	2	23	0.29	(0.08 - 1.07)
Actividad laboral/Ocupación					
No	255 (37.5)	55	200	8.09	(6.27 - 10.38)
Hogar	224 (32.9)	31	193	4.56	(3.23 - 6.4)
Empleado	107 (15.7)	20	87	2.94	(1.91 - 4.5)
Patrón	38 (5.6)	4	34	0.59	(0.23 - 1.5)
Comerciante	38 (5.6)	8	30	1.18	(0.6 - 2.3)
Estudiante	5 (0.74)	0	5	-	-
Otro	13 (1.9)	2	11	0.29	(0.08 - 1.07)
Nivel socioeconómico					
Bajo (< \$6,800)	218 (32.1)	49	169	7.21	(5.49 - 9.4)
Medio (\$6,800-\$34,999)	372 (54.7)	57	315	8.38	(6.53 - 10.71)
Alto (≥ \$35,000)	90 (13.2)	14	76	2.06	(1.23 - 3.43)
Vivienda					
Propia	431 (63.4)	72	359	10.59	(8.49 - 13.13)
Prestada	146 (21.5)	32	114	4.71	(3.35 - 6.6)
Arrendamiento - en pago	103 (15.1)	16	87	2.35	(1.45 - 3.79)

Tabla 2. Prevalencia de maltrato en base a las características biológicas (nivel individual) de los adultos mayores adscritos a UMF No. 28 "Gabriel Mancera", Junio-Diciembre 2012

Variable	n (%)	Maltrato		Prevalencia %	IC _{95%}
		Si	No		
Grupos de edad (años)					
60-69	260 (38.2)	46	214	6.76	(5.11 - 8.91)
70-79	263 (38.7)	44	237	6.47	(4.86 - 8.58)
80 y más	157 (23.1)	30	109	4.41	(3.11 - 6.23)
Presencia de morbilidades					
Si	588 (86.5)	112	476	16.47	(13.88 - 19.45)
No	92 (13.5)	8	84	1.18	(0.6 - 2.3)
No. Morbilidades					
0	92 (13.5)	8	84	1.18	(0.6 - 2.3)
1	117 (17.2)	18	99	2.65	(1.68 - 4.15)
2	155 (22.8)	27	128	3.97	(2.74 - 5.72)
3 o más	316 (46.5)	67	249	9.85	(7.83 - 12.32)
Discapacidad ponderada (T. Murray)					
Sin discapacidad (<0.096)	358 (52.6)	45	313	6.60	(1.01 - 3.06)
Leve (0,096-0,220)	143 (21.02)	30	113	4.40	(7.31 - 11.68)
Moderada (0,221-0,600)	147 (21.6)	36	111	5.29	(3.85 - 7.24)
Grave (> 0.601)	32 (4.7)	9	23	1.32	(0.7 - 2.5)
Estado funcional (EAVD Barthel)					
Con alteración (< 95 puntos)	318 (46.7)	65	253	9.56	(6.66 - 10.87)
Sin alteración (> 95 puntos)	362 (53.2)	55	307	8.09	(6.27 - 10.38)
Estado emocional					
Ansiedad (Escala de Tyrer)					
Sin ansiedad (< 10 puntos)	620 (91.2)	99	521	14.56	(12.11 - 17.41)
Con ansiedad (10-39 puntos)	60 (8.7)	21	40	3.09	(2.03 - 4.68)
Depresión					
Sin depresión (< 6 puntos)	630 (92.6)	100	530	14.71	(12.24 - 17.57)
Con depresión (> 6 puntos)	50 (7.4)	20	30	2.94	(1.9 - 4.5)

Tabla 3. Prevalencia de maltrato en base a las características de historia personal (nivel individual) de los adultos mayores adscritos a UMF No. 28 "Gabriel Mancera", Junio-Diciembre 2012

Variable	n (%)	Maltrato		Prevalencia %	IC _{95%}
		Si	No		
Antecedente de hospitalización					
No	483 (71)	72	411	10.59	(8.5 - 13.13)
Si	197 (29.0)	48	149	7.06	(5.37 - 9.23)
Causas de hospitalización					
Descontrol patología base	125 (18.3)	25	100	3.68	(2.5 - 5.37)
Caídas	62 (9.1)	19	43	2.79	(1.8 - 4.32)
Cirugías e infecciones	39 (5.7)	11	28	1.62	(0.91 - 2.87)
Otros (Quemaduras, accidente vehicular, intoxicaciones)	11 (1.6)	2	9	0.29	(0.08 - 1.07)
Uso de medicamentos					
Si	601 (88.4)	112	489	16.47	(13.87 - 19.45)
No	79 (11.6)	8	71	1.18	(0.6 - 2.3)
Uso de medicamentos					
Sin polifarmacia (1 a 3)	418 (61.5)	64	354	9.41	(7.44 - 11.84)
Con polifarmacia (≥ 4)	262 (38.5)	56	206	8.24	(6.4 - 10.54)
Abuso de psicotrópicos					
No	76 (11.2)	17	59	17.50	(11.24 - 26.3)
Si	21 (3.1)	12	9	12.40	(7.78-25.6)
Evento traumático previo (<1 año)					
Si	415 (21.9)	91	324	13.38	(11.03 - 16.15)
No	265 (10.9)	29	236	4.26	(2.99 - 6.06)
Tipo de evento traumático					
Fallecimiento persona cercana	222 (32.6)	57	165	8.38	(6.53 - 10.71)
Deterioro físico	147 (21.6)	32	115	4.71	(3.35 - 6.57)
Pérdida material	63 (9.3)	17	46	2.50	(1.57 - 3.97)
Divorcio o separación	3 (0.4)	3	0	0.44	(0.15 - 1.29)
Consumo previo de alcohol					
Sin consumo	282 (41.5)	42	240	6.18	(4.6 - 8.24)
Frecuente	85 (12.5)	32	53	4.71	(3.35 - 6.57)
Regular	136 (20)	26	110	3.82	(2.62 - 5.54)
Bajo	177 (26)	20	157	2.94	(1.91 - 4.5)
Consumo actual de alcohol (AUDIT - C)					
Sin consumo	467 (68.7)	80	387	11.76	(9.56 - 14.4)
No riesgo	177 (26)	32	145	4.71	(3.35 - 6.57)
Consumo de riesgo	36 (5.3)	8	28	1.18	(0.6 - 2.3)
Conducta agresiva (Escala de Plutchik)					
No (<4)	539 (79.3)	85	454	12.50	(10.22 - 15.2)
Si (≥ 4)	141 (20.7)	35	106	5.15	(3.72 - 7.37)

Tabla 4. Prevalencia de maltrato en base a las características del nivel relacional de los adultos mayores adscritos a UMF No. 28 "Gabriel Mancera", Junio-Diciembre 2012

