



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1 IMSS
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ACTITUD DEL CUIDADOR PRIMARIO HACIA EL
MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN PACIENTES
ADSCRITOS A LA UMF No 11
TESIS**

**PRESENTADA POR
Maricruz Maldonado Alvarado**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dra. Jaime Azahel Carranza Murillo

Aguascalientes, Ags., febrero de 2018



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

MARICRUZ MALDONADO ALVARADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

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

"ACTITUD DEL CUIDADOR PRIMARIO HACIA EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN PACIENTES ADSCRITOS A LA UMF NO 11"

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

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

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"

Aguascalientes, Ags., a 11 de Enero de 2018.

DR. JORGE PRIETO MACÍAS

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2018

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente, le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. MARICRUZ MALDONADO ALVARADO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"ACTITUD DEL CUIDADOR PRIMARIO HACIA EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN PACIENTES
ADSCRITOS A LA UMF NO. 11 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES."**

Número de Registro: R-2017-101-20 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

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

La Dra. Maricruz Maldonado Alvarado asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a Usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2018

CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101 HOSPITAL GENERAL DE
ZONA NÚMERO 1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente, le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. MARICRUZ MALDONADO ALVARADO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"ACTITUD DEL CUIDADOR PRIMARIO HACIA EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN PACIENTES
ADSCRITOS A LA UMF NO. 11 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES."**

Número de Registro: **R-2017-101-20** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

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

La Dra. Maricruz Maldonado Alvarado asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

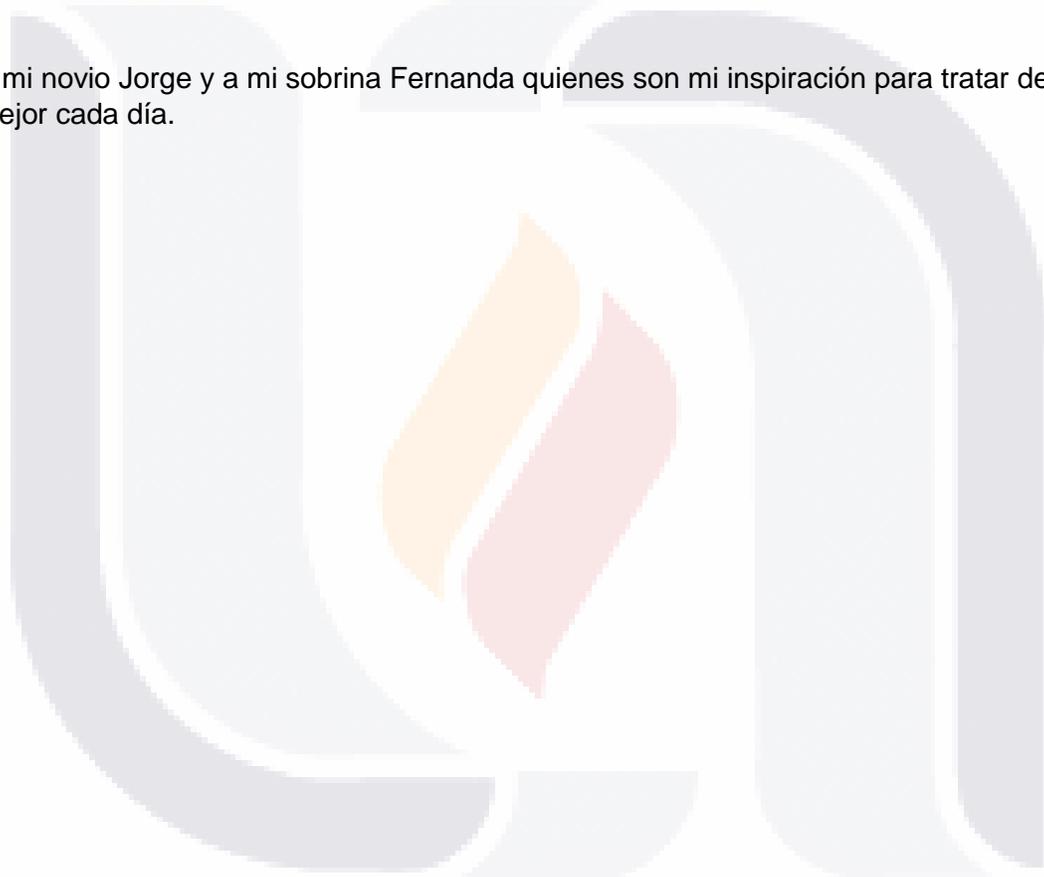

DR JAIME AZAHEL CARRANZA MURILLO

Agradecimientos

Al Doctor Jaime Azahel Carranza Murillo y a la Doctora Ana Hortensia López Ramírez por el invaluable apoyo, y desinteresada tutela.

Dedicatoria

A mi novio Jorge y a mi sobrina Fernanda quienes son mi inspiración para tratar de ser mejor cada día.



INDICE DE CONTENIDO

I. RESUMEN.....5

II. MARCO TEÓRICO.....6

 I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA ACTITUD HACIA EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR..... 6

 II. TEORÍAS Y MODELOS QUE APOYAN LAS VARIABLES Y CARACTERÍSTICAS DE LAS MISMAS. 10

 1. ACTITUD. 10

 2. EL CUIDADOR24

 3. MALTRATO AL ADULTO MAYOR.....26

III. JUSTIFICACIÓN 33

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 35

 I. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO 35

 II. PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD 36

 III. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD 38

 1. LEYES Y NORMAS 40

 IV. DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA..... 43

 V. DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA 45

 VI. DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA (MAGNITUD Y TRASCENDENCIA, CONSECUENCIAS EN LA POBLACIÓN Y EN LOS SERVICIOS).
46

 VII. FACTORES RELACIONADOS QUE PUEDAN INFLUIR EN EL PROBLEMA48

 VIII. ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA, NO ES SUFICIENTE..... 49

 IX. ESTUDIOS RELACIONADOS. 50

 X. DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA 51

 XI. LISTA DE LOS CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 52

 XII. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 52

V. OBJETIVOS.....53

 I. OBJETIVO GENERAL..... 53

 II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 53

VI. HIPÓTESIS DE TRABAJO..... 53

I.	HIPÓTESIS DE TRABAJO ALTERNA.....	53
II.	HIPÓTESIS ALTERNAS ESPECÍFICAS.....	53
III.	HIPÓTESIS NULA.....	54
IV.	HIPÓTESIS NULAS ESPECÍFICAS	54
VII.	MATERIAL Y MÉTODOS	54
I.	DISEÑO METODOLÓGICO	54
II.	POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	55
1.	UNIVERSO DE TRABAJO	55
2.	UNIDAD DE OBSERVACIÓN	55
3.	UNIDAD DE ANÁLISIS	55
III.	SELECCIÓN DE LA MUESTRA	55
1.	Tamaño de la muestra	56
IV.	CRITERIOS DE SELECCIÓN	57
1.	Criterios de inclusión.....	57
2.	Criterios de exclusión.....	57
3.	Criterios de eliminación.....	58
V.	DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	58
VI.	RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN Y LOGISTICA.....	58
1.	Plan de recolección de información.....	58
VII.	LOGÍSTICA	63
VIII.	PLAN DE ANÁLISIS.....	64
VIII.	ASPECTOS ÉTICOS.....	65
IX.	RECURSOS Y FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	65
I.	Recursos Humanos.....	66
II.	Recursos materiales	66
III.	Factibilidad	66
X.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	67
XI.	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	67
XII.	RESULTADOS	67
XIII.	DISCUSIÓN.....	77
XIV.	REFERENCIAS	80
XV.	ANEXOS.	93
	ANEXO A. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	93

1. Operacionalización del concepto.....	93
2. Operacionalización del método	99
3. Operacionalización del plan de análisis.....	99
4. Operacionalización del cuestionario.....	100
ANEXO B. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	110
ANEXO C. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	111
ANEXO D. INSTRUMENTO	113
ANEXO E. MANUAL OPERACIONAL.....	117

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Teoría de la acción razonada.....	15
Figura 2 Teoría de la acción planeada.....	17

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Recursos materiales.....	66
Tabla 2 Características Sociodemográficas.....	67

INDICE DE GRÁFICAS

Grafico 1. Distribución de edad en los encuestados.....	70
Grafico 2. Distribución por sexo.....	70
Grafico 3. Distribución por estado civil.....	71
Grafico 4. Distribución por escolaridad.	71
Grafico 5. Distribución por Ocupación.....	72
Grafico 6. Distribución por ingresos.....	72
Grafico 7. Distribución por tiempo dedicado al cuidado del paciente.....	73
Grafico 8. Distribución por grupos de apoyo.....	73
Grafica 9. Distribución por enfermedades del paciente receptor de cuidados.....	74
Grafica 10. Distribución por tiempo de cuidado en años.....	74
Grafica 11. Actitud hacia el abuso financiero en el adulto mayor.....	75
Grafica 12. Actitud hacia el maltrato psicológico en el adulto mayor.....	76

Grafica 13. Actitud hacia el maltrato físico en el adulto mayor.....76
Grafica 14. Actitud hacia la negligencia en el adulto mayor.....77
Grafica 15. Actitud hacia el maltrato al adulto mayor.....77



I. RESUMEN.

Título: Actitud del cuidador primario hacia el maltrato al adulto mayor en pacientes adscritos a la UMF No.11 delegación Aguascalientes. **Antecedentes:** Las actitudes hacia los ancianos y el trato que reciben, varía y es definido según los patrones culturales. La experiencia de cuidar, día a día, a una persona dependiente, a menudo tiene consecuencias psicológicas, con un impacto importante en la salud. Actualmente en nuestro país no hay estudios que aborden las actitudes de los cuidadores primarios hacia el maltrato de personas adultas mayores. **Objetivo:** Identificar las actitudes de los cuidadores primarios hacia el maltrato al adulto mayor, que acude a la UMF No. 11 delegación Aguascalientes. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo de enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, transversal, con un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, en una muestra aleatoria de 152 sujetos, con un porcentaje de error del 5%, y un nivel de confianza del 95%. **Resultados:** Se encontró que una edad entre 18-30 (39.5%), más de la mitad fueron mujeres (65.8%), casados (42.1%), contaban con estudios de nivel superior (28.9%). El 50% trabajadores, que dedicaban menos de 6 horas al cuidado (55.3%), solo el 2.6% pertenece a algún grupo de apoyo, y las enfermedades que predominan en los adultos mayores receptores de cuidados es diabetes mellitus (23.7%) e hipertensión (31.6%), 63.2% de los cuidadores llevan de 6 meses a un año cuidando al adulto mayor. Se encontró una actitud de indiferencia, ante el maltrato psicológico (47.4%) y la negligencia (65.8%) hacia el adulto mayor, y una actitud positiva hacia el maltrato financiero (42.1%) y físico (55.3%). **Conclusiones:** La mayoría de los cuidadores tiene una actitud predominantemente positiva. Aun así, se requieren más estudios que profundicen en las actitudes de los cuidadores mexicanos hacia el maltrato al adulto mayor. **Palabras clave:** Actitud hacia el maltrato, Maltrato al adulto mayor, cuidador del adulto mayor.

II. ABSTRACT

Title: Attitude of the primary caregiver towards the mistreatment of the elderly in patients assigned to the UMF No.11 Aguascalientes. **Background:** Attitudes towards the elderly and the treatment they receive vary and are defined according to cultural patterns. The experience of caring, day by day, for a dependent person, often has psychological

consequences, with a significant impact on health. Currently in our country there are no studies that address the attitudes of primary caregivers towards elder abuse. **Objective:** To identify the attitudes of the primary caregivers towards the mistreatment of the elderly, who come to the UMF No. 11 Aguascalientes delegation. **Material and methods:** Observational study, descriptive of quantitative approach, of non-experimental, transversal type, with a non-probabilistic sampling type for convenience, in a random sample of 152 subjects, with a percentage of error of 5%, and a level of 95% confidence. **Results:** It was found that between 18-30 (39.5%), more than half were women (65.8%), married (42.1%), had higher education (28.9%). 50% workers, who spent less than 6 hours in care (55.3%), only 2.6% belong to a support group, and the diseases that predominate in elderly care recipients is diabetes mellitus (23.7%) and hypertension (31.6%), 63.2% of the caregivers take from 6 months to a year taking care of the elderly. An attitude of indifference was found in the face of psychological abuse (47.4%) and negligence (65.8%) towards the elderly, and a positive attitude towards financial (42.1%) and physical (55.3%) mistreatment. **Conclusions:** Most caregivers have a predominantly positive attitude. Even so, more studies are needed to deepen the attitudes of Mexican caregivers towards elder abuse. **Key words:** Attitude towards abuse, Elder abuse, caregiver of the elderly.

III. MARCO TEÓRICO.

I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA ACTITUD HACIA EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR

Neikrug y Ronen (1993). Realizaron un estudio descriptivo de las actitudes de los israelitas respecto al abuso de ancianos. Se realizó una encuesta por medio de viñetas cortas que describen el abuso hacia las personas mayores, analizando los resultados obtuvieron que las calificaciones más graves se dan con el abuso y abandono por parte de las instituciones que atienden a los ancianos, y las calificaciones menos graves la obtuvieron: el abuso familiar, aparte identificaron que el abuso físico es considerado de mayor gravedad que el maltrato psicológico, el abandono o el abuso de los derechos y la propiedad. Estos resultados mostraron una relativa tolerancia y aceptación en los actos de violencia en la familia si se producen en contexto de la relación de cuidado. ¹

Pittman (1995). Realizó un estudio llamado “Diferencias individuales en las actitudes sobre el abuso de ancianos. La prueba de actitud del abuso al anciano (EAAT)”. Esta investigación se dividió en dos partes, en el primer estudio se desarrolló y validó un instrumento para medir las actitudes hacia el abuso al adulto mayor. La evaluación psicométrica de la EAAT mostró una estructura unifactorial representado por 53% de la varianza y el alfa de Cronbach de 0,92, mostrando que el EAAT tiene propiedades psicométricas y validez adecuada. Los análisis demográficos fueron realizados por regresión escalonada, la edad y el tamaño de la comunidad fueron significativos, con una $p < 0.002$. Conclusión: Las personas mayores clasificaron los ítems de maltrato, como de menor gravedad que los jóvenes, además de que las personas que viven en comunidades pequeñas tienen actitudes extremas. El estudio 2 incluyó la EAAT en una encuesta de actitudes sobre cuestiones sociales más amplias, en este estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.93, que evidencia adecuada consistencia interna, en el análisis factorial mostró 5 factores principales, los cuales representaron 43 % de la varianza. Se encontró una $p < 0.0001$ que muestra correlación significativa entre el EAAT y la fuerza de actitud. Concluyendo: Las personas más propensas a la actitud extrema tienen convicciones más fuertes sobre la responsabilidad de la sociedad para atenuar las situaciones de abuso, señalando una actitud positiva ante el abuso.²

Cook, India (2002). Realizó un estudio en Georgia con un diseño descriptivo y exploratorio llamado: “Un estudio de actitudes hacia el maltrato al adulto mayor entre cuidadores afroamericanos, coreanos y chinos”. Con el objetivo de describir y explicar las actitudes entre varios cuidadores. La población estaba compuesta por cuidadores de personas mayores de 60 años, que se identificaban con la cultura coreana, china y afroamericana. Utilizó el cuestionario “The study of caregivers perceptions of elder mistreatment in different cultures”, posteriormente se analizó con estadística descriptiva, con los siguientes resultados: Los participantes fueron 50% hombres y 50% mujeres, las edades comprendidas fueron entre los 20-50 años, se identificó que el 53,1% tenían etnicidad afroamericana, el 80% contaba con un nivel de estudios de licenciatura o posgrados, el 90% llevaba 3 años o más cuidando al adulto mayor, con relación a las actitudes en participantes afroamericanos y no afroamericanos, se obtuvo una $p > .05$, lo cual representa que no hay diferencias significativas entre estas etnias. El 80% de los participantes no estuvo de acuerdo con el uso de acciones negativas hacia las personas

mayores que pudieran ser vistas como abuso de ancianos. En conclusión, la actitud de los cuidadores de diverso origen cultural fue positiva. ³

Erlingsson et al. (2006). Realizaron un estudio exploratorio llamado “Percepciones del abuso de ancianos: voces de profesionales y voluntarios en Suecia: un estudio exploratorio”. Realizaron un muestreo de conveniencia donde participaron 6 grupos focales de cuidadores, 68% de los participantes fueron mujeres, con una edad media de 52 años, los datos fueron obtenidos por medio de entrevistas, con varios temas que facilitarían la discusión sobre el abuso de ancianos, posteriormente se analizaron las grabaciones, utilizando análisis de contenido cualitativo, con codificación abierta continua y organización de los códigos por categorías. Los resultados mostraron percepciones similares entre los grupos, donde se describía el abuso de ancianos como aceptable y apropiado, revelando una tolerancia hacia el maltrato. Sin embargo, los resultados de este estudio deben de utilizarse con discreción ya que al utilizar una muestra pequeña (31 participantes) naturalmente se restringe marcadamente la transferibilidad de los resultados.⁴

Stones (2007). En un estudio realizado en Canadá llamado “Diferencias de edad en las calificaciones de abuso de ancianos”, el objetivo de esta investigación fue identificar maneras de clasificar los ejemplos de abuso. Los participantes eran personas mayores y cuidadores de persona mayores, la muestra fue de 572 personas, 59% fueron adultos mayores y 41% cuidadores, las edades medias fueron 73 años para personas mayores y 39 años para cuidadores, más del 70% de los dos grupos fueron mujeres, el nivel educativo, fueron de 14,8 años de los cuidadores contra 9,4 años de los adultos mayores, se utilizó la herramienta de encuesta de abuso de ancianos “ Elder Abuse Survey Tool” (EAST), el cual consta de 112 ítems, evaluada con una escala tipo Likert. Obtuvieron los siguientes resultados: 73% ítems fueron considerados como abusivos, para clasificarlos usaron el análisis factorial, extracción de componentes principales y rotación varimax, mostró 3 componentes principales con 49% de la varianza, el análisis de covarianza demostró efectos significativos para la edad ($p < .01$), y edad por categoría de elemento ($p < .01$), mostrando diferencias significativas entre la edad para todas las categorías de los ítems ($p < .01$). Concluyendo que las categorías de abuso fueron similares entre los cuidadores y los ancianos. Y que las personas mayores identificaron las amenazas a la autonomía como más severas que los cuidadores jóvenes, quienes identificaron las

amenazas físicas y mentales más graves. Lo que revela una actitud positiva de los cuidadores hacia el maltrato físico y mental.⁵

Irizarry (2008). Realizó un estudio en Puerto Rico con el nombre “Estudio piloto sobre la opinión, actitud y exposición del envejecido puertorriqueño al abuso, maltrato y negligencia”, con el objetivo de explorar las dimensiones de opinión, actitud y exposición del envejecido puertorriqueño al abuso, maltrato y negligencia. Utilizó un inventario previamente validado por la misma autora el cual, se dividió en cuatro partes. La escala de repuestas utilizado “sí”, “no” y “neutral”. El instrumento obtuvo un alfa de Cronbach de 0,879, que reveló alta consistencia interna, considerándolo adecuado. Realizó un análisis factorial utilizando a máxima verosimilitud y un criterio para el valor propio mayor a 1, el valor propio obtenido en la investigación fue de 6.65 y una varianza explicada de 28.54. El instrumento se aplicó a 430 sujetos de los cuales 60% fueron mujeres, 41% amas de casa, 28% obreros, 66% con residencia rural. Las edades predominantes fueron entre los 60-69 años 60% de los sujetos, 52% eran casados/as, 42% con escolaridad primaria. En cuanto a composición familiar: 38% residía con el esposo/a, 21% vivía solo/a, y 19% con hijos. En las aseveraciones sobre abuso, maltrato, y negligencia, los resultados revelaron un alto nivel de conocimiento, una actitud positiva, y un nivel elevado de exposición al abuso, del adulto mayor puertorriqueño.⁶

Uhden-Layron E. (2014). Realizó un estudio en España llamado “Las actitudes de los cuidadores: un factor de riesgo de maltrato a los ancianos”, fue un diseño descriptivo, con metodología cuantitativa y cualitativa, con el objetivo de conocer las actitudes de los cuidadores con respecto a la violencia y maltrato a los ancianos, así como su posible autopercepción de sobrecarga en relación al cuidado de estos. Entrevisto a 70 cuidadores familiares y profesionales, a quienes aplico el cuestionario de “Actitudes ante la violencia en el hogar” de Rodríguez González, del que únicamente se extrajeron 10 ítems y el test de Zarit validado y traducido al español, el cual cuenta con una consistencia interna de 0,91 y la fiabilidad es de 0,86. Los resultados que obtuvo fueron 68% de los cuidadores profesionales tenían una edad menor de 40 años, 65% de los cuidadores familiares contaban con una edad entre 30-50%, 62.8% de los cuidadores familiares fueron mujeres, al contrario de lo que sucedió con los cuidadores profesionales donde 52.2% fueron hombres, encontró que la población de cuidadores profesionales percibe una mayor sobrecarga y muestra actitudes más negativas hacia los ancianos, respecto a los

cuidadores del propio entorno familiar, las mujeres manifiestan una mayor sobrecarga, comparado con la muestra de hombres.⁷

II. TEORÍAS Y MODELOS QUE APOYAN LAS VARIABLES Y CARACTERÍSTICAS DE LAS MISMAS.

1. ACTITUD.

El término "actitud" ha sido definido como "reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado".⁸

Fazio la define como una asociación entre un objeto y su evaluación, siempre que hablamos de actitud, necesitamos un objeto (material, idea, colectivo, objeto social...) hacia el que dirigir nuestra actitud (objeto de actitud).⁹

Allport la define como: "Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden".¹⁰

Fazio & Roskos-Ewoldsen concretan: "Las actitudes son asociaciones entre objetos actitudinales (prácticamente cualquier aspecto del mundo social) y las evaluaciones de esos objetos".¹¹

Judd puntualiza: "Las actitudes son evaluaciones duraderas de diversos aspectos del mundo social, evaluaciones que se almacenan en la memoria".¹²

Young, K. Precisa: "Se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas".¹³

Aroldo Rodríguez definió la actitud como "una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto".¹⁴

A las actitudes las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia.¹⁵

Bem. “Añade que la actitud mental positiva tiene injerencia en la salud psíquica, fomenta sentimientos que se entremezclan para el bienestar y placidez en la vida de la persona”, en este caso el cuidador primario, al tener una actitud mental positiva hacia el maltrato al adulto mayor, fomenta sentimientos de bienestar hacia su persona y consecuentemente hacia el adulto mayor, tratando de buscar su seguridad. Por el contrario, la actitud negativa, es fuente de sentimientos derrotistas y/o conformistas. Así un cuidador con actitud negativa hacia el maltrato enfocara su atención en aquello que carece y que necesita, atención, salud, dinero, afecto, etc. enfocarse a estas carencias no llevarán a eliminarlas, sino que, por el contrario, puede crear otras a la vez que originan nuevas actitudes, predisponiendo al adulto mayor al maltrato. Cuando las actitudes son uniformemente positivas o negativas es difícil cambiarlas, ya que las posturas pueden perdurar mucho tiempo.^{16,17}

Funciones de las actitudes

A pesar de que en la literatura existente podemos encontrar distintas clasificaciones funcionales de las actitudes, se destacan tres: organización del conocimiento, utilitaria y de expresión de valores.¹⁸

- Organización del conocimiento: Nos ayudan a comprender nuestro entorno y a darle significado. La división en positivo y negativo nos permiten diferenciar entre lo que es beneficioso y dañino para cada individuo. Influyen en el procesamiento de la información, siendo esta influencia más potente cuanto más fuerte es la actitud.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Utilitaria: Las actitudes pueden servir a la persona para obtener refuerzos o evitar castigos. Clasifica los objetos de actitud de acuerdo a los resultados que proporcionan.
 - Identidad y expresión de valores: La expresión de las actitudes permite a las personas mostrar sus principios y valores, así como identificarse con los grupos que comparten actitudes similares. Por otra parte, las actitudes también pueden contribuir a aumentar la autoestima.¹⁸

Teorías clásicas de la formación de las actitudes

Las teorías clásicas de la formación de las actitudes postularan que estas se aprendían de la misma forma que otras respuestas aprendidas. Se consideraba que las respuestas actitudinales se reforzaban por procesos de condicionamiento clásico e instrumental.

- El condicionamiento clásico plantea que un estímulo neutral no capaz de provocar una determinada respuesta, adquiere esta capacidad gracias a la asociación de este, de forma repetida, con un estímulo que provoca dicha respuesta. Es decir, obedece a un patrón de estímulo-respuesta a partir del cual un sujeto es capaz de asociar un determinado evento con otro y por ende con una conducta esperada de él, por simple asociación de eventos en la memoria.¹⁹
- El condicionamiento instrumental propone que: una respuesta que forma parte del repertorio comportamental del sujeto puede ser reforzada. Así, aquellas respuestas que vengan acompañadas de consecuencias positivas para el sujeto tenderán a ser repetidas en mayor medida que aquellas que provoquen consecuencias negativas. Es decir, en lugar de la asociación de estímulos, este tipo de aprendizaje se basa en el desarrollo de nuevas conductas, a partir del refuerzo (positivo o negativo: recompensa o castigo) de las deseadas y no de las indeseadas.¹⁹

Las actitudes y el comportamiento

Fazio (1990). Propone, que la mayor parte de la conducta se produce de forma espontánea y que las actitudes guían la conducta a través de procesos psicológicos

automáticos. Según esta perspectiva, la actitud del cuidador primario hacia el maltrato al adulto mayor puede guiar la conducta hacia maltrato o respeto, dependiendo de si es una actitud positiva o negativa, sin necesidad de que medie ningún pensamiento. Aunque el cuidador tenga creencias sobre el objeto de actitud en este caso el adulto mayor, ello no implica ni garantiza necesariamente, que las usen a la hora de formar una actitud. Las personas no siempre tienen la suficiente confianza en la validez de sus propios pensamientos, lo cual reduce su impacto en la evaluación general del objeto de actitud. Numerosas variables de la situación y de la persona pueden influir en la confianza que las personas tienen sobre lo que piensan, en relación con un objeto de actitud. ^{18,16}

Modelos clásicos y actuales

Modelo unidimensional o del componente único

Para el modelo de Petty y Cacioppo (1981). La actitud es un sentimiento general permanentemente positivo o negativo hacia alguna persona, objeto o problema. Este modelo presenta dos fundamentos:

- 1.- La actitud solo tiene un componente y éste es el afectivo-evaluativo
- 2.- La distinguen de las creencias y las intenciones conductuales que no son actitudes ni componentes de las mismas, sino otros constructos psicosociales. ¹⁹

Modelo tridimensional

El modelo más clásico respecto a la relación entre actitud y conducta es el modelo tridimensional o de los tres componentes de Rosenberg y Hovland (1960), que define la actitud como una predisposición a responder a alguna clase de estímulo con tres tipos de respuesta: afectiva, cognitiva y conductual. En este modelo, la actitud es un “constructo hipotético” que media entre los estímulos que la provocan y las conductas consecuentes que sí se observan directamente (Stahlberg y Frey 1991).

- El componente cognitivo: Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre el mismo. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor. El afecto que

desarrollemos hacia el objeto, dependerá de la intensidad de dicha representación cognoscitiva, por lo que un conocimiento detallado sobre el objeto, favorece sin ninguna duda la asociación al mismo, mientras que un afecto tenderá a ser menos intenso, si esta representación se presenta de un modo más débil.¹⁰

- El componente afectivo: Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra (positivo o negativo) de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Una actitud es en sí un sentimiento de carácter optimista o desfavorable, por lo que su estructura estaría conformada por una dimensión evaluativa.¹⁰
- El componente conductual: Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Engloba la volición o disposición a la acción, así como las conductas destinadas hacia el objeto de actitud.¹⁴

La existencia de tres tipos de respuestas o elementos no significa que la actitud tenga que perder su carácter de variable unitaria. La actitud es el estado interno evaluativo, mientras que los tres tipos de respuesta constituyen sus vías de expresión, adopta una perspectiva metodológica. La evaluación del objeto actitudinal debe ser siempre a través de los tres tipos de respuesta. Si una persona mantiene creencias positivas acerca del objeto es de esperar que reaccione ante ella con afectos y emociones y que esté dispuesta a mostrar conductas de aproximación. La existencia de una estructura tridimensional es aceptable desde el punto de vista estadístico, mientras que una unidimensional no lo sería. (Eagly y Chaiken, 1993).²⁰

Desde la perspectiva que interesa en esta investigación, orientada a la medición de actitudes, se destaca que las actitudes están referidas hacia algo, hacia un objeto específico: el maltrato al adulto mayor (objeto de actitud). Aunque el modelo unidimensional es más sencillo de utilizar, los autores recomiendan que dependiendo del tipo de actitud sea usado un modelo u otro, así, cuando se trata de actitudes duras (drogas, aborto, suicidio...) es recomendable emplear el modelo tridimensional y dado que el maltrato al adulto mayor, es considerada una actitud dura, esta investigación se basará en el modelo tridimensional de la actitud.¹⁹

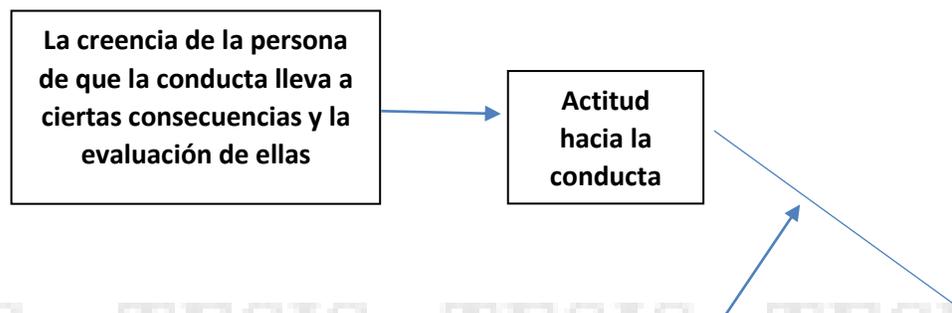
Modelo de la acción razonada.

