



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

Sede Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Factores asociados al maltrato en el adulto mayor usuario de los servicios de Unidades de Medicina Familiar del IMSS

Tesis que presenta para obtener
el grado de Maestra en Ciencias,
Área Sistemas de Salud:

SARA TORRES CASTRO

Director de Tesis:

Dra. Laura del Pilar Torres Arreola¹

1 Coordinación de UMAES, División de Excelencia Clínica,
Jefatura de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica

México DF Octubre 2008

COMITÉ DE TESIS

DIRECTORA DE TESIS

DRA. LAURA DEL PILAR TORRES ARREOLA

JEFE DEL ÁREA DE DESARROLLO DE GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD (UMAES)
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN CIENCIAS:
ÁREA SISTEMAS DE SALUD

DRA. HORTENSIA REYES MORALES

DIRECTORA DE DETERMINANTES Y RETOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora principalmente por trasmitirme sus conocimientos y su experiencia, por el tiempo, paciencia y dedicación en la realización de este trabajo de investigación y por su apoyo en cada momento de mi desarrollo profesional y personal:

Laura del Pilar Torres Arreola

Coordinadora de la maestría, le agradezco infinitamente su enseñanza en el campo de la investigación, por regalarme su experiencia y contagiarme su gusto por la investigación:

Dra. Hortensia Reyes Morales

Profesores de la maestría por participar en la elaboración de mi conocimiento científico y hacer esta experiencia más agradable, por trabajar en la elaboración de los programas, por la planeación de cada clase y de la revisión de los trabajos, por su compromiso con la maestría. Gracias.

Dra. Hortensia Reyes Morales, Dr. Sergio Flores Hernández, Dra. Sofía Villa Contreras, Dra. Patricia Tomé Sandoval, Dr. Héctor Gómez Dantes, Dr. Ricardo Pérez Cuevas, Dr. Luís Duran Arenas, Dr. Juan Garduño Espinosa, Dra. Iris Contreras Hernández, PhD Joaquín Mould Quevedo, Dr. Fernando García Contreras, M en C Armando Nevarez Sida, M en C Angélica Castro Ríos, Dra. Patricia Constantino Casas, Dr. Eduardo Robles Pérez, Dr. Julio Querol Vinagre, Mtra. Pilar Lavielle Sotomayor, Dra. Patricia Espinosa Alarcón, Dra. Laura del Pilar Torres Arreola, Dra. Carmen García Peña, Mtra. Katia Gallegos Carrillo, Dr. Carlos Duran Muñoz, Dra. Yolanda García Valerio.

Compañeros que hicieron que cada día fuera menos difícil esta experiencia, por su cariño, apoyo y amistad:

Claudia Espinel Bermúdez, Adriana Zubieta Zavala, Gloria Galván Flores, Verónica Pamánez González, José Juan García González, Neptalí Reyes Bolaños.

Personas cercanas que aportaron sus habilidades, conocimientos y apoyo afectivo en mi desarrollo dentro de la maestría:

Magdalena Suárez, Ariadna Martínez, Josefina Ordaz Díaz, Lety, Guillermina y mis compañeros y amigos de las generaciones pasadas de la maestría: Laurita Torres, Tony, Amilcar, José Luís, Maribel, Alejandro y Alberto, también para mis compañeros de la generación siguiente, Víctor, Ismael y Rodolfo.

A Irma Bocanegra Tapia y a Lucia Leyva Crispín por entrevistar con sensibilidad y paciencia a los adultos mayores y cuidadores de esta investigación.

La persona que estuvo conmigo en cada etapa y me apoyo con su cariño y con su amor:

Claudio.

A mi familia que está presente en cada momento de mi vida, me apoya incondicionalmente y me ama:

Mi papá, mi mamá, hermanos (Chuy, Connie, Lupe, Susy, Rita, Gabriel, Víctor) a mis cuñados que se han preocupado por mi desarrollo profesional, y a mis 18 sobrinos que me motivan para alcanzar mis metas.

... a Dios por ser quien mueve mi vida.

Y a todos los adultos mayores que son el motivo de esta investigación...



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLÍNICA

México D.F. a 14 de agosto del 2008

Señores

Miembros del Consejo Académico de Investigación y Postgrado

Centro de Ciencias Biomédicas

Universidad Autónoma de Aguascalientes

Presente:

Respetables Miembros del Consejo:

Por medio de la presente, pongo a su consideración y evaluación el trabajo de tesis de **Sara Torres Castro**, alumna de la Maestría en Ciencias de la Salud, Área Sistemas de Salud, Generación 2005-2007, con su trabajo titulado: **Factores asociados al maltrato en el adulto mayor usuario de los servicios de Unidades de Medicina Familiar del IMSS**, el cual ha concluido satisfactoriamente.

De antemano agradezco todos los comentarios en relación a este trabajo y aprovecho la oportunidad para enviarles un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Laura del Pilar Torres Arreola.

Tutora académica

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Durango No. 289 – 1A piso, Col. Roma, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06700, México, D.F.
Tels. 5726 1700 ext 14027 o 14028, Fax: 55.53.81.96, VPN 8.6001.4084

RESUMEN

Objetivos. Determinar la asociación de los factores, individuales del adulto mayor, del cuidador primario informal, de la familia y de las redes sociales con el maltrato en el adulto mayor usuario de los servicios de UMF's del IMSS de la delegación Norte en el DF.

Metodología. Se realizó un estudio transversal, con 389 adultos mayores de 60 años usuarios del primer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el Distrito Federal entre septiembre del 2006 y abril del 2007. Se entrevistó al adulto mayor y al cuidador primario informal. En el cuestionario para el Adulto mayor se exploraron las características sociodemográficas, comorbilidad, aspectos socioeconómicos, hábitos de tabaco, alcohol, estructura familiar, redes sociales de apoyo y se aplicaron las escalas: general de salud-28, FACESIII, Yesavage (versión corta), Goldberg, Barthel y el examen mini mental. El cuestionario para el cuidador consistió en preguntas acerca de las características sociodemográficas, estructura familiar, comorbilidad, hábitos de tabaco, alcohol y drogas, aspectos socioeconómicos, se aplicaron las escalas: general de salud-28, FACES III, para cuidadores mayores de 60 años se utilizó la escala geriátrica de depresión Yesavage y para los cuidadores menores de 60 años se utilizó el inventario de Beck.

Resultados.

En la población entrevistada se observó un predominio de maltrato por negligencia (46 %), seguido por el maltrato psicológico (21%), económico (13.0 %), físico (5.6%) y sexual (3.6 %). El 59.1% de adultos mayores reportaron maltrato por negligencia y/o maltrato psicológico, y/o maltrato económico, y/o maltrato físico, y/o sexual. Los factores asociados al maltrato en el adulto mayor fueron: ser mujer (RM=1.88, IC 95%: 1.0;3.2), presencia de depresión y ansiedad (RM=2.84, IC 95%: 1.5;5.1). En el análisis de los factores del cuidador ser soltero resultó un factor protector para maltrato (RM=0.49, IC 95%: 0.2;0.8). Con relación a los factores de la familia los adultos mayores con una familia no

relacionada resulto una variable significativa estadísticamente para presentar maltrato (RM=5.21, IC 95%: 1.88, 14.40). La ausencia de redes sociales de apoyo es un factor determinante para presentar maltrato en el adulto mayor (RM=4.14, IC 95%:1.12, 15.28).

Conclusiones.

El maltrato a los adultos mayores es un problema frecuente en nuestras sociedad casi el 60 % de nuestra población encuestada refirió haber sido víctima de algún tipo de maltrato. Se comprueba que hay factores del adulto mayor, del cuidador primario y de las redes sociales de apoyo que aumentan el riesgo de sufrir maltrato y por lo tanto de prevenirlo. Las instituciones de salud juegan un papel importante en la planeación de programas de apoyo a los grupos vulnerables entre ellos los viejos.

ÍNDICE

COMITÉ DE TESIS	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iv
ÍNDICE	vi
LISTADO DE CUADROS	ix
LISTADO DE FIGURAS	xi
LISTADO DE ABREVIATURAS EN ORDEN ALFABÉTICO	xii
1 INTRODUCCIÓN	1
1.1 Envejecimiento en México	2
1.3 Contexto social y cultural del maltrato	3
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
3 OBJETIVOS E HIPÓTESIS	8
3.1 OBJETIVO GENERAL	8
3.1.1 Objetivos específicos	8
3.2 HIPÓTESIS	9
4 ANTECEDENTES	10
4.1 PREVALENCIA DE MALTRATO EN PAÍSES DESARROLLADOS	10
4.2 PREVALENCIA DE MALTRATO EN MÉXICO	10
4.3 ESTUDIOS DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR	11
5 MARCO CONCEPTUAL	14
5.1 Maltrato en el adulto mayor	14
5.2 tipos de maltrato	15
5.3 Modelo teórico propuesto	16
5.4 Consideraciones sobre el adulto mayor	18
5.4.1 Adulto mayor	18
5.4.2 Edad avanzada	18
5.4.3 Co-morbilidad	19
5.4.4 Ansiedad	19
5.4.5 Depresión	19
5.4.6 Deterioro cognitivo	20
5.4.7 Funcionalidad física	20

5.5 Consideraciones sobre el cuidador primario informal	20
5.5.1 CUIDADor primario informal	20
5.5.2 Ansiedad en el cuidador	20
5.5.3 Depresión en el cuidador	21
5.5.4 Disfunción social en el cuidador	21
5.5.5 Padecimientos somáticos en el cuidador	21
5.6 Redes de apoyo	21
5.7 Familia	24
6 METODOLOGÍA	26
6.1 Tipo de estudio	26
6.2 Población de estudio	26
6.3 Criterios de selección de la población de estudio	26
6.3.1 Adultos mayores y cuidadores	26
6.4 Variables	27
6.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE	27
6.4.2 VARIABLES DE CONTROL	27
6.4.3 VARIABLES INDEPENDIENTES	30
6.5 Tamaño de muestra	35
6.6 Muestreo	36
6.7 Descripción del estudio	37
6.7.1 Construcción de cuestionarios de recolección de datos.	37
6.7.2 Selección y capacitación de los entrevistadores	37
6.7.3 Prueba piloto	37
6.7.4 Trabajo de campo	38
6.8 Análisis	41
6.8 Aspectos éticos	43
7 Resultados	45
7.1 Características de los adultos mayores entrevistados	45
7.2 Características de los cuidadores primarios informales de los adultos mayores	46
7.3 Características de La familia de los adultos mayores	46
7.4 Características de las redes sociales de los adultos mayores	47
7.5 Situación y tipos de maltrato	47
7.6 Características de los adultos mayores por exposición a maltrato	48
7.7 Características de los cuidadores primarios informales por exposición a maltrato	48
7.8 Características de las familias por exposición a maltrato	49
7.9 Análisis estratificado	49

7.10	Análisis multivariado: factores asociados al maltrato en el adulto mayor por grupo de variables: adulto mayor, cuidadores y de la familia.	50
8	Discusión	52
9	Conclusiones	56
10	Utilización de los resultados	57
ANEXOS		58
CUESTIONARIOS		84
BIBLIOGRAFÍA		114



ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO	NOMBRE	PAG
1.a	Características Sociodemográficas de los <u>Adultos Mayores</u> Usuarios de los Servicios de Primer Nivel de Atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.	59
1.b	Características de salud de los <u>Adultos Mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.	60
1.c	Hábitos y Actividades de los <u>adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.	61
2.a	Características Sociodemográficas de los <u>Cuidadores Primarios de los Adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007	62
2.b	Características de Salud de los <u>Cuidadores Primarios de los Adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.	63
2.c	Hábitos y Actividades de los <u>cuidadores primarios de los adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.	64
3	<u>Características de la familia</u> de la población de <u>adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.	65
4.a	<u>Redes Sociales</u> de la población de <u>adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.	66
4.b	<u>Redes Sociales</u> de la población de <u>adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.	67
4.c	<u>Redes Sociales</u> de la población de <u>adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.	68
5	Frecuencia y Tipo de <u>Maltrato en Adultos Mayores</u> Usuarios de los Servicios de Primer Nivel de Atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.	69
6.a	Características Sociodemográficas de <u>adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.	70

6.b	Características de salud de los <u>adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.	71
6.c	Hábitos y Actividades de los <u>adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006.	72
7.a	Características Sociodemográficas <u>cuidadores primarios de los adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.	73
7.b	Características de salud de los <u>cuidadores primarios de los adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.	74
7.c	Hábitos y actividades de los <u>cuidadores primarios de los adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.	75
8	<u>Características de la familia</u> de la población de <u>adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.	76
9.a	<u>Redes Sociales</u> de la población de <u>adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.	77
9.b	<u>Redes Sociales</u> de la población de <u>adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.	78
9.c	<u>Redes Sociales</u> de la población de <u>adultos mayores</u> usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.	79
10	Diferencia entre RM_{M-H} vs. RM_{CRUDA} de la variable ausencia de redes sociales ajustada por las variables del adulto mayor.	80
11	Diferencia entre RM_{M-H} vs. RM_{CRUDA} de la variable ausencia de redes sociales ajustada por las variables del cuidador primario informal.	81
12	Diferencia entre RM_{M-H} vs. RM_{CRUDA} de la variable ausencia de redes sociales ajustada por las variables relacionadas con la familia.	82
13	Factores asociados al maltrato en adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS. Distrito Federal, 2006-2007.	83