Variable	n (%)	Maltrato		Prevalencia %	IC _{95%}
		Si	No		
Funcionalidad familiar actual					
Adecuada	329 (48.4)	24	305	3.53	(2.38 - 5.2)
Disfunción leve	273 (40.1)	58	215	8.53	(6.66 - 10.87)
Disfunción moderada	61 (9)	29	32	4.26	(2.99 - 6.06)
Disfunción severa	17 (2.5)	9	8	1.32	(0.7 - 2.5)
Formas de convivencia					
Solo	151 (22.2)	36	115	5.29	(3.84 - 7.24)
Familiares directos (pareja, hijos, nietos)	394 (57.9)	60	334	8.82	(6.92 - 11.2)
Familiares indirectos o allegados (cuidador, amistad)	135 (19.9)	24	111	3.53	(2.38 - 5.2)
Abuso de sustancias de convivientes					
No	466 (68.5)	64	402	9.41	(7.44 - 11.84)
Si	63 (9.3)	20	43	2.94	(1.91 - 4.5)
Con cuidador					
No	567 (83.4)	101	466	14.85	(12.38 - 17.72)
Si	113 (16.6)	19	94	2.79	(1.8 - 4.32)
Relación cuidador					
Familiar/Amistad	64 (56.6)	10	54	1.47	(0.80 - 2.69)
Personal contratado	49 (43.4)	9	40	1.32	(0.7 - 2.5)
Estrés del cuidador					
No (<11)	70 (10.3)	12	58	1.76	(1.01 - 3.06)
Si (≥ 11)	43 (6.3)	7	36	1.03	(0.5 - 2.11)
Interdependencia					
Familiares dependientes	335 (49.3)	68	267	10.00	(7.97 - 12.48)
Familiares autónomos	345 (50.7)	52	293	7.65	(5.88 - 9.9)
Tipo de dependencia					
Económica	114 (16.8)	31	83	4.56	(3.23 - 6.4)
Vivienda	34 (5)	6	28	0.88	(0.4 - 1.91)
Cuidado	97 (14.3)	18	79	2.65	(1.68 - 4.15)
Más de una	90 (13.2)	13	77	1.91	(1.12 - 3.24)
Relación con dependientes					
Familiares directos	310 (92.5)	62	248	9.12	(7.18 - 11.52)
Familiares indirectos	25 (7.5)	6	19	0.88	(0.4 - 1.91)

Tabla 5. Prevalencia de maltrato en base a las características del nivel comunitario y social de los adultos mayores adscritos a UMF No. 28 "Gabriel Mancera", Junio-Diciembre 2012

Variable	n (%)	Maltrato		Prevalencia %	IC _{95%}
		Si	No		
Recursos sociales (OARS-MFA)					
Medianamente deteriorados	148 (21.8)	57	91	8.38	(6.53 - 10.71)
Excelentes	483 (71)	38	445	5.59	(4.1 - 7.58)
Muy deteriorados	42 (6.2)	20	22	2.94	(1.91 - 4.5)
Sin recursos	7 (1)	5	2	0.74	(0.31 - 1,71)
Red social					
Reducida (1-2 personas)	216 (31.8)	69	147	10.15	(8.1 - 12.65)
Mediana (3-4)	259 (38.1)	32	227	4.71	(3.35 - 6.57)
Amplia (≥ 5)	205 (30.1)	19	186	2.79	(1.8 - 4.32)
Soporte social (Escala Duncke-UNK 11)					
Afectivo					
Bajo	132 (19.4)	66	66	9.71	(7.7 - 12.6)
Normal	548 (80.6)	54	494	7.94	(6.14 - 10.22)
Confidencial					
Bajo	91 (13.4)	53	38	7.79	(6.01 - 10.05)
Normal	589 (86.6)	67	522	9.85	(7.83 - 12.32)
Global					
Bajo	71 (10.44)	52	19	7.64	(5.88 - 9.9)
Normal	609 (89.55)	68	541	10	(7.96 - 12.48)
Participación en actividades comunitarias					
No	421 (61.9)	90	331	13.24	(10.9 - 16)
Si	259 (38.1)	30	229	4.41	(3.11 - 6.23)
Apoyo institucional en actividades comunitarias					
No	653 (61.8)	118	535	17.35	(14.69 - 20.38)
Si	27 (4.0)	2	25	0.29	(0.08 - 1.07)
Nivel social					
Estereotipo de vejez (CENVE)					
Negativo	322 (47.4)	99	223	14.56	(12.11 - 17.41)
Positivo	358 (52.6)	21	337	3.09	(2.03 - 4.67)

Tabla 6. Principales características de las variables continuas y discretas y puntuaciones de cuestionarios aplicados durante la encuesta

Variable	Mediana	p* 25	P 75	Mínimo	Máximo
Edad	72	67	79	60	98
No. Morbilidades	2	1	3	0	8
Ponderación de discapacidad	0.074	0.033	0.236	0	0.966
No. Hospitalizaciones	0	0	1	0	4
No. Medicamentos	3	1	4	0	11
No. Personas como red social	3	2	5	1	15
No. Actividades comunitarias	0	0	1	0	3
Puntajes					
Estado funcional	100	90	100	20	100
Estado cognitivo	17	16	18	14	19
Ansiedad	4	2	6	0	22
Depresión	2	1	4	0	12
Conducta agresiva	2	1	3	0	10

* Percentil

Tabla 7. Prevalencia global y específica de maltrato en los adultos mayores de la UMF No. 28 "Gabriel Mancera", Junio-Diciembre 2012

Variable	n	Casos	Prevalencia	IC _{95%}
Maltrato¹				
Global	680	120	17.65	(14.97 - 20.69)
Psicológico	680	82	12.06	(9.82 - 14.72)
Financiero	680	32	4.71	(3.35 - 6.57)
Negligencia	680	30	4.41	(3.11 - 6.23)
Físico	680	3	0.44	(0.15 - 1.29)
Sexual	680	1	0.15	(0.026 - 0.83)
Severidad				
Acto único	148 ^a	91	61.49	(53.45 - 68.44)
Medianamente recurrente	148	38	25.68	(19.31 - 33.27)
Altamente recurrente	148	19	12.84	(8.37 - 19.18)
Perpetrador¹				
Conocido ²	148	47	31.76	(24.8 - 39.64)
Hijo	148	38	25.68	(19.32 - 33.27)
Sobrino	148	18	12.16	(7.83- 18.41)
Pareja	148	16	10.81	(6.76 - 16.84)
Personal salud	148	13	8.78	(5.21 - 14.45)
Hermano	148	9	6.08	(3.23 - 11.15)
Amistad	148	9	6.08	(3.23 - 11.15)

¹La suma del número de casos de las categorías específicas excede el número total debido a la presencia de más de un tipo de maltrato o perpetrador por cada caso

² Incluye: vecino, compañeros de trabajo

^aEl denominador se refiere al total de formas de maltrato

Tabla 8. Razón de momios de prevalencia cruda de las variables demográficas y biológicas del nivel individual asociadas a maltrato en población de adultos mayores de la UMF 28 "Gabriel Mancera",