La teoría de la acción razonada fue desarrollada y probada por Fishbein y Azjen (1975, 1980). Es una teoría general de la conducta humana que trata de la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento, los cuales se encuentran relacionados con la toma de decisiones a nivel conductual. La formulación básica parte del supuesto de que los seres humanos son esencialmente racionales, y que esta cualidad les permite hacer uso de la información disponible para el ejercicio de las acciones o conductas emprendidas. La teoría asevera que es posible predecir las conductas desde las actitudes, las intenciones conductuales y las creencias en relación con la influencia social, afirma que la intención de una persona para llevar o no una conducta es la determinante inmediata de una acción. De esta forma, la teoría se relaciona con la predicción y el entendimiento de los factores que llevan a formar y cambiar las intenciones conductuales.²¹

El modelo propuesto por Fishbein para la predicción de las intenciones afirma que la intención, es una función de dos determinantes básicas: Una evaluación personal o actitud hacia la conducta y una evaluación social o norma subjetiva. ²¹

- La actitud hacia la conducta (factor personal): Se refiere al grado en que la persona evalúa favorablemente o no realizar esa conducta. Se trata de un modelo de “expectativa-valor” (expectativas relacionadas con la conducta y la valoración que cada persona hace de las consecuencias de realizarla).²²
- La norma social subjetiva (factor que refleja la influencia del contexto social sobre el individuo): Depende de dos factores; las creencias sobre lo que piensan determinados individuos, respecto de si la persona debe realizar o no la conducta y la motivación de la persona para acatar esa opción. ²²

El modelo de la teoría de acción razonada puede exponerse de forma esquemática en la siguiente figura.



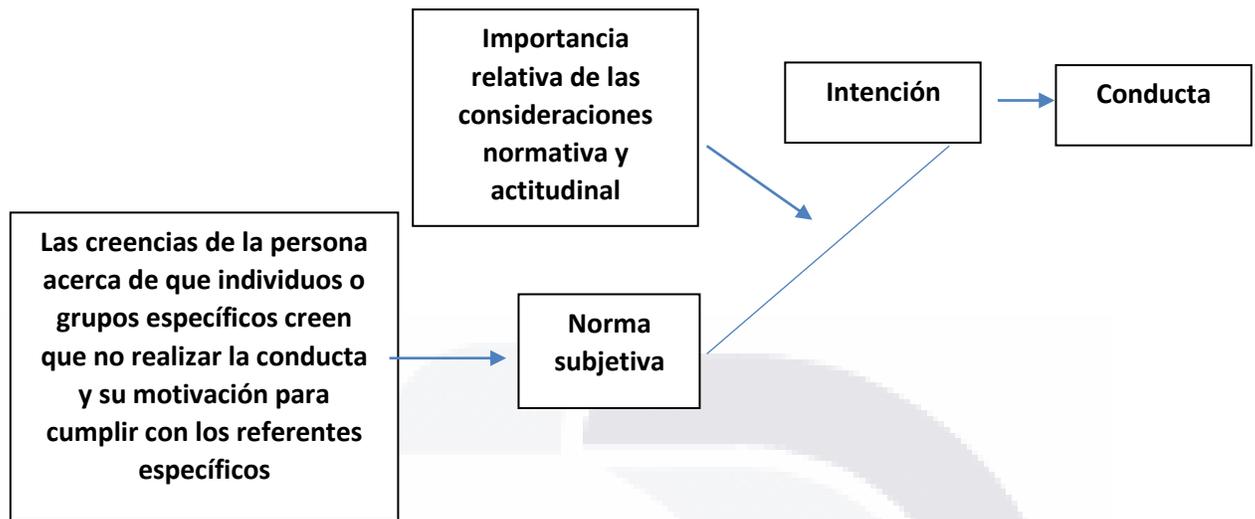


Figura 1. Teoría de la acción razonada. Esta figura muestra cómo la teoría de acción razonada a través de una serie de constructos intervinientes, encuentra el origen de la conducta detrás de las creencias del individuo. Cada paso sucesivo en esta secuencia desde la conducta hasta las creencias proporciona una explicación más comprensiva de las causas determinantes de la conducta.²¹

La teoría no ha sido creada hacia los comportamientos antisociales, si no como un modo de explicar las relaciones existentes entre las actitudes y la conducta social.¹⁰

Modelo de la acción planeada

Esta teoría fue desarrollada a partir de la teoría de acción razonada. Ambos modelos postulan que el inmediato precursor de la conducta es la intención. Esta teoría añade el control percibido a la anterior teoría.²²

Añade el control percibido a la anterior teoría, que se refiere a la percepción que la persona tiene de lo fácil o difícil que le resultará realizar el comportamiento y contribuye a explicar la conducta de dos formas:

- Indirectamente: A través de la influencia que tiene sobre la intención de conducta.
- Directamente: Afecta a la posibilidad real de ejecutar la conducta.²³

En la siguiente figura se representa las variables predictivas de la intención, los precursores de las mismas y las vías de influencia en el propósito de la acción.¹⁸

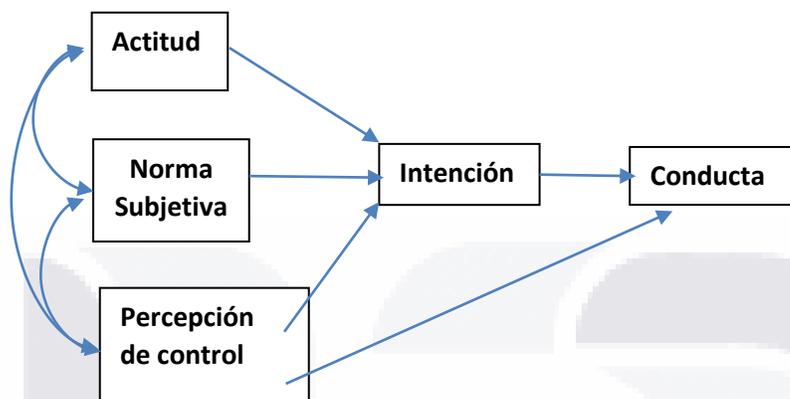


Figura 2. Modelo de la teoría de Acción Planeada.

Indicadores objetivos de la Fuerza de las actitudes

Las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud pueden ser positivas, negativas, o neutras y pueden variar en su extremosidad o grado de polarización. Otra de las características esenciales de las actitudes es que constituyen un fenómeno mental. Es decir, las actitudes reflejan una tendencia evaluativa que no es directamente observable desde fuera del propio sujeto. Por tanto, se hace necesario inferir las actitudes desde las personas a partir de ciertos indicadores.¹⁴¹⁸

Extremosidad o polarización: Se define mediante dos elementos, la dirección o valencia, y la intensidad o polaridad. La dirección o valencia de las actitudes se refiere a la valoración positiva, neutra o negativa que la persona atribuye al objeto actitudinal. Por ejemplo, mientras que una persona puede considerar el maltratado al adulto mayor como algo normal y permitido (valencia positiva), otra puede mostrarse indiferente al no tener formada una actitud al respecto (valencia neutra) o incluso desagradarle totalmente (valencia negativa). La intensidad o polaridad de la actitud hace referencia a la magnitud, mayor o menor, de esa valencia. En una escala de actitudes de 7 puntos, donde los extremos son “no me gusta nada” y “me gusta mucho”, una persona que puntuara un 1 o un 7 tendría una actitud más extrema que otra que contestara con un 3 o un 4. Por lo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tanto, las actitudes son más extremas o polarizadas en la medida en que se sitúen más cerca de los polos de un continuo evaluativo.²⁴

Accesibilidad: Se refiere al grado en que las actitudes se activan espontáneamente cuando las personas se exponen al objeto de actitud.²⁴

Ambivalencia: cuando una persona mantiene de forma simultánea dos evaluaciones de signo opuesto hacia el mismo objeto de actitud. Puesto que las personas tienden a mantener una cierta coherencia psicológica y evitar los posibles conflictos mentales, tener a la vez respuestas positivas y negativas hacia un mismo objeto puede resultar problemático y debilitar la actitud. Las actitudes ambivalentes no cumplen las funciones de orientación de la conducta e impiden a las personas tomar decisiones sobre el objeto de actitud, por eso son catalogadas como débiles.¹⁸

Estabilidad: Una actitud es estable y por lo tanto fuerte, en la medida que es capaz de mantenerse intacta en el tiempo. Se evalúa midiendo la misma actitud en distintos momentos.¹⁸

Resistencia: Hace referencia a la capacidad de las actitudes para resistirse a la información de signo contrario. En la medida que la actitud no cambie como resultado de este ataque contra actitudinal se puede hablar de una actitud fuerte.²⁴

Predicción de la conducta: Una actitud es fuerte en la medida en que es capaz de influir en la conducta de una persona, según posean determinados indicadores de fuerza, unas actitudes predecirán la conducta mejor que otras. Actualmente se considera que la fuerza de las actitudes es el parámetro más relevante a la hora de analizar las relaciones entre las actitudes y la conducta. Es decir, la relación actitud-conducta depende de las características de las actitudes y por tanto de los procesos psicológicos a través de los cuales se forman y se modifican. Además, las diferencias en personalidad, los factores sociodemográficos también pueden influir sobre esta relación.²⁴

Indicadores subjetivos de la fuerza de las actitudes

Confianza: Se refiere a la sensación de validez subjetiva que la persona tiene con respecto a sus propias actitudes. Las actitudes que se mantienen con mayor confianza son más resistentes al cambio.²⁵

Importancia: Se refiere a la relevancia o significado que la persona le da a su propia actitud, implica emitir un juicio sobre la actitud que se tiene respecto a un determinado objeto de actitud y no del objeto en sí.²⁵

Conocimiento: Se refiere a la cantidad de conocimiento que una persona cree tener con respecto a su propia actitud. Este indicador es importante ya que tiene consecuencias para el procesamiento de la información y la conducta.²⁴

Medidas de las actitudes

Una característica de las actitudes es que en sí misma no son directamente observables, sino que es una variable latente que inferimos a través de la conducta o de las declaraciones verbales de las personas, lo cual dificulta el proceso de medida. Otro impedimento de la medida de las actitudes es el hecho de que si el individuo sabe que se está midiendo una de sus actitudes es probable que modifique sus respuestas o comportamientos sobre la base de lo que considera socialmente deseable o a lo que cree espera el investigador de él, este fenómeno es conocido como reactividad. A pesar de estas dos grandes limitaciones son muchos los instrumentos diseñados para la medida y el análisis de las actitudes.²⁶

Las distintas técnicas utilizadas en la medida de las actitudes pueden ser clasificadas en directas o indirectas en función de que la persona a la que se van a medir las actitudes sepa que están siendo medidas o no. En este sentido, son técnicas directas aquellas en las que el sujeto sabe que su actitud está siendo medida y son técnicas indirectas aquellas que el sujeto no sabe que su actitud está siendo evaluada. Las técnicas indirectas a su vez pueden ser de dos tipos: Técnicas en las cuales el sujeto no sabe que está siendo observado y técnicas en que el sujeto es consciente de que está siendo observado, pero no de que su actitud está siendo evaluada.²⁶

Dentro de los procedimientos directos se pueden destacar los siguientes:

- El Diferencial Semántico (Osgood, Suci y Tannenbaum, 1957).
- La Escala de intervalos aparentemente iguales (Thurstone, 1928).
- La Escala de Likert (Likert, 1932).
- La Escala de clasificación de un solo ítem (La Piere, 1934).

Como característicos de los procedimientos indirectos de medida actitudinal podemos destacar:

- Los registros fisiológicos (por ejemplo, la electromiografía, el electroencefalograma y el registro de la activación de estructuras cerebrales).
- Las pruebas proyectivas, como el Test de Apercepción Temática (Proshansky, 1943).
- Los métodos de observación conductual (por ejemplo, Dovidio, y cols., 1997).
- Las medidas de tiempos de reacción, como: el Test de Asociación Implícita (IAT, Greenwald, McGhee, y Schwartz, 1998), La Tarea de Evaluación Automática (Fazio, Jackson, Dunton, y Williams, 1995).

Entre todas las escalas para medir la actitud, destacarían cuatro por ser los más utilizados: La escala de diferencial semántico, la escala tipo Thurstone, el escalograma de Guttman y la escala tipo Likert. Se describirá a continuación la escala tipo Likert por ser de interés en este protocolo. ²⁶

Escala de Likert: es la más popular de todos los procedimientos de escalamiento de actitud, por su sencillez y versatilidad. Consiste en la presentación a la persona de una serie de afirmaciones relacionadas con el objeto de actitud, pidiéndole a la persona que exprese su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones propuestas, marcando una de las alternativas que para cada afirmación dispone en la escala. Para elaborar esta escala se diseña un conjunto de enunciados preliminares, se indica a un grupo de 100-200 personas seleccionadas, que en una escala de 4-7 puntos señalen la medida en que están de acuerdo o en desacuerdo con cada enunciado. En el caso típico de una escala de 5 puntos, los reactivos expresados en forma positiva se califican con 0 para totalmente en desacuerdo, 1 para desacuerdo, 2 para indeciso, 3 para de acuerdo, 4 totalmente de acuerdo; los reactivos expresados de manera negativa se califican con 4 para muy en desacuerdo, 3 para en desacuerdo, 2 para indeciso, 1 para acuerdo y 0 para totalmente

en acuerdo. La calificación total de la persona en el conjunto inicial de reactivos se calcula como la suma de sus calificaciones en los reactivos individuales. Después de obtener las calificaciones totales para todas las personas que respondieron en el conjunto de reactivos inicial, se aplica a cada reactivo un procedimiento estadístico (prueba t o índice de discriminación de los reactivos). Entonces se seleccionan cantidades iguales de reactivos expresados de manera positiva y negativa que distingan de manera significativa a los participantes cuyas calificaciones totales correspondan al 27% superior de aquellos cuyas calificaciones se ubiquen en el 27% inferior. La puntuación final que reflejará la actitud del sujeto, se halla obteniendo la medida de las puntuaciones dadas a cada uno de los ítems.²⁷

Aunque en algunos casos estas medidas puedan registrar actitudes que se construyen momentáneamente, en la mayoría de los casos lo que se registra son las evaluaciones asociadas de forma estable al objeto de actitud ubicadas en la memoria.¹⁸

Los instrumentos desarrollados a nivel internacional para medir las actitudes hacia el abuso de ancianos, son los siguientes:

El "Elder Abuse Attitude Test" (EAAT) desarrollado por Pittman y Stones en 1995, tenía como propósito construir un instrumento para identificar las diferencias individuales en las actitudes hacia el adulto mayor, previa búsqueda de información bibliográfica, apoyo de grupos focales y mediante una encuesta piloto, la encuesta preliminar comprendía de 112 sujetos, los cuales pasaron por una serie de filtros que redujo los ítems. La evaluación psicométrica de la EAAT mostró una estructura unifactorial representado por 53% de la varianza y un alfa de Cronbach de 0,92, mostrando que el EAAT tiene propiedades psicométricas y validez adecuadas. Los análisis demográficos fueron realizados por regresión escalonada, la edad y el tamaño de la comunidad fueron significativos con una $p < 0.002$. Conclusión: las personas mayores clasificaron los ítems de maltrato, como menos graves que los jóvenes, además de que las personas que viven en comunidades pequeñas tienen actitudes extremas. El cuestionario final consta de 13 ítems con 4 dimensiones (abuso físico, económico, psicológico y negligencia). La evaluación de las respuestas se realizó con una escala de Likert de 5 puntos que van desde: 1) Definitivamente no abusivo, 2) Posiblemente abusiva, 3) Abusivo, 4) Severamente

abusivo; 5) Muy gravemente abusiva. Para los resultados se suman las respuestas obtenidas y se divide entre 13, con un puntaje mínimo de 1 y máximo de 5, caracterizando la actitud como más extrema con puntuaciones más altas y como menos extrema con puntuaciones bajas. La autora no menciona porcentajes ni características sociodemográficas obtenidos en la prueba piloto, solo hace referencia al proceso de construcción, validez y confiabilidad del instrumento. Aunque es de los pocos instrumentos que miden las actitudes, el EAAT no se ha validado en otros países y ha sido poco estudiado, en el 2011 fue utilizado por Lafleur, concluye que el EAAT no es una herramienta psicométrica sensible a variaciones que existen en la ideología de cada individuo, así como la manera en que cada individuo percibe el abuso, lo que representa un sesgo importante para este estudio, por otro lado Kiper en 2001, lo utiliza como parte de un estudio exploratorio de la manera en que se presenta la información sobre abuso de ancianos.²²⁸²⁹

The Study of Caregivers Perception of Elder Mistreatment in different Cultures, desarrollado por Cook en el año 2012, como una encuesta de opinión para medir la percepción de cada persona sobre el abuso de ancianos, realizó un instrumento donde mide 4 dimensiones: 5 ítems sobre abuso financiero, 5 ítems sobre abuso psicológico, 5 ítems sobre abuso físico y 5 ítems sobre negligencia, el investigador generó estas declaraciones analizando las diversas definiciones de estos cuatro tipos de abuso y utilizando una escala tipo Likert de 4 puntos que va muy en desacuerdo, desacuerdo, de acuerdo y muy de acuerdo, la autora solo hace referencia a las actitudes observadas en sujetos afroamericanos y no afroamericanos, no muestra los resultados de cada dimensión, tampoco hace reseña de cómo se construyó el instrumento, además de que no realizó el proceso de confiabilidad y validez del mismo, tampoco se ha retomado en otros estudios.³

Inventario para medir la opinión, actitud y exposición del adulto mayor puertorriqueño al abuso, maltrato y negligencia, desarrollado por Irizarry en 2008, inicialmente diseñado de 107 ítems y perfeccionado después para su validación quedando con 34 ítems divididos en 6 subescalas que miden la opinión y la actitud en cuanto a situaciones de abuso material, físico, psicológico, negligencia y maltrato. La subescala de actitud consta de 8 ítems, de los cuales 4 ítem hace referencia a abuso psicológico, 2 ítem hace referencia a

abuso económico, 1 ítem hace referencia hacia abuso físico y 1 ítem hace referencia hacia abuso financiero, la escala de repuestas utilizado fue de “sí”, “no” y “neutral”, el análisis de las preguntas se realizó utilizando la correlación “ítem total” como índice de discriminación, donde se consideraba una actitud positiva, con mayores respuestas afirmativas, mientras que los cuestionarios con mayores respuestas desaprobadas, consideraban una actitud negativa. La fiabilidad de la consistencia interna se estimó mediante la técnica de alfa de Cronbach y se llevó a cabo un análisis de los factores utilizando una estimación de la máxima verosimilitud, realizaron un análisis factorial que reflejan un índice de consistencia interna de 0,87. El valor propio obtenido fue de 4.715 y explica una varianza de 16.814, documentando la validez del instrumento en términos de medición de la actitud del abuso de ancianos. Los resultados obtenidos 83% de los encuestados tuvieron una actitud positiva hacia el abuso psicológico, 50% tuvieron una actitud negativa hacia el abuso económico, 69.5% tuvieron una actitud positiva hacia el abuso físico, 95.8% tuvieron una actitud positiva hacia la negligencia. Concluyendo que los sujetos puertorriqueños tienen una actitud positiva hacia el maltrato al adulto mayor. Este es el único cuestionario validado en español para medir las actitudes hacia el abuso de ancianos y no ha sido utilizado en otros estudios. El instrumento presenta limitaciones en términos del método de muestreo utilizado por disponibilidad, que limita la capacidad de generalización de los hallazgos.³⁰

El EAAT, es un instrumento antiguo, poco utilizado, Lafleur lo describe como poco sensible a la ideología y a la percepción de cada individuo. El instrumento utilizado por Cook, no tiene confiabilidad ni validez e Irizarry utiliza instrumento mide la actitud, en una subescala ya que el instrumento se diseñó para medir también, la opinión y la exposición al abuso. Los tres Instrumentos representan sesgos para dichas investigaciones, confirmando la necesidad de realizar este estudio y construir un instrumento en español, valido y confiable que mida cuatro dimensiones, las cuales se plantearán, tomando en cuenta las formas de abuso más frecuentes de acuerdo a la OMS: maltrato físico 4,9%, psicológico 6,3%, económico 9,2%, Negligencia 5,5%. Varios estudios llegan a conclusiones diferentes sobre el tipo más común de abuso de ancianos. Existen varias razones para ello, incluyendo el uso de diferentes definiciones operacionales, datos administrativos, muestras o métodos utilizados entre los estudios de prevalencia de abuso de personas mayores. También es ampliamente reconocido por los investigadores que

una víctima de abuso de ancianos puede experimentar múltiples formas de abuso al mismo tiempo, lo que hace que sea difícil medir cada tipo individualmente. Los estudios que ejemplifican la variedad de hallazgos sobre este tema se mencionan a continuación: Un estudio nacional conducido por Acierno y sus colegas encontró que el maltrato financiero era la forma más comúnmente reportada de abuso, seguida de negligencia potencial, maltrato emocional, maltrato físico y último maltrato sexual. Burnes et al y Laumann et al. Encontraron que el abuso emocional era el más frecuente seguido de cerca por abuso físico y negligencia. Friedman y sus colegas encontraron que la negligencia era la más común, seguida por el abuso psicológico y, por último, la explotación financiera. Para la construcción del instrumento se tomará los dominios actitud hacia el abuso financiero, físico, emocional y actitud hacia la negligencia, por ser los tipos más frecuentes de abuso, se excluye el abuso sexual, por ser el menos frecuente, ya que se torna difícil abordar la problemática de abuso sexual al adulto mayor, porque aun hoy en día todo lo relacionado con sexualidad y genitalidad sigue teñido por tabúes y prejuicios.³¹

2. EL CUIDADOR

El diccionario de la real academia española señala que Cuidador/ra, es quien cuida a una persona, es una persona muy servicial, cuidadosa, pensativa y metida en sí.⁸

El cuidador principal es “aquel individuo que dedica la mayor parte del tiempo al cuidado de dicho enfermo”. Un cuidador es la persona que se hace cargo, por cuenta propia o por encargo, de vigilar y atender a otra persona. El cuidador, como lo entendemos en materia de dependencia, es la persona que facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente, ayudándola en sus tareas diarias como aseo, alimentación, desplazamiento, entre otras. Al agotamiento físico y psíquico que produce en los cuidadores la dedicación plena a una persona dependiente se le conoce como síndrome del cuidador.³²

Desde el enfoque antropológico, se ha definido al cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”.³³

A partir de esta definición general de cuidadores, se impone la diferenciación de los cuidadores directos en formales e informales. Los cuidadores “informales” no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios.³²

Los cuidadores principales o primarios son los que asumen su total responsabilidad en la tarea, pasando por diferenciaciones progresivas a esta situación según la ayuda, formal o informal que reciban. A diferencia de los cuidadores primarios, los secundarios no tienen la responsabilidad principal del cuidado de los ancianos.³²

La función principal del cuidador: Permite que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone.³²

En muchas sociedades incluida la nuestra, hay unas expectativas no escritas sobre quién debe cuidar en el caso de que esto sea necesario. Y si una persona mayor se pone enferma o necesita de atenciones en las actividades de la vida cotidiana, se espera que su esposo o esposa, si puede le cuide. Y si este no puede, el género pasa a ser un factor determinante, de modo que ser mujer (ser la hija, la nuera, la nieta, la hermana, la sobrina, etc.) se asocia al rol de cuidador.³⁴

Cuidar es una tarea con una doble vertiente, en la que el cuidador primero debe conocer las necesidades de la persona mayor y después saber cómo satisfacerlas. En función de la naturaleza del problema, cuidar puede requerir una pequeña cantidad de trabajo o una gran tarea, puede ser algo breve o que no se sabe cuándo va a finalizar. Cuando es una gran tarea o se prolonga durante mucho tiempo, puede ser una rutina diaria que ocupa gran parte de los recursos y de las energías del cuidador.³⁴

Ser cuidador ha sido concebido como una “carrera inesperada” que, a diferencia de otras ocupaciones, no está dirigida principalmente por las metas que cada cual se propone, sino por aquellas que vienen impuestas por el mismo desarrollo de la problemática de la persona mayor y los niveles de dependencia que va alcanzando progresivamente. Se trata con frecuencia de una experiencia prolongada, en la que pueden diferenciarse diversas etapas.³⁴

a. Preparación-adquisición. Etapa en la que el cuidador va aumentando su comprensión del problema y de la necesidad de ayudar de manera continuada a su familiar, que generalmente se produce con motivo de un empeoramiento físico del familiar o de su hospitalización.³⁴

b. Promulgación-actuación. Periodo en el que el cuidador ejerce su rol. Un rol que no es siempre el mismo porque los problemas del mayor al que se atiende son progresivos, además de multidimensionales y complejos. Además, las dificultades a las que los cuidadores tienen que enfrentarse no se circunscriben única y exclusivamente a la persona a la que se cuida, sino que en numerosas ocasiones también tienen que ver con problemas añadidos a los originados por la situación de cuidado: laborales, familiares, etc.³⁴

c. Abandono. Etapa que generalmente comienza tras el fallecimiento del familiar y que no se caracteriza necesariamente por el cese del estrés del cuidador que tiene que recomponer no solo su vida sino también en numerosas ocasiones su propia identidad.³⁵

La vida de quienes atienden a una persona dependiente puede verse afectada de muchas maneras. Es frecuente que experimenten cambios en las siguientes áreas: En las relaciones familiares, en el trabajo y en su situación económica, en su tiempo libre, en su salud y en su estado de ánimo. También, aunque se considere que los cambios que ocurren durante el tiempo de cuidado son únicamente negativos, algunos también pueden ser positivos: La satisfacción de cuidar y cambios en las relaciones familiares.³²

3. MALTRATO AL ADULTO MAYOR

En el año 1987 la Asociación Médica Americana definió el abuso como "todo aquel acto de omisión, que lleve como resultado un daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de una persona anciana".³⁶

En la actualidad una de las definiciones más ampliamente reconocidas a nivel internacional es la enunciada por la INPEA (International Network for the Prevención of Elder abuse), que declara que: "El maltrato de personas mayores se define como un acto único o reiterado u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor que se produce en el seno de cualquier relación donde existe una perspectiva de confianza".³⁷

Otra de las definiciones más aceptada a nivel mundial es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que así lo define: “El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”. Puede ser de varios tipos: físico 4,9%, psicológico 6,3%, económico 9,2%, negligencia 5,5%, sexual 0,04%.³⁸

A esta definición sería interesante añadirle un aspecto adicional, los malos tratos pueden ser intencionales y no intencionales y concretamente, en el caso de los mayores la mayoría de las situaciones suelen ser de tipo no intencionado. El hecho de que no sean intencionales no significa que sean justificables, ni mucho menos.³⁷

Tipologías de maltrato

Tras la revisión de la literatura sobre diferentes tipologías existentes del maltrato hacia las personas mayores, este puede clasificarse de la siguiente manera:

Físico: acciones llevadas a cabo por otras personas de forma intencional, que provocan o pueden provocar daño, dolor, deterioro físico o lesiones físicas. Puede incluir golpes, pellizcos, empujones, patadas, quemaduras, castigos físicos, latigazos, uso inapropiado de fármacos, de restricciones físicas, forzar a comer, privación de libertad etc. Los indicadores de este tipo de maltrato podrían ser: Equimosis, quemaduras, fracturas, signos de haber sufrido restricciones de algún tipo, hipotermia, dolor al ser tocado, etc.³¹

Psicológico: implica acciones como la agresividad verbal, el uso de amenazas, el abuso emocional, obligar a presenciar el maltrato infligido a otras personas, provocar malestar psicológico, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación cometido sobre una persona mayor como las actitudes de discriminación, en forma de infantilismo. También se considera maltrato psicológico negar a la persona mayor la oportunidad de participar en la forma de decisiones que conciernen a su vida. Este tipo de malos tratos provocan entre otros resultados: Impotencia, indefensión, y/o miedo inexplicable. Los indicadores de este tipo de maltrato serían: Indecisión para hablar abiertamente, comportamiento inusual, emocionalmente disgustado o agitado.³¹