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA	NOMBRE	PAG
1.	Población por sexo y edad, 2000 y 2050	2
2.	Esquema Modelo Ecológico del maltrato en el adulto mayor	17
3.	Campo relacional en el adulto mayor	22
4.	Tipo de apoyo	23
5.	Modelo Circunflejo de Olson	25
6.	Esquema de variables de interés del estudio	30
7.	Frecuencia y distribución por tipos de maltrato en adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS. Distrito Federal, 2006-2007	48

LISTADO DE ABREVIATURAS EN ORDEN ALFABÉTICO

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
CIOMS	Organization of Medical Sciences
CONAPO	Consejo Nacional de Población
DF	Distrito Federal
DIF	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
EMPAM	Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores
ENVIM	Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar contra las Mujeres
EVC	Enfermedad Vascular Cerebral
FACES III	Family Adaptability and Cohesión Evaluaron Scales III
GHQ-28	General Health Questionnaire 28
IC	Intervalo de Confianza
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAPAM	Instituto Nacional Para los Adultos Mayores
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
RM	Razón de momios
SABE	Salud Bienestar y Envejecimiento
UMAES	Unidades Medicas de Alta Especialidad
UMF	Unidad de Medicina Familiar

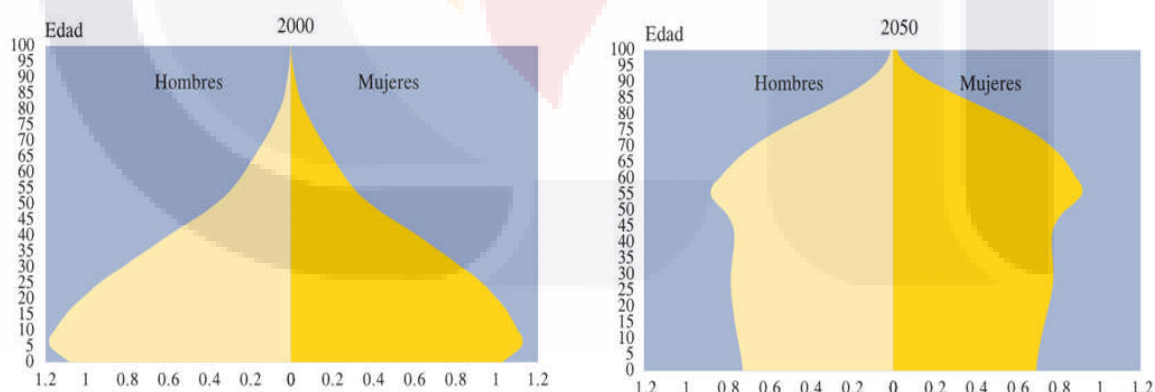
1 INTRODUCCIÓN

Hablar del maltrato en la etapa del ciclo vital de la vejez como una problemática de estudio para la investigación en sistemas de salud, surge de la realidad social, económica y política, en la cual se encuentran diferentes aspectos generadores de maltrato que se relacionan principalmente con la violación de los derechos humanos¹, aunado a situaciones de dependencia, comorbilidad y en ocasiones de deterioro mental que coloca al adulto mayor en una situación de desigualdad social con problemas de desempleo, falta de reconocimiento en la familia y en la sociedad. El maltrato al adulto mayor es una situación que generalmente se oculta y su detección no es una practica habitual en los servicios de salud, el mismo adulto mayor en ocasiones no lo reconoce y se adapta con resignación al no encontrar la oportunidad de ser escuchado o apoyado. Diversos estudios han mostrado que las condiciones tanto individuales como sociales del adulto mayor pueden ocasionar la violencia, aunado con las características del cuidador primario informal. El estudio de los factores de riesgo que se presenta en este trabajo es desde un enfoque ecológico en el cual se estudian las condiciones que predisponen al maltrato y se realiza un análisis exhaustivo de las características del propio adulto mayor, se estudian las características de los familiares encargados del cuidado y apoyo del adulto mayor para conocer que motiva a tener un comportamiento de maltrato hacia la persona que tienen a su cuidado. El entorno familiar del adulto mayor es un factor que predisponen a la violencia según su estructura y la forma cómo funciona el sistema. Se presenta también un análisis de la importancia de las redes sociales de apoyo del adulto mayor como uno de los principales factores de riesgos y que ha sido poco documentado en la literatura científica. El tipo de apoyo con el que cuentan los adultos mayores, sus redes de apoyo más próximas y la frecuencia con que se les brindan estos apoyos son determinantes en este análisis.

1.1 ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO

Este marco del envejecimiento en México aporta información acerca de la transición demográfica que se está viviendo en todo el mundo y la situación del fenómeno en México. Según datos del INEGI en México la población es de más de 103 millones de habitantes, de los cuales el 7% tiene más de 60 años. En las proyecciones demográficas del CONAPO se puede observar un aumento del envejecimiento para este país. La población de adultos mayores presentara un crecimiento más dinámico, para el 2050 uno de cada 4 mexicanos pertenecerá a la tercera edad. Según estas predicciones en el año 2025 la población mundial de 60 o más años aumentara a más del doble (Figura 1).² A medida que siga esta dinámica poblacional se incrementaran los problemas de salud como las enfermedades crónicas y los problemas sociales lo cual tiene un significado relevante para fines de este trabajo, porque no solo se transformara el perfil epidemiológico de los ancianos, sino también se incrementaran los fenómenos sociales como el maltrato.

Figura 1. Población por sexo y edad, 2000 y 2050



Fuente: Consejo Nacional de Población (CONAPO).

1.3 CONTEXTO SOCIAL Y CULTURAL DEL MALTRATO

Los cambios tanto demográficos como epidemiológicos, han traído consigo importantes consecuencias, el aumento de la esperanza de vida en los adultos mayores, los cambios biológicos asociados con la edad, la acumulación de riesgos en particular los relacionados con estilos de vida ocupacionales, y las características sociodemográficas entre otros³. Estas consecuencias afectan a los sistemas de salud, de manera que las nuevas políticas públicas deben estar encaminadas a contener los problemas que emergen en la población de adultos mayores y también estar alertas ante las nuevas demandas que se generaran en los próximos años.⁴

El problema del maltrato a los ancianos no es actual, es un fenómeno que hasta hace un par de décadas atrás se ha venido manifestando, lo que ha ocasionado la preocupación de organismos internacionales como la OMS y ONG's dedicadas específicamente a la atención de las necesidades de los adultos mayores.

En 1982 México asistió a la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Viena, participo también en la Cumbre del Cairo y Copenhague en 1994 y 1995 respectivamente, en las cuales se comprometió a desarrollar instrumentos jurídicos, económicos, sociales y culturales para favorecer el desarrollo de las personas de edad avanzada.²

Actualmente, existe la preocupación por la violencia intrafamiliar, se han creado numerosas organizaciones en combate a este problema, sin embargo no se reflejan acciones específicas para la atención al maltrato en los adultos mayores. A nivel nacional en el IMSS dentro del programa PREVENIMSS, se puntualiza que el problema de maltrato debe ser detectado por los profesionales de salud y que el adulto mayor que manifieste este problema deberá ser orientado y vinculado con instituciones de apoyo social al adulto mayor. Cabe mencionar que hasta el momento se desconoce el impacto de este programa. Existen también algunas instituciones como el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Instituto Nacional para los Adultos Mayores (INAPAM), que han tratado de acercarse al problema, a través de

programas de prevención e intervención, por medio de folletos informativos, carteles y otros documentos y acciones. Sin embargo, tampoco hay información documentada de registros o casos de maltrato.

La única información con la que se cuenta es la proporcionada por la Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar contra las mujeres (ENVIM, 2002). Y actualmente se ha presentado la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal realizada en el 2006²¹.

Las consecuencias del maltrato son muchas entre las que se han identificado a nivel psicológico: depresión, ansiedad, angustia; a nivel social: aislamiento y soledad entre otras; a nivel físico: fracturas o lesiones, desnutrición, deshidratación, pobre higiene, disminución de la calidad de vida y en los peores casos la muerte.^{5 6 7 8 9}

En nuestro país no hay información específica sobre los efectos en salud relacionados con el maltrato. Sin embargo los datos de mortalidad y morbilidad de la población anciana del Instituto Mexicano del Seguro Social nos pueden acercar a esta problemática. Por ejemplo del total Nacional de traumatismos y envenenamientos en el 2004, el 16% correspondió a mayores de 60 años. Otro diagnóstico sospechoso de maltrato es el de personas sanas que acuden a los servicios de salud por otros motivos en el cual se observa que de 1, 020,456, el 21% correspondió a ancianos. Las principales causas de mortalidad del total nacional en etapa post productiva (65 y mas) en ambos sexos son accidentes con una tasa de 36.8% (no se especifica el tipo). La desnutrición y otras deficiencias nutricionales en un 13.5 por ciento. Un 9% se debió a septicemias. Las enfermedades infecciosas intestinales ocupan el lugar 17 con 6.9%. Y por último existe un 8.2 % de adultos mayores con síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados.¹⁰

Las implicaciones que el maltrato tiene en la salud pueden ser tanto físicas como mentales. Con respecto a las implicaciones físicas existe información reciente que revela que de cada 100 000 habitantes en la población derechohabiente del IMSS de 60 años y más, 2 314 mueren por algún tipo de accidente.¹¹ No significa que todos los accidentes sean ocasionados por

violencia, sin embargo, hay algunas lesiones inexplicables como las caídas del anciano que quizás nos podrían acercar al fenómeno de estudio. Estos accidentes se presentan con mayor frecuencia en los hombres con una tasa de 71.4 por 1 000 mientras que en las mujeres la tasa fue de 41.1 por 1 000. Dentro de las causas de accidentes se observa que las caídas ocupan cerca de la mitad de los accidentes notificados y 64% corresponde a hombres y 39% a mujeres. De 73% de los accidentes o violencias que se presentaron en el año previo a la entrevista, 9.4% de los accidentados o agredidos tienen alguna limitación o dificultad para moverse o caminar.¹² En el caso de la salud mental en la población de 60 años o mas la ENASEM aporta información sustantiva a este respecto, en el caso de salud mental, la depresión de acuerdo al informe SABE tiene una prevalencia mayor a 20% en los mayores de 65 y en cuanto al deterioro cognoscitivo se encontraron prevalencias cercanas a 12%.³

Las políticas públicas que existen a favor de los adultos mayores, como las contenidas en el Plan Nacional de Salud, no especifican esta problemática de maltrato, aunque si abarcan el problema de violencia, lo hacen de forma aislada y general.

Con esta investigación se pretende dar a conocer los factores asociados al maltrato y generar reflexiones acerca de lo que ya se está proponiendo en las reuniones internacionales¹³ para crear entornos favorables, promover la integración social y mejorar el acceso a los servicios de salud.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato al adulto mayor es un problema sistémico en el cual se involucran todas las estructuras sociales, desde el grupo familiar hasta las estructuras más complejas como la construcción social de los viejos, la historia de la vejez, la cultura, la economía, las normas y derechos a los que están sujetos. El problema del maltrato es también causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y deterioro de la calidad de vida.

México es un país que está envejeciendo de manera acelerada y se debe considerar que nuestros sistemas de atención no están preparados para apoyar a la vejez, aunado a la expectativa de un mayor incremento en los próximos años de violencia en general, y en particular dirigida a las personas mayores, ha hecho que diversos organismos internacionales y nacionales volteen su mirada para alertar sobre la importancia del problema e impulsar la puesta en marcha de acciones y estudios que permitan desarrollar programas eficaces para combatirla desde sus raíces.

Se estima a nivel mundial que la prevalencia de maltrato en adultos mayores oscila entre el 4 a 6%.^{14 15 2} En México la información que se tiene es la vertida por la EMPAM-DF 2006²¹ donde se muestra que la prevalencia de maltrato es de 16.2 % Otras cifras revelan una frecuencia de 35%¹⁶ de maltrato en adultos mayores de ambos sexos.

No obstante de existir información sobre la magnitud del problema de maltrato en el adulto mayor existen todavía problemas para su identificación así como para su caracterización. Algunos de ellos tienen que ver con la falta de sistemas de detección oportuna, así como también con la escasa comprensión de la dinámica de las relaciones violentas y de las experiencias de las personas mayores afectadas.

Existen algunas aproximaciones para dar a conocer los factores relacionados con el maltrato en el adulto mayor, sin embargo han sido realizadas desde la

visión epidemiológica, tratando sólo de explicar el fenómeno de manera lineal y uní causal. La violencia es un problema de orden social, por tanto su abordaje tendrá que buscar explicaciones más allá de las del orden individual.

Aunque en la literatura internacional fundamentalmente en países desarrollados, se muestran explicaciones acerca de los factores que se asocian al problema en cuestión, la información no es suficiente. En México no existen estudios sólidos que indiquen cuales son los factores asociados al maltrato en el adulto mayor.