Variable	MALTRATO		Chi ² *	RM	IC _{95%}	p
	SI	NO				
Sexo						
Mujeres	70	362		1		
Hombres	50	198	1.70	1.31	(0.87 - 1.95)	0.193
Grupos de edad (años)						
60 - 74 años	75	343		1		
≥75 años	45	217	0.07	0.95	(0.631-1.424)	0.798
Estado civil						
Con pareja	32	234		1		
Sin pareja	88	326	9.49	1.97	(1.27 - 3.06)	<0.05
Escolaridad						
Media-Superior	57	316		1		
Básica	55	223	1.56	1.31	(0.883 - 1.951)	0.155
Actividad laboral/Ocupación						
Si	65	360		1		
No	55	200	4.32	1.52	(1.022-2.269)	<0.05
Nivel socioeconómico (Ingreso-AMAI)						
Medio - Alto	71	391		1		
Bajo (< \$6,800)	49	169	1.34	1.30	(0.862 - 1.971)	0.248
Vivienda						
Propia	72	359		1		
No propia	48	201	2.41	1.19	(0.795 - 1.783)	0.299
Presencia de morbilidades						
No	8	84		1		
Si	112	476	5.87	2.47	(1.163 - 5.25)	<0.05
No. Morbilidades						
0	8	84		1		
1 a 2	45	227		2.08	(0.942 - 4.598)	
3 o más	67	249	5.17	2.83	(1.303 - 6.125)	<0.05
Discapacidad ponderada						
Sin discapacidad (<0.096)	45	313		1		
Con discapacidad (≥0.096)	75	247	13.41	2.11	(1.4-3.16)	<0.05
Estado funcional						
Sin alteración	55	307		1		
Con alteración	65	253	3.21	1.43	(0.965 - 2.130)	0.073
Estado emocional						
Ansiedad						
No	99	521		1		
Si	21	39	13.64	2.83	(1.60 - 5.023)	< 0.0001
Depresión						
No	100	530		1		
Si	20	30	18.56	3.53	(1.93 - 6.47)	< 0.0001

* Chi cuadrada de Pearson

☐ Chi cuadrada de Mantel-Haenszel

Tabla 9. Razón de momios de prevalencia cruda de las variables de historia personal del nivel individual asociadas a maltrato en población de adultos mayores de la UMF 28 "Gabriel Mancera", Junio - Diciembre 2012

Variable	MALTRATO		Chi ²	RM	IC _{95%}	Valor de p
	SI	NO				
Antecedente de hospitalización						
No	72	411		1		
Si	48	149	8.61	1.84	(1.22 - 2.772)	<0.05
Uso de medicamentos						
No	8	71		1		
Si	112	489	3.48	2.03	(0.951 - 4.343)	0.062
Polifarmacia						
No	64	354		1		
Si	56	206	4.07	1.50	(1.010 - 2.238)	<0.05
Abuso de psicotrópicos						
No	17	59		1		
Si	12	9	9.49	4.63	(1.671 - 12.818)	<0.05
Evento traumático previo (<1 año)						
No	29	236		1		
Si	91	324	13.427	2.286	(1.457 - 3.586)	< 0.0001
Consumo previo de alcohol						
No	42	240		1		
Si	78	320	2.51	1.39	(0.924 - 2.1)	<0.05
Consumo actual de alcohol						
No	80	387		1		
Si	40	173	0.27	39.73	(0.735 -1.702)	0.601
Conducta agresiva						
No	85	454		1		
Si	35	106	6.30	1.764	(1.128 - 2.757)	<0.05

* Chi cuadrada de Pearson

☒ Chi cuadrada de Mantel-Haenszel

Tabla 10. Razón de momios de prevalencia cruda de las variables del nivel relacional asociadas a maltrato en población de adultos mayores de la UMF 28 "Gabriel Mancera", Junio - Diciembre 2012

Variable	MALTRATO		Chi ²	RM	IC _{95%}	Valor de p
	SI	NO				
Funcionalidad familiar actual						
Adecuada	24	305		1		
Con disfunción	96	255	47.00	4.78	(2.969 - 7.71)	< 0.0001
Formas de convivencia						
Solo	36	115		1		
Con compañía	84	445	5.12	0.60	(0.388 - 0.937)	< 0.05
Abuso de sustancias de convivientes						
No	64	402		1		
Si	20	43	13.48	2.92	(1.616 - 5.283)	< 0.0001
Con cuidador						
No	101	466		1		
Si	19	94	0.07	0.93	(0.545 - 1.597)	0.799
Relación cuidador						
Familiar/Amistad voluntario	10	54		1		
Personal contratado	9	40	0.15	1.22	(0.452 - 3.267)	0.699
Estrés del cuidador						
No (<11)	12	58		1		
Si (≥ 11)	7	36	0.14	0.94	(0.339 - 2.608)	0.905
Interdependencia						
Familiares autónomos	52	293		1		
Familiares dependientes	68	267	3.19	1.44	(0.964 - 2.135)	< 0.05
Tipo de dependencia						
Asistencial	23	104		1		
Económica-Vivienda	45	163	0.61	1.25	(0.714 - 2.184)	0.074
Relación con dependientes						
Familiares indirectos	6	19		1		
Familiares directos	62	248	0.23	0.79	(0.303 - 2.066)	0.632

Tabla 11. Razón de momios de prevalencia cruda de las variables del nivel comunitario y social asociadas a maltrato en población de adultos mayores de la UMF 28 "Gabriel Mancera", Junio - Diciembre 2012

Variable	MALTRATO		Chi ²	RM	IC _{95%}	Valor de p
	SI	NO				
Recursos sociales						
Excelentes	38	445		1		
Deteriorados	82	115	109.72	8.35	(5.4 - 12.912)	< 0.00001
Red social						
Mediana-Amplia (≥3)	51	413		1		
Reducida (1-2)	69	147	43.03	[□] 3.80	(1.528 - 5.716)	< 0.00001
Soporte social						
Afectivo						
Normal	54	494		1		
Bajo	66	66	115.06	[□] 9.15	(5.88 - 14.232)	< 0.0001
Confidencial						
Normal	67	522		1		
Bajo	53	38	115.76	[□] 10.87	(6.670 - 17.704)	< 0.0001
Global						
Normal	68	541		1		
Bajo	52	19	164.10	[□] 21.77	(12.157 - 38.998)	< 0.0001
Participación en actividades comunitarias						
SI	30	229		1		
No	90	331	10.59	2.08	(1.328 - 3.243)	< 0.05
Apoyo institucional en actividades comunitarias						
SI	2	25		1		
No	118	535	2.03	2.76	(0.644 - 11.801)	0.154
Estereotipo de vejez						
Positivo	21	337		1		
Negativo	99	223	72.20	7.12	(4.320 - 11.750)	< 0.0001

* Chi cuadrada de Pearson

[□] Chi cuadrada de Mantel-Haenszel

Tabla 12. Diferencia de medianas de las variables biológicas, de historia personal y del nivel comunitario de los adultos mayores con maltrato

Variable	U Mann-Whitney	Z	Valor p
Edad	33514.5	-0.04	0.97
No. Morbilidades	226904	-3.49	0.0005
Ponderación de discapacidad	26031.5	-3.90	<0.0001
Puntaje del estado funcional	29440.5	-2.32	0.02
Puntaje del estado cognitivo	32269	-0.70	0.49
Puntaje de Ansiedad	27558.5	-3.15	0.002
Puntaje de Depresión	24189.5	-4.89	<0.0001
Puntaje de Conducta agresiva	27675.5	-3.09	0.002
No. Hospitalizaciones	29044	-2.95	0.003
No. Medicamentos	27682	-3.06	0.002
No. Personas como red social	21028.5	-6.55	<0.0001
No. Actividades comunitarias	27943	-3.36	0.001

Tabla 13. Análisis multivariado a partir de un modelo de regresión logística de las variables de los cuatro niveles de estudio asociadas con maltrato en adultos mayores adscritos a la UMF No. 28 "Gabriel Mancera", Junio-Diciembre 2012 ¹