Sexual: implica cualquier contacto de carácter sexual (caricias orales, anales o vaginales además de violación, sodomía, obligarle a desnudarse o a ver fotografías sexualmente explícitas) sin el consentimiento de la persona mayor, ya sea porque ha sido forzada, no

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tiene la capacidad para dar ese conocimiento o porque ha sido llevada a través del engaño. Entre los posibles indicadores de este tipo de maltrato podemos encontrar: Equimosis alrededor del pecho o el área genital, enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación, hemorragias vaginales o anales sin explicación, ropa interior rasgada, manchada o con sangre.³¹

Económicos: utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades, o recursos de una persona mayor. Supone robo, uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona mayor, obligarle a cambiar el testamento, etc., dando como resultado un perjuicio para la persona mayor y un beneficio para otra persona. Los indicadores de este tipo de maltrato pueden ser: Patrón irregular de gastos o retirada de dinero, cambios repentinos en cuentas bancarias, testamentos, etc., firmas en cheques, que no se parecen a la firma de la persona mayor.³¹

Negligencia: consiste en un acto de omisión, fallo intencional o no intencional en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor por parte del cuidador. Dentro de esta categoría se puede distinguir:

- Negligencia física: que el cuidador no proporciona a una persona mayor los servicios o productos necesarios para un funcionamiento físico óptimo.³⁹
- Negligencia emocional/psicológica: en este caso el cuidador no suministra el apoyo o la estimulación social y/ o emocional adecuada y necesaria para una persona mayor. También se incluye dentro de este tipo, que el responsable del maltrato le aisle de amigos familiares o de sus actividades cotidianas, no hablarle, dejarlo solo durante largos periodos de tiempo.³⁹
- Negligencia económica: en este caso, el cuidador no utiliza los fondos o recursos que son necesarios para proporcionar una óptima calidad de vida a la persona mayor.³⁹

Entre los indicadores de este tipo de maltrato se puede hablar de úlceras por presión, suciedad, olor a orina o heces, vestido inadecuado, malnutrición, deshidratación, ignorar a la persona mayor, aislar a la persona mayor, excluirle de sus actividades.³¹

Abandono: abandonar a una persona mayor por parte de la persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o que posee su custodia. La forma más habitual de este

tipo de maltrato es el abandono de la persona mayor en un hospital, centro comercial o gasolinera.³⁹

Violación de los derechos básicos: consiste en privar a la persona mayor de los derechos básicos que legalmente le corresponden, desde el derecho a la intimidad hasta la libertad de opinión religiosa. Los indicadores podrían ser: Ocultarle o que le abran el correo, que no se le permita ir a la iglesia, que no se le permita tener la puerta de su habitación abierta.³⁹

Otra entidad que aparece muy poco en la literatura es el abuso social. Es según la opinión de las personas mayores, es el más frecuente y el peor e incluye la falta de respeto.³⁷

Teorías sobre el maltrato

Las razones por las que se producen los malos tratos son múltiples y son muchas las teorías que tratan de explicar las causas. Las propuestas teóricas que se han realizado sobre los malos tratos hacia las personas mayores parten de distintos factores: los relacionados con las características de las personas, los que analizan la interacción entre las personas y los que enfatizan la importancia de las estructuras sociales, convirtiendo la violencia hacia los mayores en un fenómeno complejo y multidimensional.⁴⁰

Modelo situacional: la premisa básica de este modelo consiste en que el aumento del estrés, es el posible responsable del maltrato, asociado a ciertos factores situacionales y/o estructurales, aumenta la probabilidad de que se produzca el maltrato hacia las personas mayores percibidos como fuente de estrés. Las variables que han sido asociadas con el maltrato a personas mayores incluyen: factores relacionadas con la persona mayor, como dependencia emocional y física, mala salud, estado mental deteriorado y personalidad difícil. Factores estructurales: como tensiones económicas, asilamiento social y problema ambientales. Factores relacionados con el cuidador: crisis vitales, Burnout, carga o agotamiento debido al cuidado de la persona mayor, problemas de abuso de sustancias y experiencias previas con la violencia.⁴¹

Modelo patológico: esta teoría se centra en ciertas características presentes en el responsable del maltrato, (problemas psiquiátricos, problemas de abuso de drogas y alcohol). La disminución de la capacidad del cuidador para tolerar la frustración y para controlar su conducta debido, por ejemplo a la dependencia del alcohol, está asociado a las acciones violentas y abusivas hacia una persona.⁴¹

Teoría del intercambio social: Esta teoría está basada en la idea de que una interacción social incluye el intercambio de recompensas y castigos entre al menos dos personas y todos los individuos implicados en las mismas, buscan maximizar las recompensas y minimizar los castigos en dicha interacción, de modo que las interacciones sociales se mantienen siempre y cuando los beneficios sean mayores que los costes y el nivel de satisfacción con la relación sea más alto que el nivel de comparación, con las alternativas. Cuando la interacción entre dos personas está equilibrada, Homans señala que la interacción social ocurre de acuerdo con la ley de justicia distribuida, que hace referencia a las expectativas que tiene una persona sobre las recompensas que debe recibir y los costes que debe asumir en una determinada interacción social, cuya distribución debe ser percibida por este como justa. Cuando esta ley no es cumplida surgen la ira, el resentimiento y el castigo. Esta teoría predice que el maltrato se producirá independientemente de la dirección en la que se produzca el desequilibrio; es decir, tanto si es la persona mayor como el cuidador el que está en una posición de impotencia/sin autoridad. De manera que cuando el posible responsable del maltrato se siente indefenso y/o impotente y busca una compensación a la falta de control o a la pérdida de poder con los recursos disponibles, la violencia es un resultado probable.⁴¹

Teoría del interaccionismo simbólico: está incluido dentro de la asunción de que la interacción social es un proceso entre al menos dos individuos que ocurre a lo largo del tiempo; consiste en fases identificables recurrentes, interrelacionadas y secuenciadas de modo flexible, y requiere negociación constante para establecer un consenso sobre el significado simbólico del encuentro. En esta teoría los actores sociales tienen unas metas que sumen como válidas, el tiempo que atribuyen una serie de motivaciones a los demás en su actuación o en su comportamiento y pueden corresponderse o no con lo que los demás asumen. Las fases de la interacción social incluyen el proceso cognitivo, la improvisación, la atribución y la consolidación de roles, la reciprocidad y la compatibilidad, y cuando se produce un desfase de alguna de ellas surge la posibilidad de conflicto y finalización de interacción.⁴²

Perspectivas teóricas de la economía crítica y la economía política del envejecimiento; estas teorías hacen hincapié en el impacto de la sociedad sobre la vida de las personas mayores, marginados dentro de la sociedad, dentro del entorno familiar y fuera de él. Desde este modelo se señala que muchos de los problemas que tiene la persona mayor no son consecuencia de procesos biológicos o naturales del propio proceso del

envejecimiento, sino que reflejan las desigualdades sociales que limitan los roles y los recursos de las personas mayores. Se hace referencia al término “dependencia estructurada” que sugiere que los servicios sanitarios y sociales y las instituciones que gestionan las vidas de las personas mayores (obligación de la jubilación a una edad determinada, cobrar pensión en lugar de salario, la institucionalización y la restricción de los roles al ámbito doméstico) contribuyen a reforzar la dependencia y marginación de las personas mayores en la sociedad.⁴⁰

Teoría feminista: explica el maltrato en función del desequilibrio de poder dentro de las relaciones.⁴⁰

Demandas excesivas: propone que el estrés de suministrar cuidado a una persona mayor aumenta el riesgo de que el cuidador se comporte de forma abusiva.⁴⁰

Trasmisión intergeneracional de la violencia: aquí se señala la importancia de la violencia aprendida y la trasmisión intergeneracional de violencia dentro de las familias. Se ha propuesto la hipótesis de que algunas de las situaciones de maltrato eran una consecuencia de violencia inversa, es decir, donde el posible responsable del maltrato actual fue en el pasado la posible víctima del maltrato infantil o de pareja a manos de la persona mayor que está siendo maltratada o donde la violencia ha llegado a ser aceptada como norma dentro de la historia de esa relación. En estas circunstancias se sugiere que la persona que comete el maltrato está utilizando la violencia como una estrategia aprendida para afrontar conflictos o como se ha sugerido anteriormente, para vengarse del maltrato ocurrido en el pasado.⁴³

Modelo ecológico: este modelo proporciona una interpretación de las relaciones intergeneracionales entre el hijo (cuidador) y el padre mayor al largo del curso de la vida como base para el desarrollo de programas de prevención e intervención, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores y sus familias en una sociedad envejecida. La violencia según este modelo surge como resultado de factores individuales, interpersonales y sociales.³⁷

Factores de riesgo

Los factores de riesgo en el maltrato al anciano son características que se pueden dar en el cuidador, en el anciano y/o en el entorno en el que viven, y cuya presencia propicia la aparición del problema.⁴⁰

Factores de riesgo en la persona mayor:

Sexo: la gran mayoría de estudios ha encontrado un mayor porcentaje de víctimas mujeres que de hombres. Son las mujeres las que sufren los casos más graves de maltrato físico y emocional, así como que son las principales víctimas de abuso sexual.⁴⁴

Edad: a partir de los 75 años se incrementa el riesgo de sufrir maltrato.³⁸

Aislamiento social: las personas mayores víctimas de maltrato tienen menos contactos sociales. Además, es común que la víctima conviva únicamente con su agresor, en muchas ocasiones es el único cuidador.⁴⁴

Dependencia: la tasa de maltrato aumenta conforme se incrementa el nivel de dependencia. Los ancianos dependientes presentan mayores tasas de todos los tipos de maltrato. La diferencia se hace especialmente evidente en el caso del abuso económico, que es más del cuádruple entre los ancianos que necesitan ayuda.³⁷

Factores de riesgo en el responsable del maltrato.

Sexo: por tipos de maltrato, las mujeres son responsables especialmente de los casos de negligencia, mientras que los hombres lo son de las formas más extremas de maltrato como el físico y el abuso sexual.³⁷

Aislamiento social: el aislamiento social es un factor de riesgo característico de las familias con violencia doméstica. Ciertas investigaciones sugieren que los agresores tienen problemas en sus relaciones sociales y están más aislados.⁴⁴

Dependencia económica: en la literatura se afirma que, en muchos casos, los agresores son económicamente dependientes de la víctima para su alojamiento, manutención, transporte y otros gastos.⁴⁴

Psicopatología: los agresores de personas mayores presentan más problemas psicológicos y de abuso de sustancias que aquellos cuidadores que no muestran conductas abusivas. Es más común el consumo de sustancias entre los agresores que maltratan físicamente (7 de cada 9) que entre los que cometen negligencia (1 de cada 9).³⁷

Estrés: la percepción de estrés y el llamado síndrome de Burnout son predictores más fuertes de la presencia de maltrato de mayores. Como ocurre con otros factores de riesgo,

ni la dependencia de la víctima ni el estrés del cuidador explican por sí mismos el maltrato, sino que estos factores están mediados por la influencia de la calidad de la relación en general y por la relación previa a que se produzca el maltrato.⁴⁴

Relación con la víctima: hay un mayor porcentaje de hijos y cónyuges entre los agresores.

Factores de riesgo en el contexto de la situación de cuidado

Existencia de una cultura violenta: La tolerancia a la violencia por parte de la sociedad en general. La aceptación o normalización de la violencia hace que esta impregne nuestras actividades diarias, lo que puede contribuir a la aparición de maltrato hacia la persona mayor.⁴⁰

Violencia intergeneracional dentro de la familiar: en algunas familias la violencia es un patrón de comportamiento habitual. En ellas las personas aprenden a ser violentas, bien por observación o por haber sido ellos mismos víctimas de algún tipo de maltrato.³⁷

El edadismo: las actitudes y estereotipos negativos hacia las personas mayores hacen que en cierta forma se les deshumanice. Estos estereotipos negativos están presentes tanto en la población joven como en las personas mayores. Todo esto facilita que otras personas abusen de ellas sin un sentimiento de culpabilidad o remordimiento y que se les vea como un objetivo perfecto para la explotación.³⁷

A pesar de la información disponible sobre los factores de riesgo del maltrato a personas mayores, existe en la actualidad un porcentaje muy bajo de detección de casos de maltrato, debido a la presencia de barreras que obstaculizan la identificación de tal situación. No resulta fácil detectar un fenómeno que en muchas ocasiones permanece oculto, escondido por los propios protagonistas del mismo.⁴⁰

IV. JUSTIFICACIÓN

La familia es una pieza clave en el apoyo del enfermo durante el proceso de envejecimiento y enfermedad, sin embargo, las consecuencias psicológicas que conlleva el impacto de los mismos a menudo repercuten en la actitud de la persona que se encarga del cuidado. Las experiencias y cambios por los que atraviesa el cuidador primario varían de persona a persona, por poseer personalidades distintas y por presentar distintas formas de reacción.²⁴

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Para algunos cuidadores, el atender a un anciano puede ser una experiencia de sufrimiento puesto que sus emociones cambian durante el desempeño que realizan y generan sentimientos como baja estima, culpabilidad, sin esperanzas por haber comprometido su futuro con la tarea de cuidador y arrepentimiento por haber cumplido con este rol, generando tolerancia hacia el maltrato al adulto mayor y adquiriendo una actitud negativa. No obstante, no solo existen experiencias de fracaso y sufrimiento, sino que pueden experimentar satisfacción por cuidar a su ser querido y aunque hayan presentado sentimientos negativos resulta gratificante asumir dicho rol, pues siente que ha adquirido un crecimiento personal que eleva su estima, lo cual generará respeto hacia el adulto mayor y un rechazo o intolerancia hacia el maltrato al anciano (actitud positiva).⁴⁵

La tolerancia hacia el maltrato a adultos mayores (actitud negativa), no solo en cuidadores si no en la sociedad en general motiva preocupación por diversas razones: En primer lugar, todo aquel que intenta profundizar en el tema en un país occidental, se enfrenta a la escasa documentación que se dispone al respecto. En segundo lugar, por el hecho de ser una conducta destructiva que ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad y/o frecuencia como para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y/o financiero de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida y/o violación de los derechos humanos con la consiguiente disminución de la calidad de vida tanto del cuidador como del adulto mayor (Hudson 1991).⁴⁶

El interés por indagar sobre actitudes del cuidador hacia el maltrato al adulto mayor se justifica debido a que las actitudes pueden predecir en alguna medida cómo se comportarán los sujetos en determinada situación, las cuales afectarán directamente la calidad de vida de los adultos mayores.⁴⁷⁴⁸

En México no se han realizado estudios que identifiquen, la actitud del cuidador hacia el maltrato al adulto mayor. Sabemos que ciertamente la sociedad influye en las personas, por lo tanto, no podemos inferir que en los cuidadores mexicanos las actitudes hacia el maltrato al adulto mayor sean positivas o negativas, ya que las actitudes varían con el continuo del tiempo y con el entorno.¹⁴

En España, Israel, Suecia, India, Canadá, España, Estados Unidos y Puerto Rico se han realizado diversos estudios observacionales sobre las actitudes de los cuidadores hacia el maltrato al adulto mayor, encontrando discrepancia entre actitudes positivas y negativas en los cuidadores la mayoría fueron realizados hace más de 10 años, en algunos artículos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mencionan validez y confiabilidad del instrumento utilizado, sin embargo no indican las propiedades del mismo, en otros no se hace mención de la validez del instrumento utilizado, representando un sesgo para dichas investigaciones, ratificando la importancia de realizar un nuevo estudio con un instrumento válido y confiable.^{1,2, 4,7,49-53}

Se pretende en este estudio identificar la actitud del cuidador primario hacia el maltrato en el adulto mayor (dado que la actitud de cuidadores una variable que cuenta con evidencia predictor de riesgo de maltrato), lo cual permitirá reconocer prematuramente a los cuidadores con una actitud negativa y a sus adultos mayores con riesgo de maltrato.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Título: Actitud del cuidador primario hacia el maltrato al adulto mayor en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de la delegación Aguascalientes.

Sujeto de estudio: Cuidador primario de personas mayores de 65 años.

Objeto de estudio: Actitud del cuidador primario hacia el maltrato al adulto mayor.

Contexto: Unidad de Medicina Familiar No 11 delegación Aguascalientes.

I.DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

De acuerdo con las cifras preliminares que publicó el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Aguascalientes cuenta con una población de 1'312,544 habitantes de los cuales 48.8% son hombres (640,521) y 51.2% mujeres (672,023); alrededor de 13, 125 aguascalentenses se dedican al cuidado de ancianos, discapacitados, niños o enfermos dependientes.^{54,55}

Se estima que en 2015 hay más de 18 personas con necesidad de cuidado por cada 100 con posibilidad de brindarlo.⁵⁶

El aumento de los adultos mayores arroja un aumento en demanda de cuidado para el núcleo de la sociedad mexicana, genera una demanda de protección, y/o cuidado a este grupo vulnerable en el cual la familia tiene que ocuparse del cuidado del adulto mayor. El familiar encargado del cuidado (cuidador) no tiene formación en salud, no recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas de horario ni

de procedimiento; pasan gran parte del día con la persona que cuidan y en muchas ocasiones conviven con ella.⁵⁷

Alrededor del 80% de los cuidados de salud ambulatorios (físicos, emocionales, sociales, económicos) es proporcionado por miembros de la familia. Cuando el paciente presenta un compromiso leve o moderado, la pareja (esposa/esposo) o un hijo adulto suele hacerse cargo de su atención, pero cuando el paciente presenta un compromiso grave, lo más probable es que el cuidador sea la pareja (en general, la esposa).⁵⁸

Varios autores concuerdan que el perfil del cuidador primario es predominantemente femenino con una edad promedio de 36 a 60 años. Según Wrigth JF, hasta un 30% de los cuidadores son mayores de 65 años, con una escolaridad predominante de primaria y secundaria, la mayoría de las cuidadoras son amas de casa, de estado civil casadas, son familiares cercanos al adulto mayor (hijas, nueras y esposas) y piden apoyo a otras personas predominando entre estos otros familiares, respecto a su estado de salud se encuentra un predominio de enfermedades crónicas degenerativas, el tiempo dedicado al cuidado del adulto mayor abarca desde medio día hasta las 24 horas, sin periodos de descanso y sin recibir una remuneración económica, solo motivadas por el afecto hacia la persona cuidada, aunque otra parte lo hace por obligación, por lo general son de un estrato socioeconómico bajo, con ingresos de poco más de 2000 al mes, el tiempo que llevan cuidando a la persona mayor es variable y puede ir desde menos de un año hasta 10 años o más.⁵⁹⁻⁶¹

II. PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

La actitud de los diferentes pueblos a través de la historia ha sido diversa; algunos consideraban a los adultos mayores, sujetos mágicos y sabios respetados en sus facultades; en otros casos se les abandonaba en épocas de crisis por su poca posibilidad de producción y su necesidad de cuidados. Estas concepciones subyacen en las costumbres, las cuales más que las leyes rigen la vida humana junto a los hábitos, prejuicios, actitudes y valoraciones. Por lo tanto, las actitudes hacia los ancianos y el trato que reciben varía en las diferentes culturas en función de diversos factores, como las condiciones económicas, la estructura familiar, las creencias religiosas y la estructura política.^{62,63}

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En los últimos 50 años cambió la óptica sobre lo valioso de la edad. Globalmente, el entendimiento actual con respecto a los malos tratos a los ancianos es limitado, esto debido a las normas culturales de cada país, considerándolo un tema tabú, con tasas de prevalencia que se sitúan entre el 1-10%, y aunque su magnitud se desconoce es un importante tema social y de salud pública.⁶⁴

Según la Organización Mundial de la Salud, en su informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud 2015, los cuidadores informales no se encuentran preparados para las exigencias que deberán enfrentar debido al envejecimiento de la población ya que suelen tener percepciones y creencias negativas respecto de las personas mayores; estas actitudes surgen del miedo que las generaciones jóvenes tienen del envejecimiento y de su rechazo a enfrentar los retos económicos y sociales relacionados con el incremento de la población mayor. No obstante, se dan algunas excepciones como en el caso de Alemania, donde la imagen del anciano se ha vuelto más positiva en los últimos años.^{3,65}

En México, según datos de la Encuesta Nacional sobre Discriminación del 2010, muchos mexicanos comienzan a ver a la vejez como una edad de discriminación, de marginación y maltrato. La discriminación por edad y los estereotipos influyen sobre las actitudes, y estas a su vez afectan la forma en que las decisiones son tomadas y los recursos son asignados en el plano familiar, comunal, nacional e internacional. Pero los estudios realizados en este campo también han mostrado que el estereotipo negativo se mantiene solamente o al menos con más fuerza cuando se habla de la gente mayor en general como colectivo homogéneo, mientras que cuando lo usamos para describir a alguien cercano o específico, esta imagen se vuelve más positiva o menos negativa.^{66,67}

En México el maltrato es más frecuente en mujeres y el maltratador es por lo común algún miembro de la familia. Es así que los estereotipos negativos propios de la vejez afectan especialmente a las mujeres en el mundo occidental. Se ha reportado que un 16.7% de los adultos mayores sufren algún tipo de maltrato.^{36,68}

En nuestro país, así como en el medio local, no hay investigaciones que analicen la percepción ni las actitudes que los cuidadores primarios tienen hacia el maltrato al adulto mayor.

III.DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

México cuenta con un marco jurídico, políticas públicas, un marco institucional y un presupuesto destinado a la atención de las personas adultas mayores.

En cuanto al marco jurídico, el artículo 1º constitucional prohíbe toda discriminación motivada entre otros aspectos por la edad o cualquier otro que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. Asimismo destaca la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, que reconoce el derecho a la salud del adulto mayor, el cual de conformidad con el artículo 33 de la Ley General de Salud, corresponde a las instituciones del sector salud garantizar la prestación de servicios para ejercer este derecho; la Ley General para la Igualdad entre mujeres y hombres; la Ley de los Institutos Nacionales de Salud; la Ley del Seguro Social; el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; y la Norma Oficial Mexicana relativa a los servicios destinados a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad (NOM-031-SSA3-2012).

A nivel institucional se cuenta con: El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) desde junio de 2002, como órgano rector de las políticas públicas para la atención específica de la población de 60 años o más; el Instituto Nacional de Geriátrica (ING) desde 2008; el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF); el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE); y el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN). Asimismo, instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cuentan con programas dirigidos a este sector poblacional, particularmente en temas como el empleo y el envejecimiento de la fuerza de trabajo y acceso al conocimiento, la educación y la capacitación.

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), perteneciente a la Secretaría de Salud, mediante la Dirección del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, ejecuta el Programa de Acción "Atención al Envejecimiento" (PAE), el cual tiene como una de sus obligaciones más importantes la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y control de los padecimientos más relevantes y sujetos a programa que afectan a las personas adultas mayores.

El INAPAM es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines. Es rector de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores y se encuentra sectorizado en la Secretaría de Desarrollo Social. Tiene por objeto generar, coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar acciones públicas, estrategias y programas, procurando el desarrollo humano integral de este sector de la población.

El IMSS colabora con el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), en el desarrollo del Programa de acción específico para la atención del envejecimiento 2013-2018. El IMSS retoma y vuelve operativa la definición de la Organización Mundial de la Salud sobre envejecimiento activo. En consecuencia, el IMSS plantea el Plan Geriátrico Institucional (PGI), en donde aborda la salud con amplia perspectiva y reconoce el hecho que la salud sólo puede crearse y mantenerse mediante la participación de las familias y las comunidades, con el apoyo de múltiples sectores. Busca atender las necesidades sociales y de salud derivadas de los cambios demográficos, epidemiológicos, sociales y culturales, con especial énfasis en las estrategias que permitan afrontar las dificultades y oportunidades del envejecimiento de la población atendida por el Instituto en su entorno familiar. El PGI se sustenta en cuatro aspectos básicos para llegar a la vejez: estar sano, valerse por sí mismo, tener solvencia económica y estar acompañados. Asimismo, considera dos programas básicos: GeriatrIMSS y el Programa de Envejecimiento Activo: Programa GeriatrIMSS. Se desarrolla en torno a las unidades médicas, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas. Incluye acciones de promoción y de prevención a través de PREVENIMSS; atención geriátrica y la capacitación y actualización de médicos familiares, formación de especialistas y otro personal de salud, que puedan tener una visión integral de la salud de los ancianos, integradora de su patología y tratamiento, para evitar polifarmacia e iatrogenia, así como incorporar de manera temprana la rehabilitación de capacidades perdidas. Programa de Envejecimiento Activo (PREA). Se desarrolla en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales (UOPSI) y en el Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAAM). Se ubica en la primera línea estratégica del PGI, y permite a las personas conservar y desarrollar su potencial de

bienestar físico, mental, emocional y social a lo largo del ciclo vital, así como participar en la sociedad de acuerdo con sus derechos, necesidades, capacidades y anhelos, proporcionando protección, seguridad y cuidados adecuados. El programa busca que los adultos mayores conserven el mayor grado de autonomía posible; que retrasen los distintos niveles de dependencia y conserven el mejor nivel y la mayor calidad de vida posible, con la participación del individuo, la familia, la comunidad y el Instituto. Las redes sociales de formación de capital social de apoyo comunitarias que considera el PREA son: Acompañantes Generacionales e Intergeneracionales, Promotores de Apoyo Gerontológico y Cuidadores de personas adultas mayores.

El IMSS en Aguascalientes cuenta con 2 Hospitales Generales de Zona, y 10 Unidades de Medicina Familiar, 5 en la zona conurbada y 5 foráneas, todos atendidos por personal y recursos de la propia institución. Dentro de las especialidades que brindan servicio en estas unidades son: Medicina Familiar, Geriátrica, Medicina Interna, entre otras.

1. LEYES Y NORMAS

a) NORMATIVA INTERNACIONAL

Durante la última década, la preocupación de la comunidad internacional respecto de la situación de las personas de edad se ha reflejado de forma gradual en la adopción de políticas internacionales específicas que la abordan desde la perspectiva de los derechos humanos.

Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores (2002). Esta declaración es una llamada a la acción dirigida a la prevención del maltrato a las personas mayores. En ella se declara que faltan marcos legales, pues en muchas ocasiones no se puede abordar casos por falta de los instrumentos legales apropiados; que la prevención del maltrato exige la participación de múltiples sectores de la sociedad, especialmente del personal de atención primaria; y que son vitales la educación y la difusión de la información tanto en el sector formal como en los medios de comunicación. El maltrato de personas mayores es un problema universal, pero una perspectiva cultural es fundamental para comprender el fenómeno en profundidad. En toda sociedad algunos grupos de personas mayores son particularmente vulnerables, constituyen los grupos de riesgo y sólo se podrá prevenir el maltrato mediante una cultura de solidaridad entre las

generaciones. Por último, no es suficiente identificar los casos; todos los países deben desarrollar las estructuras que permitan la provisión de servicios para responder a este problema y prevenirlo.⁶⁹

Carta de San José sobre los derechos de las personas Adultas Mayores de América Latina y el Caribe (2012). En ella los representantes de los países participantes ratificaron los acuerdos tomados en Brasilia en relación con los derechos humanos que protegen a los adultos mayores contra la discriminación, y se comprometieron a tomar las medidas necesarias para impulsar la promoción y protección de los derechos de los adultos mayores, así como a promover que estos los conozcan, apuntando, además, a tener una imagen positiva del envejecimiento. En el documento se incluyen los acuerdos y compromisos que asumen los gobiernos participantes para la mejora de los sistemas de protección y seguridad social, salud y servicios sociales.⁷⁰

b) NORMATIVA NACIONAL

El Sistema Nacional de Salud mexicano se encuentra normado por un conjunto de leyes de orden federal y por reglamentaciones propias de cada una de las 32 entidades federativas que conforman el país.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (art. 1º), prohíbe la discriminación basada en diversos motivos, como la edad.⁷¹

Ley General de salud (DOF, 7/feb./1984) En su Título primero, Artículo 2º establece: El derecho a la protección de la salud, la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.⁷²

Ley de los Institutos Nacionales de Salud (DOF 26/mayo/ 2000) Señala las atribuciones del Instituto Nacional de Geriátría (ING), como centro nacional de referencia para asuntos relacionados con estudios sobre el envejecimiento poblacional y sus aplicaciones (artículos 6 y 7 Ter).⁷³

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (DOF, 25/jun./2002) tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de este sector poblacional, y establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento mediante la regulación de la política pública

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

nacional en la materia. Asimismo menciona la creación del INAPAM al que se le confiere la rectoría de las políticas públicas para la atención específica de la población de 60 años o más, con el propósito de sensibilizar a las familias y a la sociedad en general respecto a la problemática de este sector.⁷⁴

Ley General para la Igualdad entre mujeres y hombres (DOF, 2/ago./2006 y reformada el 5/dic./2014), tiene por objeto regular y garantizar la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres, proponer los lineamientos y mecanismos institucionales que orienten a la nación hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promoviendo el empoderamiento de las mujeres y la lucha contra toda discriminación basada en el sexo. Asimismo señala que las mujeres y hombres podrán gozar de los derechos en ella contenidos independientemente de su edad.⁷⁵

Ley para la protección especial de los adultos mayores del estado de Aguascalientes. (Publicada 13 de Julio de 2009) Reconoce como derechos de las personas adultas mayores, la integridad, dignidad y preferencia a una vida libre, sin violencia, maltrato físico o mental, discriminación, con la finalidad de asegurarse respeto a su integridad física y psicoemocional. Así mismo establece que corresponde a la secretaría de desarrollo social, llevar el registro, seguimiento, evolución y evaluación de los casos de maltrato, abandono, explotación laboral, discriminación, pobreza extrema o demás circunstancias análogas. También determina que corresponde al sistema de Desarrollo Integral de la Familia del estado en materia de adultos mayores, denunciar a las autoridades competentes, cuando sea procedente, cualquier caso de maltrato, lesiones, abuso físico o psíquico, sexual, abandono, descuido o negligencia, explotación, discriminación y en general, cualquier acto que perjudique a los adultos mayores. Por último comenta que son infracciones a la ley, realizar cualquier actividad que implique abuso, explotación o maltrato hacia los adultos mayores.⁷⁶

Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores (NOM-167-SSA1-1997). Tiene por objeto establecer los procedimientos para uniformar principios, criterios, políticas y estrategias en la prestación de servicios y desarrollo de actividades en materia de asistencia social a menores y adultos mayores.⁷⁷

Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad (NOM-031-SSA3-2012). Tiene por objeto establecer las características de funcionamiento, organización e infraestructura

que deben observar los establecimientos de los sectores público, social y privado, que presten servicios de asistencia social a personas adultas y adultas mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Esta norma fomenta una cultura de dignificación de las personas adultas y adultas mayores, implicando la difusión de preceptos gerontológicos que permitan conocer y comprender el proceso de envejecimiento. Para la aplicación de programas orientados a la atención de la persona adulta mayor con acciones encaminadas a promover la interacción familiar y social.⁷⁸

Guía de Práctica Clínica. Detección y manejo del maltrato al adulto mayor, Actualización 2013 (IMSS 057-08). La cual tiene como objetivos: Describir los factores de riesgo para que el adulto mayor sufra maltrato, identificar el perfil del maltratador, mencionar las conductas viejistas del personal de salud, define los tipos de abuso a los que está expuesto el adulto mayor y orienta al personal de salud para identificar los signos de alarma de abuso en el adulto mayor, que acciones realizar en caso de sospecha de maltrato en el adulto mayor.⁶⁸

La Guía de Práctica Clínica. Detección y manejo del colapso del cuidador 2015 (IMSS 718-15). Tiene como objetivos: detectar y manejar a los cuidadores con colapso derivado del otorgamiento de cuidados crónicos, así como identificar los factores de riesgo que pueden provocar un colapso de cuidador y establecer estrategias de intervenciones médicas y sociales para los cuidadores con colapso.⁷⁹

IV.DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología afirma que en el origen de algunas conductas negligentes, abusivas, violentas o de maltrato, se sitúa la ausencia de consideración social que impera actualmente en la sociedad, acerca de las personas mayores.⁸⁰ Así mismo Elsie Yan refiere que las actitudes negativas hacia la vejez son predictores de proclividad al abuso de ancianos.⁸¹ Sin embargo las diferentes culturas tienen percepciones distintas respecto a las formas de maltrato por ejemplo: Sandra Tam considera que la falta de respeto hacia las personas mayores es una forma de maltrato en la cultura china, pero desde una perspectiva occidental la falta de respeto permanece invisible bajo categoría de maltrato.⁸² Consecuentemente Chils apoya una visión del abuso de ancianos que enfatiza su naturaleza relativista, en la cual las percepciones del

abuso de ancianos dependen tanto de las características del perceptor como de las variables de la víctima y del perpetrador.⁵⁰

En el estudio de las actitudes de cuidadores hacia el maltrato del adulto mayor, existe discrepancia entre los diferentes países. Por ejemplo: Cook examina las actitudes hacia el abuso de ancianos en los cuidadores afroamericanos y no afroamericanos, donde la mayoría mostraba una actitud positiva hacia abuso de ancianos.³ En tanto que Uhden-Layron en España comparo las actitudes ante el maltrato al adulto mayor entre los cuidadores formales e informales, observando que los cuidadores formales tienen más actitudes negativas respecto a los cuidadores informales.⁷ Muthuvenkatachalam determina que en los adultos rurales de la india, la conciencia pública y la actitud relacionada con algunos temas comunes de abuso de ancianos son pobres, especialmente en lo que se refiere al abuso físico, la intolerancia a las demandas de los ancianos, la influencia cultural, el abuso sexual y la denuncia de incidentes.⁵³ y Neikrug en un estudio realizado en Israel, muestra una relativa tolerancia y la aceptación de la violencia en la familia si se produce en el contexto de la relación de cuidado.¹

Moon y Benton, encontraron que los profesionales y la población en general difieren constantemente entre sí en cómo perciben el abuso de ancianos. En este estudio el grupo de hispanos encuestados en la zona urbana de San Antonio, Texas, fueron menos tolerantes hacia posibles situaciones de abuso, mientras que los hispanos de las pequeñas áreas rurales de Nuevo México fueron el grupo más tolerante de toda la comunidad.⁸³

La suposición de que la mayoría de los hispanos comparten valores culturales similares puede ser más perjudicial que útil para los profesionales. Resulta entonces que las personas ancianas, los cuidadores y el personal de salud pueden percibir o juzgar la situación de maltrato de manera diferente, proyectando actitudes diferentes.³⁰

En México no se han realizado estudios que identifiquen la actitud del cuidador hacia el maltrato al adulto mayor, por lo tanto, no podemos concluir que en los cuidadores mexicanos las actitudes hacia el maltrato al adulto mayor sean mayormente positivas o mayormente negativas.¹⁴

Los estudios presentados anteriormente encontraron diferencias en la actitud de los cuidadores hacia el maltrato, en varios artículos los autores mencionan validez y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

confiabilidad del instrumento utilizado, sin embargo, no los representan con cifras o describiendo las propiedades del instrumento, representando un sesgo en dichas investigaciones. Por lo cual es importante realizar un nuevo estudio con un instrumento confiable y validado.

V.DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

Las expectativas de los ancianos es ser cuidados por sus hijos durante su vejez, dicha expectativa es compartida por ancianos pertenecientes a las más diversas culturas a nivel mundial. Esto convierte el cuidado en una realidad para muchos ancianos, quienes no sólo son cuidados por sus hijos sino también reciben dicho cuidado en sus propios hogares.⁸⁴

El cuidador primario es aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero al paciente discapacitado o dependiente y se caracteriza por tener un vínculo afectivo y no recibir remuneración económica por sus cuidados, es típicamente un miembro de la familia, amigo o vecino.⁷⁹

Los cuidadores primarios no disponen de capacitación, no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. Uribe (2006) refiere: “El cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona”.³²

La vida de quienes atienden a una persona dependiente puede verse afectada de muchas maneras. La experiencia de cada cuidador es única, ya que son demasiados los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador. Los cambios que ocurren durante el tiempo de cuidado del adulto mayor pueden ser positivos como: la satisfacción de cuidar y los cambios en las relaciones familiares, sin embargo, se puede considerar que también son negativos; la tensión y las contradicciones generadas por la dificultad en atender las necesidades de los mayores sin que exista apoyo externo dan lugar a situaciones desquiciadas en las que las relaciones se deterioran y el “mal trato” aparece de forma cotidiana. El cuidador puede ser consciente del mal que causa, lamentarlo y temerlo, sin saber cómo evitarlo.^{32,37}

Establecer la cifra de personas cuidadoras no es una tarea fácil, los estudios existentes sobre el cuidado informal se centran en establecer el perfil del cuidador y en las características de los cuidados a personas dependientes. Entre la población norteamericana, se ha calculado que el 19,2% cuida a personas adultas enfermas o discapacitadas, las cifras sobre el número de cuidadores de personas mayores oscilan entre 5,8 y 7 millones.⁸⁵

En México, así como en muchos países, se incrementa cada día más el número de cuidadores, específicamente de personas en edad avanzada; sin embargo, aún es poco lo que se conoce de ellos, en tanto apenas se tiene información sobre la caracterización del cuidado familiar del adulto mayor.⁸⁶

Varios estudios han ahondado en cómo el rol de cuidador familiar afecta la vida de quien lo asume; en este sentido se habla de las consecuencias psicosociales y físicas, generalmente negativas para el cuidador, conocidas como colapso del cuidador, pero poco se ha profundizado en las actitudes de los cuidadores, que preceden al síndrome de Burnout o al colapso del cuidador. En México son pocos los estudios que se han realizado sobre el tema del maltrato a personas adultas mayores, siendo aún más escasos los estudios que abordan al cuidador primario.^{87,88}

La actitud del cuidador primario hacia el maltrato al adulto mayor es un tema en el cual hay una ausencia tanto de investigaciones como de datos que den cuenta de la prevalencia real en el conjunto de la población mexicana.⁸⁹

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

En la antigua China el anciano era venerado, golpear o herir a una persona mayor era considerado un delito castigado incluso con la muerte. En otros pueblos como el esquimal, la necesidad de supervivencia obligaba al abandono en un medio con condiciones climatológicas extremas y por tanto a una muerte segura a las personas discapacitadas, entre ellos los ancianos dependientes, incapaces de valerse por sí mismos. Algunas sociedades mataban a sus mayores ya que la cultura determinaba que ello era lo mejor para la supervivencia del grupo.⁶²

Estos ejemplos tan dispares son una muestra de la gran diversidad de modelos sociales y antropológicos ante la vejez, tanto a través de la historia de los pueblos, como en un presente también diverso de culturas y sociedades.⁹⁰

En nuestra sociedad son numerosos los individuos que realizan la función de cuidadores primarios de adultos mayores. Este apoyo proveniente en general de familiares (que de entrada, no lo han deseado y tampoco han sido formados para realizarlo) y que son en su gran mayoría mujeres, está comprobado que es el recurso más importante para garantizar una calidad de vida mínima a estos mayores con problemas en la realización de las actividades básicas de su vida diaria.⁹¹

La vivencia de cada cuidador es única y distinta a las demás ya que son muchos los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador: el por qué se cuida, la causa y el grado de dependencia del familiar de edad avanzada, el parentesco con la persona cuidada, las relaciones previas con ella, el cambio de la situación con el paso del tiempo, así como la ayuda que prestan otros miembros de la familia o las exigencias que se marquen los cuidadores son algunos de esos aspectos. Así las actitudes de los cuidadores van desde la sobreprotección hasta el maltrato en todas sus variables.⁹¹

La atención continua de una persona mayor de 65 años puede ser abrumadora, el sumatorio de acontecimientos agradables o desagradables, se van acumulando en el cuidador y pueden modificar la actitud de este hacia la persona que cuida; en el caso de acontecimientos desagradables, estos pueden potenciar la aparición de reacciones violentas que a la larga puede convertirse en un maltrato.⁷

En la actualidad existe una cultura que tolera la violencia por parte de la sociedad en general, esta aceptación o normalización de la violencia, puede contribuir a la aparición de maltrato.⁹²

La actitud negativa del cuidador hacia el maltrato al adulto mayor motiva preocupación por diversas razones: además de afectar a la persona, resulta un problema social y económico para la familia, la comunidad y los servicios de atención a la salud.^{68,87}

Es importante recordar que también existen una serie de emociones y actitudes positivas, que tienen muchos beneficios y que es imprescindible ponerlas en práctica para mejorar la calidad de vida tanto del adulto mayor como del propio cuidador. La situación de cuidar a otra persona hace que muchos cuidadores experimenten sentimientos positivos. El simple hecho de que la persona a la que cuida y a la que quiere se encuentre bien, que no es maltratado, puede hacerle experimentar esos sentimientos. Hay quien cree que ofrecer estos cuidados con una actitud positiva, es una obligación moral y cumplir con ello lo hace sentirse satisfecho.³²

VII.FACTORES RELACIONADOS QUE PUEDAN INFLUIR EN EL PROBLEMA

Factores Individuales del cuidador: el como una persona está constituida a nivel de estructura o rasgo de personalidad, determina un grado de predictibilidad en las reacciones personales, cualquier condición que influya sobre la emoción interviene sobre ciertas actitudes, es así que los recursos de afrontamiento individual, la resiliencia, la autoestima, los niveles de ansiedad, la depresión, la calidad de vida y los conocimientos que posea el cuidador, son factores importantes que pueden influir en la actitud del cuidador hacia el maltrato al anciano.^{33, 35,93}

Factores del adulto mayor: todas las actitudes se expresan como reacciones afectivas provocadas por las personas y las situaciones son creadas por las actitudes de los demás. Las actitudes inadaptadas por parte de los adultos mayores que se niegan a aceptar las limitaciones, así como el deterioro de la salud física, mental, y nivel de dependencia del adulto mayor pueden influir en mayor o menor grado en la actitud y las conductas de los cuidadores hacia el maltrato al adulto mayor.^{38,94}

Dinámica Familiar: las relaciones familiares disfuncionales, así como las responsabilidades de los cuidadores, pueden aumentar el estrés y la tensión aumentando la probabilidad de cambios en las actitudes.⁹⁵

Factores socioculturales: la sociedad y la comunidad influyen en el individuo de manera muy diversa, se manifiesta a través de los medios de comunicación, las instituciones, clases sociales, normas y presiones. Las actitudes se ven influidas por los estereotipos negativos hacia las personas mayores; como la discriminación por edad y la imagen social que lo caracteriza como un sujeto improductivo y socialmente terminal, prefigurado como

una carga, esto hace que de cierta manera se les deshumanice lo que puede contribuir a la aparición de maltrato.^{48,96}

Factores socioeconómicos: en países en vías de desarrollo como el nuestro, la disminución de las opciones de apoyo a la familia producto de los cambios de la estructura y composición familiar, se combina con las condiciones socioeconómicas y de salud con las que viven los adultos mayores, la economía familiar no satisface las necesidades básicas debido a que se tiene que erogar los nuevos gastos que demandan las enfermedades y necesidades de los ancianos. Sin recursos que simplifiquen la vida de los enfermos y sus cuidadores, el cambio de actitudes se ve favorecido predisponiendo al colapso del cuidador y terminar en maltrato hacia el adulto mayor. También con la incorporación de las mujeres al mundo laboral y la reducción del tiempo que tienen disponible resulta muy difícil asumir el cuidado de un anciano que no sea totalmente independiente y puede pasar a ser una carga más pesada que incrementa el riesgo de maltrato.^{79,97,98}

VIII.ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA, NO ES SUFICIENTE

El abuso de ancianos fue la última forma de violencia familiar en obtener la atención pública. El interés surge en la década de 1980 como consecuencia del crecimiento acelerado de la población envejecida. Es importante poder visualizar este grupo de riesgo creciente por los altos índices de longevidad actuales y a los que se proyecta llegaran en condiciones sociales y culturales desfavorables. El abuso o maltrato es influenciado por creencias y valores culturales que afectan como es percibido. Las normas culturales sobre la vida en familia y el papel de los miembros ancianos de la familia tendrá un efecto en como los adultos mayores son tratados dentro de la sociedad y la familia y finalmente en como el abuso hacia los adultos mayores es percibido. La mayoría de los estudios informan diferencias en grupos étnicos sobre las definiciones y percepciones de abuso del anciano, no siempre está claro cómo los valores culturales y las normas juegan un rol en estas diferencias (Yick Flanagan, sf).³⁰

Los estudios sobre la prevalencia del abuso en varios países son escasos y variables. En una revisión sistemática de la prevalencia del abuso en varios países, los autores

informaron de una amplia variabilidad de la prevalencia que oscila entre 3,2 y 27,5%. Esto puede explicarse por la diversidad de definiciones, tipologías, metodologías e instrumentos utilizados.⁹⁹

La disparidad cultural intergeneracional en los últimos años ha interferido con los valores culturales tradicionales, alimentando a menudo las tensiones familiares y los conflictos dejando a las personas mayores aún más vulnerables al abuso.¹⁰⁰

Ruelas et al. (2014). Analizaron la percepción que el prestador de servicios de salud y el adulto mayor tienen sobre el maltrato a la persona de edad. Identificando dos tipos de maltrato, la negligencia y el maltrato psicológico, determinando que el maltrato hacia el adulto mayor es una práctica naturalizada por el personal de salud y por el anciano. Giraldo et al. (2015). Señaló que la prevalencia en nuestro país es del 32.1% y que el abuso más frecuente era el psicológico, asociándose con el nivel de educación, número de discapacidades y estado de salud de los adultos mayores.¹⁰¹⁻¹⁰²

La mayoría de los estudios sobre abuso y maltrato de ancianos en Latinoamérica se han enfocado en identificar las variables sociodemográficas que exponen al anciano ser víctima y han abordado el tema desde la perspectiva de investigadores y practicantes. Resulta entonces que las personas ancianas, los practicantes y los investigadores pueden percibir o juzgar la situación de maltrato de manera diferente Moon y Williams (1993). Encontraron considerables diferencias entre grupos étnicos en cuanto a percepción de abuso de ancianos. El estudio de Sánchez y Rivera (2000). Explora la dimensión de cómo la persona anciana percibe e identifica un caso de maltrato y si las percepciones son congruentes con las clasificaciones de tal comportamiento por parte de profesionales. Ningún estudio en México ha explorado las actitudes de los cuidadores hacia el maltrato al adulto mayor.⁵²

IX. ESTUDIOS RELACIONADOS.

Neikrug y Ronen (1993). Mostraron una relativa tolerancia y aceptación en los actos de violencia en la familia si se producen en contexto de la relación de cuidado.¹ Esto concuerda con Erlingsson et al (2006). Que describieron el abuso de ancianos como aceptable y apropiado, revelando una tolerancia hacia el maltrato, en una población de Suecia.⁴ Morrison et al (2000). Encuentran diferencias hacia la percepción del abuso entre coreanos y estadounidenses, los resultados revelaron que los estudiantes caucásicos

consideraban el maltrato físico como más abusivo respecto al maltrato psicológico, mientras que los estudiantes coreanos consideraron el abuso psicológico como significativamente más abusivo que el maltrato físico.⁴⁹ Irizarry (2008). Encontró que los participantes rechazan las situaciones presentadas como maltrato y abandono. Estos hallazgos concuerdan con la investigación de Muthuvenkatachalam et al. (2015). Quienes realizaron un estudio trasversal cuantitativo en la India sobre la actitud de la familia hacia el maltrato al anciano encontrando una actitud positiva.¹⁰³

X.DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA

Se identificará el tipo de actitudes de los cuidadores primarios hacia el maltrato al adulto mayor, también se identificarán las características sociodemográficas de la población estudiada como son: la escolaridad, rango de edad, horas de cuidado, estado civil y nivel socioeconómico, así como si pertenecen a algún grupo de apoyo para el cuidador (PrevenIMSS, GeriatrIMSS, o algún grupo externo al instituto)

Se considera que el presente estudio pueda ayudar a identificar qué tipo de actitudes pueden prevalecer en la población mexicana, dado que la actitud determina a cada persona, las relaciones con los demás y en consecuencia al entorno, su alcance puede ser de gran influencia en otros individuos, de tal manera que una persona con su actitud puede influir de manera positiva o negativa en los demás. Además las actitudes vistas desde el marco social, pueden ser estudiadas para la predicción de conductas. En nuestro país se espera que el número de adultos mayores siga aumentando y que muchos de ellos tengan que ser atendidos por algún miembro de la familia, el examinar las actitudes de los cuidadores hacia el abuso de ancianos y reconocer el contexto sociocultural en el que se desarrollan esas actitudes contribuirá a desarrollar estrategias detectar a los adultos mayores en riesgo de ser maltratados(mucho antes de que el cuidador presente síndrome de Burnout o colapso del cuidador), así como humanizar al adulto mayor, y que incorpore el sentido de integralidad para el cuidado de la salud de los adultos mayores. El maltrato al adulto mayor resulta un problema social y económico para la familia, la comunidad y los servicios de atención en salud, que requiere una respuesta social organizada, concreta y urgente. Los profesionales de la salud deben estar atentos a las

creencias culturales y adaptarse a sus necesidades individuales en las estrategias de promoción de la salud, protección y tratamiento.

XI.LISTA DE LOS CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actitud: Hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, convencionalmente denominado objeto de actitud (Eagly y Chaiken, 1998; Petty y Wegener, 1998). Las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud pueden ser positivas, negativas, o neutras y pueden variar en su extremosidad o grado de polarización.¹⁸

Cuidador: Según el diccionario de la real academia española señala que Cuidador/ra, es quien cuida a una persona, es una persona muy servicial, cuidadosa, pensativa y metida en sí. Es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (Flórez, Adeva y García, 1997).^{8,32}

Cuidador primario: Es aquella persona del entorno del adulto mayor, que asume voluntariamente el rol del cuidador, no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea de cuidar, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. Es brindado por familiares, amigos y vecinos.³²

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

Maltrato al adulto mayor. Según la Organización Mundial de la Salud: Es un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza. Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos e incluye el maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; la violencia por razones económicas o materiales, el abandono, la negligencia y el menoscabo grave de dignidad y la falta de respeto.³⁸

XII. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

De la información aportada hasta este punto surge la pregunta de investigación: ¿Cuál es la actitud de los cuidadores primarios hacia el maltrato al adulto mayor que acude a la Unidad de Medicina Familiar No 11 Delegación Aguascalientes?

VI. OBJETIVOS.

I.OBJETIVO GENERAL

Identificar las actitudes de los cuidadores primarios hacia el maltrato al adulto mayor que acude a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 delegación Aguascalientes.

II.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la actitud de los cuidadores primarios hacia el abuso económico al adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes
- Identificar la actitud de los cuidadores primarios hacia el maltrato psicológico al adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes
- Identificar la actitud de los cuidadores primarios hacia el maltrato físico al adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes
- Identificar la actitud de los cuidadores primarios hacia la negligencia al adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes

VII. HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Un estudio descriptivo puede o no puede llevar hipótesis, en este estudio se utilizaron las siguientes hipótesis, para identificar si predicen la respuesta probable a la pregunta de investigación formulada en el planteamiento del problema.

I.HIPÓTESIS DE TRABAJO ALTERNA

HA 1: Los cuidadores primarios de personas adultas mayores presentan una actitud positiva hacia el maltrato al adulto mayor.

II.HIPÓTESIS ALTERNAS ESPECÍFICAS

HA1: La actitud de los cuidadores primarios hacia el abuso económico en adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes es positiva.

HA2: La actitud de los cuidadores primarios hacia el maltrato psicológico en adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes es positiva.

HA3: La actitud de los cuidadores primarios hacia el maltrato físico en adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes es positiva.

HA4: La actitud de los cuidadores primarios hacia negligencia en adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes es positiva.

III. HIPÓTESIS NULA

Ho1: Los cuidadores primarios de personas adultas mayores presentan una actitud negativa hacia el maltrato al adulto mayor.

IV. HIPÓTESIS NULAS ESPECÍFICAS

Ho1: La actitud de los cuidadores primarios hacia el abuso económico en adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes es negativa.

Ho2: La actitud de los cuidadores primarios hacia el maltrato psicológico en adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes es negativa.

Ho3: La actitud de los cuidadores primarios hacia el maltrato físico en adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes es negativa.

Ho4: La actitud de los cuidadores primarios hacia negligencia en adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes es negativa.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

I. DISEÑO METODOLÓGICO

Estudio observacional, descriptivo de enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, y transversal.

II. POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población en estudio son los cuidadores primarios de personas adultas mayores adscritas a la UMF No.11 de delegación Aguascalientes.

La población adscrita a la UMF No.11, hasta junio del 2016 es de 43,066 derechohabientes. El 4.98% corresponde a personas de la tercera edad que son 2,146 usuarios según la estadística del censo de población adscrita a médico familiar a junio del 2016, delegación Aguascalientes.¹⁰⁴

Población Derechohabiente

Promedio de Población adscrita a consultorio: 2,153

Población usuaria adulto mayor: 2146

Población adscrita a UMF No.11: 43,066

1. UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los cuidadores de adultos mayores derechohabientes de la UMF No.11 delegación Aguascalientes.

2. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Cuidador del adulto mayor derechohabiente de la UMF No.11 delegación Aguascalientes.

3. UNIDAD DE ANÁLISIS

Cuidador de pacientes adulto mayor derechohabiente de la UMF No.11 delegación Aguascalientes.

III. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia, se utiliza la fórmula de población finita y conocida para obtener el tamaño de la muestra, con un índice de error de 5%, un nivel de confianza de 95%, se considera la población total de cuidadores de pacientes adultos mayores adscritos a la UMF No. 11 delegación Aguascalientes, el tamaño de la muestra es de 326 cuidadores.

1. Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizaron los siguientes datos por parte de la UMF No. 11. Se calcula el tamaño de la muestra para población finita a través de las siguientes fórmulas:

Fórmula para la muestra, para población finita y conocida:

$$n = \frac{n'}{1+n'/N} \text{ Siendo que } n' = \frac{s^2}{v^2}$$

Para obtener la varianza de la muestra se usó la fórmula:

$$s^2 = p(1 - p)$$

Para obtener la varianza de la población en estudio se usó la fórmula:

$$V^2 - (S_e)^2$$

Dónde:

n: tamaño muestra	----
N: tamaño de la población	2,146 población de adulto mayor en la UM No 11 Aguascalientes.
S ² =varianza muestral	s ² = p(1-p) =0,9(1-0,9) =0,09
σ ² = varianza poblacional	σ ² = (se) ² = (0,015) ² =0.000225
se= error estándar	Se= 1.495% =0.01495 (error estándar)
p= % de confiabilidad	p= 90% = 0.90 (probabilidad de ocurrencia)

Por lo que $n' = \frac{s^2}{\sigma^2} = \frac{0,09}{0.000225} = 400$

$$n = \frac{n'}{1+n'/N} = \frac{400}{1+400/12,513} = 326$$

Es decir, se necesita una muestra de 326 cuidadores de adultos mayores para obtener información confiable de acuerdo al tamaño de la población adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 11

IV.CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se ubicará a los cuidadores de los pacientes adulto-mayor en la consulta externa de ambos turnos de la UMF No.11 ya que regularmente los cuidadores son los que acompañan a consulta a este tipo de pacientes y están al tanto de su salud física, o se identificaran por las características presentadas en el perfil del cuidador de adultos mayores, además se tiene información por parte de la UMF No 11 sobre la población a evaluar dentro de sus datos de consulta externa.

La selección de los cuidadores de los pacientes adulto mayor se realizará bajo los siguientes términos de inclusión y exclusión:

1. Criterios de inclusión

- Ser cuidador primario de paciente adulto mayor adscrito a la UMF No 11 que vayan a consulta externa acompañados o no por el adulto mayor.
- Ser cuidador primario de paciente adulto mayor que tengan al menos 4 semanas cuidando del paciente. Ya que en el inicio del cuidado la persona que cuida aún no es plenamente consciente de que es el miembro de la familia sobre el que va a recaer la mayor parte del esfuerzo y responsabilidades del cuidado.
- Ser cuidador primario de paciente adulto mayor que acepte participar en el estudio y firme el consentimiento informado.
- Ser cuidador de paciente adulto mayor y que sepa leer y escribir ya que la encuesta es autoaplicable, además de que debe leer, entender y firmar el consentimiento informado.
- Tener edad mayor a 18 años al momento de la encuesta.

2. Criterios de exclusión

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Cuidador primario de paciente adulto mayor que tengan menos de 4 semanas cuidando al adulto mayor.
 - Cuidador primario de paciente adulto mayor que no acepten participar en el estudio
 - Cuidador primario de pacientes adulto mayor con analfabetismo.
 - Cuidador secundario de paciente adulto mayor.
 - Tener edad menor a 18 años al momento de la encuesta.

3. Criterios de eliminación

Cuidador primario de paciente adulto mayor que contesten menos del 80% de los ítems del instrumento.

- Cuidador primario de paciente adulto mayor que decline su participación en cualquier momento del estudio.

V. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable: actitud del cuidador hacia el maltrato al adulto mayor

Definición conceptual: la actitud es una tendencia o predisposición a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación y actuar en consonancia con dicha evaluación.

Definición operacional: la actitud hacia el maltrato es una predisposición organizada que incluye el conjunto de creencias, valores y conocimientos que el cuidador primario del adulto mayor tiene sobre el maltrato al anciano y la tendencia o intención conductual de aceptación o rechazo.

La operacionalización de las variables se muestra en el anexo A.

VI. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LOGÍSTICA

1. Plan de recolección de información

Se desarrolló y validó un instrumento para evaluar la actitud del cuidador primario hacia el maltrato al adulto mayor.

Construcción del instrumento.

Para la construcción del instrumento, se redefinieron los fundamentos, se revisó la literatura enfocada en el tema, se identificaron el dominio de las variables a medir y sus indicadores.

Redacción y análisis de los ítems.