La importancia de este estudio radica no solo en conocer la frecuencia de maltrato en el adulto mayor sino también en identificar las características que lo propician para conocer cuáles son los factores individuales del adulto mayor y del cuidador primario informal que se relacionan con este problema, así como identificar que elementos del sistema familiar propician el desarrollo de conductas violentas, también se incorpora el estudio de las redes sociales para conocer cuáles son las características que están relacionadas con el maltrato en el adulto mayor. De esta manera se podrá abordar de una manera integral este problema.

3 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación de los factores, individuales del adulto mayor, del cuidador primario informal, de la familia y de las redes sociales con el maltrato en el adulto mayor usuario de los servicios de UMF's del IMSS de la delegación Norte en el DF.

3.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Conocer la frecuencia del maltrato en el adulto mayor usuario de los servicios de UMF's del IMSS de la delegación Norte en el DF.
- II. Determinar la asociación de los factores individuales (adulto mayor) con el maltrato en el adulto mayor usuario de los servicios de UMFs del IMSS de la delegación Norte en el Distrito Federal.
- III. Determinar la asociación de los factores individuales del cuidador primario informal con el maltrato en el adulto mayor usuario de los servicios de UMFs del IMSS de la delegación Norte en el Distrito Federal.
- IV. Determinar la asociación de los factores familiares con el maltrato en el adulto mayor usuario de los servicios de UMFs del IMSS de la delegación Norte en el Distrito Federal.
- V. Determinar si existe una asociación de las redes sociales con el maltrato en el adulto mayor usuario de los servicios de UMFs del IMSS de la delegación Norte en el Distrito Federal

3.2 HIPÓTESIS

- I. Se espera encontrar una frecuencia de maltrato $>35\%$ en los adultos mayores de este estudio.
- II. Con respecto a los factores, la ausencia de redes sociales de apoyo se encontrara asociada al maltrato en adultos mayores con una RM de 1.5 en comparación con los adultos mayores que no tengan maltrato.



4 ANTECEDENTES

4.1 PREVALENCIA DE MALTRATO EN PAÍSES DESARROLLADOS

Los primeros datos en los que se demuestra el fenómeno del maltrato en el adulto mayor es una carta publicada en el año 1975 por Buston en la revista The British Medical Journal titulada << Granny Batettering>> (abuela golpeada).¹⁷

Otro artículo de Butter's titulado << ¿Por qué sobrevivir? Ser anciano en América>>, donde se describe por primera vez el síndrome de la persona anciana golpeada. En 1981, investigadores estadounidenses estimaron que el 10% de su población anciana fue víctima de distintos tipo de maltrato. En Reino Unido se llevo a cabo un primer estudio para evaluar la prevalencia de maltrato en adultos mayores por sus cuidadores en el año de 1990 por Homer y Guilleard, en esta investigación se mostró que un 45% de los cuidadores admitieron haber cometido algún tipo de maltrato¹⁸.

En 1995 The Nacional Center of Elder Abuse registro que de 1986 a 1994 hubo un marcado incremento, alrededor de un 10.6%, en las denuncias de casos de violencia doméstica en los ancianos a lo largo de los EE.UU. Un 21.6% de estas denuncias llegaron a través de los médicos y otros profesionales de la salud.¹⁹

Actualmente la prevalencia de maltrato a nivel mundial oscila entre un 4% y 6%.^{14 15} En cuanto a las prevalencias según tipo de maltrato: la de agresión verbal es de 3.2% agresión física de 1.2% el abuso económico de 1.4 y la negligencia es de 0.2%.²⁰. Pero probablemente esta cifra esta subestimada, en la medida que aumenten los estudios y registros quedara más clara la prevalencia, distribución y los factores relacionados.

4.2 PREVALENCIA DE MALTRATO EN MÉXICO

En la EMPAM-DF 2006 (Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal) se encontró una prevalencia de maltrato en adultos

mayores de 16.2%²¹. Encuesta que se llevo a cabo en México en 1999 sobre Violencia Intrafamiliar registró 18.6% de maltrato en personas mayores de 60 años. Los principales tipos de maltrato fueron: emocional (97%), intimidación (12.4%) y el físico (8.6%). Otra aproximación que se tiene de la frecuencia de maltrato es la registrada por La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres²² en la cual 2.8% de las mujeres mayores de 60 años sufrieron algún tipo de maltrato. Y en un estudio realizado por Pichardo en 1996 la prevalencia encontrada fue de 35%. En otro estudio realizado por Martínez-Neira D. y col. (2002) de una encuesta de 273 personas mayores de 60 años el 29.6% fueron víctimas de maltrato.²³ En un estudio realizado en el 2003 por Vidales-Olivo la prevalencia encontrada fue de 25.9%²⁴

Existe también información de otras fuentes que indirectamente nos hablan de la magnitud de este problema por denuncia de la violación de los derechos humanos que finalmente se traduce en malos tratos. Según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores INAPAM en el 2002 se presentó 18 mil denuncias por violación de derechos ante los Ministerios Públicos en toda la república (esta cifra se duplicó en un año, pues en el 2001 se reportaron 9 mil).

4.3 ESTUDIOS DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR

Los estudios realizados hasta ahora sobre los factores relacionados al maltrato en el adulto mayor han demostrado que las características sociodemográficas como: pertenecer al sexo femenino, ser casado y tener una edad avanzada (≥ 75) y una baja educación están asociados potencialmente al maltrato.^{25 26 8} Estudios previos²⁷ indican que el estado cognitivo o condición psicológica se relacionan también con el maltrato, en estos estudios se han realizado mediciones considerando el estado cognitivo del paciente, en el cual se han encontrado problemas de memoria, comportamientos de ansiedad repetitivos, llanto recurrente y síntomas de depresión. Las enfermedades crónicas en el adulto mayor juega un papel importante pues se considera que el EVC, la demencia tienden a ser asociadas con el maltrato, así como la pobre capacidad del paciente para realizar en forma independiente las actividades

básicas de la vida diaria (alimentarse, bañarse, vestirse, ir al baño, etc).³⁰ Se ha considerado que uno de los principales factores de riesgo de sufrir maltrato es la incontinencia y sobre todo en pacientes que no son independientes.^{30 32} El abuso de alcohol por parte del adulto mayor se ha encontrado como un factor estadísticamente significativo³⁰. Existen factores muy importantes, por la fuerza en que se han asociado al maltrato, entre los cuales la falta de redes sociales son uno de los más importantes. La disfunción familiar que genera conflictos entre los miembros de la familia o amigos son factores fuertemente relacionados con la presencia de maltrato en el adulto mayor.²⁸. Los resultados del estudio de Lawrence B. y cols. muestran una fuerte asociación entre la falta de redes sociales (RM=3.5, 90%. IC:1.5;8.1), la presencia de conflicto con la familia y amigos (RM=2.3, 90% CI:1.2;4.3).²⁹ y sentimientos de soledad (RM=2.4, 90% IC=1.3-4.5), con signos de potencial abuso.

En cuanto a problemas de comportamiento, se considera que el abuso de alcohol se asocia significativamente con signos de severo maltrato en adultos mayores pues en el estudio de Shugarman se encontró que la posibilidad de riesgo es de RM=10.26 CI=2.76-38.5.³⁰ En cuanto a los factores de los cuidadores se encontró abuso de alcohol, problemas de memoria a corto plazo, y algunos problemas psiquiátricos. Se obtuvo una historia detallada de los factores relacionados al maltrato de adultos mayores, que incluía dependencia al alcohol, enfermedades mentales, antecedentes de ser malos cuidadores. En los resultados encontraron que los cuidadores fueron maltratados por sus padres en el pasado, y se encontró significancia de alto conflicto y depresión en el grupo de los que cometieron abuso físico. Mientras que en el grupo de los que cometieron negligencia se encontró alto grado de ansiedad. De los cuidadores que tenían abuso de alcohol, con 21 unidades de alcohol por semana, el 77% cometió abuso físico y el 10% negligencia^{32 17 31}. De los que sufrieron de maltrato en el pasado por sus padres, el 66% cometió abuso físico y 10% negligencia. En cuanto a la depresión existieron diferencias significativas ($p>0.01$) con el grupo de abuso físico el promedio fue de 47.8% comparado con 18.8% para el grupo de negligencia. Las diferencia por grado de ansiedad fueron las siguientes 15.8% en el grupo de abuso físico y 37 para el de

negligencia que indica que el grupo de negligencia tiene un desorden de ansiedad mientras que en el otro grupo es normal.³²

Las víctimas de abuso y negligencia están más expuestas a múltiples complicaciones y frecuencia en cuidados ambulatorios en el estudio de Mount y Espino se encontró que las mujeres mayores que experimentan abuso fueron más a consulta en condiciones de abuso físico, complicaciones ginecológicas, desordenes gastrointestinales, fatiga, dolor de cabeza, migrañas, depresión, y ansiedad. Se estima que, de 10% a 50% de mujeres reportan tener maltrato físicos y 14 a 25% de mujeres asisten a medicina clínica ambulatoria y 20% de mujeres llegan al departamento de emergencia con abuso físico. Con frecuencia la severidad del abuso y la negligencia de las personas mayores requiere de hospitalización. En algunos estudios se ha reportado que más del 30% de las solicitudes de consulta en los servicios de urgencia relacionados con abuso y negligencia en adultos mayores resulto en hospitalización. La situación de los pacientes que son atendidos por maltrato empeora después de la admisión y cuando regresan a sus casas no duran más de 3 años. La mayoría de los estudios indican que los pacientes hospitalizados con diagnóstico de auto negligencia tienen altas tasas de mortalidad, especialmente las mujeres (46%).³³

5 MARCO CONCEPTUAL

La conceptualización para el abordaje de este tema está conformada por los aspectos relacionados con la definición de maltrato en el adulto mayor y sus diferentes tipos. Posteriormente se presentará el enfoque teórico utilizado para explicar los factores de riesgo para el maltrato que consta de tres niveles en los cuales se considera la parte individual, la estructura familiar y las redes sociales del adulto mayor. Una vez explicado este enfoque, se desarrollarán los conceptos de las características que se estudiarán en el adulto mayor, así como el concepto de cuidador primario informal y las características de interés del cuidador. Después se hablará sobre el tema de la familia y la funcionalidad dada su importancia para este estudio. Por último, se desarrollarán los conceptos que tienen que ver con las redes de apoyo del adulto mayor para aclarar la perspectiva de este estudio.

5.1 MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR

La raíz etimológica del término violencia remite al concepto de fuerza. Entonces podemos decir que la violencia implica siempre el uso de fuerza para producir un daño. La violencia siempre es un ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica) adopta la forma de roles complementarios, como hombre-mujer, joven-viejo, etc. En el ámbito de las relaciones interpersonales la conducta violenta es sinónimo de abuso de poder, en tanto y en cuanto el poder es utilizado para ocasionar daño a otra persona. Es por eso que un vínculo caracterizado por el ejercicio de la violencia de una persona hacia otra se denomina relación de abuso, donde la forma de interacción, se enmarca en un desequilibrio de poder.³⁴

En muchos de los estudios revisados, el término abuso, maltrato o violencia se usa indistintamente como sinónimo. Es muy importante tomar en consideración que en las publicaciones de habla inglesa es más utilizado el término de abuso

y en los textos de habla hispana se utiliza la palabra maltrato. Para este estudio el término que será utilizado es el de maltrato.

La Organización Mundial de la Salud define el maltrato como:

“Cualquier acto de omisión o comisión, intencional o no intencional, de naturaleza física, psicológica o financiera, que resulte en un sufrimiento innecesario, daño o dolor, la pérdida o violación de los derechos humanos o una disminución de la calidad de vida para la persona anciana”³⁵

5.2 TIPOS DE MALTRATO

Los tipos de maltrato que se consideran son 5 para este estudio, hay algunos estudios que solo consideran 4 tipos de maltrato y el sexual lo consideran dentro del psicológico y en otros casos no se considera el maltrato de tipo económico

FÍSICO

Causar dolor o lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o el uso de drogas.

PSICOLÓGICO

Es el infligir sufrimiento o angustia mental: forma pasiva: falta de atención o abandono emocional, (que no recibe afecto); y una forma activa de maltrato psicológico como es el trato degradante continuado que ataca la dignidad de la persona.

SEXUAL

Es cualquier forma de intimidación sexual realizada sin consentimiento de la persona y donde se utilice la fuerza o la amenaza de fuerza. (abusos lascivos, coito, exigencias inmorales)^{36 71}

ECONÓMICO

Explotar a una persona mayor o hacer uso de sus fondos o recursos en forma ilícita o indebida.^{37 38}

NEGLIGENCIA

Pasiva o también llamada auto negligencia: Consiste en el descuido del bienestar propio y el ambiente de la casa.