Variable	RMP	IC 95%	Valor p
Sin pareja	8.24	1.06 - 64.03	0.04
Depresión	9.36	1.37 - 64.04	0.02
Antecedente de hospitalización	0.57	0.12 - 2.78	0.49
Abuso de psicotrópicos	9.60	1.66 - 55.49	0.01
Evento traumático previo (<1 año)	2.28	0.40 - 13.02	0.35
Conducta agresiva	0.29	0.04 - 1.98	0.20
Recursos Sociales Deteriorados	9.41	1.29 - 68.57	0.03
Red social Reducida (1-2)	0.69	0.11 - 4.52	0.70
Soporte Afectivo Bajo	5.13	0.76 - 34.51	0.09
Soporte Confidencial Bajo	11.45	0.99 - 136.9	0.05
Soporte Global Bajo	0.17	0.02 - 1.85	0.15
Sin participación en actividades comunitarias	1.15	0.27 - 4.87	0.85
Estereotipo de vejez negativo	5.63	0.99 - 32.52	0.05

¹ Ajustado por edad y sexo

Modelo con estimador de máxima verosimilitud 60.83 ; $p < 0.0001$ y r^2 0.635

Tabla 14. Análisis multivariado a partir de un modelo de regresión logística de las variables del nivel relacional, comunitario y social asociadas con maltrato en adultos mayores adscritos a la UMF No. 28 "Gabriel Mancera", Junio-Diciembre 2012 ¹

Variable	RMP ¹	IC 95%	Valor p
Disfuncionalidad familiar	2.07	1.17 - 3.65	<0.01
Recursos sociales deteriorados	2.19	1.22 - 3.92	<0.001
Red Social Reducida (1-2)	0.97	0.55 - 1.71	0.92
Soporte Afectivo Bajo	2.73	1.45 - 5.10	<0.01
Soporte Confidencial Bajo	3.45	1.71 - 7.00	<0.001
Soporte Global Bajo	2.85	1.26 - 6.44	<0.01
Sin participación en actividades comunitarias	1.41	0.81 - 2.47	0.23
Estereotipo de vejez negativo	3.61	2.02 - 6.45	<0.001

¹ Ajustado por edad, sexo y abuso de psicotrópicos

Modelo ajustado por sexo y edad con razón de verosimilitud 411.28 y valor $p < 0.0001$ y r^2 0.46

Figura 1.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“PREVALENCIA DE MALTRATO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 Gabriel Mancera , 2012”

Estudio que se desarrollará en el área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, a partir del septiembre del 2012 al 30 de enero del 2012. Registrado ante la Comisión Nacional de Investigación del IMSS, con el número:

El objetivo principal del estudio es conocer la frecuencia de maltrato en el adulto mayor derechohabiente del IMSS, adscritos a la U.M.F. No. 28, y los factores asociados, en base a los niveles individuales, relacionales, comunitarios y sociales.

Es importante conocer la magnitud del maltrato en el adulto mayor y los factores que se relacionan con ello para dimensionar el problema y que en el futuro se mejore la identificación de casos y realicen programas de apoyo.

En caso que usted acepte participar en el estudio, éste se llevará a cabo una entrevista directa con una duración aproximada de una hora, la cual será administrada por el investigador, quien podrá resolver sus dudas respecto al cuestionario aplicado.

Durante la entrevista puede presentarse fatiga, sentimiento de tristeza y/o angustia, los cuales podrán ser expresados libremente.

Al participar en el estudio el posible beneficio que recibirá será la atención y asesoría que corresponda y mejor convenga a usted. En caso de existir sospecha de maltrato se dará información sobre el tema por medio de un díptico en donde se incluirán teléfonos de asistencia médica y de la Unidad de Medicina Familiar No. 28.

Su participación consistirá exclusivamente en proporcionar información, la cual con toda seguridad se manejará confidencialmente; en cualquier momento que usted lo determine puede renunciar al estudio, sin que por ello se vean afectadas las prestaciones médicas percibidas por parte del IMSS.

Ratifico que no se me ha obligado o inducido a tomar la decisión de participar. Por lo cual manifiesto a través de este documento mi ACEPTACIÓN DE PARTICIPACIÓN.

Nombre y firma del participante

TESTIGO 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

TESTIGO 2


Nombre, dirección, relación y firma

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Titular: Dra. Gabriela Rodríguez Ábrego
Colaboradora: Dra. María del Carmen Silva Escamilla
HGR No. 1 “Carlos Mc Gregor Sánchez Navarro”
Tels. 56-39-58-22 Ext. 20555

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: comision.etica@imss.gob.mx

CUESTIONARIO. Figura 2

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO A CONTINGENCIAS PREVALENCIA DE MALTRATO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA", 2012	
FOLIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
I. DATOS GENERALES	
N.S.S. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de entrevista: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Domicilio: _____	
II. FACTORES INDIVIDUALES	
CÓDIGOS	
1. ¿Cuántos años cumplidos tiene? <input type="text"/> años	1 <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Sexo: 1. Masculino 2. Femenino	2 <input type="text"/>
Demográficas	
3. ¿Cuál es su estado civil actual? 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo(a) 5. Divorciado(a) 6. Separado(a)	3 <input type="text"/>
4. ¿Usted sabe leer y escribir? 1. Si 2. No	4 <input type="text"/>
5. ¿Cuál es el grado máximo que usted estudió? 1. Sin asistencia a plantel formativo 2. Primaria completa 3. Primaria incompleta 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Preparatoria incompleta 7. Preparatoria o equivalente completo 8. Profesional 9. Posgrado	5 <input type="text"/>
6. Actualmente, ¿usted tiene alguna actividad laboral u ocupación? 1. Sí 2. No	6 <input type="text"/>
7. ¿Cuál es su actividad laboral actual u ocupación? 1. Ama de casa 2. Empleado(a) 3. Obrero(a) 4. Jornalero(a) 5. Patron(a) 6. Comerciante 7. Estudiante 8. Otro, especifique: _____	7 <input type="text"/>
8. Para la actividad anterior, ¿usted recibe pago o remuneración económica? 1. Sí 2. No	8 <input type="text"/>
9. ¿De qué forma obtiene usted sus ingresos económicos? <i>Puede incluir más de una opción</i> 1. Salario por trabajo Pensión: 2. Por jubilación 3. Por invalidez 4. Gubernamental 5. Del cónyuge 6. Por viudez 7. Rentas 8. Familiares 9. Otro, especifique _____ 10. Ninguno	9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10. ¿Su vivienda es: a) Casa: 1. Propia 2. Rentada 3. Prestada 4. En pagos b) Depto: 5. Propio 6. Rentado 7. Prestado 8. En pagos c) Habitación 9. Propia 10. Rentada 11. Prestada 12. En pagos	10 <input type="text"/>
11. ¿Cuál es el total de ingreso familiar que se obtiene al mes? <i>Ingreso familiar incluye únicamente a las personas que viven en el mismo hogar que el adulto mayor y que contribuyen con los gastos del hogar</i> 1. Menor a \$2,700 2. De \$2,700 a menos de \$6,800 3. De \$6,800 a menos de \$11,600 4. De \$11,600 a menos de \$35,000 5. De \$35,000 a menos de \$85,000 6. Mayor a \$85,000	11 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Biológicas	
12. ¿Padece usted alguna enfermedad o en alguna ocasión, un médico le ha dicho que tiene usted alguna enfermedad? 1. Si 2. No (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 14)	12 <input type="text"/>