Definición de constructo: Se proporcionó una definición operacional de la actitud hacia el maltrato al adulto mayor, estableciendo los diversos componentes del mismo: Actitud hacia el maltrato económico al adulto mayor, actitud hacia el maltrato físico hacia el adulto mayor, actitud hacia el maltrato físico al adulto mayor y actitud hacia la negligencia al adulto mayor, los objetivos que se pretenden medir con el cuestionario son la identificación de las actitudes de los cuidadores hacia los diversos componentes. El cuestionario preliminar consideró las características: cognitiva, afectiva y conativo conductual de las actitudes, basados en el modelo tridimensional de la actitud, y relacionadas con formas típicas de maltrato en cuanto a abuso económico, físico, psicológico y negligencia.¹⁰⁵

Construcción provisional del cuestionario.

De la definición operacional del constructo y de la delimitación de sus componentes descritos previamente. Se establecieron un conjunto de ítems que representaran estos componentes. Se formularon los ítems en función de los componentes de las actitudes. Por conocimientos se entiende lo que el cuidador cree que es cierto del maltrato al adulto mayor, en ningún caso se trata de conocer hechos probados, siendo un buen complemento a la escala de actitudes. Los sentimientos son el componente formal de las actitudes y se prestan a formular buenos ítems que si reflejan la actitud del que responde. El componente conductual de las actitudes se refiere al deseo y a la intención, o a la aprobación del maltrato hacia el adulto mayor, más que a la conducta misma. El tener un buen conocimiento de estos tres componentes, nos va a ayudar en la buena deducción de las actitudes, en si en un individuo interviene más un componente que otro, en determinar cuánto influyen estos componentes en la canalización de la conducta social posterior, entre otras cosas.¹⁰⁵

Adaptación del cuestionario a la población objeto.

Una vez elaborados los ítems del cuestionario, se procedió al análisis del contenido de cada uno de ellos a fin de facilitar su comprensión. Para ello se tuvieron en cuenta tanto la edad de los sujetos (mayores de 18 años), como los elementos ortotipográficos y literarios:

- En primer lugar, las palabras a emplear debían estar caracterizadas por la facilidad de lectura, evitando tecnicismos, en concordancia con el sujeto al que iban dirigidas.
- Por otro lado, algunos ítems se formularon indirectamente a fin de evitar sesgos
- Por último, se tuvo en cuenta la combinación aleatoria de ítems. Se crearon preguntas en función de los tres componentes actitudinales (afectivo, cognoscitivo y conductual). La combinación aleatoria de estos 40 ítems permitiría reducir el sesgo por contaminación.¹⁰⁵

Otros de los aspectos tomados en cuenta fueron los sesgos y las cualidades de los ítems:

A) Sesgos: en este caso se refiere al sesgo como un tipo de contaminación producida en las respuestas resultantes de los cuestionarios. Con la finalidad de evitar tres diferentes sesgos que podrían producirse durante el desarrollo del test (contaminación, aquiescencia y deseabilidad social), se parte del tratamiento de cada uno de ellos:

- El sesgo de contaminación: se pretende moderar a través de la combinación aleatoria de los ítems del cuestionario.
- Respecto al sesgo de aquiescencia (“asenso” o “consentimiento”) extrapolándolo al campo de la investigación, algunos autores como Morales Vallejo (2006) lo definen como “la tendencia a mostrar acuerdo con casi cualquier afirmación”. Para evitar este tipo de sesgo algunos de los ítems se formularon en sentido inverso.
- Por último, la combinación aleatoria de los ítems del cuestionario, el establecimiento de una buena relación o entendimiento entre el entrevistador y el examinando, unas adecuadas indicaciones o instrucciones del instrumento, así como garantizar el anonimato, permitirá una reducción del sesgo de deseabilidad social.¹⁰⁶

En realidad no es posible evitar resultados falsos o distorsionados a causa de la deseabilidad social, pero si se pueden reducir. Existen escalas de deseabilidad social que pueden ser utilizadas, lamentablemente tienen varios inconvenientes dentro de los que se

encuentran: la pérdida de casos por personas que tratan de distorsionar la respuesta y que este tipo de escalas suele ser relativamente fácil de identificar, por la persona encuestada.¹⁰⁷

B) Cualidades de los ítems: Para el desarrollo de los ítems, se tomaron en cuenta:

- La redacción: Morales Vallejo (2006) enumera consideraciones que se tuvieron en cuenta para la redacción de los ítems: deben ser “relevantes y claros” en relación con la actitud, núcleo de ésta investigación; deben ser comprensibles y evitar ambigüedades producidas por expresiones negativas; cada ítem debe contener una idea única en correspondencia con una variable; deben ser discriminantes, que sirvan para diferenciar a los sujetos frente a la actitud; algunas cuestiones se formularán de manera repetitiva para comprobar que las respuestas expedidas por los destinatarios no han sido aleatorias.¹⁰⁵
- El número de ítems: El cuestionario preliminar contiene un número de 40 ítems. Se propone este número de ítems debido a la esperada eliminación de alguno de ellos, como resultado del juicio de los expertos y de las pruebas de validez y fiabilidad resultantes de la muestra piloto.¹⁰⁵
- Por otro lado, se tiene en cuenta la temporalización del desarrollo del test, ya que a mayor temporalización, mayor producción de sesgos (aquiescencia o contaminación).¹⁰⁸
- El número de respuestas: Como modelo de respuesta se tomó la Escala de Likert. Sus respuestas polinómicas contienen un número de 5 categorías ordenadas, en escala de intensidad y con una categoría central para indicar la valencia neutra, recibiendo puntuaciones más altas cuanto más favorables son a la actitud.¹⁰⁵

La versión preliminar de la escala, consta de 40 ítems relacionados con la actitud hacia el maltrato al adulto mayor, basados en la literatura revisada. Tomando en cuenta las formas de abuso más frecuentes de acuerdo a OMS, las cuales son: maltrato físico 4,9%, psicológico 6,3%, económico 9,2%, Negligencia 5,5%, definiendo 4 dimensiones. Se redactaron 10 ítems relacionados con el abuso económico o financiero (5 ítems positivos y 5 ítems negativos), 10 ítems que consideran abuso psicológico (5 ítems positivos y 5 ítems negativos), 10 ítems relacionados con al abuso físico (5 ítems positivos y 5 ítems negativos) y 10 ítems relacionados con negligencia (5 ítems positivos y 5 ítems negativos). 50% de los ítems fueron con dirección positiva y 50% en dirección negativa,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para evitar respuestas reactivas o estereotipadas al momento del responder el instrumento. Los ítems fueron distribuidos en cada uno de los componentes o dimensiones de la variable actitud hacia el maltrato, para que todos los indicadores estuvieran representados en la escala preliminar.¹⁰⁹

La versión inicial incluyó instrucciones para responder a alternativas que indican grado de intensidad de la respuesta. Esto en razón que los valores de escala expresan la intensidad de la respuesta que el sujeto o grupo manifiesta en la variable medida, el nivel de la escala Likert es ordinal, la escala es una disposición organizada de ítems, cada uno de ellos actúa como un estímulo y el sujeto al responder se sitúa en un continuo en términos de la intensidad de su respuesta. Las opciones de respuesta presentadas fueron:

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

El continuo de respuesta consta de cinco opciones para cada ítem, tal como sugiere Likert. La regla de medición para interpretar la escala es la siguiente: a mayor puntaje la actitud hacia el maltrato al adulto mayor es considerablemente positiva y favorable, y a menor puntaje, la actitud hacia el maltrato al adulto mayor será considerablemente negativa y desfavorable, los puntajes intermedios expresan una actitud medianamente positiva, neutra o medianamente negativa.¹⁰⁸

Posterior a la aprobación del protocolo. El cuestionario desarrollado por esta autora, fue sometido a validación de contenido, mediante la colaboración de un consenso de 5 expertos, con conocimiento sobre el tema de maltrato al adulto mayor, este conceso estuvo conformado por: un médico geriatra, tres médicos Internistas, y un psicólogo, a los cuales se les proporcionó un resumen del protocolo, junto con el cuestionario desarrollado y los criterios para evaluar el contenido, los cuales fueron: la claridad en la redacción, si el lenguaje era adecuado con el nivel del informante y si mide lo que pretende medir, en este caso la actitud hacia el adulto mayor. Los 40 ítems y las instrucciones fueron considerados adecuados por los mismos.

En la tercera etapa se realizó una prueba piloto donde se pidió autorización a la directora de la UMF1 para la administración de la escala de actitudes hacia el maltrato al adulto mayor, en el horario vespertino, explicándoles a los participantes sobre la naturaleza del estudio y respondiendo sobre las garantías de confidencialidad, los aceptantes se les entregó a firmar un consentimiento informado, posterior a la aplicación se capturaron los datos en el paquete estadístico SPSS V21, para realizar los análisis de confiabilidad y validez.

Confiabilidad del instrumento: Para conocer la confiabilidad del Instrumento al estar estructurado con preguntas policotómicas se utilizó el método índice de consistencia interna calculado con el Alfa de Cronbach, analizado en el paquete estadístico SPSS V21, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.851 para los 40 ítems. Para mejorar el Alfa de Cronbach se descartaron ítems de forma sucesiva, hasta que la eliminación de un ítem no generara una mejora en la confiabilidad de la escala, fueron 6 ítems en total eliminados, obteniendo un alfa de Cronbach final de 0.879 para el instrumento en general.

La validez de estructura interna: Para conocer si la definición operacional de la variable actitud, refleja realmente su significado teórico verdadero, se llevó el análisis de los datos recolectados en el estudio piloto, los cuales fueron procesados con el paquete estadístico SPSS versión 21. Se realizó un análisis factorial exploratorio, que determinó un número de 10 factores de forma inicial, que son las dimensiones latentes del instrumento. Posteriormente se llevó a cabo el análisis factorial confirmatorio a través del método de componentes principales con Rotación Varimax. Confirmando 4 factores o dimensiones del instrumento, donde fueron señaladas las puntuaciones de cada una de las preguntas para determinar en qué factor estaban incluidas, considerando una puntuación superior a 0.40 y al menos una diferencia de 0.10 entre la puntuación mayor y la segunda puntuación inmediata más alta, excluyendo 9 ítems (48,40,21, 42, 49,11,17,12,13) de los 40 ítems, los cuales no encajaban en ninguno de los cuatro factores.

VII.LOGÍSTICA

Posterior a la aprobación del proyecto se procedió a presentar el protocolo a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 se le presentará el proyecto y se llevará una copia del resumen del protocolo a la directora de la unidad, así como a los jefes de clínica (de ambos turnos), se solicitará su permiso y autorización por escrito para

realizar la investigación en la unidad. Ulterior a la autorización por los directivos, se iniciará a reclutar y capacitar a 2 encuestadores en un lapso de 2 días, a quienes se les presentará el proyecto y se les proporcionará una descripción exhaustiva del instrumento, las instrucciones, posibles dudas que surgen durante la aplicación y como identificar los sujetos de estudio, todo esto para la aplicación correcta del instrumento, aclarando que siempre serán supervisados por el investigador asociado. Se asistirá a la UMF No 11 en horario mixto (turno matutino y vespertino), para captar a los sujetos de estudio en la sala de espera de la unidad, se asistirá de 10a.m. a 12p.m. en el turno matutino y de 2p.m. a 6p.m. en el turno vespertino de lunes a viernes en un lapso de 3 semanas. Se identificará a personas acompañadas por adultos mayores y con las características sociodemográficas de cuidador, que están esperando, pasar a su consulta con el médico familiar, al odontólogo o a PrevenIMSS, se identificará al cuidador, se les explicará verbalmente el propósito de la investigación, las características del instrumento, y se le preguntará si quiere o no participar en el proyecto, a los sujetos que decidan participar en el estudio, se les pedirá que lean el consentimiento informado, y se les solicitará que firmen el mismo, garantizando siempre el anonimato y confidencialidad de sus respuestas. El instrumento se aplicará, por medio de una encuesta auto administrada, entregada en la mano del cuidador, proporcionándole un lápiz para que resuelva el cuestionario, se le indicará claramente cómo proceder al llenado del mismo, informándole que el encuestador estará cerca por si surge alguna duda, pidiéndole que al terminar de contestarlo se entregue el cuestionario a la persona que se lo proporcionó.

VIII.PLAN DE ANÁLISIS

Se utilizó para el procesamiento de los datos el paquete estadístico SPSS versión 21.

Captura y almacenamiento de la información

Para la captura y almacenamiento de la información se utilizará una base de datos en Excel, posteriormente, se capturará la base de datos en el paquete estadístico SPSS V21 Cada variable del instrumento se capturará con la función de editor de datos. A cada una de las variables se le dio un nombre, se identificó la escala, definió la anchura de caracteres enteros y decimales, para cada valor de la escala se etiquetó con el nombre del valor. Se realizó con un proceso de captura-recaptura para validar la confiabilidad de la captura de datos.

Análisis de datos

Inicialmente se realizará un diagnóstico de los datos y se aplicará estadística descriptiva, donde se utilizará distribución de frecuencias absolutas y porcentajes, si los datos se comportan de forma normal, la medida de tendencia central que se utilizará es la media y de dispersión la desviación estándar y si no se comportan de manera normal, se utilizará mediana como medida de tendencia central y los percentiles como medidas de dispersión.

Se obtendrán las frecuencias absolutas, porcentajes y sus respectivas gráficas para cada una de las variables.

Trasformación de datos.

Para poder transformar los datos se re codificaron primero en las mismas variables, en las variables politómicas las respuestas que se obtendrán en cada pregunta.

IX. ASPECTOS ÉTICOS

Los procedimientos propuestos en “Actitud del cuidador primario hacia el maltrato al adulto mayor en UMF No.11 delegación Aguascalientes” se realizan de acuerdo a las normas éticas, del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud con la Declaración de Helsinki de 1964, y su modificación en Hong Kong en el año de 1989 y 2000. Así como los lineamientos nacionales en materia de investigación estipulados en el artículo 4 de la constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como el reglamento institucional en materia de investigación.

El estudio propuesto corresponde a una investigación sin riesgo mínimo, ya que se empleará para la recolección de datos técnicas documentales a través de cuestionarios personalizados (anónimos) foliados y entrevista personal. Aplicando los principios de la bioética, sin causar daño físico o moral.

La participación será voluntaria y se protegerán los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no se realizaron procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11).

X. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

I. Recursos Humanos

Investigador: Dr. Jaime Azahel Carranza Murillo, Adscrito a la UMF No.11

Colaborador: Maricruz Maldonado Alvarado, residente de tercer año de medicina familiar

II. Recursos materiales

Tabla 1. Recursos materiales.

Categoría	Costo unitario (\$)	Cantidad	Costo total (\$)
Computadora portátil	8,500	1	8,500
Lapiceros	5	10	50
Lápices	5	30	150
Gomas	3	30	90
Fotocopias	0.50	1164	582
Engrapadora	100	1	100
Grapas	30	3 cajas	90
Cartuchos de tinta	500	1	500
Gasolina	15.99	40	639.6
Capacitación	30 por encuesta	2 encuestadores 130 encuestas por cada uno	7800
Total (\$)			\$18,501.60
El financiamiento, corre a cargo del tesista.			

III. FACTIBILIDAD

La investigación implica una inversión económica, puesto que exige aseguramientos y recursos que se dedicarán, en la medida que se requieran, para alcanzar los objetivos plasmados, en el protocolo. El costo total de la investigación a 10 meses es de \$18,501.60 MXN, por mes es de \$1,850.16, y siendo el sueldo del investigador asociado de \$12,200.00 MXN al mes, es factible que se destine \$1,850.16 cada mes para la

investigación. Todos los recursos materiales, se consiguen en papelerías y en la plaza de la tecnología, sin generar mayor problema.

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

La investigación se realizará en un lapso de 12 meses dentro de los cuales abarca elección de tema a investigar, búsqueda bibliográfica, presentación y aceptación del protocolo por el comité de investigación local, así como la planeación y recolección de datos, el análisis correspondiente de la información obtenida, la obtención de resultados y el reporte final. (Anexo B)

XII. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La carta de consentimiento informado, donde se da a conocer el objetivo del estudio, los beneficios y riesgos del participante, así como la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin afectación de sus derechos, y se garantiza la confidencialidad de la información. (Anexo C).

XIII. RESULTADOS

Se aplicó el instrumento previamente validado a un total de 152 pacientes de los turnos matutino y vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 que fueron los que aceptaron participar en la investigación.

Tabla 2. Características socio-demográficas de los pacientes encuestados.

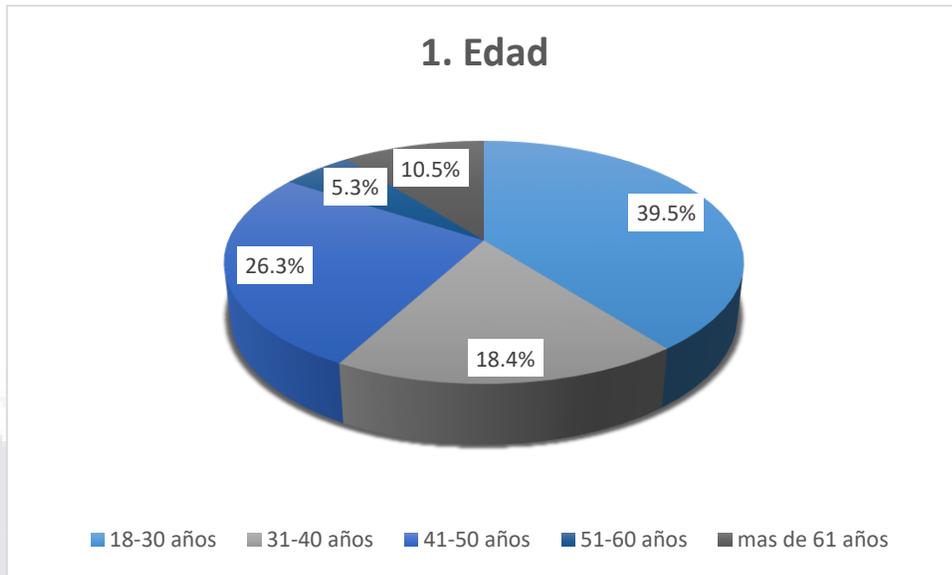
Características		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Edad	18-30 años	60	39.50
	31-40 años	28	18.40
	41-50 años	40	26.30
	51-60 años	8	5.30

	más de 61 años	16	10.50
Sexo	Masculino	52	34.2
	Femenino	100	65.8
Estado civil	Casado	64	42.1
	Soltero	60	39.5
	Unión libre	12	7.9
	Viudo	8	5.3
	Divorciado	8	5.3
Escolaridad	Sin escolaridad	12	7.9
	Primaria	20	13.2
	Secundaria	32	21.1
	Preparatoria	12	7.9
	Nivel técnico	24	15.8
	Profesional	44	28.9
	Posgrado	8	5.3
Ocupación	Trabaja	76	50
	Estudia	20	13.2
	Ama de casa	48	31.6
	Pensionado o jubilado	8	5.3
Ingresos	Menos de 1600	72	47.4
	1601-2200	24	15.8
	2201-6500	20	13.2
	6501-13100	24	15.8

	Más de 13100	12	7.9
Tiempo dedicado al cuidado del paciente	menos de 6 horas	84	55.3
	6-12 horas	32	21.1
	12-24hrs	36	23.7
Pertenenencia a grupos de apoyo	si	4	2.6
	no	148	97.4
Enfermedades del adulto mayor al que cuida	Alzheimer	8	5.3
	Parkinson	8	5.3
	Demencia vascular	12	7.9
	Hipertensión	48	31.6
	Diabetes mellitus	36	23.7
	Cardiopatía	4	2.6
	Otras	36	23.7
Tiempo que lleva cuidando a su familiar	Menos de 6 meses	28	18.4
	de 6 meses a un año	96	63.2
	de 1-5 años	28	18.4
	total	152	100

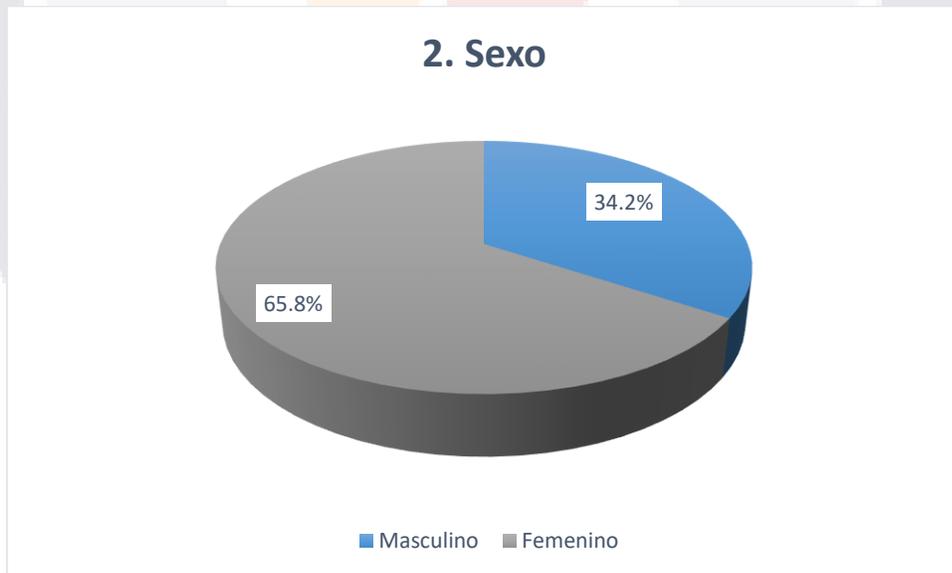
A continuación, veremos la distribución de cada variable sociodemográfica.

Grafico 1. Distribución de edad en los encuestados.



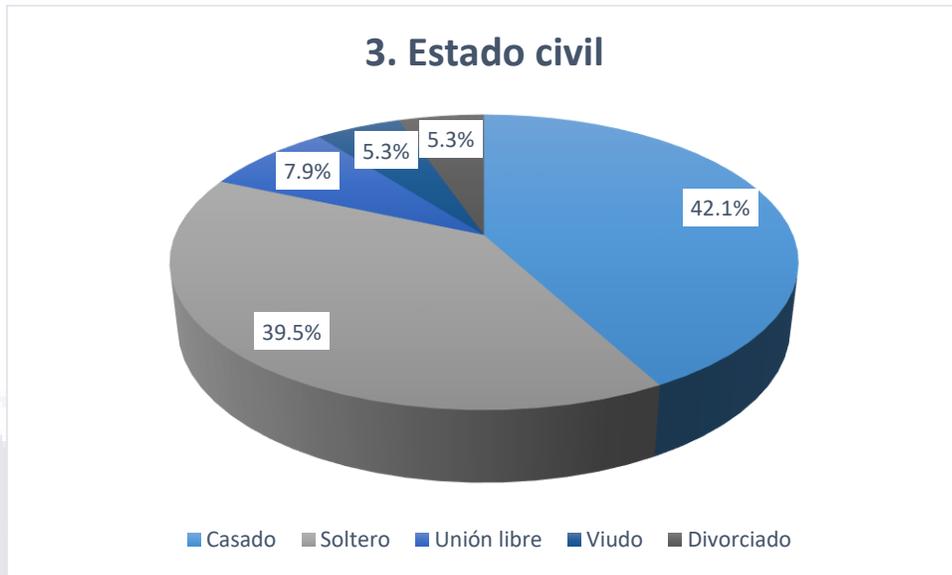
60 pacientes tienen una edad entre 18-30 años, 28 pacientes tienen una edad comprendida entre 31-40 años, 40 pacientes tienen una edad de 41-50 años y solo 16 pacientes encuestados tuvieron más de 61 años.

Grafico 2. Distribución por sexo.



De los 152 pacientes encuestados 100 correspondieron al sexo femenino y 52 al masculino.

Grafico 3. Distribución por estado civil.



64 eran casados, 60 solteros, 12 pacientes Vivian en unión libre, 8 eran viudos y 8 eran divorciados.

Grafico 4. Distribución por escolaridad.



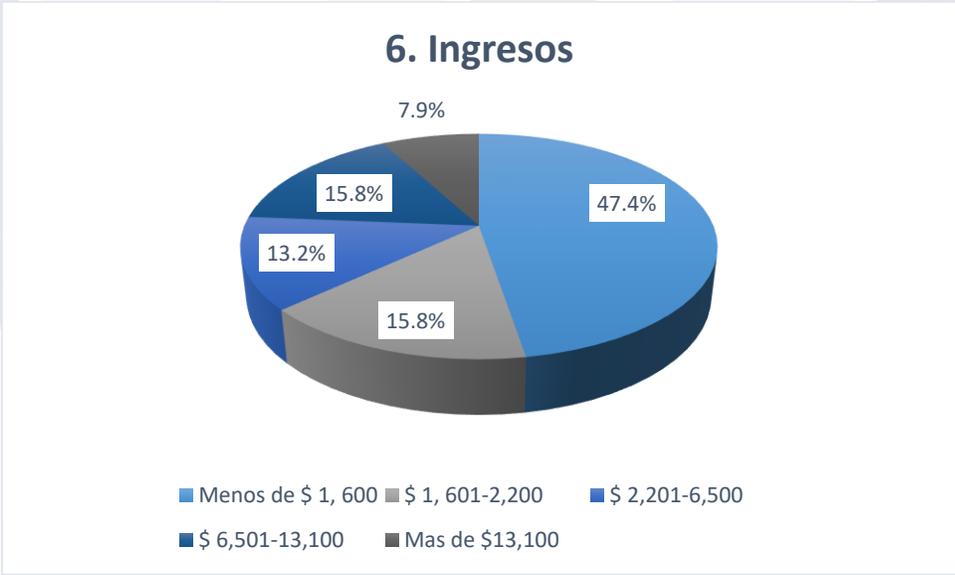
44 pacientes contaban con estudios a nivel profesional, seguidos de 32 pacientes con nivel secundaria, 24, con nivel técnico, 20 con nivel primaria, 12 con preparatoria, 12 sin escolaridad, y 8 con estudios de posgrado.

Grafico 5. Distribución por Ocupación.



76 pacientes son trabajadores, 48 se dedica al hogar, 20 son estudiantes y 8 son jubilados o pensionados.

Grafico 6. Distribución por ingresos.



72 pacientes reciben ingresos mensuales menores a 1,600 pesos, 24 pacientes tiene ingresos de entre 1601-2,200 pesos, 20 pacientes reciben 2,201-6,500 pesos, 24 pacientes reciben 6,501-13,100 pesos y solo 12 pacientes reciben más de 13,101 pesos mensuales.

Grafico 7. Distribución por tiempo dedicado al cuidado del paciente.



84 pacientes dedican menos de 6 horas al cuidado de su familiar, 32 dedica de 6-12 horas y 36 dedica 12-24 horas.

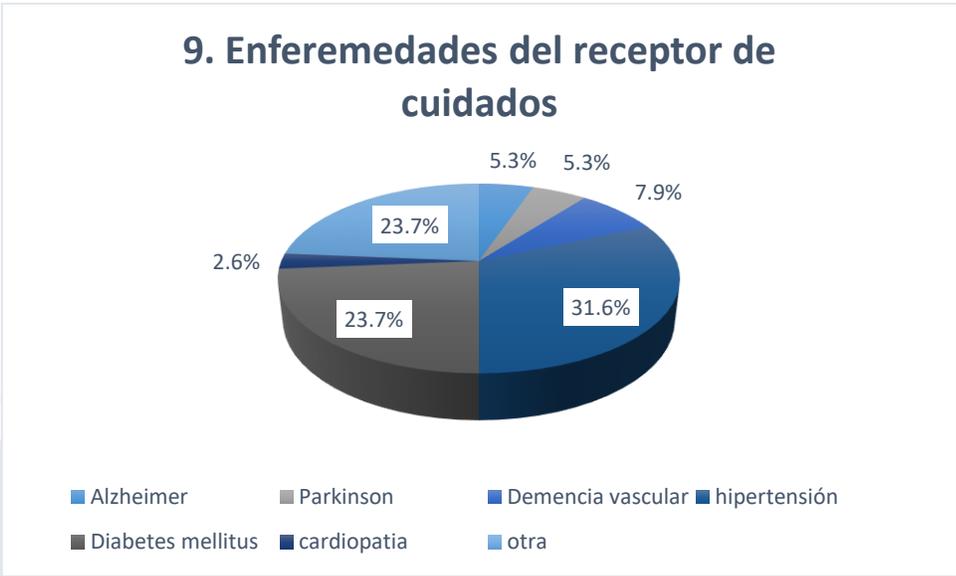
Grafico 8. Distribución por grupos de apoyo.



148 pacientes no pertenecen a ningún grupo de apoyo, solo 4 pacientes pertenecen a algún grupo de apoyo.

Grafica 9. Distribución por enfermedades del paciente receptor de cuidados.

9. Enfermedades del receptor de cuidados



Las enfermedades predominantes de los adultos mayores receptores de cuidados fueron hipertensión en 48 de los pacientes, diabetes mellitus con 36, otras 36, demencia vascular 12, Alzheimer y Parkinson 8 y cardiopatía 4.