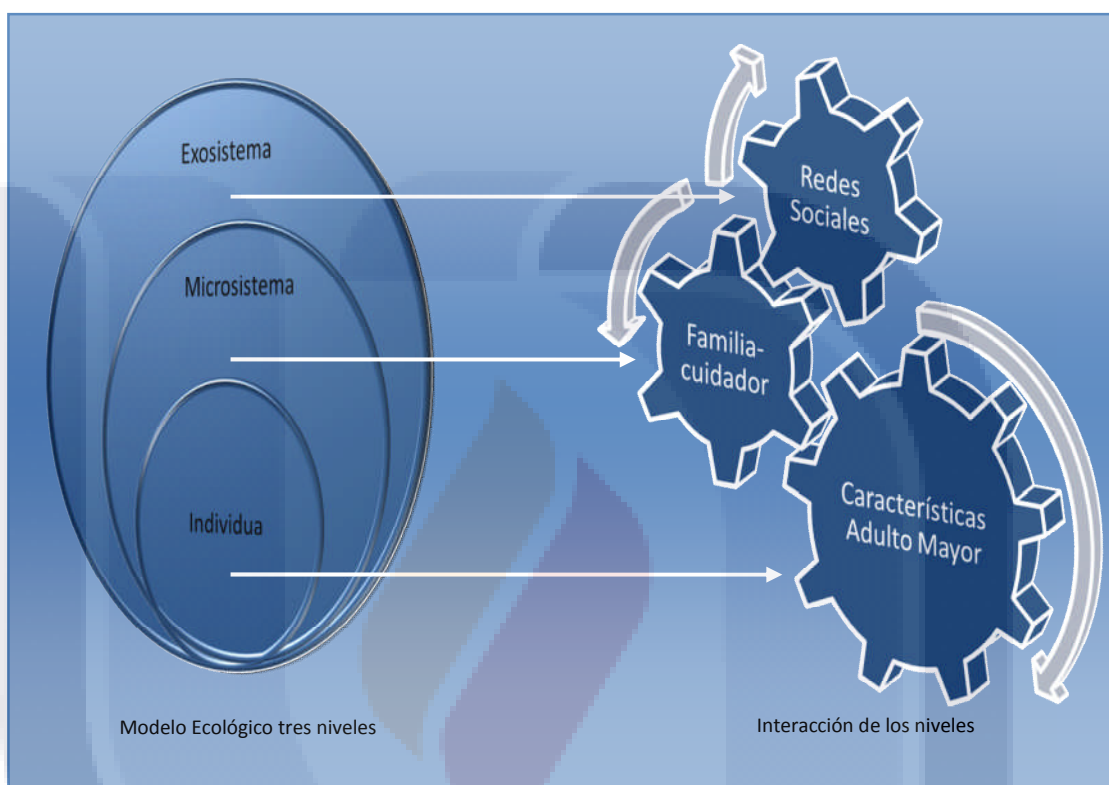
Activa: Es el descuido malicioso de las necesidades de un paciente de edad avanzada por las personas que lo cuidan sea por represalia, falta de interés o incentivos económicos. Se incluye en esta definición una nutrición inadecuada y uso erróneo de medicamentos, como sedación excesiva con tranquilizantes.

5.3 MODELO TEÓRICO PROPUESTO

El problema del maltrato en el adulto mayor es de una alta complejidad, existen diferentes factores que se han relacionado con este problema y algunas teorías que intentan determinar las causas del maltrato. En algún momento se pensó que las personas que ejercían el maltrato lo hacían a causa de alguna psicopatología³⁴. También se relacionó con el maltrato el alcoholismo y el uso de drogas por parte del cuidador, sin embargo, estas asociaciones lineales solo simplifican el fenómeno a una causa, cuando en la realidad no es así. Son tan diversos los factores por los que se da el maltrato en el adulto mayor que no puede pensarse que obedezcan a una sola causa. Dado esta complejidad se propone el modelo ecológico para explicarlo, el cual considera simultáneamente los distintos contextos en los que se desarrolla una persona, con el objetivo de no aislarlo de su entorno natural. En este modelo se incluyen tres niveles del entorno ecológico: el microsistema o relaciones (familiares) y dentro de dicho sistema el subsistema individual, el exosistema o comunidad y el macrosistema o sociedad.^{34 35 39}

Este trabajo de investigación solo abordó los factores relacionados con el subnivel individual, el nivel microsistema y exosistema, que se explican enseguida:

Figura 2 Esquema Modelo ecológico del maltrato en el adulto mayor



El microsistema, se refiere a las relaciones cara a cara que constituyen la red vincular más próxima del adulto mayor. Dentro de esa red se encuentra la familia, entendida como estructura básica del microsistema. En este sentido es importante abordar la estructura de la familia para conocer el tipo de parentesco y las características de los miembros que componen este sistema del adulto mayor.

En el microsistema, el principal componente de maltrato al adulto mayor es la interacción con las personas que viven en la casa, ocurre cuando la víctima es dependiente del abusador, historia de abuso en la familia es más común cuando ya ha ocurrido en el pasado, transmisión de violencia intergeneracional se trata de un círculo de maltrato; demandas excesivas. Dentro de este nivel

se encuentra un subnivel que es el individual pero van de la mano, dado que en éste, importan factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de los individuos y aumenta su probabilidad de convertirse en víctima o perpetrador de actos violentos. Entre estos factores se encuentran: edad, estado de salud o comorbilidad, deterioro cognitivo, funcionalidad física, disfunción social, por parte del agresor: depresión, ansiedad, padecimientos somáticos, abuso de alcohol o uso de drogas y disfunción social.

Exosistema es el segundo nivel que esta compuesto por las redes sociales. Pueden ser apoyo económico, apoyo instrumental y apoyo emocional o afectivo.

En este nivel cabe mencionar que el factor más representativo que se relaciona con este nivel es el aislamiento social, y redes sociales inadecuadas o débiles que pueden ser la familia, amigos y organismos sociales, relaciones conflictivas entre la víctima y el perpetrador. Otro factor es el de la dependencia económica.^{39 40}

5.4 CONSIDERACIONES SOBRE EL ADULTO MAYOR

5.4.1 ADULTO MAYOR

La edad a partir de la cual una persona puede considerarse “anciana” no está definida con precisión, lo que dificulta las comparaciones entre los estudios y entre los países. En las sociedades occidentales, generalmente se considera que la senescencia coincide con la edad de la jubilación (60 ó 65 años)³⁵. Para fines de este estudio la edad que se tomara será ≥ 60 años.

5.4.2 EDAD AVANZADA

Edad avanzada como factor de riesgo es mayor conforme avanza la edad, sustentado en estudios que hablan del fenómeno del grupo de edad denominado “oldest old” con grandes riesgos por los problemas de salud física y mental que les afectan, propios de su ciclo vital.³⁹

5.4.3 CO-MORBILIDAD

Número de enfermedades crónico-degenerativas tales como hipertensión, falla cardíaca, infarto al miocardio, angina, diabetes documentada, colesterol, EVC, insuficiencia renal y otras, que padezcan los adultos mayores en este estudio.^{39 17}

5.4.4 ANSIEDAD

La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo.

5.4.5 DEPRESIÓN

La depresión es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, puede aparecer acompañando a múltiples enfermedades médicas graves, dolorosas, crónicas o terminales. La mayoría de estas veces aparece como una reacción de adaptación a un suceso externo estresante. En cuanto a los síntomas psíquicos, los adultos mayores suelen presentar de forma predominante y estable un estado de ánimo deprimido, con tristeza y pérdida de interés por sus actividades habituales, tendencia al llanto y sensación de desesperanza. Su mímica transmite a los que están alrededor abatimiento y la sensación de que les cuesta pensar y que cualquier actividad les supone un suplicio. Pueden presentar pérdida de la autoestima, ideas de culpa, auto punitivas e incluso suicidas. Otras veces destacan la irritabilidad, la ansiedad, los sentimientos de frustración o de inseguridad y el temor catastrófico. Incluso puede suceder que no hagan referencia al estado de ánimo y centren sus quejas en molestias físicas, conductuales o dificultades cognitivas. Suelen asociarse alteraciones del apetito con modificaciones de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, astenia y falta de energía; y disminución de la capacidad de concentración con enlentecimiento del pensamiento pero sin incoherencia mental.

5.4.6 DETERIORO COGNITIVO

El deterioro cognitivo es la pérdida parcial de los procesos cognitivos (entre otros, atención de sus productos memoria). Constituye uno de los síntomas cardinales de las demencias, trastornos progresivos, irreversibles e invalidantes. El instrumento más utilizado para evaluar el deterioro cognitivo por su confiabilidad es el Mini Mental State Examination de Folstein. Los dominios que evalúa son: la atención, lenguaje, habilidades viso-espaciales, función ejecutiva y síntomas emocionales y neuro-psiquiátricos.

5.4.7 FUNCIONALIDAD FÍSICA

La funcionalidad física esta determinada por la capacidad del sujeto de llevar a cabo actividades de la vida diaria de forma autónoma por lo que es indispensable valorar el grado de dependencia con respecto a la realización estas actividades: alimentarse, vestirse, desplazamiento en la casa etc.

5.5 CONSIDERACIONES SOBRE EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

5.5.1 CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

El término de cuidador es un concepto mixto formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones familiares, donde estas relaciones adquieren el carácter de relaciones primarias. La presencia de afecto se asocia con estas características relacionales. El cuidador primario es aquel miembro de la familia que asiste o cuidar 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^{41,42} A escala internacional, los cuidados informales son los más importantes y constituyen la modalidad de asistencia predominante.⁴⁰

5.5.2 ANSIEDAD EN EL CUIDADOR

En el cuidador se presenta también el factor de la ansiedad asociado al maltrato que se define como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza.

5.5.3 DEPRESIÓN EN EL CUIDADOR

Es importante señalar que la depresión en el cuidador primario informal ya ha sido ampliamente estudiada. Para este estudio detectarla en el cuidador es trascendental, porque en la literatura se ha encontrada asociada al maltrato en el adulto mayor. Se debe hacer énfasis en que se trata de un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideáticas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serías repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social-ocupacional (Alarcón; Mazzotti y Nicolini, 2005).

5.5.4 DISFUNCIÓN SOCIAL EN EL CUIDADOR

Es un fenómeno en el cual la persona se desintegra de todo grupo social dígame: familia, amigos, compañeros de trabajo, y permanece solo en un lugar, sea dentro de su misma casa, pero apartado de los demás. En el cuidador esta característica ³⁹

5.5.5 PADECIMIENTOS SOMÁTICOS EN EL CUIDADOR

Se presenta pérdida del apetito, disturbios del sueño, pérdida de la libido y fatiga. Son alteraciones vegetativas o somáticas que se deben a alteraciones a nivel hipotalámico y a otros trastornos relacionados con el sistema nervioso autónomo.⁴³

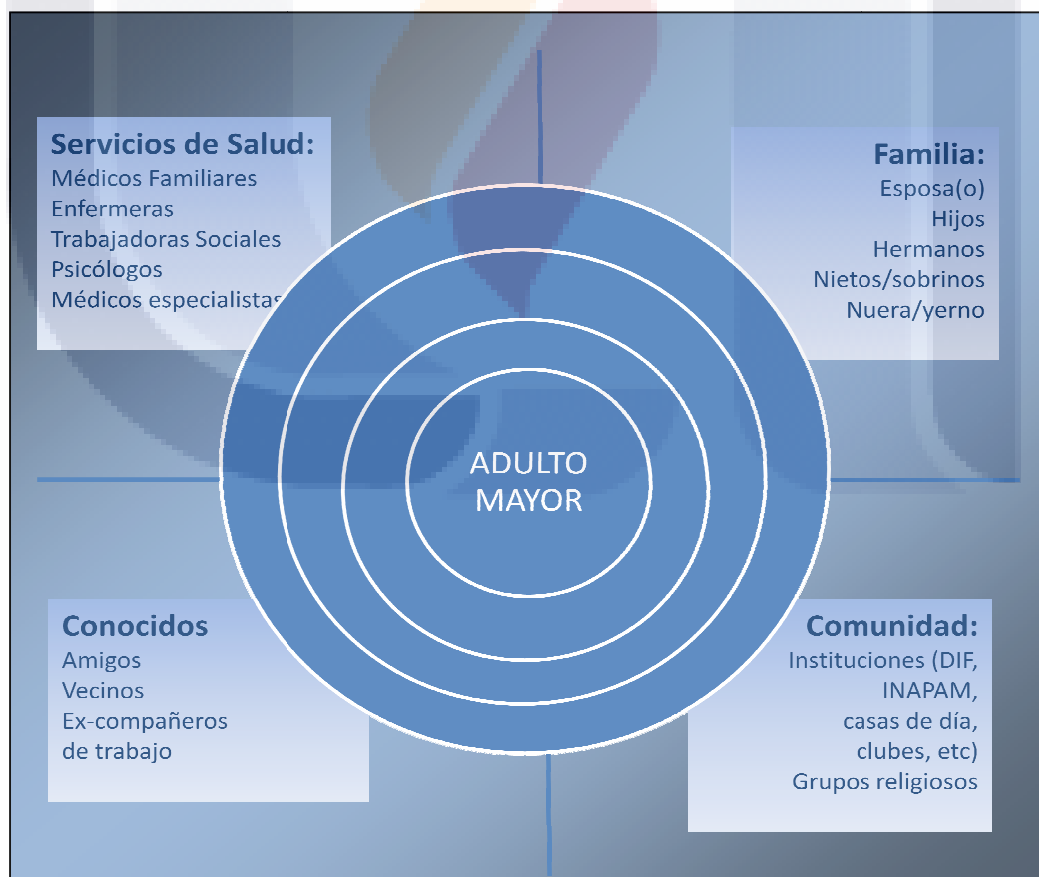
5.6 REDES DE APOYO

En este trabajo se entenderá como redes sociales lo que en México Lomnitz concluyo en 1977, que es, el intercambio desarrollado por las personas para suplir la falta de soporte económico que prevalece en circunstancias de una

sociedad marginada⁴⁴, después Guzmán y col, sintetizaron los diferentes conceptos en una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginario que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto.⁴⁵

Este conjunto de relaciones interpersonales de la red social está dada por la interacción de personas que rodean al adulto mayor pero algunas estarán más cerca y otras más lejos de él, esto depende de que tan significativa es la interrelación para el adulto mayor y se sintetiza de la siguiente esquema que consta de cuatro cuadrantes⁴⁶: la familia, las relaciones comunitarias, la relaciones con conocidos y relaciones con los servicios de salud.