13 ¿Cuál de las siguientes enfermedades o complicaciones le han comentado que usted presenta?						
1. Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> 1.1 Pie diabético <input type="checkbox"/> 1.2 Retinopatía <input type="checkbox"/> 1.3 Neuropatía	<input type="checkbox"/> 1.4 Nefropatía <input type="checkbox"/> 1.5 Amputaciones				
2. Hipertensión arterial sistémica						
3. Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/> 3.1 Primer evento 28 días <input type="checkbox"/> 3.2 Recuperado	<input type="checkbox"/> 3.3 No recuperado				
4. Cardiopatía	<input type="checkbox"/> 4.1 Isquemia o Infarto miocárdico <input type="checkbox"/> 4.2 Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> 4.3 Angina de pecho				
5. Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/> 5.1 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) <input type="checkbox"/> 5.2 Asma <input type="checkbox"/> 5.3 Infecciones respiratorias altas (de repetición) <input type="checkbox"/> 5.4 Infecciones respiratorias bajas (neumonías de repetición)					
6. Enfermedades urológicas	<input type="checkbox"/> 6.1 Nefritis / nefrosis <input type="checkbox"/> 6.2 Hipertrofia prostática benigna	<input type="checkbox"/> 6.3 Insuficiencia renal crónica				
7. Artritis o reumatismo	<input type="checkbox"/> 7.1 Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> 7.2 Osteoartritis de rodilla	<input type="checkbox"/> 7.3 Osteoartritis de cadera				
8. Ortopédicas	<input type="checkbox"/> 8.1 Fractura Especifique sitio: _____ <input type="checkbox"/> 8.2 Luxaciones Especifique sitio: _____ <input type="checkbox"/> 8.3 Amputaciones Especifique sitio: _____					
9. Cáncer	<input type="checkbox"/> 9.1 Preterminal Especifique sitio: _____ <input type="checkbox"/> 9.2 Preterminal Especifique sitio: _____					
10. Otras metabólicas	<input type="checkbox"/> 10.1 Hipertrigliceridemia <input type="checkbox"/> 10.2 Hipercolesterolemia					
11. Otras, especifique: _____						
14. Actualmente, ¿usted toma algún medicamento?						
1. Si 2. No (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 17)						
Le voy a pedir de favor que me muestre la receta y/o medicamentos que usted toma:						
15. Tipo de medicamento:	<i>Puede incluir más de una opción</i>					
1. Vitamínicos	8. Vasodilatadores					
2. Antihipertensivos	9. Hipolipemiantes					
3. Hipoglucemiantes	10. Expectorantes					
4. AINES	11. Antigotosos					
5. Antiagregantes plaquetarios	12. Psicotrónicos	** En caso negativo pasar a pregunta 17				
6. Antiácidos	13. Otros, especifique:					
7. Diuréticos						
En el caso de uso de medicamentos psicotrónicos, conteste:						
ABUSO DE MEDICAMENTOS						
16.1 Estos medicamentos, conocidos como psicotrónicos ¿fueron indicados por algún médico?	<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </table>	SI	NO	1	4	16.1
SI	NO					
1	4					
16.2 ¿ En los últimos doce meses usted ha incrementado el número de tomas al día de alguno de estos medicamentos, sin indicación médica?	<table border="1"> <tr> <td>2</td> <td>0</td> </tr> </table>	2	0	16.2		
2	0					
16.3 ¿ En los últimos doce meses usted ha incrementado el número de pastillas que toma de alguno de estos medicamentos, sin indicación médica?	<table border="1"> <tr> <td>2</td> <td>0</td> </tr> </table>	2	0	16.3		
2	0					
HOSPITALIZACIONES						
17. ¿En los últimos doce meses, usted ha sido hospitalizado de emergencia?		17				
1. Si 2. No (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 21)						
18. ¿En cuántas ocasiones fue hospitalizado?	<input type="text"/> veces	18				

ESTADO EMOCIONAL				
23. ESCALA DE YESAVAGE		SI	NO	
23.1	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	0	1	23.1
23.2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	1	0	23.2
23.3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0	23.3
23.4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	1	0	23.4
23.5	¿Está ud. de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	0	1	23.5
23.6	¿Está preocupado o teme que algo malo le a a pasar?	1	0	23.6
23.7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1	23.7
23.8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	1	0	23.8
23.9	¿Prefiere ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	1	0	23.9
23.10	¿Siente ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	1	0	23.10
23.11	¿Cree ud. que es maravillosos estar vivo?	0	1	23.11
23.12	¿Se siente inútil o despreciable como está ud. actualmente?	1	0	23.12
23.13	¿Se siente lleno de energía?	0	1	23.13
23.14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	1	0	23.14
23.15	¿Cree que las otras personas están en general mejor que usted?	1	0	23.15
24. ESCALA DE TYRER				
24.1	Tensión interna: ¿Ha presentado sentimientos de incomodidad mal definidos, inquietud, confusión interna, tensión mental llegando al pánico, terror o angustia? 0. Apacible, tensión interna pasajera 2. Ocasionales de inquietud e incomodidad 4. Continuos o intermitentes controlables 6. Continuos, sin ceder			24.1 <input type="checkbox"/>
24.2	Hostilidad: ¿Ha presentado episodios de cólera, hostilidad y agresión? <i>Sin considerar si se actúa sobre ellos o no</i> 0.No es fácilmente provocado 2. Fácilmente provocado 4. Reacciona a la provocación con cólera/hostilidad 6. Persistente, rabia u odio intenso difícil de controlar			24.2 <input type="checkbox"/>
24.3	Hipocondriasis: ¿Ha presentado preocupación exagerada o no real sobre estar enfermo? <i>Distinguir entre preocupación sobre cosas de poca importancia y dolores</i> 0. Sin preocupación sobre estar enfermo 2. Reacciona ante disfunción/Temor o fobia exagerada 4. Convencido de tener enfermedad, pero se tranquiliza 6. Convicción absurda e incapacitante			24.3 <input type="checkbox"/>
24.4	Preocupación: ¿Ha presentado aprensión y preocupación excesiva por pequeñas cosas que es difícil de parar y que no guarda proporción con las circunstancias? 0. Sin preocupación 2. Preocupación excesiva, que no puede quitarse encima 4. Aprensivo o preocupado por pequeñas cosas 6. Preocupación que no cesa o dolorosa. Consuelo ineficaz			24.4 <input type="checkbox"/>
24.5	Fobias: ¿Ha presentado sentimientos de temor no razonable en situaciones específicas (autobús, gente, soledad) que son evitados si es posible? 0. Sin fobias 2. Situaciones vagas, se pueden controlar sin ayuda 4. Ciertas situaciones con malestar marcado 6. Fobias incapacitantes, con restricción de actividades			24.5 <input type="checkbox"/>
24.6	Sueño reducido: ¿Ha presentado cambio la duración y profundidad del sueño, comparado con lo que normalmente usted duerme? 0. Duerme como siempre 2. Ligera dificultad en tomar el sueño, o sueño ligero 4. Sueño reducido o interrumpido min. 2 hrs 6. Menos de 2 o 3 horas de sueño			24.6 <input type="checkbox"/>
24.7	Perturbación autonómica: ¿Ha presentado palpitaciones, dificultad para respirar, mareos, sudor aumentado, manos y pies fríos, boca seca, diarrea y micciones frecuentes? 0. Ninguna 2. Síntomas ocasionales sólo en estrés emocional 4. Alteraciones intensas o frecuentes 6. Muy frecuentes, interrumpen actividades, incapacitan			24.7 <input type="checkbox"/>