10. Distribución por tiempo de cuidado en años.



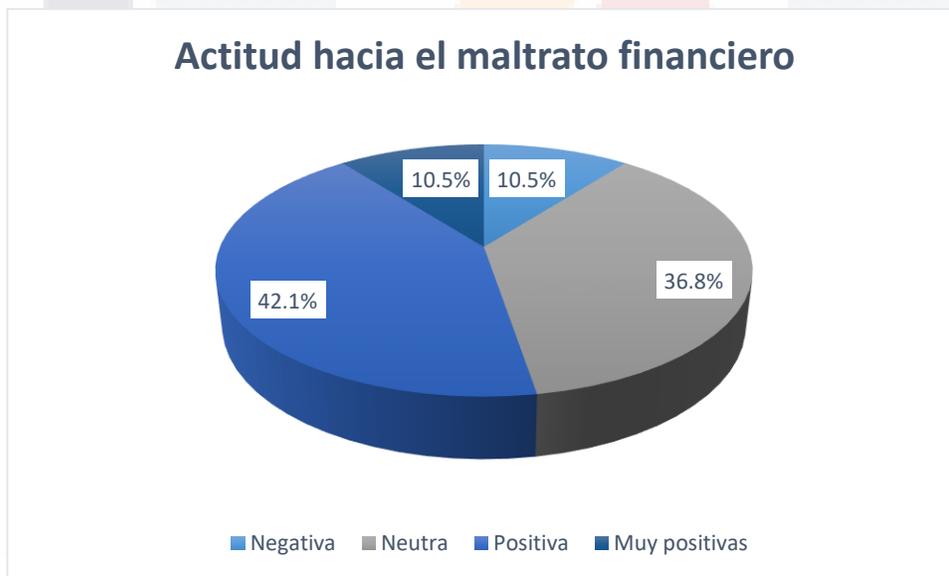
96 pacientes llevaban cuidando a su familiar entre 6 meses y un año, 28 pacientes llevaban menos de 6 meses cuidando a su familiar, y 28 pacientes llevaba entre 1 y 5 años cuidando al adulto mayor.

A continuación, se muestra el nivel de dominio de los encuestados en el área actitudinal.

Tabla 2. Estadísticas

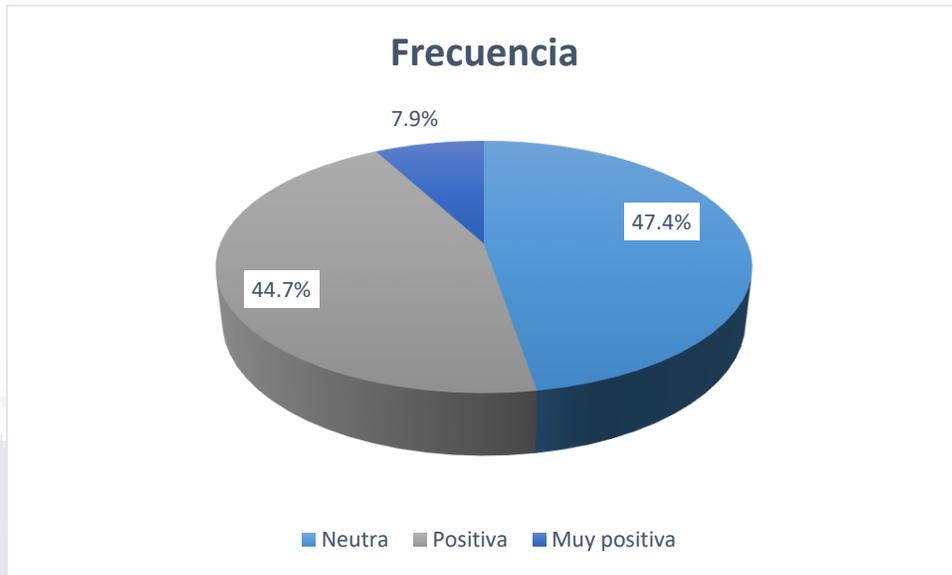
	Resultado global	Actitud hacia el maltrato financiero	Actitud hacia el maltrato psicológico	Actitud hacia el maltrato Físico	Actitud hacia la negligencia.
N	Válidos 152 Perdidos 0	152 0	152 0	152 0	152 0
Media	3.58	3.53	3.61	3.76	2.95
Mediana	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00
Moda	4	4	3	4	3
Desv. típ.	.636	.821	.632	.628	.649

Grafica 11. Actitud hacia el abuso financiero en el adulto mayor.



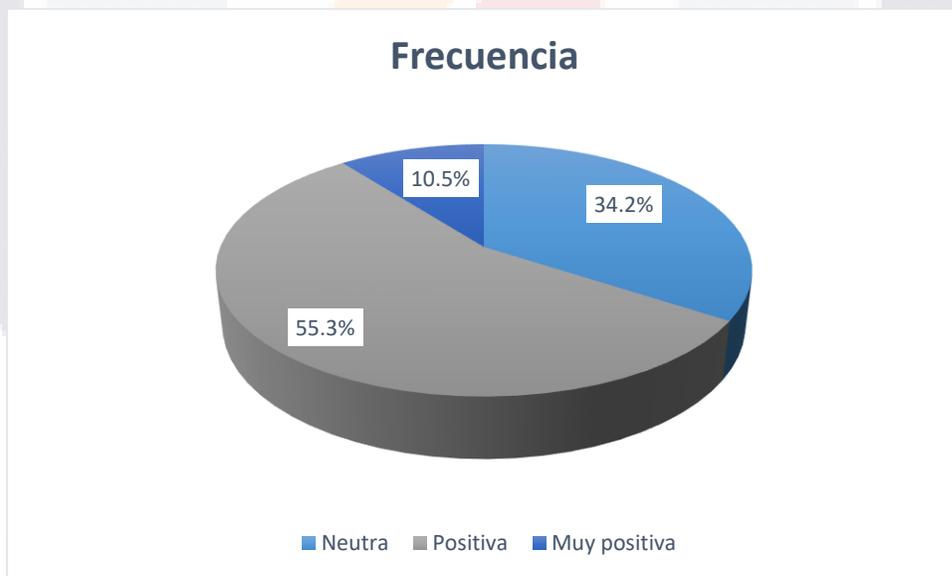
La grafica muestra que la actitud de los encuestados hacia el maltrato al adulto mayor fue: 64 personas tenían una actitud positiva, 12 personas tenían una actitud muy positiva, 56 personas tuvieron una actitud indiferente y 16 personas tuvieron una actitud negativa.

Grafica 12. Actitud hacia el maltrato psicológico en el adulto mayor.



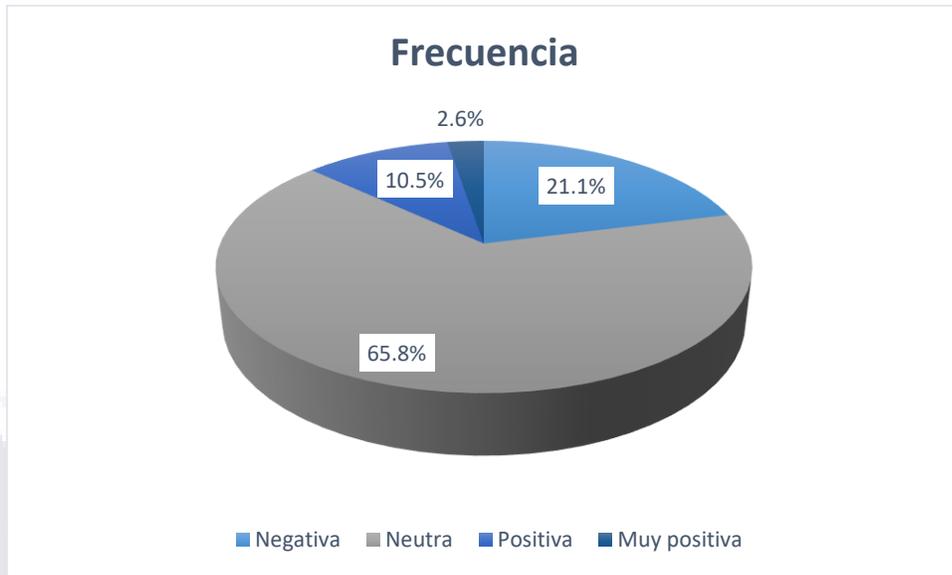
En cuanto al maltrato psicológico la 72 persona tuvieron una actitud indiferente, 68 personas tuvieron una actitud positiva y 12 personas tuvieron una actitud muy positiva.

Grafica 13. Actitud hacia el maltrato físico en el adulto mayor.



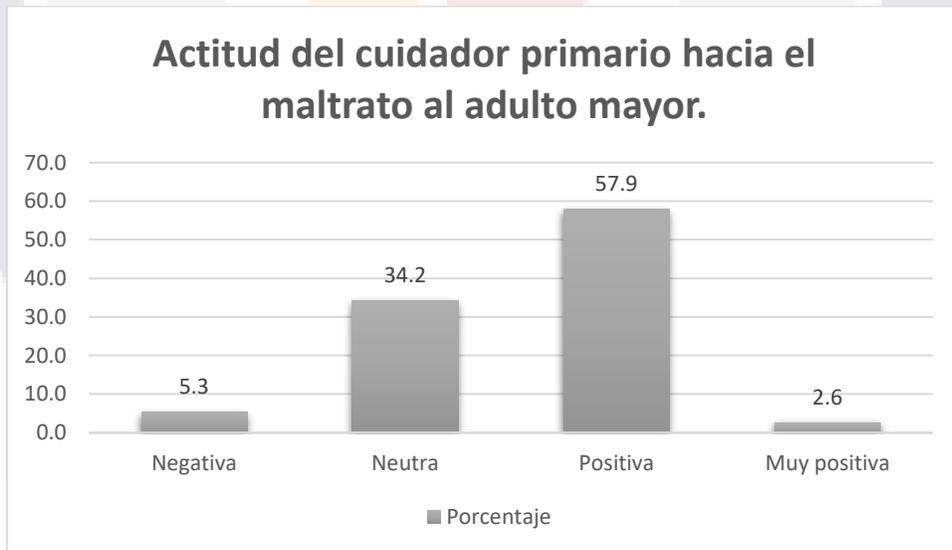
Para la actitud hacia el maltrato físico 4 personas tuvieron una actitud muy positiva, 16 personas tuvieron una actitud positiva, 100 personas tuvieron actitud indiferente, y 32 personas tuvieron una actitud negativa.

Grafica 14. Actitud hacia la negligencia en el adulto mayor.



En cuanto a la actitud hacia la negligencia 32 personas tuvieron una actitud negativa, 100 personas tuvieron una actitud neutra 16 personas tuvieron una actitud positiva y solo 4 personas tuvieron una actitud muy positiva.

Grafica 15. Actitud hacia el maltrato al adulto mayor.



8 personas tuvieron una actitud negativa, 52 personas tuvieron una actitud indiferente, 88 personas tuvieron una actitud positiva, y 4 personas tuvieron una actitud muy positiva.

XIV. DISCUSIÓN

El presente estudio, respecto a las características sociodemográficas, se encontró que la mayoría de los encuestados tenían entre 18-30 (39.5%), más de la mitad fueron mujeres (65.8%), 42.1% eran casados, la mayoría contaban con estudios de nivel superior (28.9%). El 50% trabaja y el 31.6% es ama de casa, su ingreso mensual es de menos de 1,600\$ MXN (47.7%), la mayoría de los pacientes cuidan menos de 6 hrs a su familiar adulto mayor (55.3%), solo el 2.6% pertenece a algún grupo de apoyo, y las enfermedades que predominan en los adultos mayores receptores de cuidados es diabetes mellitus (23.7%) e hipertensión (31.6%), 63.2% de los cuidadores llevan de 6 meses a un año cuidando al adulto mayor.

Al evaluar la actitud hacia el maltrato financiero se demostró que el 42.1% de los cuidadores tiene una actitud positiva, y el 36.8% tiene una actitud indiferente, 10.5% tiene una actitud negativa. En cuanto a la actitud hacia el maltrato psicológico predomina una actitud indiferente con 47.4%, 44.7% tiene una actitud positiva, y no se registró una actitud negativa. Para la actitud hacia el maltrato físico 55.3% de los cuidadores tienen una actitud positiva y 34.2% tiene una actitud indiferente. Respecto a la actitud hacia la negligencia 65.8% tiene una actitud indiferente y 21.1% tiene una actitud negativa. Al medir la actitud hacia el maltrato de manera global se obtuvo que la mayoría de los cuidadores (57.9%) tiene una actitud positiva, seguido por una actitud indiferente (34.2%) y se registra actitud negativa en 5.3% de los cuidadores. Lo cual concuerda con Pittman (1995) en su estudio "Diferencias individuales en las actitudes sobre el abuso de ancianos. La prueba de actitud del abuso al anciano (EAAT)", en el cual señala que la población estudiada, tiene una actitud positiva ante el abuso. Lo que también concuerda con Cook, India (2002) quien realizó un estudio en Georgia con un diseño descriptivo y exploratorio llamado: "Un estudio de actitudes hacia el maltrato al adulto mayor entre cuidadores afroamericanos, coreanos y chinos". Donde el 80% de los participantes no estuvo de acuerdo con el uso de acciones negativas hacia las personas mayores que pudieran ser vistas como abuso de ancianos, concluyendo con una actitud de los cuidadores de diverso origen cultural positiva. Lo anterior muestra discrepancia con Erlingsson et al. (2006). Quienes realizaron un estudio exploratorio llamado "Percepciones del abuso de ancianos: voces de profesionales y voluntarios en Suecia: un estudio exploratorio". Donde los grupos estudiados describían el abuso de ancianos como aceptable y apropiado, revelando una tolerancia hacia el maltrato.

XV. CONCLUSIONES

El estudio de las actitudes en los cuidadores de adultos mayores es muy complejo, ya que en sí mismas no son directamente observables, sino que es una variable latente que inferimos a través de la conducta o de las declaraciones verbales de las personas. Se caracterizó a la población según su demografía, la mayor prevalencia eran mujeres, la mayoría eran profesionistas, estado civil casadas, en su gran mayoría trabaja.

Se estudiaron las actitudes mediante una escala de Likert previamente validada, encontrándose una actitud indiferente, hacia el abuso psicológico y la negligencia, probablemente, debido a que la mayoría de la población no los considera maltrato. Por otra parte, hacia el abuso financiero y físico se encontró una actitud positiva por parte de los cuidadores.

Como conclusión y en términos generales, los cuidadores entrevistados mantuvieron una actitud positiva ante el maltrato hacia el adulto mayor, esta actitud favorable podría vincularse con una cultura de sobreprotección hacia el adulto mayor. De ahí se puede considerar que si una persona mantiene creencias positivas acerca del objeto es de esperar que reaccione ante ella con afectos y emociones y que esté dispuesta a mostrar conductas de aproximación, por lo tanto el adulto mayor tendría menos riesgo de sufrir maltrato, y el cuidador menos probabilidades de sufrir el síndrome de sobrecarga del cuidador. Aunque esta hipótesis no fue objeto de análisis, por lo que se recomienda su estudio en futuras investigaciones.

XVI. LIMITACIONES

El estudio presenta limitaciones en términos del método de muestreo utilizado por disponibilidad, que limita la capacidad de generalización de los hallazgos, así como el tamaño de la muestra que es relativamente pequeña para los propósitos del estudio. Se recomienda replicar el estudio con una muestra más amplia y utilizar la escala Likert para propósitos de comparación con los resultados obtenidos aquí.

XVII. RECOMENDACIONES

La sociedad mexicana necesita atender con urgencia al adulto maduro que por falta de recursos materiales y humanos asociados son presa fácil de abuso, maltrato y negligencia. Existe un reconocimiento creciente de la necesidad para más trabajos académicos empíricos para aumentar la base de conocimientos en esta área.

Este estudio constituye una aportación a la investigación en la Gerontología Social y disciplinas relacionadas. También aporta al poder contar con un instrumento en español específicamente validado para la población cuidadora de adultos mayores.

XVIII. GLOSARIO

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

Cuidador: El diccionario de la real academia española señala que Cuidador/ra, es quien cuida a una persona, es una persona muy servicial, cuidadosa, pensativa y metida en sí.

Adulto mayor: la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define: “El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”. Puede ser de varios tipos: físico 4,9%, psicológico 6,3%, económico 9,2%, negligencia 5,5%, sexual 0,04%.

XIX. REFERENCIAS

1. Neikrug SM, Ronen M. Elder Abuse in Israel. *J Elder Abuse Negl.* 1993;5(3):1–20. doi:10.1300/J084v05n03_01.
2. Pittman D. *Measuring attitudes toward elder abuse.* 1995.
3. Cook I. *A study of attitudes toward elder abuse among African American, Korean and Chinese caregivers.* 2012.

4. Erlingsson CL, Carlson SL, Saveman BI. Perceptions of elder abuse: Voices of professionals and volunteers in Sweden - An exploratory study. *Scand J Caring Sci*. 2006;20(2):151–159. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00392.x.
5. Stones M. J. Age differences in ratings of elder age differences in ratings of elder abuse summary. *Sr Care Canada*. 2007:22–24.
6. Irizarry Irizarry A. Development and validation of a questionnaire about the attitude and exposure of aged-Puerto Ricans to abuse and neglect. *P R Health Sci J*. 2008;27(2):129–133. doi:10.2224/sbp.2009.37.6.729.
7. Uhden-Layron E. Las actitudes de los cuidadores: un factor de riesgo de maltrato a los ancianos. *Rev Iberoam Educ E Investig EN ENFERMERÍA*. 2014;4(1):52–66. <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/107/>.
8. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (DLE). <http://dle.rae.es/?id=BbmCLvC>. Published 2017. Consultado marzo 25, 2017.
9. Fazio RH. Multiple processes by which attitudes guide behavior: The MODE model as an integrative framework. *Adv Exp Psychol*. 1990;23:75–109.
10. Fernandez G. Actitudes y comportamiento social. 2013:50. http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/106155/TFG_2014_FERNANDEZ_GARCIA.pdf?sequence=1. Consultado julio 10, 2017.
11. Ewoldsen DR, Rhodes N, Fazio RH. The MODE Model and Its Implications for Studying the Media. 2014. doi:10.1080/15213269.2014.937440.
12. Botella i Mas M, Ibáñez Gracia T. *Introducción a la psicología social*. Editorial UOC; 2004.
13. Young K, Flügel JC. *Psicología de las actitudes*. Paidós, Buenos Aires; 1967.
14. Rodríguez A. *Psicología Social*. México; 1991.
15. Grupo de Investigación Edufísica. Las actitudes. *Rev EDU-FISICA*. 2007. <http://www.edu-fisica.com/>. Consultado julio 11, 2017.
16. Clein Rodriguez Perez. *Psicología Social*.; 2012. http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Psicologia_social.pdf.

Consultado mayo 3, 2017.

17. Altarriba F-X. *Gerontología: aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer*. (Universitaria B, ed.). España; 1992.
18. Briñol P, Falces C, Becerra A. Actitudes. *Psicol Soc*. 2007:457–490. <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>. Consultado marzo 10, 2017.
19. Ubillos S, Mayordomo S, Páez D. Actitudes: Definición Y Medición Componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. En: *Psicología Social, Cultura y Educación*. ; 2004:301–326. <http://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>. Consultado julio 11, 2017.
20. Moscovici. *Psicología social. Influencia y cambio de actitudes*. Paidó. Barcelona; 1998.
21. Reyes L. La teoría de acción razonada: implicación para el estudio de las actitudes. http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf. Consultado mayo 4, 2017.
22. Gómez L, Canto JM. *Psicología social*.; 2000.
23. Huéscar E, Rodríguez-Marín J, Cervelló E, Moreno-Murcia JA. Teoría de la Acción Planeada y tasa de ejercicio: un modelo predictivo en estudiantes adolescentes de educación física. *An Psicol*. 2014;30(2):738–744. doi:10.6018/analesps.30.2.162331.
24. Domi M, Francisco J. *Psicología social* (3a. ed.). <http://eva.sepyc.gob.mx:8383/greenstone3/sites/localsite/collect/superior/index/assoc/HASH019f/abe8b975.dir/05120010034.pdf;jsessionid=5DB9F17C23BF84CA7A8398A2A1187F90>. Consultado mayo 4, 2017.
25. Moya M. *Persuasión y cambio de actitudes*. 1968. http://www.conductitlan.org.mx/13_psicologiasocial/Materiales/L_Moya_Persuasion_y_cambio_de_actitudes.pdf. Consultado mayo 10, 2017.
26. Ortego MM, López S, Álvarez ML. *Las actitudes*. Ciencias Psicosociales I.

http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_04.pdf. Published 2007.

27. Aiken RL. Actitudes, valores y orientaciones personales. En: *Test psicológicos y evaluación*. 11a ed. ; 2003:294.
28. Lafleur C. Les attitudes á l'égard de la maltraitance des personnes âgées: le rôle de l'expérience et la facon de les mesurer. *Gerontologie*. 2001.
29. Kipper K. Rewording elder abuse: a Test of Six Frameworks. 2001;(October).
30. Izarry A. *El perfil de la violencia en Puerto Rico: 1984-2004*. Vol 24.; 2013. doi:lil-472810.
31. National Center on Elder Abuse, Frequently Asked Questions, Types of Abuse. <https://ncea.acl.gov/faq/abusetypes.html>. Consultado julio 10, 2017.
32. Ruiz A, Nava MG. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol*. 2012;11(3):163–169. <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>.
33. Flores GE, Rivas RE, Seguel PF. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc y Enfermería*. 2012;XVIII(1):29–41. doi:10.4067/S0717-95532012000100004.
34. Crespo LM, López MJ. *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “como mantener tu bienestar”*; 2006.
<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>.
35. Torres S. Apoyando a Cuidadores de Adultos Mayores. 200d. C.:39–48. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v26n602001/art4.pdf>. Consultado marzo 25, 2017.
36. Martínez E, Bermúdez MDP. Maltrato psicológico hacia los mayores : variables a tratar. *Rev Española Comun en Salud*. 2016;7(1):143–153. <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3161>.
37. Sánchez F, Sancho MT. *Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales*. IMSERSO. (Ministerio de Trabajo y

- Asuntos Sociales, Secretaria del Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad, IMSERSO, eds.). Madrid; 2004.
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-vejeznegligencia-01.pdf>. Consultado marzo 24, 2017.
38. Organización Mundial de la Salud (OMS). Maltrato de las personas mayores. Centro de Prensa. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>. Published 2016. Consultado marzo 25, 2017.
39. Sánchez ML. Malos Tratos a las Personas Mayores: Percepción, Conocimientos y Barreras para la Detección. 2015.
40. Torrejón A. Negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores en el ámbito domiciliario. 2014:69. http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001117.pdf. Consultado julio 10, 2017.
41. Sancho M. *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*. 1a ed. (Sociales M de T y de A, Secretaria de Estado de Servicios sociales F y D, (IMSERSO) I de M y SS, eds.). España; 2007.
42. Ovejero Bernal A. Las relaciones humanas. Psicología social teórica y aplicada. <https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2012/07/83834274-las-relaciones-humanas.pdf>. Consultado mayo 17, 2017.
43. Magdalena L, Bahamón S. TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: EVIDENCIA PARA LAS FAMILIAS COLOMBIANAS. https://economia.uniandes.edu.co//components/com_booklibrary/ebooks/d2005-47.pdf. Consultado julio 10, 2017.
44. Iborra I. Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Rev Serv Soc*. 2009;(45):49–57. <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/4.pdf>.
45. Bastardo H, Rivas A. Experiencia del cuidador principal familiar ante el

- paciente con demencia tipo Alzheimer. 2012.
http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/3676/1/TESIS_ARyHB.pdf.
46. Vázquez A. *Violencia, maltrato y abuso hacia los adultos mayores*.
http://www.amia.org.ar/upload/download/2016/12/06/download_148104176981.pdf. Consultado mayo 8, 2017.
47. González CM, Buján GI, López SG, Longa GI, Cacho BL. Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2004;20(1):0–0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000100008. Consultado mayo 8, 2017.
48. Ajusco U. Actitudes negativas hacia la vejez en el adulto mayor: propuesta de un taller psicoeducativo para el cambio. 2013.
49. Morrison K, You H. Young adult attachment styles and perceptions of elder abuse : A cross-cultural study. *J Cross Cult Gerontol*. 2000;15:163–184.
50. Childs HW, Hayslip B, Radika LM, Reinberg JA. Young and middle-aged adults perceptions of elder abuse. *Gerontologist*. 2000;40(1):75–85.
 doi:<http://dx.doi.org/10.1093/geront/40.1.75>.
51. Ayalon L. The perspectives of older care recipients, their family members, and their round-the-clock foreign home care workers regarding elder mistreatment. *Aging Ment Health*. 2010;14(4):411–415.
 doi:10.1080/13607860903586110.
52. Irizarry Irizarry A. Pilot study of the differences among the Puerto Rican aged by gender in opinion, attitude and exposure to abuse, mistreatment and neglect by living arrangement. *P R Health Sci J*. 2005;24(4):303–311.
53. Muthuvenkatachalam S, Sandhya G. Attitude of Family Towards Elder Mistreatment: Cultural Perspective in Rural North India. *Delhi Psychiatry J*. 2015;18(119–125). <http://medind.nic.in/daa/t15/i1/daat15i1p119.pdf>. Consultado marzo 24, 2017.
54. Instituto Nacional de Estadística y geografía (INEGI). México en cifras. Aguascalientes.
<http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=01>. Published 2010.

Consultado marzo 8, 2017.

55. Instituto Nacional de Estadística y geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del... día de las y los cuidadores de personas dependientes (2 de marzo). 2017:1–10.
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cuidadores2017_Nal.pdf. Consultado marzo 23, 2017.
56. Huenchuan S, Rodríguez RI. *Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México. Diagnóstico y lineamientos de política.*; 2015. <http://www.cepal.org/es/publicaciones/38879-necesidades-cuidado-personas-mayores-la-ciudad-mexico-diagnostico-lineamientos>.
57. Cardona Arango C, Cardona S, María Á, et al. Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores.
<http://www.redalyc.org/pdf/2390/239019304007.pdf>. Consultado julio 10, 2017.
58. Cuidado del anciano por parte de su familia - Geriatría - Manual MSD versión para profesionales. <http://www.msmanuals.com/es-mx/professional/geriatria/aspectos-sociales-de-la-vejez/cuidado-del-anciano-por-parte-de-su-familia>. Consultado julio 10, 2017.
59. Flores ME, Laguna HL, González GJ, López MG, Meza IJ, Barbosa MA. *Perfil del cuidador primario informal del adulto mayor hospitalizado*. Puebla; 2016. https://www.researchgate.net/publication/312193780_PERFIL_DEL_CUIDADOR_PRIMARIO_INFORMAL_DE_ADULTO_MAYOR_HOSPITALIZADO.
60. Compean JM, Silerio J, Castillo R, Parra ML. Profile and overcharge of the primary care providers of the major adult patient with neurological affections. *Rev CONAMED*. 2008;13(1):17–21.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3622293&info=resumen&idoma=ENG>.
61. Hernández R, Hurtado S. *Diagnóstico desde la perspectiva de género sobre cuidadoras principales y secundarias de personas adultas mayores de la Delegación Tlalpan, D. F.*; 2014.
62. Bover A, Moreno ML, Mota S, Taltavull JM. El maltrato a los ancianos en el

- domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Atención Primaria*. 2003;32(9):541–551. doi:10.1016/S0212-6567(03)70785-9.
63. Sirlin C. Violencia, maltrato y abuso en la vejez: una realidad oculta, una cuestión de derechos. En: *Comentarios de Seguridad Social*. Vol 20. ; 2003:39–61.
http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/1623/1/violencia_maltrato_y_abuso_en_la_vejez._una_realidad_oculta_una_cuestion_de_derechos._c._sirlin.pdf. Consultado abril 10, 2017.
64. Tabueña LM. Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Psychosoc Interv*. 2006;15(3):275–292.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300003. Consultado mayo 8, 2017.
65. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *J Chem Inf Model*. 2015;53(9):1689–1699. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
66. De Lemus S, Expósito F. Nuevos retos para la Psicología Social : edadismo y perspectiva de género. *Pensam Psicológico*. 2005;1(4):33–52.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112046005>.
67. Chande RH, González CAG. Discriminación en las edades avanzadas en México. *Papeles Poblac*. 2008;14(55):35–58.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252008000100003. Consultado abril 11, 2017.
68. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de práctica clínica detección y manejo del maltrato en el adulto mayor.
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf. Published 2013. Consultado marzo 23, 2017.
69. Organización Mundial de la Salud Ginebra, Universidad de Toronto y Universidad Ryerson, Ontario C, Red internacional de Prevención del abuso y maltrato en la vejez. Declaración de Toronto para la Prevención Global del

Maltrato de las Personas Mayores. 2003;37(6):4.