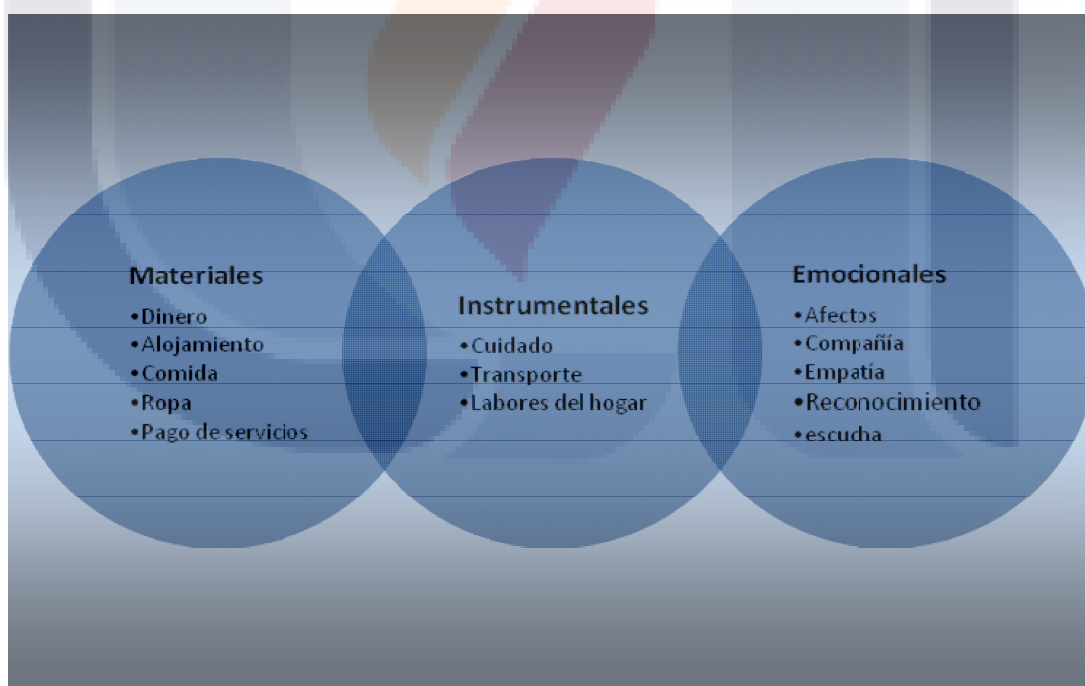
Figura 3. Campo relacional en el Adulto Mayor



En este trabajo se consideran tres tipos de apoyos:

- a) Los apoyos materiales que implican un flujo de recursos monetarios (dinero, remesas, regalos, etc.) y no monetario (comida, ropa, pago de servicios, etc)
- b) Los apoyos instrumentales pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar, el cuidado y el acompañamiento.
- c) Los apoyos emocionales se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Pueden tomar distintas formas que van desde visitas periódicas, transmisión física de afectos, etc.

Figura 4. Tipo de apoyo



5.7 FAMILIA

La familia tiene un papel relevante en la vida del adulto mayor ella constituye la primera red social en el que la persona se desenvuelve, es por ello que en este estudio fue importante conocer de que forma el ámbito familiar es asociado al maltrato por ese motivo en este capítulo se presenta el concepto de la familia dado que este ha tenido transformaciones a través de la historia por ello también será necesario presentar los diferentes tipos de familia. Por otro lado es importante conocer la estructura de las familias en las que viven los adultos mayores y la funcionalidad.⁴⁷

La palabra familia proviene de la raíz latina, que significa sirviente o esclavo dementico. La Organización Mundial de la Salud definió a la familia como: “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”. Par el estudio que nos ocupa la familia quedara definida como “el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares” (Minuchin, 1982)⁴⁸

FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA

Para conocer la funcionalidad familiar se hace una correlación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. En el rango balanceado se ubican las familias de óptimo funcionamiento mientras que en el otro extremo se ubican las familias no funcionales.

Las familias balanceadas se encuentran en el centro del círculo, son familias flexiblemente semirelacionadas, flexiblemente conectadas, estructuralmente semirelacionadas y estructuralmente conectadas. Las familias extremas son tanto en las dimensiones de cohesión como en las dimensiones de adaptabilidad, son las familias caóticamente no relacionadas, caóticamente aglutinadas, rígidamente no relacionadas y rígidamente aglutinadas.

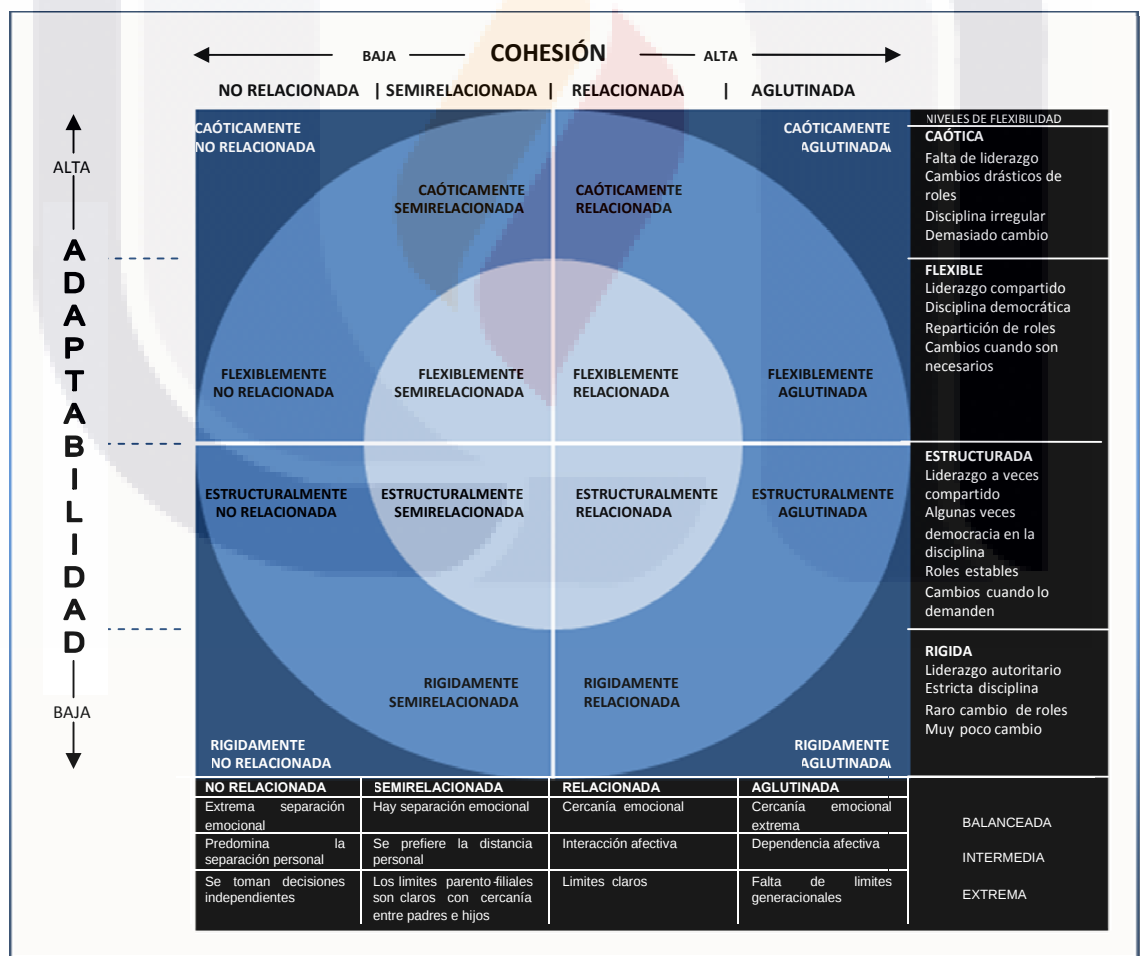
COHESIÓN

Evalúa el grado por el cual los miembros están *conectados o separados* del resto de la familia. Esta dimensión se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro⁴⁹. La cohesión a su vez esta determinada por cuatro niveles: No relacionada, relacionada, aglutinada y semirelacionada⁵⁰.

ADAPTABILIDAD

Es la dimensión de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus reglas y roles de relación en respuesta a una situación que se presente. La adaptabilidad está constituida por cuatro tipos: Caótica, Estructurada, Rígida y Flexible^{51 52}.

Figura 5 Modelo circunflejo de Olson⁵⁰



6 METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Transversal Comparativo

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Adultos mayores de 60 años y más derechohabientes del IMSS.

6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

6.3.1 ADULTOS MAYORES Y CUIDADORES

6.3.1.1 CRITERIO DE INCLUSIÓN

Adulto Mayor	1. Adultos mayores ≥ 60 años usuarios de los servicios de 2 UMF's del IMSS de la delegación Norte en el Distrito Federal. 2. Adultos mayores acompañados por su cuidador primario informal.
Cuidador	1. Persona que acompaña al adulto mayor a la consulta y que afirma ser el cuidador primario informal.

6.3.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Adulto Mayor	1. Pacientes con los que no se logre una comunicación adecuada por alguna situación de audición y/o otros problemas que no le permitan responder.
--------------	---

	2. Pacientes que no acepten participar en el estudio.
Cuidador	1. Personas que cuidan al adulto mayor y que no acepta contestar la entrevista.

6.3.1.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Adulto Mayor	1. Pacientes en los que no se complete la entrevista.
Cuidador	1. Cuidadores primarios en los que no se complete la entrevista.

6.4 VARIABLES

6.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE

Variable dependiente: **Maltrato en el adulto mayor.**

Definición operacional: Se midió a través del cuestionario adaptado del equipo del servicio de Salud Pública de Canadá (Canadian Task Force) Consiste en 9 preguntas directas, contestar positivamente a una sola pregunta de ella se considera maltrato. Versión española. Respuesta dicotómica (si/no)

Tipo de variable y escala de medición: cualitativa, nominal/dicotómica

6.4.2 VARIABLES DE CONTROL

6.4.2.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD

Definición conceptual: Es el tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento de un individuo hasta un momento determinado de su vida.

Definición operacional: Numero de años cumplidos al momento de la entrevista, se obtuvo con la pregunta ¿Qué edad tiene?

Tipo de variable y escala de medición: cuantitativa, discreta porque se considera en número absoluto de años cumplidos.

SEXO

Definición conceptual: Características fenotípicas externas que se observan a simple vista. Respuesta: dicotómica (Masculino, femenino)

Definición operacional: Por observación directa.

Tipo de variable y escala de medición: cualitativa, nominal/dicotómica

ESTADO CIVIL

Definición conceptual: Situación legal del individuo ante la sociedad en relación a la pareja

Definición operacional: Condición que se obtendrá de acuerdo a la respuesta de la pregunta ¿Cuál es su estado civil? Respuesta categórica (Casada(o), soltera(o), divorciada(o), otra(o)s)

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, nominal, politomica.

ESCOLARIDAD

Definición conceptual: Total de años cursados en forma oficial hasta el momento de la entrevista.

Definición operacional: Ultimo grado de estudios alcanzado por el individuo y que se obtendrá por medio de la pregunta: ¿Cuántos años de estudio completo?

Tipo de variable y escala de medición: Cuantitativa, discreta

OCUPACIÓN

Definición conceptual: Esta variable hace referencia a la posición principal de la persona en relación con la actividad económica, pudiéndose definir como trabajo, oficio o profesión que desempeña un individuo.