24.8 Dolores: ¿Ha presentado malestar en su cuerpo o dolores? 0. Ausentes o transitorios 2. Ocasionales, definitivos 4. Intensas, frecuentes 6. Muy intensos, incapacitan Uso de analgésicos	24.8	<input type="checkbox"/>						
24.9 Alteraciones autonómicas: ¿Ha presentado hiperventilación o suspiros frecuentes, sudor, manos frías, pupilas dilatadas, boca seca y desmayos? 0. No observadas 2. Leves u ocasionales por estrés 4. Obvia, en varias ocasiones. Aún sin estrés 6. Interfiere con la entrevista	24.9	<input type="checkbox"/>						
24.10 Tensión muscular: Mediante observación (expresión facial, postura o movimientos) 0. Parece relajado 2. Cara y postura ligeramente tensa 4. Cara y postura moderadamente tensa 6. Marcado por sus posturas	24.10	<input type="checkbox"/>						
25. ¿En los últimos doce meses, ha experimentado alguna de las siguientes circunstancias? <i>Puede existir más de una opción</i> 1. Fallecimiento de persona cercana 2. Divorcio o separación 3. Deterioro físico o edo. de salud 4. Pérdida de vivienda, dinero 5. Ninguno	25	<input type="checkbox"/>						
Historia personal								
<i>A continuación voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas</i>								
26.1 ¿Alguna vez en su vida consumió alcohol? 1. SI 2. No <i>Si la respuesta es "No", pasar a pregunta 28</i>	26.1	<input type="checkbox"/>						
26.2 ¿Durante la mayor parte de su vida, con qué frecuencia consumía alcohol? <i>No considerar últimos doce meses</i> 1. Días a la semana 2. Veces al mes 3. Meses del año	26.2	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>							
2	<input type="checkbox"/>							
3	<input type="checkbox"/>							
26.3. ¿Los fines de semana o días festivos cambiaba la cantidad de consumo de alcohol? 1. Aumentaba 2. Disminuía 3. Sin cambios	26.3	<input type="checkbox"/>						
En los últimos doce meses:								
27.1 ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? 0. Nunca 1. ? 1 vez/mes 2. De 2-4/mes 3. De 2-3/semana 4. ? 4 veces/semana	27.1	<input type="checkbox"/>						
27.2 ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en un día normal? 0. 1 o 2 1. 3 o 4 2. 5 o 6 3. 7 - 9 4. 10 o más	27.2	<input type="checkbox"/>						
27.3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? 0. Nunca 1. Menos de una vez/mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. 1A diario o casi diario	27.3	<input type="checkbox"/>						
<i>Para las siguientes preguntas indique con qué frecuencia se siente de "esa manera":</i>								
28. ESCALA DE PLUTCHIK	Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre				
28.1 ¿Se enfada o enoja con facilidad?	0	1	2	3	28.1			
28.2 ¿Se enfada continuamente con la gente?	0	1	2	3	28.2			
28.3 ¿Se siente enfurecido sin motivo?	0	1	2	3	28.3			
28.4 Cuando se enfada, ¿coge un arma?	0	1	2	3	28.4			
28.5 ¿Ha lastimado alguna vez a alguien en una pelea?	0	1	2	3	28.5			
28.6 ¿Ha pegado o atacado alguna vez a algún familiar?	0	1	2	3	28.6			
28.7 ¿Ha pegado o atacado alguna vez a alguien que no sea familiar suyo?	0	1	2	3	28.7			
28.8 ¿Ha usado alguna vez un objeto para agredir a alguien?	0	1	2	3	28.8			
28.9 ¿Podría conseguir un arma con facilidad?	0	1	2	3	28.9			
28.10 ¿Cuántas veces ha sido usted detenido por delitos no violentos?	0	1	2	3	28.10			
28.11 ¿Cuántas veces ha sido usted detenido por delitos como robo a mano armada o agresión violenta?	0	1	2	3	28.11			

II. FACTORES RELACIONALES						
29. Considerando los últimos doce meses ¿Con quién convive usted la mayor parte del tiempo? <i>Puede existir más de una respuesta,</i>						29
1. Sólo	Si la respuesta es "solo", pase a la pregunta 31		4. Nietos (Número:_____)			<input type="checkbox"/>
2. Con el cónyuge o pareja			5. Otros familiares, especifique: _____			<input type="checkbox"/>
3. Hijos (Número:_____)			6. Con amistades			<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
Conteste la siguiente pregunta sólo en caso que usted esté completamente seguro, o bien, tenga alta sospecha de la siguiente situación:						
30.1 ¿Alguna de las personas a las que se refirió anteriormente ingiere alcohol y/o drogas? 1. Sí 2. No Si la respuesta es "No", pase a la pregunta 38						30.1 <input type="checkbox"/>
30.2 ¿Con qué frecuencia es su consumo aproximado? 1. Días a la semana 2. Veces al mes						30.2 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
31. APGAR FAMILIAR						
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	
31.1 Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	0	1	2	3	4	31.1 <input type="checkbox"/>
31.2 Me satisface la participación que mi familia brinda y permite	0	1	2	3	4	31.2 <input type="checkbox"/>
31.3 Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades	0	1	2	3	4	31.3 <input type="checkbox"/>
31.4 Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor	0	1	2	3	4	31.4 <input type="checkbox"/>
31.5 Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en casa, c) El dinero	0	1	2	3	4	31.5 <input type="checkbox"/>
32. Desde su punto de vista y tomando como referencia las preguntas anteriores ¿usted considera que el funcionamiento de su familia en la mayor parte de su vida fue: 1. Mejor 2. Peor 3. Igual						32 <input type="checkbox"/>
33. ESTRÉS DEL CUIDADOR						
33.1 ¿Existe alguna persona que se encargue del cuidado de usted, aunque no viva en su mismo domicilio? 1. Sí 2. No Si la respuesta es "no", pasar a la pregun 34						33.1 <input type="checkbox"/>
33.2 ¿Quién se encarga principalmente de su cuidado o de apoyo en la mayoría de sus actividades? 1. Personal contratado 2. Familiar /amistad con paga 3. Familiar / amistad voluntario Especifique relación: _____ Especifique relación: _____						33.2 <input type="checkbox"/>
33.3 ¿Cuántas personas apoyan de forma constante a la persona que se encarga de su cuidado? 1. Dos o más 2. Una 3. Ninguna						33.3 <input type="checkbox"/>
En las siguientes preguntas nos referiremos a la persona que principalmente se encarga de cuidarlo o apoyarlo en la mayoría de sus actividades						
33.4 Aproximadamente, ¿cuánto tiempo al día se encargan de su cuidado? 1. De 1 a 6 hrs 2. De 6 a 12 hrs 3. Más de 12 hrs						33.4 <input type="checkbox"/>
33.5 ¿Con que frecuencia esta persona presenta cambios en el estado de ánimo (tristeza, enojo,etc)? 1. Rara vez 2. Frecuentemente 3. Casi todo el tiempo						33.5 <input type="checkbox"/>
33.6 Dicha persona, ¿tiene algun otro tipo de responsabilidad a su cargo que lo ocupe en gran parte de su tiempo (cuidado de hijos, negocio, etc)? 1. No 2. Sí						33.6 <input type="checkbox"/>
34. ¿Alguna persona depende de usted ya sea en el aspecto económico, de vivienda o de cuidado? 1. Si 2. No Especifique relación						34 <input type="checkbox"/>