70. Huenchuan S. *Los derechos de las personas mayores.*; 2011.
http://www.eclac.cl/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf.
71. Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. *D Of la Fed.* 1917:194.
72. Ley General de Salud. *D Of la Fed.* 1984.
http://www.normateca.gob.mx/Archivos/66_D_3642_23-01-2014.pdf.
 Consultado marzo 12, 2017.
73. Ley de los Institutos Nacionales de Salud. 2000:25.
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/51_270115.pdf. Consultado marzo 25, 2017.
74. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. :71.
http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Ley_2014.pdf.
75. Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. 2006:21.
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH_240316.pdf. Consultado marzo 25, 2017.
76. Ley para la protección especial de los adultos mayores del estado de Aguascalientes. :32.
http://www.aguascalientes.gob.mx/gobierno/leyes/leyes_PDF/03062010_121050.pdf.
77. Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA 1-1997 Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores.
78. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012.
79. *Guía de Práctica clínica Detección y Manejo del Colapso del Cuidador.*; 2014.
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/781GER.pdf>.

Consultado marzo 11, 2017.

80. **Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004;39(4):240–254. doi:10.1016/S0211-139X(04)74966-5.**
81. **Yan E, Tang CS-K. Proclivity to Elder Abuse: A Community Study on Hong Kong Chinese. *J Interpers Violence.* 2003;18(9):999–1017. doi:10.1177/0886260503254461.**
82. **Tam S, Neysmith S. Disrespect and Isolation: Elder Abuse in Chinese Communities. *Can J Aging.* 2006;25(2):141–151. doi:10.1353/cja.2006.0043.**
83. **Taylor RM. *Elder Abuse and its Prevention : Workshop Summary.* National Academies Press (US); 2014. doi:10.17226/18518.**
84. **Robles Silva L, Vázquez-Garnica EK. EL CUIDADO A LOS ANCIANOS: LAS VALORACIONES EN TORNO AL CUIDADO NO FAMILIAR. *Abr-Jun.* 2008;17(2):225–231. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/02.pdf>. Consultado mayo 8, 2017.**
85. **Carretero S, Garcés J, Ródenas F. *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial.* <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>. Consultado marzo 24, 2017.**
86. **Giraldo MCI, Franco AGM, Correa BLS, Salazar HMO, Tamayo VAM. Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2005;23(2):15. <http://www.redalyc.org/html/120/12011106002/>. Consultado mayo 8, 2017.**
87. **Giraldo L. El maltrato a personas adultas mayores: una mirada desde la perspectiva de género. :151–165. http://investigacion.cephcis.unam.mx/generoyrsociales/wp-content/uploads/2015/01/Giraldo_Rodríguez_Liliana.pdf. Consultado marzo 24, 2017.**
88. **Giraldo ML. *Análisis de la Información Estadística: Encuesta sobre Maltrato a***

- Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF).*; 2006.
[http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/investigacion/analisis_EMPAMD F.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/investigacion/analisis_EMPAMD_F.pdf). Consultado marzo 24, 2017.
89. Giraldo RML. *Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF)*. México D.F.; 2006.
[http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/investigacion/analisis_EMPAMD F.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/investigacion/analisis_EMPAMD_F.pdf). Consultado mayo 8, 2017.
90. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. A, Moreno Sancho M, Mota Magaña S, Taltavull Aparicio J. *Atencion primaria*. Haymarket
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-maltrato-los-ancianos-el-13054669>. Consultado julio 10, 2017.
91. Ayuda a los cuidadores de las personas mayores dependientes -
 Netdoctor.es. <http://netdoctor.elespanol.com/articulo/cuidadores-personas-mayores>. Consultado julio 10, 2017.
92. Losada A. Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas de intervención. *Inf Portal Mayores*. 2004;14:1–15.
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>. Consultado marzo 12, 2017.
93. Ferré-Grau C, Rodero-Sanchez V, Cid-Buera D, Vivies-Relats C, Aparicio-Casals MR. *Guía de cuidados de Enfermería: Cuidar al cuidador en atención primaria*.; 2011.
<http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/Biblioteca/Infermeria/guia-de-cuidados-de-enfermeria.pdf>.
94. Gómez LJ. Estrategias para humanizar y promover el buen trato en la atención a personas mayores dependientes institucionalizadas en residencias y centros de día. *Violencia Fam*. 2009:1–59.
95. Elder Abuse Risk Factors. Department for Health and Ageing, Government of South Australia.
<https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/c8639d004a1d713db4daf49>

0d529bdaa/Elder+Abuse+-
+Risk+Factors.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=c8639d004a1d713db4daf490d
529bdaa. Published 2012. Consultado marzo 25, 2017.

96. López J. Mujeres inmigrantes versus autóctonas. Diferencias en disfunciones sexuales, infecciones vaginales y lesiones cervicales. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2013;40(6):242–252. doi:10.1016/j.gine.2012.09.002.
97. Reyes V, Leitón Z. El cotidiano del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia: reconfigurando el espacio. *Rev Enferm Neurológica.* 2014;13(2):81–86. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene142e.pdf>.
98. Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. *Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos.* Vol 17.; 2015. <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324/216>.
99. Ruelas MG, Duarte MB, Flores S, et al. Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. *Int J Equity Health.* 2016;15(1):35. doi:10.1186/s12939-016-0315-y.
100. Lafferty A, Treacy M, Drennan J, et al. *Public Perceptions of Elder Abuse: A literature review.*; 2009.
101. Ruelas MG, Pelcastre B, Reyes H. Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. *Salud Publica Mex.* 2014;56(6):631–637. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000600013.
102. Giraldo L, Rosas O, Mino D. Abuse in Mexican Older Adults with Long-Term Disability: National Prevalence and Associated Factors. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(8):1594–1600. doi:10.1111/jgs.13552.
103. Eagly A, Chaiken S. The Psychology of Attitudes. *Psychol Mark.* 1995;12(5):459–466.

104. **ARIMAC. Censo de población adscrita a medico familiar a Junio del 2016.; 2016.**
105. **Morales Vallejo P. Guía para construir escalas de actitudes. *U Comillas*. 2010;(2003):1–46.**
106. **Silva-fhon J, Andrade-iraola K, Palacios-vallejos E, Rojas-huayta V. Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. *Enfermería Univ Autónoma México*. 2014;11(4):139–144. doi:10.1016/S1665-7063(14)70926-1.**
107. **Pérez, M; Labiano, M; Brusaca C. Escala de Deseabilidad Social: Análisis psicométrico en muestra argentina. María José Pérez * 1 , Mabel Labiano ** & Claudia Brusasca *** *. *Evaluar*. 2011;10(1976):53–67.**
108. **Abad FJ, Garrido J, Olea J, Ponsoda V. Introducción a la Psicometría Teoría Clásica de los Tests y Teoría de la Respuesta al Ítem. 2004;(Febrero):150.**
109. **Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. Vol 53.; 2014. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.**

Objetivo general	Concepto	Definición operacional	Dimensiones	Variables	Indicadores	Indices
			<p style="text-align: center;">Conativo-conductual</p>	<p>Lo que el paciente siente hacia el maltrato económico al adulto mayor</p> <p>Conativo-conductual: Lo que el paciente cree hacer en acciones hacia el maltrato financiero al adulto mayor.</p>	<p>Estoy a favor de que un miembro de la familia use para su beneficio el dinero del adulto mayor. Negativo</p> <p>Estoy en contra que un miembro de la familia use para su beneficio el dinero del adulto mayor. Positivo</p> <p>Me molesta que presionen a un adulto mayor a realizar un trabajo remunerado, para solventar los gastos de la familia. Negativo</p> <p>Usaría la propiedad de un adulto mayor sin su permiso, cuando este ya no puede usarla Negativo</p> <p>Consultaría al adulto mayor antes de tomar decisiones en su negocio. Positivo</p>	
		<p>Actitud del cuidador hacia el maltrato psicológico al adulto mayor:</p> <p>Predisposición organizada, que incluye el conjunto de creencias, valores y conocimientos que el cuidador primario</p>	<p>Cognitivo Afectivo Conativo-conductual.</p>	<p>Cognitiva:</p> <p>Lo que el paciente cree conocer del maltrato psicológico al adulto mayor</p>	<p>Cuando un adulto mayor está enfermo, se debe evitar que un amigo cercano o familiar lo visite. Negativo</p> <p>Es necesario que tratar a un adulto mayor como a un niño, para que entienda.</p>	

Objetivo general	Concepto	Definición operacional	Dimensiones	Variables	Indicadores	Indices
		<p>del adulto mayor tiene sobre el maltrato psicológico al anciano y la tendencia o intención conductual de aceptación o rechazo. Al momento de la encuesta</p>		<p>Afectiva: Lo que el paciente siente hacia el maltrato psicológico al adulto mayor</p> <p>Conativo-conductual: Lo que el paciente cree hacer en</p>	<p>Negativo</p> <p>A un adulto mayor le cuesta comprender, por lo cual se debe de excluir de las conversaciones familiares Negativo</p> <p>A veces gritar a un anciano es necesario cuando escucha poco. Negativo</p> <p>Creo que gritarle a un adulto mayor, es ofensivo. Positivo</p> <p>Siento que es abusivo, evitar que un adulto mayor visite a sus familiares o amigos. Positivo</p> <p>Es injusto dejarle de hablar a un adulto mayor, cuando estamos ocupados. Positivo</p> <p>Es insolente, tratar a un adulto mayor como a un niño. Positivo</p>	

Objetivo general	Concepto	Definición operacional	Dimensiones	Variables	Indicadores	Indices
				<p>acciones hacia el maltrato psicológico al adulto mayor.</p>	<p>Ayudaría a un adulto mayor, a tomar decisiones, sin presionarlo. Positivo</p> <p>Presionaría a un adulto mayor para que tome una decisión importante. Negativo</p>	
		<p>Actitud del cuidador hacia el maltrato físico al adulto mayor:</p> <p>Predisposición organizada, que incluye el conjunto de creencias, valores y conocimientos que el cuidador primario del adulto mayor tiene sobre el maltrato físico al anciano y la tendencia o intención conductual de aceptación o rechazo. Al momento de la encuesta</p>	<p>Cognitivo Afectivo Conativo-conductual</p>	<p>Cognitiva:</p> <p>Lo que el paciente cree conocer del maltrato físico al adulto mayor</p> <p>Afectiva: Lo que el paciente siente hacia el maltrato físico al adulto mayor</p>	<p>Es adecuado mantener dormido con medicamento al adulto mayor cuando está agresivo Negativo</p> <p>Empujar y/o jalar a un adulto mayor para que camine más rápido, es innecesario Positivo</p> <p>Es injusto dormir al adulto mayor con medicamentos cuando se comporta agresivo. Positivo</p> <p>Los adultos mayores pueden ser difíciles de mover, por lo que a veces se necesita ser brusco. Negativo</p> <p>Pellizcar y tirar del cabello de un adulto mayor es desconsiderado. Positivo</p>	

Objetivo general	Concepto	Definición operacional	Dimensiones	Variables	Indicadores	Índices
				<p>Conativo-conductual: Lo que el paciente cree hacer en acciones hacia el maltrato físico al adulto mayor.</p>	<p>Deberían sancionar severamente a quien golpea a un adulto mayor. Positivo</p> <p>Pellizcar a un adulto mayor es aceptable. Negativo</p> <p>Sujetar a los adultos mayores a la cama o a la silla es innecesario Positivo</p> <p>Cuando un adulto mayor camina lentamente, lo jalaría para ayudarlo a moverse más rápido. Negativo</p> <p>Al dejar a adulto mayor está solo, lo sujetaría a una silla de ruedas o a la cama para evitar que se caiga Negativo</p>	
		<p>Actitud del cuidador hacia la negligencia al adulto mayor:</p> <p>Predisposición organizada, que incluye el conjunto de creencias, valores y conocimientos que el cuidador primario del adulto mayor tiene sobre la negligencia al anciano y la</p>	<p>Cognitivo Afectivo Conativo-conductual</p>	<p>Cognitiva:</p> <p>Lo que el paciente cree conocer de la negligencia en el adulto mayor</p>	<p>Es importante darle a un adulto mayor una dieta adecuada. Positivo</p> <p>Creo que es importante continuar dándole el medicamento a un adulto mayor, a pesar de cualquier circunstancia. Positivo</p>	

Objetivo general	Concepto	Definición operacional	Dimensiones	Variables	Indicadores	Indices
		<p>tendencia o intención conductual de aceptación o rechazo. Al momento de la encuesta</p>		<p>Afectiva: Lo que el paciente siente hacia la negligencia al adulto mayor</p> <p>Conativo-conductual: Lo que el paciente cree hacer en acciones hacia la negligencia en el adulto mayor.</p>	<p>Es aceptable de bañar a un adulto mayor solo cuando lo pida. Negativo</p> <p>Es inaceptable bañar a un adulto mayor solo cuando lo pida. Positivo</p> <p>Llevar a los adultos mayores a donde tiene que ir (cita médica, por ejemplo), es molesto. Negativo</p> <p>Es triste que un adulto mayor pase demasiado tiempo solo Positivo</p> <p>Es agradable llevar al adulto mayor a los lugares donde tiene que ir, por ejemplo, una cita médica. Positivo</p> <p>Dejaría solo al adulto mayor, por un largo periodo de tiempo, si es necesario. Negativa</p> <p>Dejaría de darle el medicamento a un</p>	

Objetivo general	Concepto	Definición operacional	Dimensiones	Variables	Indicadores	Índices
					adulto mayor cuando este no quiere tomarlo. Negativo Daría un alimento a un adulto mayor, que no corresponde a su dieta, ya que a veces está bien. Negativo	

2. Operacionalización del método

Objetivo general	Universo de Trabajo	Unidad muestral	Unidad observacional	Unidad de análisis	Tipo de muestra	Tamaño de la muestra	Parámetro para determinar la muestra.
Identificar las actitudes de los cuidadores primarios hacia el maltrato al adulto mayor que acude a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 Delegación Aguascalientes.	Todos los pacientes cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF 11	Cuidador primario de un adulto mayor	Cuidadores primarios de adultos mayores adscritos a la Unidad de medicina Familiar no 11, delegación Aguascalientes	Cuidador de pacientes adulto mayor derechohabiente de la UMF 11 Delegación Aguascalientes y que acuden a consulta.	No probabilística por conveniencia	236 cuidadores de adultos mayores.	2146 pacientes. Índice de error de 5% Nivel de confianza de 95%,

3. Operacionalización del plan de análisis

Objetivos específicos	Variables	Frecuencias No. %	Medidas de tendencia central y dispersión	Relaciones o asociaciones simples	Pruebas de hipótesis
1. Identificar la actitud de los cuidadores primarios hacia el abuso económico al adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes	<ul style="list-style-type: none"> Identificar el componente afectivo, cognitivo y conativo conductual, de la actitud del cuidador primario hacia el maltrato económico del adulto mayor. 	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencias absolutas Frecuencias relativas 	<ul style="list-style-type: none"> Media Mediana Moda Desviación estándar 	<ul style="list-style-type: none"> 1.- Análisis univariado 2.- Análisis bivariado 	No aplica
2. Identificar la actitud de los cuidadores primarios hacia el	<ul style="list-style-type: none"> Identificar el componente afectivo, cognitivo y conativo conductual, de la 	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencias absolutas Frecuencias 	<ul style="list-style-type: none"> Media Mediana Moda 	<ul style="list-style-type: none"> 1.- Análisis univariado 2.- Análisis bivariado 	No aplica

maltrato psicológico al adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes	actitud del cuidador primario hacia el maltrato psicológico del adulto mayor.	relativas	- Desviación estándar		
3. Identificar la actitud de los cuidadores primarios hacia el maltrato físico al adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes	<ul style="list-style-type: none"> Identificar el componente afectivo, cognitivo y conativo conductual, de la actitud del cuidador primario hacia el maltrato físico del adulto mayor. 	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencias absolutas Frecuencias relativas 	<ul style="list-style-type: none"> Media Mediana Moda Desviación estándar 	<ul style="list-style-type: none"> 1.- Análisis univariado 2.- Análisis bivariado 	No aplica
4. Identificar la actitud de los cuidadores primarios hacia la negligencia al adulto mayor adscritos a la UMF No 11 Aguascalientes	<ul style="list-style-type: none"> Identificar el componente afectivo, cognitivo y conativo conductual, de la actitud del cuidador primario hacia la negligencia al adulto mayor. 	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencias absolutas Frecuencias relativas 	<ul style="list-style-type: none"> Media Mediana Moda Desviación estándar 	<ul style="list-style-type: none"> 1.- Análisis univariado 2.- Análisis bivariado 	No aplica

4. Operacionalización del cuestionario

VARIABLE	NOMBRE DE LAS VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ÍTEM	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALAS DE MEDICIÓN
Sociodemográficas	Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años de vida cumplidos al momento de la aplicación de la encuesta	1	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> 1.18-30 años 2. 31-40 años 3. 41-50 años 4. 51- 60 años 5. >61años 	Nominal
	Sexo	Condición orgánica que distingue a hombres y mujeres	Conjunto de personas pertenecientes al sexo masculino o femenino	2	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino 	Nominal
	Estado civil	Situación personal en la que se encuentra o no con una persona en relación a otra con la que se crea lazos justificadamente reconocidos	Situación jurídica con respecto a la pareja que es referido al momento de la aplicación de la encuesta	3	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> 1. Casado 2. Soltero 3. Unión Libre 4. Viudo 5. Divorciado 	Nominal

VARIABLE	NOMBRE DE LAS VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ÍTEM	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALAS DE MEDICIÓN
	Escolaridad	Educación formal que una persona recibe durante su vida, la cual es impartida en una escuela o institución para preparación profesional de las personas en distintos niveles.	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional, al momento de aplicación de la encuesta.	4	Cualitativa	1. Sin escolaridad 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preoperatoria 5. Nivel técnico 6. Profesional 7. Posgrado 8. Otro_____	Nominal
	Ocupación	Es el oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido.	Tipo de trabajo que desempeña el cuidador, y que le genera recursos económicos, al momento de la encuesta.	5	Cualitativa	1. Trabaja ¿en qué? área y cargo _____ 2. Estudia 3.Hogar 4Pensionado /jubilado	Nominal
	Ingresos	Totalidad de las ganancias que tiene una persona en 15 días de trabajo	Cantidad de dinero ganada o recaudada, producto del ingreso familiar en 15 días de trabajo al momento de la encuesta.	6	Cualitativa	1. Menos de \$ 1,600 MX 2. De \$1,601 a \$ 2,200 MX 3. De \$ 2,201 a \$ 6,500 MX 4. De \$ 6,501 a \$13,100 MX 5.-Más de \$13,100 MX	Nominal
	Tiempo dedicado al cuidado de la persona	Período determinado durante el que se realiza una acción o se desarrolla un acontecimiento.	Cantidad de horas que dedica la persona al cuidado de su familiar.	7	Cualitativa	1. Menos de 6 horas 2. De 6-12 hrs 3. 12-24 hrs	Nominal
	Pertenencia a algún grupo de apoyo	Grupos de personas que experimentan situaciones similares en la vida y que se reúnen periódicamente para compartir sus vivencias.	Es un lugar seguro para intercambiar ideas acerca de cómo lidiar con temas difíciles.	8	Cualitativa	1.Sí Cual_____	Nominal
						2. No	

VARIABLE	NOMBRE DE LAS VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ÍTEM	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALAS DE MEDICIÓN
	Enfermedades crónicas degenerativas, Demencias.	Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	9	Cualitativa	1. Alzheimer 2. Parkinson 3. Demencia Vascular 4. Hipertensión 5. Diabetes Mellitus 6. Cardiopatía 7. Otra _____	Nominal
	Cuánto tiempo lleva cuidando a su familiar	Período determinado durante el que se realiza una acción o se desarrolla un acontecimiento.	Tiempo dedicado al cuidado en años de una persona adulto mayor.	10	Cualitativa	1. Menos de 6 meses 2. 6 meses a 1 año 3. 1-5 años 4. Más de 5 años	Nominal

Operacionalización del cuestionario, sección II

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	COMPONENTE	ÍTEM	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
Actitud del cuidador primario hacia el maltrato al adulto mayor	Es una tendencia o predisposición a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación y actuar en consonancia con dicha evaluación.	La actitud del cuidador hacia el maltrato es una predisposición organizada, que incluye el conjunto de creencias, valores y conocimientos que el cuidador primario del adulto mayor tiene sobre el maltrato al anciano y la tendencia o intención conductual de aceptación o rechazo. Al momento de la encuesta.	Actitud hacia el maltrato financiero	Conativo - conductual	11. Está bien usar la propiedad de un adulto mayor sin su permiso, cuando este ya no puede usarla.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
				Cognitiva	12. El dinero de pensión del adulto mayor, se debe usar solo para sus necesidades.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
				Cognitiva	13. Usaría la propiedad de un adulto mayor sin su permiso, cuando éste ya no puede usarla.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
				Afectiva	14. Estoy a favor de que un miembro de la familia	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo	Cualitativa Ordinal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	COMPONENTE	ITEM	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
					use para su beneficio el dinero de un adulto mayor.	3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Politómica
				Afectiva	15. Me molesta que presionen a un adulto mayor a realizar un trabajo remunerado, para solventar los gastos de la familia.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Cognitiva	16. Ser el cuidador principal me permite tomar decisiones de negocios en nombre del adulto mayor.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Conativo-conductual	17. Consultaría al adulto mayor antes de tomar decisiones en su negocio.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Cognitiva	18. Es correcto cobrar la pensión por un adulto mayor y usar algo de dinero, si soy el cuidador principal	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Afectiva	19. Estoy en contra que un miembro de la familia use para su beneficio el dinero del adulto mayor.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Cognitiva	20. Es necesario falsificar la firma de un adulto mayor, cuando éste sufre algún tipo de demencia.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
			Actitudes hacia el maltrato psicológico	Cognitiva	21. Cuando un adulto mayor está enfermo, se debe evitar que un amigo cercano o	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	COMPONENTE	ITEM	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
					familiar lo visite.	4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	
				Cognitiva	22. Es necesario tratar a un adulto mayor como a un niño, para que entienda.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Conativo-conductual	23. Ayudaría a un adulto mayor, a tomar decisiones, sin presionarlo.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Cognitiva	24. A un adulto mayor le cuesta comprender, por lo cual se debe de excluir de las conversaciones familiares	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Cognitiva	25. A veces gritar a un anciano es necesario cuando escucha poco.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Conativo-conductual	26. Presionaría a un adulto mayor para que tome una decisión importante	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Afectiva :	27. Siento que es abusivo, evitar que un adulto mayor visite a sus familiares o amigos.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Afectiva :	28. Es injusto dejarle de hablar a un adulto mayor, cuando estamos ocupados	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	COMPONENTE	ITEM	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
				Cognitiva	29. Creo que gritarle a un adulto mayor, es ofensivo.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
				Afectiva :	30. Es inaceptable, tratar a un adulto mayor como a un niño.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
			Actitudes hacia el maltrato físico	Cognitiva	31. Los adultos mayores pueden ser difíciles de mover, por lo que a veces se necesita ser brusco.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
				Afectiva :	32. Pellizcar a un adulto mayor es aceptable	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
				Afectiva :	33. Deberían sancionar severamente a quien golpea a un adulto mayor.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
				Afectiva :	34. Sujetar a los adultos mayores a la cama o a la silla es innecesario	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
				Conativo-conductual	35. Cuando un adulto mayor camina lentamente, lo jalaría para ayudarlo a moverse más rápido.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
				Cognitiva	36. Es adecuado mantener dormido con	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo	Cualitativa Ordinal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	COMPONENTE	ITEM	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
					medicamento al adulto mayor cuando está agresivo	3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Politómica
				Conativo-conductual	37. Al dejar a un adulto mayor solo, lo sujetaría a una silla de ruedas o a la cama para evitar que se caiga.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Afectiva :	38. Pellizcar y tirar del cabello de un adulto mayor es desconsiderado.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Conativo-conductual	39. Empujar y/o jalar a un adulto mayor para que camine más rápido, es innecesario	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Cognitiva	40. Es injusto dormir al adulto mayor con medicamentos cuando se comporta agresivo.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Conativo-conductual	41. Dejaría de darle el medicamento a un adulto mayor cuando este no quiere tomarlo.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
			Actitud hacia la negligencia	Afectiva :	42. Bañar a un adulto mayor solo cuando lo pida, es inaceptable	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica
				Afectiva :	43. Llevar a los adultos mayores a donde tiene que ir (cita médica, por ejemplo), es molesto.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politómica

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	COMPONENTE	ITEM	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
						4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	
				Afectiva :	44. Es triste que un adulto mayor pase demasiado tiempo solo	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
				Cognitiva	45. Es importante darle a un adulto mayor una dieta adecuada	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
				Cognitiva	46. Creo que es importante continuar dándole el medicamento a un adulto mayor, a pesar de cualquier circunstancia.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
					47. Dejaría solo al adulto mayor, por un largo periodo de tiempo, si es necesario.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
				Afectiva :	48. Es agradable llevar al adulto mayor a los lugares donde tiene que ir, por ejemplo, una cita médica.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
				Conativo-conductual	49. Daría un alimento que no corresponde a la dieta de un adulto mayor, ya que a veces está bien.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica
				Afectiva :	50. Es aceptable bañar a un adulto mayor solo cuando lo pida.	1.-Totalmente de acuerdo 2.-De acuerdo 3.-Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.-En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	Cualitativa Ordinal Politémica

Dimensiones											
Actitud hacia el Maltrato económico			Actitudes hacia el maltrato psicológico			Actitudes hacia el maltrato físico			Actitudes hacia la negligencia		
Componente cognitivo	Componente afectivo	Componente conativo conductual	Componente cognitivo	Componente afectivo	Componente conativo conductual	Componente cognitivo	Componente afectivo	Componente conativo conductual	Componente cognitivo	Componente afectivo	Componente conativo conductual
El dinero de pensión del adulto mayor, se debe usar solo para sus necesidades. Positivo	Estoy a favor de que un miembro de la familia use para su beneficio el dinero del adulto mayor. Negativo	Usaría la propiedad de un adulto mayor sin su permiso, cuando este ya no puede usarla. Negativo	El dinero de pensión del adulto mayor, se debe usar solo para sus necesidades. Positivo	Estoy a favor de que un miembro de la familia use para su beneficio el dinero del adulto mayor. Negativo	Usaría la propiedad de un adulto mayor sin su permiso, cuando este ya no puede usarla. Negativo	Es adecuado mantener dormido con medicamento al adulto mayor cuando está agresivo. Negativo	Pellizcar y tirar del cabello de un adulto mayor es desconsiderado. Positivo	Sujetar a los adultos mayores a la cama o a la silla es innecesario. Positivo	Es importante darle a un adulto mayor una dieta adecuada. Positivo	Es aceptable bañar a un adulto mayor solo cuando lo pida. Negativo	Dejaría solo al adulto mayor, por un largo periodo de tiempo, si es necesario. Negativo
Ser el cuidador principal me permite tomar decisiones de negocios en nombre del adulto mayor. Negativo	Estoy en contra que un miembro de la familia use para su beneficio el dinero del adulto mayor. Positivo	Consultaría a al adulto mayor antes de tomar decisiones en su negocio. Positivo	Ser el cuidador principal me permite tomar decisiones de negocios en nombre del adulto mayor. Negativo	Estoy en contra que un miembro de la familia use para su beneficio el dinero del adulto mayor. Positivo	Consultaría a al adulto mayor antes de tomar decisiones en su negocio. Positivo	Empujar y/o jalar a un adulto mayor para que camine más rápido, es innecesario. Positivo	Deberían sancionar severamente a quien golpea a un adulto mayor. Positivo	Cuando un adulto mayor camina lentamente, hay que jalarlo para ayudarlo a moverse más rápido. Negativo	Creo que es importante continuar dándole el medicamento a un adulto mayor, a pesar de cualquier circunstancia. Positivo	Es inaceptable bañar a un adulto mayor solo cuando lo pida. Positivo	Dejaría de darle el medicamento a un adulto mayor cuando este no quiere tomarlo. Negativo
Es correcto cobrar la pensión por un adulto mayor y usar algo de dinero, si soy el cuidador principal.	Me molesta que presionen a un adulto mayor a realizar un trabajo remunerado, para solventar		Es correcto cobrar la pensión por un adulto mayor y usar algo de dinero, si soy el cuidador principal.	Me molesta que presionen a un adulto mayor a realizar un trabajo remunerado, para solventar		Es injusto dormir al adulto mayor con medicamentos cuando se comporta agresivo. Positivo	Pellizcar a un adulto mayor es normal. Negativo	Cuando un adulto mayor está solo, es necesario sujetarlo a una silla de ruedas o a la cama para evitar que		Llevar a los adultos mayores a donde tiene que ir (cita médica, por ejemplo), es molesto.	Daría un alimento a un adulto mayor, que no corresponde a su dieta, ya que a veces está bien.