Definición operacional: Tipo de actividad económica a la que se dedica al momento de la entrevista por medio de la pregunta ¿A qué se dedica? Con respuesta categórica (Trabajo remunerado, actividades del hogar, no remunerado, otra)

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, Nominal/politómica

6.4.2.2 ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

Definición conceptual: El aspecto socioeconómico se constituye por dos dimensiones: Dimensión SOCIAL: Se expresa en la variable de la Educación del principal sostén del hogar (el miembro del hogar que más aporta al presupuesto y la economía familiar a través de su ocupación principal, aunque no es necesariamente quien percibe el mayor ingreso). Dimensión ECONOMICA: Se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar y en el patrimonio del hogar: bienes

Definición operacional: Por medio de la construcción de un índice de nivel socioeconómico con las variables: tenencia de la casa, condiciones de la vivienda y nivel de ingresos. Primero se construyó la variable condición de la vivienda a partir de las características del material de piso, techo y tipo de eliminación de excretas. Después la variable ingreso se re-categorizó de acuerdo a su distribución usando terciles. Se genera una variable de nivel socioeconómico considerando tres variables: condición vivencia, tenencia y ingreso. Se considero como nivel socioeconómico bueno cuando condición de vivienda fue buena, tenencia es propia o rentada y el ingreso esta en el tercil más alto. Se consideró como nivel socioeconómico malo cuando condición de vivienda fue mala, tenencia de la casa fue prestada/o rentada y el ingreso esta en el tercil más bajo.⁵³

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, ordinal/tricotómica

6.4.3 VARIABLES INDEPENDIENTES

Figura 6 Esquema de variables de interés del estudio



6.4.3.1 CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR

ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR

Definición operacional: Se midió a través de la escala de ansiedad de Goldberg⁵⁴ se compone de 9 preguntas, todas de respuesta dicotómica (si/no), la escala se estructura en cuatro preguntas iniciales de despistaje, para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental y un segundo grupo de 5 preguntas que se formulan solo si se obtiene dos o mas respuestas positivas al primer grupo de preguntas. El punto de corte ≥ 4 .^{55 56 57}

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, Nominal/ dicotómica (ansiedad: si/no)

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Definición operacional: Se medio a través de la escala para depresión de Yesavage en su versión corta de 15 preguntas⁵⁸ adaptada y validada por

Aguado C y Cols (2000), Para esta versión el punto de corte es: Depresión ≥ 6 puntos

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, Nominal/ dicotómica (depresión: si/no)

DETERIORO COGNITIVO

Definición operacional: Se midió a través del Examen del Estado Mental (Mini Mental), evaluando aspectos relevantes de la función cognitiva como son: la orientación en el espacio, tiempo, la memoria de fijación y la reciente, la atención, el cálculo y el lenguaje. Con un punto de corte de ≤ 24 para personas con baja escolaridad.

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, Nominal/ dicotómica (deterioro cognitivo: si/no)

FUNCIONALIDAD FÍSICA

Definición operacional: Se midió con el índice de Barthel para actividades básicas de la vida diaria. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiendo asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). Punto de corte < 80 se considera dependiente⁵⁹.

Indicadores:

- Alimentación
- Bañarse
- Aseo personal
- Vestirse
- Control intestinal
- Vejiga urinaria
- Uso del baño(wc)
- Transferencia de la cama a la silla
- Desplazamiento en casa
- Uso de la escalera

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, Nominal/dicotómica (dependiente: si/no)

6.4.3.2 CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

Definición operacional: Se midió a través de GHQ-28 (General Health Questionnaire) que consta de 28 preguntas agrupados en subescalas de 7 preguntas cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Punto de corte ≥ 5 indica problemas psicosociales.^{60 61 62.}

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, Nominal/dicotómica (problemas psicosociales: si/no)

DEPRESIÓN EN EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

Definición operacional: Se midió a través e la escala para depresión de Yesavage en su versión corta de 15 preguntas para cuidadores mayores de 60 años. Punto de corte: ≥ 6 puntos indica depresión. Y para cuidadores menores de 60 años se medio a través del inventario de Beck con un punto de corte de ≥ 13 .

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, Nominal/dicotómica (depresión: si/no)

HÁBITOS DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

CONSUMO DE TABACO

Definición conceptual: Presencia de habito tabáquico actual.

Definición operacional: A través de la pregunta: ¿actualmente fuma? En el cuestionario del adulto mayor. Con respuesta dicotómica. Si o no.

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, Nominal/ dicotómica (si/no)

CONSUMO DE ALCOHOL

Definición conceptual: consumo de bebidas alcohólicas actualmente.

Definición operacional: A través de la pregunta ¿acostumbra ingerir bebidas alcohólicas? Con respuesta dicotómica: si o no.

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, Nominal/ dicotómica (si/no)

CONSUMO DE DROGAS

Definición conceptual: consumo de drogas de forma reiterada actualmente.

Definición operacional: A través de la pregunta. ¿Ha consumido algún tipo de droga (como marihuana, cocaína u otra)? Con respuesta dicotómica: si o no.

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, Nominal/ dicotómica (si/no)

6.4.3.3 VARIABLES DEL MICROSISTEMA (DE LA FAMILIA)

ESTRUCTURA FAMILIAR

Definición Conceptual: Es la totalidad de relaciones que existen dentro del sistema familiar. Pueden darse distintas relaciones, conyugal, paterno, fraterno.

Definición operacional: A través de las preguntas: ¿Con quien vive? y ¿numero de integrantes? Con tres categorías de respuesta: 1 integrante, 2 integrantes y >3 integrantes.

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, Nominal/politómica

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Definición Conceptual: conjunto de funciones que se deben de cumplir durante las etapas del desarrollo de de la familia fundamentalmente en los

aspectos afectivos, socialización, cuidados, reproducción y estatus conforme a las normas de la sociedad a la cual se pertenece.

Definición operacional: Será medida a través del cuestionario FACES III versión en español⁶³ (Family Adaptability and cohesion Evaluation Scales) Este modelo sirve para evaluar la funcionalidad familiar con base en las relaciones interpersonales de sus miembros por medio de dos dimensiones:

1. **Cohesión:** es la unión emocional que tienen los miembros de una familia. Se identifican cuatro niveles de familias: en una escala **cualitativa ordinal**: no relacionada, semirelacionada, relacionada y aglutinada.

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, ordinal/ politomica (Familia no relacionada, familia semirelacionada, familia relacionada, familia aglutinada)

2. **Adaptabilidad:** es la posibilidad de cambio en el liderazgo, relación de roles y normalización de la relación entre los miembros de la familia. Se clasifica en una escala **cualitativa ordinal** que permite identificar cuatro tipos de familia: rígida, estructurada, flexible y caótica.

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, ordinal/ politomica. (Familia caótica, familia flexible, familia estructurada, familia rígida)

6.4.3.4 VARIABLES DE LAS REDES SOCIALES DE APOYO

REDES SOCIALES DE APOYO

Definición Conceptual: conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginario que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto.

Definición operacional: Primero se construyo la variable tipo de apoyo construida con 4 variables del tipo de apoyo que recibe el adulto mayor de su

pertenencia a algún grupo, de quien lo acompaña a consulta, de familiares u amigos, de quien lo llama por teléfono, y de quien lo ayuda a resolver sus problemas, después se construyó la variable de la frecuencia como recibe estos tipos de apoyo, para finalizar se construyó la variable redes sociales de apoyo con la variable tipo de apoyo y frecuencia de apoyo. Y la respuesta es si cuenta o no con redes sociales de apoyo.

Tipo de variable y escala de medición: Cualitativa, Nominal/ dicotómica (si/no)

6.5 TAMAÑO DE MUESTRA

Se consideró para el cálculo del tamaño de muestra la RM del factor de riesgo de ausencia de redes sociales de apoyo en el adulto mayor con sustento en el artículo de Shugarman L. 2003⁶⁴

Se considero un nivel de significancia del 95% y un poder de 80%, asumiendo que la probabilidad de que los adultos mayores sin redes sociales que presentan maltrato es de 84%. Cabe señalar que en la literatura el momio de presentar maltrato en adultos mayores sin redes sociales de apoyo es 3.5 veces mayor al momio de presentar maltrato en los adultos mayores con redes sociales de apoyo. No obstante, en este estudio se consideró encontrar una RM de 1.5.

$$n = \frac{[Z\alpha + \exp(\ln RM^2 / 4) Z\beta]^2 (1 + 2P)}{\ln RM^2 (P)} =$$

Donde: $Z\alpha=1.96$, $Z\beta=0.8$

$$= \frac{[1.96 + \exp(\ln(1.5)^2 / 4)(0.84)]^2 (1 + 2(0.84))}{\ln(1.5)^2 (0.84)} =$$

$$n = \frac{8.0392(2.68)}{0.1644(0.84)} =$$

$$n = \frac{21.5451}{0.1381} = 156$$

$$156(2)=312+20\%=376$$

In RM= logaritmo natural de la razón de momios del (factor de riesgo sin redes sociales de apoyo en el adulto mayor) = 1.5

P= probabilidad de que los adultos mayores con ausencia de redes sociales tengan maltrato = **0.84**

Tomando en cuenta las hipótesis del estudio para encontrar el factor de no contar con redes sociales de apoyo en el adulto mayor es necesario un tamaño de muestra de 312 adultos mayores, 156 con maltrato y 156 sin maltrato. Considerando un 20% de perdidas, el total de adultos mayores que se necesitan es de **376**.

6.6 MUESTREO

Se realizó una selección de dos UMF de la Delegación Norte del IMSS en el Distrito Federal, que contaran con más de 30 consultorios. La selección de las UMF se hizo por conveniencia.

En las UMF se seleccionaron a los adultos mayores usuarios de los servicios, acompañados por su cuidador, que se encontraban en la sala de espera, y que acudieron a la UMF por cualquier motivo (consulta, farmacia, laboratorios, rayos x, medicina preventiva, medicina del trabajo, dietología, dental y control de prestaciones)

UMF	Localización	Población de ≥ 60 adscrita a Médico Familiar	Numero de consultorios
Distrito Federal No 01 Norte UMF 20	Calz. Vallejo No. 675, 01 (55) 55 67 09 85 Zona centro Vallejo	27,129	30
Distrito Federal No 01 Norte UMF 41	Eje 4 Norte Fortuna Esq. Río Bamba, 01 (55) 55 86 03 60 Zona Centro Mag. De las Salinas	22,471	30
TOTAL		49,600	60

6.7 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

6.7.1 CONSTRUCCIÓN DE CUESTIONARIOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Como una primera etapa se realizo un cuestionario para el adulto mayor y otro para el cuidador primario informal. En los cuales se considero el objetivo de estudio, las variables, la persona a la que fue dirigido y el contexto de la entrevista. En cuanto al formato del cuestionario fue dividido por secciones con títulos grandes y en general facilitar la lectura al entrevistador así como campos de respuesta visibles para la codificación y captura de datos. Después de varios borradores en los que se examino la claridad de las preguntas y tratando de que el cuestionario fuera lo más breve posible pero exhaustivo se obtuvo lo siguiente: el primer instrumento en construirse fue el dirigido al adulto mayor que consistió en un cuestionario de 88 preguntas dividido en 14 secciones y 7 escalas. Y posteriormente el instrumento para el cuidador primario informal que consistió en 70 preguntas dividido en 11 secciones, además se aplicaron 5 instrumentos para evaluar la condición psicosocial.

6.7.2 SELECCIÓN Y CAPACITACIÓN DE LOS ENTREVISTADORES

En una segunda etapa, se llevó a cabo el reclutamiento y selección de personas con experiencia en entrevistas o encuestas con adultos mayores. La selección se llevo a cabo por medio de entrevistas con el Investigador responsable de este trabajo. Se seleccionaron 2 enfermeras con más de 2 años de experiencia en entrevistas con adultos mayores.

Posteriormente fueron capacitadas en tres puntos específicos:

- 1) Logística de trabajo de campo;
- 2) Técnica de entrevista y estandarización;
- 3) Empatía y manejo de emociones.

6.7.3 PRUEBA PILOTO

Se realizó una prueba piloto con 30 adultos mayores usuarios de los servicios de los dos turnos de la Unidad de medicina Familiar No. 20 de la delegación norte del IMSS.

Los objetivos de la prueba piloto arrojaron la siguiente información:

a) Obstáculos logísticos para realizar la entrevista;

1. Se identificaron la habilidad y los momentos en el que entrevistador debería invitar al paciente a contestar el cuestionario.
2. Se identificó también el mejor lugar en el que debió realizarse la entrevista (ruidos, ventilación iluminación, privacidad).

b) Instrumentos de recolección;

1. Se identificó el tiempo que se requería para llevar a cabo las entrevistas tanto del adulto mayor como la del cuidador.
2. Se realizaron los ajustes necesarios de las preguntas que eran poco claras para los adultos mayores y reajustar el cuestionario quitando preguntas que no eran parte del objetivo de la investigación.

c) Aceptabilidad y disposición de las personas para contestar a las preguntas.

1. Se identificó la disponibilidad y aceptación de las personas para contestar el cuestionario.
2. Y la aceptabilidad de las preguntas más difíciles como por ejemplo las del cuestionario de maltrato, que deben de hacerse con mucha sensibilidad.

6.7.4 TRABAJO DE CAMPO

Previo al inicio de trabajo de campo se realizó la gestión necesaria en las unidades de medicina familiar para llevar a cabo este trabajo. Se estableció un diálogo con las autoridades de las clínicas mismos que ofrecieron todo su apoyo y la libertad para realizar las entrevistas con los

pacientes de la UMF. El trabajo de campo se llevo a cabo a partir del mes de Septiembre del año 2006 al mes de Abril de 2007.