III. FACTORES COMUNITARIOS											
35. RECURSOS SOCIALES											
35.1 ¿Cuántas personas lo visitan en su casa? 1. Nadie 2. Especifique número: _____						35.1	<input type="text"/>				
35.2 ¿Con cuántas personas (familiares, amistades) ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie 2. Especifique número: _____						35.2	<input type="text"/>				
35.3 ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no vive con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna 2. Una vez al día 3. Una vez / sem 4. 2-6 veces a la semana						35.3	<input type="text"/>				
35.4 ¿Tiene usted alguien en quién pueda confiar? 1. Sí 2. No						35.4	<input type="text"/>				
35.5 ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente 2. Algunas veces 3. Casi nunca						35.5	<input type="text"/>				
35.6 ¿Ve ud. a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo 2. Descontento por lo poco que los veo						35.6	<input type="text"/>				
35.7 ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? 1. Sí 2. No Si la respuesta es "no" pase a la pregunta 35.9						35.7	<input type="text"/>				
35.8-a ¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo o discapacitado de 1 a seis semanas? 1. Sí 2. No						35.8 a	<input type="text"/>				
35.8-b ¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo o discapacitado más de seis semanas? 1. Sí 2. No						35.8 b	<input type="text"/>				
35.9 ¿Considera que usted (y su pareja) tiene(n) suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas del diario vivir? 1. Sí 2. No						35.9	<input type="text"/>				
36. ¿Con cuántas personas en total podría contar en cualquier caso que ud. lo requiera o solicite? 1. Una a dos 2. Tres a cuatro 3. Cinco o más						36	<input type="text"/>				
37. APOYO SOCIAL					Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como lo deseo	Tanto como deseo		
37.1 Recibo visitas de mis amigos y familiares					1	2	3	4	5	37.1	<input type="text"/>
37.2 Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					1	2	3	4	5	37.2	<input type="text"/>
37.3 Recibo elogios y reconocimientos cuando hago mi trabajo					1	2	3	4	5	37.3	<input type="text"/>
37.4 Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede					1	2	3	4	5	37.4	<input type="text"/>
37.5 Recibo amor y afecto					1	2	3	4	5	37.5	<input type="text"/>
37.6 Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					1	2	3	4	5	37.6	<input type="text"/>
37.7 Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					1	2	3	4	5	37.7	<input type="text"/>
37.8 Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					1	2	3	4	5	37.8	<input type="text"/>
37.9 Recibo invitaciones para distraerme y salir con otros					1	2	3	4	5	37.9	<input type="text"/>
37.10 Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento en mi vida					1	2	3	4	5	37.1	<input type="text"/>
37.11 Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					1	2	3	4	5	37.1	<input type="text"/>
HOJA 7											

38. ACTIVIDADES COMUNITARIAS					
¿Actualmente, ud forma parte de alguna de las siguientes actividades? <i>Puede incluir más de una respuesta</i>					
		SI	NO		
38.1 De su religión, por ejemplo: catequesis, retiros espirituales, etc.	1	2	38.1		
38.2 Culturales, por ejemplo: talleres de lectura, redacción, pintura, etc	1	2	38.2		
38.3 De recreación física-mental, por ejemplo: deportes, yoga, manualidades u otras	1	2	38.3		
38.4 Otra, especifique: _____				38.4	
39. ¿Alguna de las actividades mencionadas anteriormente las ha practicado en su Unidad de Medicina Familiar? 1. Sí 2. No					
				39	<input type="checkbox"/>
40. ¿En los últimos doce meses usted ha cambiado de casa o lugar de residencia? <i>En caso de respuesta afirmativa, mencionar el número de cambios de residencia</i>					
1. Sí, _____ veces		2. No		40	<input type="checkbox"/>
IV. FACTORES SOCIALES					
Indique el grado en usted que está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:					
41. CUESTIONARIO DE ESTEREOTIPOS DE LA VEJEZ					
	Muy desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	
41.1 La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria	1	2	3	4	41.1
41.2 Las personas mayores tienen menos interés por el sexo	1	2	3	4	41.2
41.3 Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"	1	2	3	4	41.3
41.4 La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales	1	2	3	4	41.4
41.5 Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes	1	2	3	4	41.5
41.6 A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles	1	2	3	4	41.6
41.7 La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 60 años aproximadamente, en que se produce un fuerte deterioro de salud	1	2	3	4	41.7
41.8 A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas	1	2	3	4	41.8
41.9 Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños	1	2	3	4	41.9
41.10 La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás	1	2	3	4	41.10
41.11 A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver problemas a los que nos enfrentamos	1	2	3	4	41.11
41.12 Los defectos de la gente se agudizan con la edad	1	2	3	4	41.12
41.13 El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez	1	2	3	4	41.13
41.14 Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven	1	2	3	4	41.14
41.15 Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chochean"	1	2	3	4	41.15
42. ¿Considera que los adultos mayores que sufren alguna forma de maltrato deben dar aviso de esta situación? 1. Si 2. No Porque: _____					
				42	<input type="checkbox"/>
43. ¿Considera usted que sufre de alguna forma de maltrato, de parte de algún familiar, amistad o conocido? 1. Sí 2. No					
				43	<input type="checkbox"/>
HOJA 8					

V. MALTRATO										
A continuación le haremos unas preguntas sobre situaciones que pueden haber ocurrido en los últimos 12 meses:	1= Si 2= No		1=Una ocasión 2=De 2 a 6 veces 3=Más de 6 vbeces			1= Familiar no cuidador 2= Familiar cuidador 3= No familiar cuidador 4= No familiar no cuidador			Relación incluye: hijo, pareja, nieto, nuera,yerno, so- brino, amistad, etc.	
Pregunta:										Relación:
44. ¿Alguien ha impedido que usted obtuviera:										
44.1) Comida	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
44.2) Ropa	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
44.3) Medicamentos	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
44.4) Lentes	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
44.5) Aparato para audición	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
44.6) Cuidado médico	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
44.7) o le ha impedido estar con la gente que quiere estar?	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
45. ¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse										
45.1) Avergonzado	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
45.2) Amenazado	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
46. ¿Alguien ha intentado obligarle a:										
46.1) Firmar documentos	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
46.2) Utilizar sus documentos	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
46.3) Utilizar sus pertenencias en contra de su voluntad?	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
47. ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado,										
a) Tocándole de alguna forma que a usted no le guste o	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
b) Dañándolo físicamente :	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
b.1) Golpes	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
b.2) Empujones	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
b.3) Ataduras	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
b.4) Pellizcos	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
b.5) Heridas (cortes)	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
b.6) Jalar el cabello	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
b.7) Fracturas	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
48. Observación médica:										
Síntomas/Indicadores presentes:	SI	NO								
Psicológico	1	2								
48.1) Poco contacto visual	1	2							48.1. <input type="checkbox"/>	
48.2) Introversión	1	2							48.2. <input type="checkbox"/>	
Negligencia:										
48.3) Malnutrición	1	2							48.3. <input type="checkbox"/>	
48.4) Mala higiene	1	2							48.4. <input type="checkbox"/>	
48.5) Ropa inapropiada	1	2							48.5. <input type="checkbox"/>	
Físico:										
48.6) Cortaduras en el cuerpo	1	2							48.6. <input type="checkbox"/>	
48.7) Moretones sin causa explicable	1	2							48.7. <input type="checkbox"/>	
48.8) Mala admón. de medicamentos	1	2							48.8. <input type="checkbox"/>	

DÍPTICO INFORMATIVO HOJA INTERNA

¿Qué es el maltrato hacia el adulto mayor?