Negativo	los gastos de la familia. Negativo		Negativo	los gastos de la familia. Negativo				se caiga Negativo		Negativo	Negativo
Componente cognitivo	Componente afectivo	Componente conativo conductual	Es necesario falsificar la firma de un adulto mayor, cuando éste sufre algún tipo de demencia. Negativo			Los adultos mayores pueden ser difíciles de mover, por lo que a veces se necesita ser brusco. Negativo				Es agradable llevar al adulto mayor a los lugares donde tiene que ir, por ejemplo, una cita médica. Positiva	
			Es abusivo vender la propiedad de un adulto mayor sin su permiso Positivo								

ANEXO B. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	Marzo 2017	Abril 2017	Mayo 2017	Junio 2017	Julio-Dic. 2017	Dic. 2017	Enero 2018
Acopio de Bibliografía	X						
Revisión de literatura	X						
Diseño de protocolo	X						
Antecedentes y Justificación	X	X					
Introducción e hipótesis			X				
Revisión de protocolo				X			
Aprobación del protocolo					X		
Financiamiento Capacitación encuestador o lector de información					X		
Trabajo de campo						X	
Acopio de datos						X	
Captura de datos y tabulación						X	
Revisión de resultados						X	
Análisis de resultados						X	
Validación de resultados						X	
Interpretación de resultados						X	
Autorización							X
Elaboración de tesis							X

X: Realizado

P: Pendiente

ANEXO C. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Actitud del cuidador primario hacia el maltrato al adulto mayor en pacientes adscritos en la UMF11 Delegación Aguascalientes
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Ags. del 1° agosto-31 agosto de 2017
Número de registro:	Sin folio
Justificación y objetivo del estudio:	Se pretende en este estudio conocer la actitud del cuidador primario hacia el maltrato al adulto mayor, dado que la actitud determina el comportamiento, y al ser una variable que cuenta con mayor evidencia como predictor de riesgo de maltrato.
Procedimientos:	Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una encuesta con mis datos generales y preguntas respecto a aseveraciones hacia el maltrato al adulto mayor.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios: Identificar sus actitudes hacia el maltrato del adulto mayor e identificar los diferentes tipos de maltrato posibles hacia el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar No 11 de Aguascalientes.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser benéfico para el paciente. Así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si

También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el

aplica):	estudio aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.
Beneficios al término del estudio:	Será identificar las actitudes de los cuidadores hacia el maltrato y registrar si hay alguna correlación con las características sociodemográficas del cuidador.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Jaime Azahel Carranza Murillo. ADSCRIPCIÓN Y LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar No 11. DOMICILIO: Avenida Mariano Hidalgo No. 510 Aguascalientes, Col. Satélite Morelos CP: 20295 Teléfono: 4491960789 Email: jazahel_cm@hotmail.com.
Colaboradores:	Dra. Maricruz Maldonado Alvarado. ADSCRIPCIÓN: HGZ no 1 DIRECCIÓN: José María Chávez #1202. Colonia Lindavista. Aguascalientes, Aguascalientes. CP: 20270 Teléfono: 4493376903 Email: mary_cruz8@hotmail.com
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	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	

ANEXO D. INSTRUMENTO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES



“ACTITUD DEL CUIDADOR PRIMARIO HACIA EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN UMF NO 11 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”.

Agradecemos de antemano su participación en este estudio. Le recordamos que la información proporcionada será de carácter confidencial y con fines exclusivamente de investigación.

Instrucciones: Lea atentamente cada sección, donde encontrará espacios en blanco, anote el número de la respuesta, para cada pregunta.

Parte I. Información de Carácter demográfico.

Nombre: _____ Fecha: _____

1. Edad: _____
 1) 18-30 años 2) 31-40 años 3) 41-50 años 4) 51- 60 años 5) >61 años
2. Sexo: _____
 1) Masculino 2) Femenino
3. Estado Civil: _____
 1) Casado 2) Soltero 3) Unión Libre 4) Viudo 5) Divorciado
4. Escolaridad: _____
 1) Sin escolaridad
 2) Primaria
 3) Secundaria
 4) Preoperatoria
 5) Nivel técnico
 6) Profesional
 7) Posgrado
 8) Otro _____
5. Ocupación: _____
 1) Trabaja ¿en qué? área y cargo _____ 2) Estudia
 3) Hogar 4) Pensionado/jubilado
6. Ingreso mensual: _____
 1) Menos de \$ 1,600 MX
 2) De \$1,601 a \$ 2,200 MX
 3) De \$ 2,201 a \$ 6,500 MX
 4) De \$ 6,501 a \$13,100 MX
 5) Más de \$13,100 MX
7. Tiempo dedicado al cuidado del paciente: _____
 1) Menos de 6 horas 2) De 6-12 hrs 3) 12-24 hrs

8. ¿Cuánto tiempo lleva cuidando a su familiar?: _____
 1) Menos de 6 meses 2) 6 meses a 1 año 3) 1-5 años 4) Más de 5 años
9. Pertenece a algún grupo de Apoyo (GeriatrIMSS, PrevenIMSS, PREA, etc.): _____
 1) Sí Cual _____ 2) No
10. Enfermedades que padece el familiar al que cuida: _____
 1. Alzheimer
 2. Parkinson
 3. Demencia Vascular
 4. Hipertensión
 5. Diabetes Mellitus
 6. Cardiopatía
 7. Otra _____ }

SECCIÓN II ACTITUD DEL CUIDADOR PRIMARIO HACIA EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR.

Instrucciones: A continuación, usted encontrará 40 enunciados con 5 alternativas de respuestas, marque con una X o encerrando en un círculo, el número que corresponde la opción que más representa su opinión.

Por favor, indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes acciones hacia el adulto mayor considerando los siguientes puntos:

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

Actitudes	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
11. Estoy a favor de que un miembro de la familia use para su beneficio el dinero de un adulto mayor.	1	2	3	4	5
12. Me molesta que presionen a un adulto mayor a realizar un trabajo remunerado, para solventar los gastos de la familia.	1	2	3	4	5
13. Ser el cuidador principal me permite tomar decisiones de negocios en nombre del adulto mayor.	1	2	3	4	5
14. Es correcto cobrar la pensión por un adulto mayor y usar algo de dinero, si soy el cuidador principal.	1	2	3	4	5
15. Estoy en contra que un miembro de la familia use para su beneficio el dinero del adulto mayor.	1	2	3	4	5

Actitudes	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
16. Es necesario falsificar la firma de un adulto mayor, cuando éste sufre algún tipo de demencia.	1	2	3	4	5
17. Es necesario tratar a un adulto mayor como a un niño, para que entienda.	1	2	3	4	5
18. Ayudaría a un adulto mayor, a tomar decisiones, sin presionarlo.	1	2	3	4	5
19. A un adulto mayor le cuesta comprender, por lo cual se debe de excluir de las conversaciones familiares	1	2	3	4	5
20. A veces gritar a un anciano es necesario cuando escucha poco.	1	2	3	4	5
21. Presionaría a un adulto mayor para que tome una decisión importante.	1	2	3	4	5
22. Siento que es abusivo, evitar que un adulto mayor visite a sus familiares o amigos.	1	2	3	4	5
23. Es inaceptable, tratar a un adulto mayor como a un niño.	1	2	3	4	5
24. Los adultos mayores pueden ser difíciles de mover, por lo que a veces se necesita ser brusco.	1	2	3	4	5
25. Pellizcar a un adulto mayor es aceptable	1	2	3	4	5
26. Cuando un adulto mayor camina lentamente, lo jalaría para ayudarlo a moverse más rápido.	1	2	3	4	5
27. Es adecuado mantener dormido con medicamento al adulto mayor cuando está agresivo	1	2	3	4	5

Actitudes	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
28. Al dejar a un adulto mayor solo, lo sujetaría a una silla de ruedas o a la cama para evitar que se caiga.	1	2	3	4	5
29. Empujar y/o jalar a un adulto mayor para que camine más rápido, es innecesario	1	2	3	4	5
30. Dejaría de darle el medicamento a un adulto mayor cuando este no quiere tomarlo.	1	2	3	4	5
31. Llevar a los adultos mayores a donde tiene que ir (cita médica, por ejemplo), es molesto.	1	2	3	4	5
32. Es triste que un adulto mayor pase demasiado tiempo solo	1	2	3	4	5
33. Es importante darle a un adulto mayor una dieta adecuada.	1	2	3	4	5
34. Creo que es importante continuar dándole el medicamento a un adulto mayor, a pesar de cualquier circunstancia.	1	2	3	4	5
35. Es aceptable bañar a un adulto mayor solo cuando lo pida.	1	2	3	4	5

Baremación: Los ítems favorables (positivos) se puntúan con una valoración que va de 5 a 1 y los ítems desfavorables (negativos) se invierte la valoración de 1 a 5.

Puntuación	Nivel de actitud
161-200	Totalmente positiva
121-160	Moderadamente positiva
81-120	Indiferente
41-80	Moderadamente negativa
5-40	Totalmente negativa

ANEXO E. MANUAL OPERACIONAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 11

AGUASCALIENTES, AGS.

ACTITUD DEL CUIDADOR PRIMARIO HACIA EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN PACIENTES ADSCRITOS A LA UMF NO 11

1.- Se aplicarán encuestas sobre la actitud del cuidador primario hacia el maltrato al adulto mayor en la unidad de medicina familiar no 11, delegación Aguascalientes, estas encuestas serán aplicadas por el investigador asociado y por dos residentes de tercer año de medicina familiar, los cuales serán previamente capacitados para la aplicación de las encuestas.

2.-Se seleccionará a los usuarios adultos cuidadores de adultos mayores, que acudan a consulta con o sin su familiar, en la unidad de medicina familiar no. Se les identificará y se les dará una carta de consentimiento informado, si aceptan se les explicará en qué consiste el cuestionario y los objetivos del mismo.

3.- El cuestionario consta de la primera sección con datos sociodemográfico, la segunda sección consta del instrumento para medir la actitud del cuidador hacia el maltrato al adulto mayor.

La encuesta sociodemográfica incluirá edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, ingresos, Tiempo dedicado al cuidado, pertenencia a algún grupo de apoyo, enfermedades que padece el familiar al que cuidan, cuánto tiempo lleva cuidando al familiar. El instrumento inicial consta de 40 ítems valorado por una escala tipo Likert que 5 al 1, donde cinco (5) significa "Totalmente de acuerdo"; cuatro (4) "Algo de acuerdo"; tres (3) "No estoy segura"; dos (2) "Algo en desacuerdo" y uno (1) "Totalmente en desacuerdo".

Sección I Antecedentes socio demográficos

En esta sección los datos serán obtenidos de los pacientes entrevistados.

1.- Nombre. Se solicitará el nombre del paciente y se verificará en su cartilla de citas o credencial ADIMSS, Ejemplo:

Nombre: Jorge Carlos Resendiz Esparza.

Fecha de aplicación: Se escribirá la fecha en que se aplique la encuesta, empezando por el día, mes y año, ejemplo:

1	8	0	8	2	0	1	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Día Mes

Año

Edad: Hace referencia a la edad cumplida en años, ejemplo:

Edad: 1 (30 años)

1.18-30 años 2. 31-40 años 3. 41-50 años 4. 51- 60 años 5.>61años

Sexo: debe responderse de acuerdo a las características del entrevistado y se colocará de la siguiente manera, ejemplo:

Sexo: 1.

1. Masculino 2. Femenino

Estado Civil: En esta sección se le pregunta al paciente su estado civil y se codifica de acuerdo a la respuesta.

Estado civil: 2.

1. Casado 2. Soltero 3. Unión Libre 4. Viudo 5. Divorciado

Escolaridad: En esta sección se pregunta al paciente si estudió, si su respuesta es “sí”, hasta que nivel de estudios terminó, si contesta “no”, se le pregunta si sabe escribir y se contesta con las posibles respuestas dadas

Escolaridad: 1

1. Sin escolaridad
2. Primaria
3. Secundaria
4. Preoperatoria
5. Nivel técnico
6. Profesional
7. Posgrado
8. Otro _____

Ocupación: Se pregunta directamente a la paciente a que se dedica y se codifica de acuerdo a su respuesta.

Ocupación: 1 Jefe de almacén, en constructora plata.

1. Trabaja ¿en qué? área y cargo _____ 2. Estudia
 3. Hogar 4. Pensionado/jubilado

Ingreso mensual: Se debe preguntar el ingreso mensual aproximado de todos los integrantes de la familia

Ingreso: 2.

1. Menos de \$ 1,600 MX
2. De \$1,601 a \$ 2,200 MX
3. De \$ 2,201 a \$ 6,500 MX
4. De \$ 6,501 a \$13,100 MX
- 5.-Más de \$13,100 MX

Tiempo dedicado al cuidado del paciente: Se debe preguntar cuál es el tiempo en horas al día que el cuidador dedica al cuidado del adulto mayor.

Tiempo: 1.

1. Menos de 6 horas 2. De 6-12 hrs 3. 12-24 hrs

¿Cuánto tiempo lleva cuidando a su familiar?: Se debe de preguntar cuánto tiempo en años lleva haciéndose cargo su familiar adulto mayor

Tiempo en años: 2.

1. Menos de 6 meses
2. 6 meses a 1 año
3. 1-5 años
4. Más de 5 años

Pertenece a algún grupo de Apoyo (GeriatrIMSS, PrevenIMSS, PREA, etc.): en este apartado se preguntará si el cuidador o ambos (cuidador y adulto mayor) son miembros de alguno de los grupos de apoyo a cuidadores y adultos mayores en cualquiera de las diferentes instituciones que ofrecen ese servicio.

Grupo de apoyo: 2.

1. Sí Cual _____ 2. No

1. Enfermedades que padece el familiar al que cuida: Se debe de preguntar cuáles son las enfermedades con las cuales ha sido diagnosticado el adulto mayor al que cuidan.

Enfermedades: 4, 5.

1. Alzheimer

2. Parkinson
3. Demencia Vascular
4. Hipertensión
5. Diabetes Mellitus
6. Cardiopatía
7. Otra_____

SECCIÓN II ACTITUD DEL CUIDADOR PRIMARIO HACIA EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR.

Es una tendencia o predisposición a evaluar de cierta manera un objeto o un símbolo de este objeto. La actitud hacia el maltrato al adulto mayor es una predisposición organizada, que incluye el conjunto de creencias, valores y conocimientos que el cuidador primario del adulto mayor tiene sobre el maltrato al anciano y la tendencia o intención conductual de aceptación o rechazo, se expresa operativamente en el manejo de situaciones de maltrato que permiten diferenciar los sentimientos negativos que generan estas situaciones y categorías, y la tendencia conductual específica de aceptación o rechazo de las mismas.

En esta sección se pretende conocer si el cuidador primario tiene una actitud positiva o negativa hacia los diferentes tipos de maltrato del adulto mayor.

La actitud se mide con la siguiente escala:

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) En desacuerdo
- (5) Totalmente en desacuerdo

Dimensión. Actitud del cuidador hacia el abuso económico hacia el adulto mayor

Definiendo abuso económico cuando una de las dos partes implicadas en una relación tiene control sobre la otra en el acceso a los recursos económicos, lo que disminuye la capacidad de la víctima de mantenerse a sí misma y la obliga a depender financieramente del perpetrador. Entendiendo que la actitud del cuidador hacia el abuso económico en el adulto mayor, es una predisposición organizada, que incluye el conjunto de creencias, valores y conocimientos que el cuidador primario del adulto mayor tiene sobre el abuso financiero en el adulto mayor y la tendencia o intención conductual de aceptación o rechazo (positiva o negativa). En este sentido se buscará obtener información mediante 10 ítems, donde se presentará una serie de frases que describen las situaciones de abuso financiero en el adulto mayor.

Se les debe pedir por favor que den la respuesta que más se acerque a lo que ellos consideran, se les comentará que no es un examen y que buscamos la respuesta más honesta.

1. Está bien usar la propiedad de un adulto mayor sin su permiso, cuando este ya no puede usarla.

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Usted cree que está bien usar la casa de un adulto mayor, sin pedirle permiso, aunque el ya no viva en ella o no la use.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato económico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.- Está bien usar la propiedad de un adulto mayor sin su permiso, cuando este ya no puede usarla.	1	2	3	4	5

2. El dinero de pensión del adulto mayor, se debe usar solo para sus necesidades.

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Usted cree que el dinero de un adulto mayor se debe usar solo en él (comida, vestido, higiene, etc.).

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato económico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
2.- El dinero de pensión del adulto mayor, se debe usar solo para sus necesidades.	1	2	3	4	5

3. Usaría la propiedad de un adulto mayor sin su permiso, cuando éste ya no puede usarla

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Si su familiar adulto mayor ya no vive en su casa, usted la usaría para vivir en ella o rentarla

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato económico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
3.- Usaría la propiedad de un adulto mayor sin su permiso, cuando éste ya no puede usarla	1	2	3	4	5

4. Estoy a favor de que un miembro de la familia use para su beneficio el dinero de un adulto mayor.

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Está bien que los familiares usen el dinero del anciano.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato económico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
4.- Estoy a favor de que un miembro de la familia use para su beneficio el dinero de un adulto mayor.	1	2	3	4	5

5. Me molesta que presionen a un adulto mayor a realizar un trabajo remunerado, para solventar los gastos de la familia.

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Como se sentiría si sabe que a un adulto mayor lo presionan para trabajar

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato económico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5.- Me molesta que presionen a un adulto mayor a realizar un trabajo remunerado, para solventar los gastos de la familia.	1	2	3	4	5

6. Ser el cuidador principal me permite tomar decisiones de negocios en nombre del adulto mayor.

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Si usted cuida al adulto mayor cree que es el indicado para tomar decisiones en su trabajo o empresa

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato económico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
6.- Ser el cuidador principal me permite tomar decisiones de negocios en nombre del adulto mayor.	1	2	3	4	5

7. Consultaría al adulto mayor antes de tomar decisiones en su negocio.

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Le preguntaría a un adulto mayor las decisiones que se tomaran en su empresa o negocio

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato económico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
7.-Consultaría al adulto mayor antes de tomar decisiones en su negocio.	1	2	3	4	5

8. Es correcto cobrar la pensión por un adulto mayor y usar algo de dinero, si soy el cuidador principal

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Considera que usted tiene derecho de tomar un poco de dinero, que recibe un adulto mayor por su pensión

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato económico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
8.- Es correcto cobrar la pensión por un adulto mayor y usar algo de dinero, si soy el cuidador principal	1	2	3	4	5

9. Estoy en contra de que un miembro de la familia use para su beneficio el dinero del adulto mayor.

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Es indebido que un familiar use a su favor el dinero del adulto mayor

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato económico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
9.-Estoy en contra de que un miembro de la familia use para su beneficio el dinero del adulto mayor.	1	2	3	4	5

10. Es necesario falsificar la firma de un adulto mayor, cuando éste sufre algún tipo de demencia.

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Si un adulto mayor no puede firmar por su condición médica, es necesario falsificar su firma.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la

respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato económico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
10.-Es necesario falsificar la firma de un adulto mayor, cuando éste sufre algún tipo de demencia.	1	2	3	4	5

Dimensión. Actitud hacia el maltrato psicológico hacia el adulto mayor

Definiendo maltrato psicológico: se define como la imposición de angustia o dolor a través de actos verbales o no verbales, que inciden en la dignidad, autoestima o integridad psíquica y mora, de quien recibe el abuso. Entendiendo que la actitud del cuidador hacia el maltrato psicológico en el adulto mayor, es una predisposición organizada, que incluye el conjunto de creencias, valores y conocimientos que el cuidador primario del adulto mayor tiene sobre el maltrato psicológico en el adulto mayor y la tendencia o intención conductual de aceptación o rechazo (positiva o negativa). En este sentido se buscará obtener información mediante 10 ítems, donde se presentará una serie de frases que describen las situaciones de maltrato psicológico en el adulto mayor.

Se les debe pedir por favor que den la respuesta que más se acerque a lo que ellos consideran, se les comentará que no es un examen y que buscamos la respuesta más honesta.

- 11. Cuando un adulto mayor está enfermo, se debe evitar que un amigo cercano o familiar lo visite.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato psicológico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
11.- Cuando un adulto mayor está enfermo, se debe evitar que un amigo cercano o familiar lo visite.	1	2	3	4	5

12. Es necesario que tratar a un adulto mayor como a un niño, para que entienda.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato psicológico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
12.-Es necesario que tratar a un adulto mayor como a un niño, para que entienda.	1	2	3	4	5

13. Ayudaría a un adulto mayor, a tomar decisiones, sin presionarlo.

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Hay que preguntarle al adulto mayor antes de tomar alguna decisión en su negocio

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato psicológico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
13.-Ayudaría a un adulto mayor, a tomar decisiones, sin presionarlo.	1	2	3	4	5

14. Un adulto mayor le cuesta comprender, es por eso que se debe de excluir de las conversaciones familiares

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato psicológico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
14.- A Un adulto mayor le cuesta comprender, por lo cual se debe de excluir de las conversaciones familiares	1	2	3	4	5

15. A veces gritar a un anciano es necesario porque no puede escuchar

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato psicológico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
15.-A veces gritar a un anciano es necesario cuando escucha poco	1	2	3	4	5

16. Presionaría a un adulto mayor para que tome una decisión importante.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato psicológico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
16- Presionaría a un adulto mayor para que tome una decisión importante.	1	2	3	4	5

17. Siento que es abusivo, evitar que un adulto mayor visite a sus familiares o amigos.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato psicológico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
17.- Siento que es abusivo, evitar que un adulto mayor visite a sus familiares o amigos.	1	2	3	4	5

18. Es injusto dejarle de hablar a un adulto mayor, cuando estamos ocupados.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato psicológico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
18.-Es injusto dejarle de hablar a un adulto mayor, cuando estamos ocupados.	1	2	3	4	5

19. Creo que gritarle a un adulto mayor, es ofensivo.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato psicológico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
19.-Creo que gritarle a un adulto mayor, es ofensivo.	1	2	3	4	5

20. Es inaceptable, tratar a un adulto mayor como a un niño.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato psicológico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
20. Es inaceptable, tratar a un adulto mayor como a un niño.	1	2	3	4	5

Dimensión. Actitud del cuidador hacia el maltrato físico hacia el adulto mayor

Maltrato físico se define como el uso de la fuerza física que puede resultar en lesiones corporales, dolor físico o deterioro. El abuso físico puede incluir, pero no está limitado a tales actos de violencia, además, el uso inapropiado de drogas y restricciones físicas, la alimentación forzada y el castigo físico de cualquier tipo, también son considerados maltrato físico. Entendiendo que la actitud del cuidador hacia el maltrato físico en el adulto mayor, es una predisposición organizada, que incluye el conjunto de creencias, valores y conocimientos que el cuidador primario del adulto mayor tiene sobre el maltrato físico en el adulto mayor y la tendencia o intención conductual de aceptación o rechazo (positiva o negativa). En este sentido se buscará obtener información mediante 10 ítems, donde se

presentará una serie de frases que describen las situaciones de maltrato físico en el adulto mayor.

Se les debe pedir por favor que den la respuesta que más se acerque a lo que ellos consideran, se les comentará que no es un examen y que buscamos la respuesta más honesta.

21. Los adultos mayores pueden ser difíciles de mover, por lo que a veces se necesita ser brusco.

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Los adultos mayores pueden ser difíciles de mover (al estar en silla de ruedas o en cama), por lo que a veces se necesita ser brusco.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato físico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
21.-Los adultos mayores pueden ser difíciles de mover, por lo que a veces se necesita ser brusco.	1	2	3	4	5

22. Pellizcar a un adulto mayor es aceptable.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato físico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

			desacuerdo		
25.-Pellizcar a un adulto mayor es aceptable	1	2	3	4	5

23. Deberían sancionar severamente a quien golpea a un adulto mayor.

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Deberían castigar severamente a quien golpea a un adulto mayor

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato físico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
23-Deberían sancionar severamente a quien golpea a un adulto mayor.	1	2	3	4	5

24. Sujetar a los adultos mayores a la cama o a la silla no es innecesario

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato físico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
24.-Sujetar a los adultos mayores a la cama o a la silla es innecesario	1	2	3	4	5

25. Cuando un adulto mayor camina lentamente, lo jalaría para ayudarlo a moverse más rápido.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato físico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
25.- Cuando un adulto mayor camina lentamente, lo jalaría para ayudarlo a moverse más rápido.	1	2	3	4	5

26. Es adecuado mantener dormido con medicamento al adulto mayor cuando está agresivo

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Es adecuado mantener dormido con medicamento (con diazepam o clonazepam) al adulto mayor cuando está agresivo

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato físico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
26.-Es adecuado mantener dormido con medicamento al adulto mayor cuando está agresivo	1	2	3	4	5

27. Al dejar a un adulto mayor solo, lo sujetaría a una silla de ruedas o a la cama para evitar que se caiga.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato físico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
27.- Al dejar a un adulto mayor solo, lo sujetaría a una silla de ruedas o a la cama para evitar que se caiga.	1	2	3	4	5

28. Pellizcar y tirar del cabello de un adulto mayor es desconsiderado

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato físico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
28.-Pellizcar y jalar del cabello de un adulto mayor es desconsiderado	1	2	3	4	5

29. Empujar y/o jalar a un adulto mayor para que camine más rápido, es innecesario

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Cuando un adulto mayor camina lentamente, hay que tirar de él para ayudarlo a moverse más rápido.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la

respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato físico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
29.- Empujar y/o jalar a un adulto mayor para que camine más rápido, es innecesario	1	2	3	4	5

30. Es injusto dormir al adulto mayor con medicamentos cuando se comporta agresivo.

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Es abusivo dormir al adulto mayor con medicamentos (clonazepam o diazepam) cuando se comporta agresivo.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia el maltrato físico	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
30.-Es injusto dormir al adulto mayor con medicamentos cuando se comporta agresivo.	1	2	3	4	5

Dimensión. Actitud del cuidador hacia la negligencia en el adulto mayor

La negligencia se define como la negativa o el incumplimiento de cualquier parte de las obligaciones o deberes de una persona a un anciano. La negligencia también puede incluir el fracaso de una persona que tiene responsabilidades fiduciarias para proporcionar atención a un anciano. Entendiendo que la actitud del cuidador hacia la negligencia en el

adulto mayor, es una predisposición organizada, que incluye el conjunto de creencias, valores y conocimientos que el cuidador primario del adulto mayor tiene sobre la negligencia en el adulto mayor y la tendencia o intención conductual de aceptación o rechazo (positiva o negativa). En este sentido se buscará obtener información mediante 10 ítems, donde se presentará una serie de frases que describen las situaciones de negligencia en el adulto mayor.

Se les debe pedir por favor que den la respuesta que más se acerque a lo que ellos consideran, se les comentará que no es un examen y que buscamos la respuesta más honesta.

31. Dejaría de darle el medicamento a un adulto mayor cuando este no quiere tomarlo.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia la negligencia	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
31.-Dejaría de darle el medicamento a un adulto mayor cuando este no quiere tomarlo.	1	2	3	4	5

32. Bañar a un adulto mayor solo cuando lo pida, es inaceptable.

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Bañar a un adulto mayor solo cuando lo pida, es descuidarlo.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia la negligencia	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
32.-Bañar a un adulto mayor solo cuando lo pida, es inaceptable	1	2	3	4	5

33. Llevar a los adultos mayores a donde tiene que ir (cita médica, por ejemplo), es molesto.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia la negligencia	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
33.-Llevar a los adultos mayores a donde tiene que ir (cita médica, por ejemplo), es molesto	1	2	3	4	5

34. Es triste que un adulto mayor pase demasiado tiempo solo

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia la negligencia	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
34.-Es triste que un adulto mayor pase demasiado tiempo solo	1	2	3	4	5

35. Es importante darle a un adulto mayor una dieta adecuada.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia la negligencia	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
35.-Es importante darle a un adulto mayor una dieta adecuada.	1	2	3	4	5

36. Creo que es importante continuar dándole el medicamento a un adulto mayor, a pesar de cualquier circunstancia.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia la negligencia	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
36.-Creo que es importante continuar dándole el medicamento a un adulto mayor, a pesar de cualquier circunstancia.	1	2	3	4	5

37. Dejaría solo al adulto mayor, por un largo periodo de tiempo, si es necesario.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia la negligencia	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
37.- Dejaría solo al adulto mayor, por un largo periodo de tiempo, si es necesario.	1	2	3	4	5

38. Es agradable llevar al adulto mayor a los lugares donde tiene que ir, por ejemplo, una cita médica.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia la negligencia	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
38.-Es agradable llevar al adulto mayor a los lugares donde tiene que ir, por ejemplo, una cita médica.	1	2	3	4	5

39. Daría un alimento que no corresponde a la dieta de un adulto mayor, ya que veces está bien.

En caso de que el encuestado no entienda la aseveración se le explicará lo siguiente:

Dar un alimento que no corresponde a la dieta (comida chatarra, rápida, frita con demasiado aceite, muy picante, muy salada etc.) de un adulto mayor, a veces está bien.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia la negligencia	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
39.-Daría un alimento que no corresponde a la dieta de un adulto mayor, ya que veces está bien.	1	2	3	4	5

40. Es aceptable bañar a un adulto mayor solo cuando lo pida.

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificará como un 1; si la respuesta es en acuerdo se codificará en 2; si la respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo 3; si la respuesta es en desacuerdo se codificará en 4; si la respuesta es totalmente en desacuerdo se codificará en 5.

Ejemplo:

Actitud hacia la negligencia	Totalmente en acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
40.- Es aceptable bañar a un adulto mayor solo cuando lo pida.	1	2	3	4	5