Los entrevistadores previamente capacitados seleccionaron a adultos mayores usuarios de los servicios de la UMF que cumplieran con los criterios de inclusión y que hubieran acudido por cualquier motivo: consulta general, laboratorios, medicina preventiva, medicina del trabajo, control de prestaciones, farmacia, dietología, psicología, dental. Después las entrevistadoras leían a los participantes la carta de consentimiento informado y solo si ellos aceptaban participar en el estudio, posteriormente firmaban la carta, así como sus testigos. Enseguida efectuaba la entrevista mediante un cuestionario estructurado con el cual se obtuvieron las características socio demográficas, condiciones de la familia, antecedentes de enfermedades crónicas, condiciones generales de la vivienda, aspectos socioeconómicos y ambiente, hábitos, actividad física, redes sociales, motivo de consulta, salud reproductiva y se indago en la variable de resultado con una escala de maltrato. Al mismo tiempo otra enfermera realizó la entrevista al cuidador, vigilando la independencia de ambos para hablar libremente y no ser escuchado por su familiar. Se aplico un cuestionario de características generales que considero las características socio demográficas, estructura familiar, antecedentes de enfermedades crónicas, actividades extra laborales, hábitos, actividad física, condiciones generales de la vivienda, aspectos socioeconómicos y del ambiente y el tipo de apoyo que brinda. Se aplicaron instrumentos de detección de depresión, ansiedad, síntomas somáticos, disfunción social y se evaluó la funcionalidad física y deterioro cognitivo.

Al finalizar cada una de las entrevistas se atendieron algunas de las dudas de los de los adultos mayores relacionadas con la atención a maltrato, se les explico que existen centros de atención en el Distrito federal como el DIF y el INAPAM que brindan apoyo a personas mayores con situación de maltrato y que en el IMSS pueden acercarse al servicio de trabajo social para exponer su situación y recibir apoyo.

Se realizó una estrategia de supervisión a las enfermeras que entrevistaban a diario a los pacientes, con el objeto de que no falsearan la información y asistieran diario al levantamiento de entrevistas por lo que la investigadora responsable del estudio realizó la supervisión de manera aleatoria de modo que las encuestadoras no pudieran saber qué día llegaría la supervisión. Las actividades de supervisión fueron exhaustivas. Se observó a la encuestadora desde la manera en la que invitaba a los adultos mayores a participar, la empatía y sensibilidad al realizar la entrevista, así como su tono de voz, claridad y la velocidad para realizar las preguntas del cuestionario. Se observó también el comportamiento de los adultos mayores y sus cuidadores, su aceptabilidad o rechazo de la encuesta. Aunado a las visitas a la UMF, se realizó una confirmación de datos escritos en los cuestionarios, por medio de llamadas telefónicas a los participantes. Se verificó que los cuestionarios estuvieran correctamente contestados y todas las respuestas completamente llenadas.

6.8 ANÁLISIS

a. Análisis exploratorio

Se realizó un análisis exploratorio para evaluar la calidad y consistencia de la información.

b. Análisis descriptivo

Se efectuó una estadística descriptiva, para las variables cuantitativas se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión, para las variables cualitativas categóricas se obtuvieron las frecuencias y proporciones para cada categoría. Se realizó un análisis descriptivo de las variables referentes a cada una de las categorías que explican teóricamente el maltrato: características de los adultos mayores, cuidadores, familia y redes de apoyo. Posteriormente para evaluar la asociación entre grupos (con maltrato vs. sin maltrato) se efectuó una chi cuadrada.

c. Análisis estratificado

Con la finalidad de evaluar la confusión se realizó un análisis estratificado por cada una de las variables del adulto mayor, del cuidador y de la familia y se consideró la presencia de una variable confusora cuando la diferencia entre el OR ajustado vs la RM cruda (RM_{M-H} vs RM_{cruda}) fue mayor del 10%.⁶⁵

d. Análisis multivariado

Con el objeto de evaluar el efecto independiente de la variable de ausencia de redes de apoyo con el maltrato se realizó un modelo regresión logística. Para ser congruentes con el modelo conceptual de los factores asociados al maltrato se decidió construir tres modelos de acuerdo a las categorías conceptuales preestablecidas y la decisión de las variables que se incluyeron en los modelos obedeció a criterios estadísticos y teóricos. Las variables que se incluyen en el modelo I fueron características del adulto mayor: sexo, edad, estado civil, condición psicológica y deterioro cognitivo; en el segundo modelo se incluyeron las variables del cuidador primario informal como: sexo, edad,

estado civil, depresión y consumo de alcohol y el modelo III contiene las variables relacionadas con la familia (tipo de familia, cohesión y adaptabilidad familiar) y finalmente se elaboro un modelo IV (completo) que incluyo las variables de los tres modelos que resultaron teórica y estadísticamente significativos para explicar la asociación con el maltrato en adultos mayores (sexo, edad, estado civil, condición psicológica y deterioro cognitivo del adulto mayor, estado civil y depresión del cuidador y cohesión familiar).

e. Diagnostico del modelo de regresión logística

Después de obtener el modelo estimado final se realizo el ajuste del modelo para explicar la relación y variabilidad entre las variables incluidas en el modelo explicativo de exposición y efectos⁶⁶. Se utilizo la prueba de Hosmer-Lemeshow.

6.8 ASPECTOS ÉTICOS

Al realizar este estudio se consideraron los siguientes aspectos éticos correspondientes a la **Asamblea Mundial del Helsinki**⁶⁷ de 1964 y con sus respectivas modificaciones en la Asamblea Medica Mundial, Hong Kong, septiembre de **2002**. La investigación se realizo con una supervisión cuidadosa, después de haber evaluado riesgos y beneficios para los participantes y con la garantía de respetar la integridad de la persona así como su intimidad y su derecho a decidir participar voluntariamente.

En este estudio se tuvo la preocupación de no causar ningún tipo de daño a los adultos mayores, aun tratándose de un estudio de riesgo mínimo. Cuando se indago en las variables de maltrato, se hizo énfasis en los “principios éticos básicos” que fueron identificados por la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos dado que se puede generar una molestia o sensibilidad hacia el tema. Con base en esta situación, se puso énfasis en el **Informe Belmont**⁶⁸ celebrado en **1976**. Con el cual se pretendió tratar a los adultos mayores con respeto reconociendo su autonomía, de decidir contestar o no a las preguntas del cuestionario. Y se aseguro que participaran en el estudio bajo su propia voluntad. Se realizo una carta de consentimiento informado dado que en el cuestionario se indagan cuestiones de su vida privada. De esta forma el entrevistado estará de acuerdo en participar y enterado del uso de la información que proporcione. Y se le garantizara la seguridad y la confidencialidad de la entrevistadora (or). Tomando en cuenta el principio de beneficencia: acrecentando al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles. Se considera que este estudio es de riesgo mínimo, por no exponer al participante a ningún tipo de intervención, solamente una encuesta. Sin embargo esto no justifica que no tenga riesgo, por esta razón se implementara una capacitación a los entrevistadores en la cual se aborden posibles circunstancias de emergencia en caso de que un paciente sea susceptible a algunas preguntas y se desborde o declare necesitar ayuda debido a maltrato.

La información solo fue utilizada para fines del estudio y siguiendo los objetivos planteados.

Por otro lado, considerando que la investigación involucra a una población vulnerable como lo son las personas mayores de 60 años según la Internacional **Organizations of Medical Sciences (CIOMS)**⁶⁹ la cual afirma en la guía número 13. La justificación ética de implicación a un grupo vulnerable requiere generalmente que los investigadores satisfagan a comités éticos de revisión: considerando que la investigación no se podía realizar igualmente bien en otro grupo menos vulnerable; la investigación se piensa para obtener el conocimiento para producir nueva información para, la prevención o el tratamiento de problemas de salud característicos, a la clase vulnerable u otro los miembros semejantemente situados de la clase vulnerable.

7 RESULTADOS

7.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS ADULTOS MAYORES ENTREVISTADOS

Se obtuvo la información de 389 adultos mayores que aceptaron contestar la entrevista de los cuales la edad promedio fue de 74 años $\pm$ 7.8. La mayor proporción de adultos mayores se encontró en el grupo de 70 a 79 años con un 43%. El 77.9% fueron mujeres. 44 % de los adultos mayores refirió no tener pareja al momento de la entrevista. La media de escolaridad en la población de estudio fue de 5.6 $\pm$ 3.7 años. Con relación a la ocupación 76.3% de los entrevistados refirió dedicarse a labores del hogar, un 18% ser jubilado o pensionado y sólo el 5% tenía un trabajo remunerado. **(Cuadro 1a)**

El 80% de los adultos mayores refirieron tener una enfermedad crónica siendo la hipertensión arterial la más frecuente (63.1 %), seguida de la diabetes mellitus (43.5). Con relación a la salud mental de los adultos mayores entrevistados, 37.2% presento ansiedad y 26.0 % depresión. 58% de los adultos mayores presento deterioro cognitivo, al evaluar la funcionalidad para actividades básicas de la vida diaria sólo 6% fueron dependientes.

La discapacidad estuvo presente en el 34.7 % de los adultos mayores siendo la más frecuente la motora (46.6%) seguida por la discapacidad auditiva (28.1 %) y la visual (20.7%). Las principales causas relacionadas con la discapacidad fueron la edad avanzada (37.8 %) y por enfermedad (34.0 %), Referente a la percepción de su estado de salud el 66 % de los entrevistados piensa que su salud comparada con la de hace un año es buena. **(Cuadro 1b)**

Se observo que el 23.6 % de los adultos mayores realiza actividades recreativas, culturales, familiares o de esparcimiento. Y casi un 19.0 % realiza ejercicio físico. Con respecto al consumo de tabaco y alcohol, 15.8 % actualmente fuman y 16.7 % ingiere bebidas alcohólicas. **(Cuadro 1c)**

7.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE LOS ADULTOS MAYORES

De los 389 cuidadores entrevistados fue más frecuente el sexo femenino (71.0 %). El promedio de edad de los cuidadores que participaron en este estudio fue de 54 años $\pm$ 16 años. Con respecto a su estado civil el 73.3 % tienen pareja y el 26.7 % no tienen pareja. La media de escolaridad en los cuidadores fue de 5.2 años $\pm$ 3.9. De los cuidadores que participaron el 46 % tiene alguna enfermedad crónica de las cuales la hipertensión arterial es la más frecuente (56.4 %), seguida de la diabetes mellitus (37.4 %).

Con relación a lo que el cuidador respondió acerca de la presencia de alteraciones emocionales 14.4% refirió haber recibido atención psicológica, 4.8% atención psiquiátrica, por ansiedad en el 4.11% y depresión en el 12.8%.

Con respecto a la evaluación de la salud mental en el cuidador un 34.7 % tiene ansiedad, 13.6% de los cuidadores mayores de 60 años y 11.4% de los cuidadores menores de 60 años presenta depresión. **(Cuadro 2b)**

El 34.2 % de los cuidadores realiza actividades recreativas, culturales, familiares o de esparcimiento. Y un 30 % realiza ejercicio físico. Con respecto al consumo de tabaco y alcohol, 33.8 % actualmente fuman y 28.5 % ingiere bebidas alcohólicas, solo el 1.3 % de los cuidadores refirió consumo de droga. **(Cuadro 2c)**

7.3 CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA DE LOS ADULTOS MAYORES

El 53% de las familias están conformadas por más de tres integrantes, y un 12% de los adultos mayores viven solos. La familia extensa compuesta es la más frecuente (37.8 %). Seguida de la familia nuclear incompleta (21.9%). Con relación a la funcionalidad de la familia en la dimensión de cohesión los resultados muestran que la familia aglutinada es la más frecuente (58.6%), en la dimensión de adaptabilidad la familia rígida es la predominante con un 33.7%. **(Cuadro 3)**

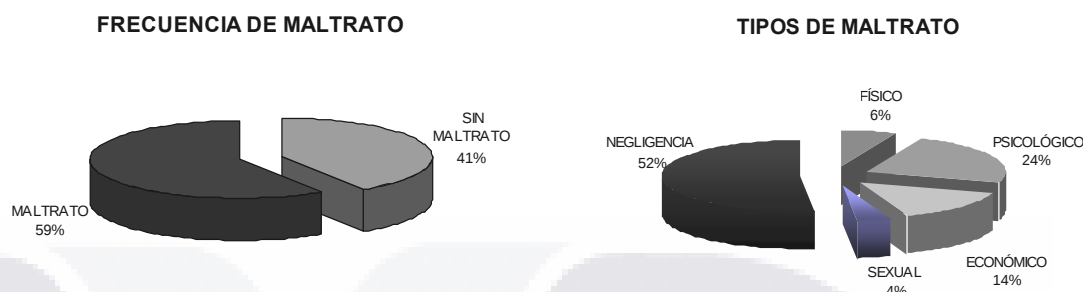
7.4 CARACTERÍSTICAS DE LAS REDES SOCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES

Con relación a presencia de redes sociales se observó que 6.7 % de los adultos mayores pertenecen a algún grupo social, de estos el 50% acude diario a su grupo y el 34 % cada 8 días y consideran que reciben apoyo efectivo el 65.4 %. Con respecto al acompañamiento a su consulta el 78% son acompañados por alguien a su consulta principalmente por algún hijo (51.1 %) y en segundo lugar por la esposa (36.8 %), contestaron que diario son acompañados por alguien a su consulta el 57.7 % y el tipo de apoyo que reciben es principalmente de tipo instrumental. **(Cuadro 4a)** Al 39% de los adultos mayores los visitan sus familiares o amigos, es más frecuente que los visiten sus hijos (69.8 %), El tipo de apoyo que reciben de sus familiares principalmente es apoyo afectivo (38.8). El 20% de los adultos mayores recibe llamadas telefónicas, principalmente son los hijos los que les llaman por teléfono (53.1 %) y el tipo de apoyo que reciben de sus familiares o amigos es de tipo afectivo (54.3 %). **(Cuadro 4b)** El 72.5 % de los adultos mayores entrevistados refirieron tener alguien que les ayuda a resolver sus problemas y los hijos son los que ayudan a resolver los problemas (70.2 %) y después la esposa (22.3 %), el tipo de apoyo con mayor proporción fue el apoyo instrumental (48.2 %). **(Cuadro 4c)**