Es el acto único o repetido, o falta de acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona de 60 años o más.

¿Cuáles son las formas de maltrato?

- a) **Físico:** Uso excesivo de la fuerza física que causa dolor o lesiones, restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o el uso de drogas. **Por ejemplo:** empujones, golpes, ataduras, pellizcos, quemaduras, heridas, fracturas, jalar el pelo, sacudidas, derramar intencionadamente agua o comida encima.
- b) **Psicológico:** Ocasionar sufrimiento mental y emocional, así como la agresión verbal por tiempo prolongado y constante, que provocan disminución del autoestima y dignidad de la persona. **Por ejemplo:** amenazas de abandono, acusaciones, acoso, intimidación con palabras, infantilización (referirse y tratar al adulto de forma constante como un niño), limitar al derecho de: privacidad, decisión, información médica, voto.
- c) **Sexual:** Mantener contacto sexual no consentido de cualquier tipo con una persona mayor. **Por ejemplo:** abuso sexual.
- d) **Financiero:** Explotar a una persona mayor haciendo uso de sus recursos económicos o bienes en forma ilegal o indebida. **Por ejemplo:** chantaje financiero, apropiación de bienes, obtención de firma de documentos legales (testamento, escrituras, seguro médico etc.) a través de amenazas, etc.
- e) **Negligencia:** Negarse a cumplir o no cumplir con las acciones para atender las necesidades de una persona mayor, por lo que no se administran los cuidados necesarios en la alimentación, vestido, higiene, cobijo y atención médica. Puede ocurrir de forma intencional o no. **Por ejemplo:** Descuido para proporcionar: agua o comida, falta de movilización en caso necesario (provoca úlceras por presión), deficiente higiene personal, mantener un ambiente poco sanitario, abandono a la persona en la cama o calle, falta de consultas médicas o seguimiento de las mismas.

Algunas ocasiones el maltrato puede ocurrir dentro del hogar, así como con otros familiares, amistades o conocidos. En muchas situaciones las personas que ocasionan el maltrato lo hacen sin intención, sin embargo se deben realizar las siguientes acciones con la finalidad de proporcionar ayuda a cada una de las personas implicadas.

Acciones que son importantes de considerar en caso de ser víctima de maltrato:

- Aceptar la situación, solicitar ayuda y aceptar la ayuda que se brinde.
- Llamar vía telefónica a los centros de apoyo y ayuda al adulto mayor (Ver directorio, al final del folleto)
- Comunicar sobre la situación que se está viviendo a las personas cercanas con las que se relaciona y brindan mayor confianza, por ejemplo: amigo, familiar o consejero. En caso de platicarlo con un profesional (médico, trabajador social, policía u otros) posiblemente se requiera de informar a los servicios correspondientes para realizar una evaluación completa de la situación.

Recuerde que todos los Adultos Mayores tienen derecho a:

- A una vida con **calidad**, libre de **violencia**.
- A la no **discriminación**, a ser **respetado**, **protegido** por parte de su familia, la sociedad y las instituciones.
- A gozar de **oportunidades** para mejorar sus capacidades, a vivir en **entornos seguros, dignos y decorosos**, a vivir en el seno de una **familia**.
- A expresar sus **ideas libremente**, a recibir un **trato digno**, a contar con un **representante legal** y asesoría jurídica gratuita, tener acceso a los **bienes y servicios, servicios de salud**, a recibir **orientación y capacitación** en materia de **salud**, nutrición e higiene
- Derecho de **asociarse y reunirse** pacíficamente, a recibir información, **educación, recreación, trabajo y asistencia social**.

Figura 4

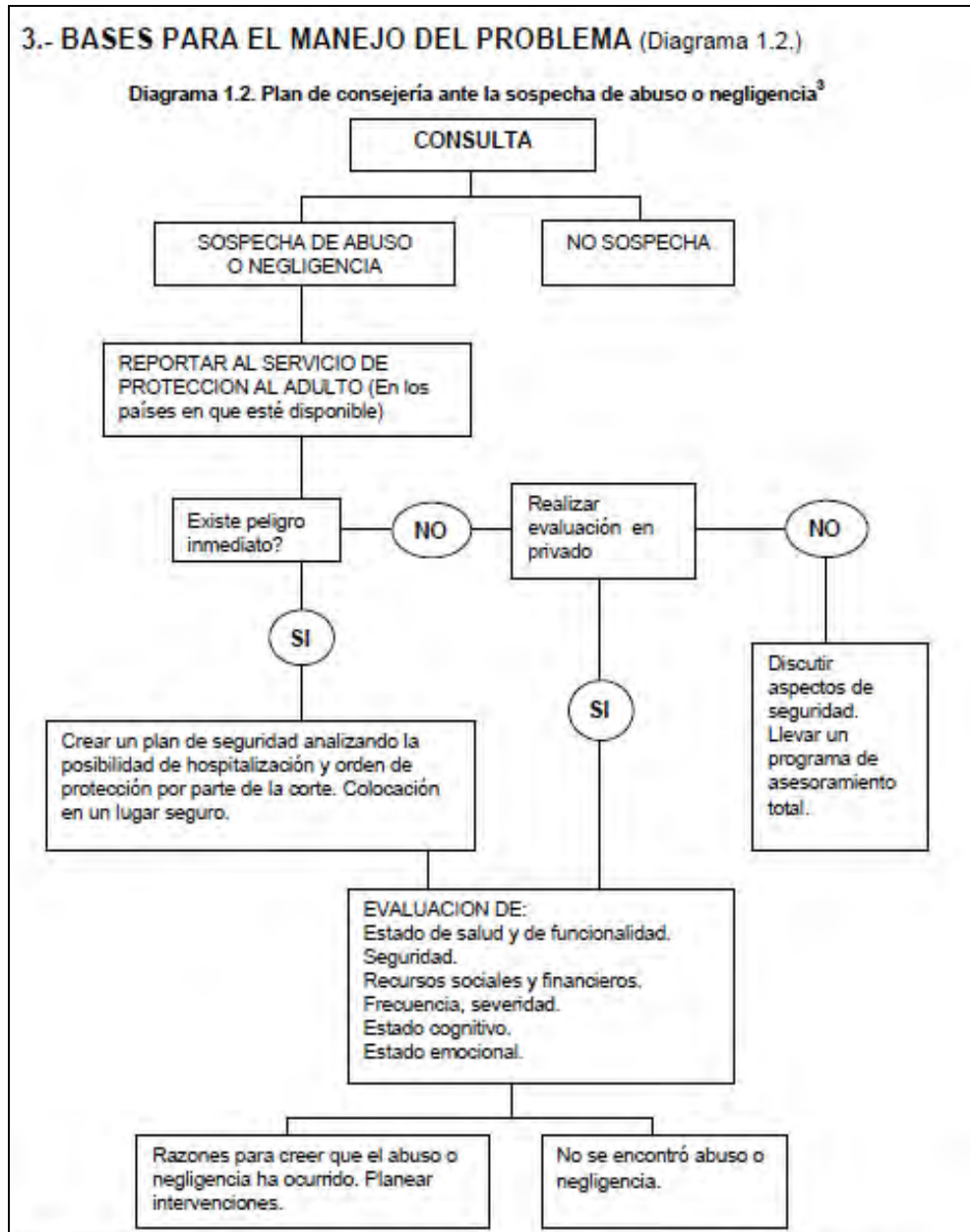


Figura 5