7.5 SITUACIÓN Y TIPOS DE MALTRATO

El 59.1 % de adultos mayores reportaron maltrato por algún miembro de su familia. Al analizar la distribución según tipo de maltrato se observó un predominio del maltrato por negligencia (46.0 %), seguido por el maltrato psicológico (21.0 %), el maltrato económico (13.0 %), fueron 22 (5.6 %) los adultos mayores que refirieron haber sido maltratados físicamente y fue menos frecuente el maltrato sexual (3.6 %). **(Cuadro 5) (Figura 7).**

Figura 7. Frecuencia de maltrato en adultos mayores y distribución por tipo de maltrato en adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS, (2007)



7.6 CARACTERÍSTICAS DE LOS ADULTOS MAYORES POR EXPOSICIÓN A MALTRATO

De los 389 adultos mayores entrevistados se encontró un mayor porcentaje de mujeres maltratadas (69.9% vs. 83.9) un mayor porcentaje de solteros o viudos (34.6% vs. 50.4%) y adultos mayores que no trabajan (67.3% vs. 82.6%). (Cuadro 6a) Se observó una diferencia estadísticamente significativa en alteraciones mentales como ansiedad (28.3% vs 43.5%), depresión (17% vs. 32.2%) y deterioro cognitivo (43.4% vs 53.5%). No se encontró diferencia entre grupos en cuanto a discapacidad y percepción de salud. (Cuadro 6b) Con respecto a los hábitos de tabaquismo y consumo de alcohol del adulto mayor no se encontró diferencia significativa entre grupos. (Cuadro 6c)

7.7 CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES POR EXPOSICIÓN A MALTRATO

De los 389 cuidadores entrevistados se observó una diferencia estadísticamente significativa entre grupos en la edad de 40 a 59 años (33.3% vs 44%) de los cuidadores, no se observó diferencia en las demás características sociodemográficas, solo se encontró un mayor porcentaje en algunas características de los cuidadores en el grupo de adultos mayores con maltrato como el ser casados (68.6% vs 76.5%). (Cuadro 7a) Se encontró un porcentaje mayor de cuidadores que refirieron haber requerido atención

psicológica (11.3% vs. 15.3%) y atención psiquiátrica (3.1% vs. 6.1%), con respecto al tratamiento por depresión resultó mayor porcentaje en el grupo de maltrato (61.9% vs. 75.9). Se observó un porcentaje mayor de ansiedad en los cuidadores (32.7% vs. 36%) en el grupo de maltrato y la depresión en menores de 60 años (1.89% vs. 10%) fue estadísticamente significativa (**Cuadro 7b**). No se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa en cuanto a hábitos de tabaco, alcohol y consumo de drogas. (**Cuadro 7c**)

7.8 CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS POR EXPOSICIÓN A MALTRATO

Con respecto al número de integrantes y el tipo de familia no se encontró diferencia entre grupos. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en la dimensión de cohesión familiar con mayor porcentaje en el tipo de familia no relacionada (3.8% vs 19.1%), en la dimensión de adaptabilidad en la categoría de familia caótica fue mayor el porcentaje en el grupo de maltrato (13.8% vs. 27.4%). (**Cuadro 8**) Se encontró una diferencia por grupos significativa en adultos mayores que refirieron que alguien les ayuda a resolver problemas (82.4% vs. 65.6%), con respecto al tipo de apoyo que reciben de sus redes se observó que la categoría de apoyo afectivo (12.6% Vs 3.9%) fue menor en los adultos mayores con situación de maltrato. (**Cuadros 9c**)

7.9 ANÁLISIS ESTRATIFICADO

Al evaluar la diferencia entre la RM ajustada vs la RM cruda de la variable ausencia de redes sociales por las variables del adulto mayor (edad, sexo, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, enfermedades crónicas, depresión, ansiedad, funcionalidad física, deterioro cognitivo, discapacidad y consumo de bebidas alcohólicas), los resultados demuestran diferencias menores a 10%, por lo que se determina que no existen variables del adulto mayor confusoras. (**Cuadro 10**).

Con relación a las variables del cuidador primario informal (edad, sexo, estado civil, escolaridad, enfermedad crónica, ansiedad, depresión, problemas

psicosociales, consumo de alcohol y drogas) no se encontró ninguna variable confusora. (Cuadro 11)

Con respecto a las variables de la familia: (numero de integrantes, tipo de familia, cohesión familiar y adaptabilidad familiar) ninguna se considero confusora al evaluar la diferencia entre la razón de momios ajustada versus la razón de momios cruda de la variable de interés ausencia de redes sociales. (Cuadro 12)

7.10 ANÁLISIS MULTIVARIADO: factores asociados al maltrato en el adulto mayor por grupo de variables: adulto mayor, cuidadores y de la familia.

Las variables del adulto mayor que mejor explican el efecto independiente de la ausencia de redes en el maltrato son: ser mujer (RM=1.88, IC 95%: 1.0; 3.2), edad (RM=.97, IC 95%: .58; 1.60), tener pareja (RM=.62, IC 95%: .38; 1.01), la presencia de ansiedad y depresión (RM=2.84, IC 95%: 1.55; 5.19) y deterioro cognitivo (RM=1.13, IC 95%: .73; 1.77).

El modelo de las variables del cuidador primario informal que mejor explica el efecto independiente de la ausencia de redes sociales de apoyo en el maltrato es el que consta de las variables: ser mujer (RM=0.70, IC 95%: .41; 1.17), edad (RM=2.36, IC 95%: 1.26; 4.44), no tener pareja (RM=.56, IC 95%: .34; .92), la presencia de depresión (RM=1.99, IC 95%: 1.00; 3.94) y consumo de alcohol (RM=1.15, IC 95%: .72; 1.84).

Variables relacionadas con la familia que explican mejor la asociación independiente de la ausencia de redes sociales de apoyo con el maltrato: el tipo de familia diádica (RM=1.57, IC 95%: .76; 3.24), de la dimensión de cohesión el tipo de familia no relacionada (RM=5.49, IC 95%: 2.01; 15.0) y de la dimensión de adaptabilidad el tipo de familia caótica (RM=1.22, IC 95%: .57; 2.58).

Finalmente el modelo final que mejor explica el efecto independiente de la ausencia de redes sociales con el maltrato es el que contiene las variables: ser mujer adulta mayor (RM=2.14, IC 95%: 1.21; 3.79), edad del adulto mayor (RM=0.93, IC 95%: .55; 1.57), vivir con su pareja (RM=.53, IC 95%: .31; .92),

presencia de ansiedad y depresión en el adulto mayor (RM=2.02, IC 95%: 1.07; 3.82), deterioro cognitivo del adulto mayor (RM=1.14, IC 95%: .72; 1.81), no tener pareja el cuidador (RM=.49, IC 95%: .28; .85) presencia de depresión en el cuidador (RM=1.69, IC 95%: .80; 3.54); y pertenecer a una familia de tipo no relacionada con una RM=5.21 con un IC 95% de 1.88; 14.40. (**Tabla 13**)



8 DISCUSIÓN

El estudio del maltrato en adultos mayores es un problema principalmente social, sin embargo, por sus consecuencias físicas y emocionales en el adulto mayor se ha convertido también en un problema de salud pública, lo cual implica la puesta en marcha de estrategias de atención en los servicios de salud.

Los resultados de este estudio indican que la frecuencia de maltrato en adultos mayores es de 59.1% mayor a lo reportado en diferentes estudios, lo que puede tener diferentes explicaciones por un lado el uso de las escalas para la identificación de maltrato utilizada en los diferentes estudios, como en el de Ruelas y Salgado⁷⁰ publicado en 2006 en el que se encontró una frecuencia de 16% de maltrato similar a los hallazgos de la Encuesta Sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal en 2006 que fue de 16.2%. En cuanto a los tipos de maltrato los adultos mayores entrevistados reconocieron el maltrato por negligencia como el más común, resultado que es diferente al de otros estudios en los cuales el maltrato psicológico representa la proporción más alta ^{71 22}, seguida por el maltrato físico y económico. Un hallazgo importante de este estudio fue el reporte de maltrato sexual que es poco considerado en otros estudios y en ocasiones se incluye dentro del tipo psicológico, en esta trabajo se reportó de forma independiente y aunque fue el de menor proporción (3.6 %) representa un número importante de adultos mayores afectados. Es importante considerar que la percepción de adulto mayor con relación al maltrato es un elemento que influye en la denuncia de este problema, por la presencia de sentimientos de vergüenza o miedo a sus agresores.

Los factores de riesgo asociados al maltrato en el adulto mayor obtenidos de este trabajo coinciden con los reportados por otros estudios de base poblacional como la ENVIM (Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar en Mujeres) 2002; Error! Marcador no definido. y la EMPAM-DF 2006 (Encuesta sobre

Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal). Y también con lo mencionado por la OMS en su informe sobre violencia en 2003.³⁵

Los resultados de este estudio muestran que los factores que se encuentran asociados al maltrato fueron: ser mujer, la presencia de ansiedad y depresión y pertenecer a una familia no relacionada. Estos resultados son similares a los reportados por las encuestas de violencia ENVIM 2002 y por otros estudios como el de Shugarman *¡Error! Marcador no definido.*⁷⁰ Con relación a factores específicos como el estado civil se observó que el estar casado es un factor protector para maltrato similar a el estudio de Vidales²⁴ cuyos resultados muestran que ser viudo o estar solo representa un riesgo para maltrato. Esto es acorde con la teoría de redes sociales en la que se explica que un adulto mayor que vive acompañado tiene más recursos para afrontar las situaciones adversas propias de su etapa. Con respecto a la edad del adulto mayor los estudios previos demuestran que a mayor edad aumenta el riesgo de presentar maltrato, no obstante en este estudio no observamos cambios significativos entre los grupos de edad. Entre otros factores se encuentran los que tienen que ver con la condición psicológica del adulto mayor y en consistencia con otras investigaciones^{14 17 27} encontramos que la depresión y la ansiedad son factores asociados al maltrato. Otro factor que se ha reportado en otros estudios es el deterioro cognitivo,^{17 27 30} en nuestro estudio no resultó con significancia estadística aun cuando se utilizó el mismo instrumento de evaluación (mini mental de Folstein), podría explicarse, por el tipo de población de estudio, dado que participaron pacientes que asistieron al servicio y no aquellos que por alguna circunstancia de discapacidad o dependencia física no llegaron a la clínica.

Para la salud pública el estudio de los cuidadores primarios informales a tomado especial importancia porque también la salud de estas personas está en riesgo por la carga que conlleva cuidar a una persona enferma o con dependencia, en este estudio se dio un énfasis especial a la incorporación del estudio de las características de los cuidadores que se encargan de dar apoyo a los adultos mayores y que son parte de la familia. Según los artículos revisados los cuidadores que tienen depresión,^{17 70} maltratan más al adulto

mayor. En este trabajo observamos resultados similares. La presencia de síntomas somáticos y de disfunción social en cuidadores son factores relacionados con el maltrato en los adultos mayores ¹⁷ no obstante es un factor que difiere con los resultados de este estudio. Con relación al consumo de alcohol y de drogas estudio previos ³¹ han mostrado una fuerte asociación con el maltrato en adultos mayores, sin embargo en este trabajo no se encontró una relación clara.

En el informe mundial sobre la violencia y la salud se menciona la importancia de las redes de apoyo como mecanismo de afrontamiento de las necesidades y dificultades que se le presentan al adulto mayor en su proceso de envejecimiento. La familia es una red social para el adulto mayor, que en muchas ocasiones no funciona como una red de apoyo. Esta situación afecta la dinámica familiar generando con frecuencia familias disfuncionales, y por tanto incidiendo en la presencia de maltrato.^{35 30} Los resultados de este estudio dan a conocer que el adulto mayor con ausencia de redes sociales tiene mayor posibilidad de sufrir maltrato que aquellos adultos mayores que reciben algún tipo de apoyo, como; apoyo instrumental, económico y/o afectivo.³⁰

Puede considerarse una limitación del estudio la selección de los pacientes, que fueron solo aquellos adultos mayores que acudieron a la clínica acompañados por su cuidador primario informal, esto podría no reflejar la situación de maltrato en aquellos adultos mayores que se quedan en casa, por discapacidad o dependencia física y que probablemente vivan en una situación de maltrato. Sin embargo, podemos observar que a pesar de estas limitaciones la proporción de maltrato en nuestra población fue mayor a la esperada y los factores encontrados como riesgo de maltrato confirman los hallazgos de otros estudios.

La principal fortaleza del estudio fue el enfoque ecológico que considera una interacción de las diferentes dimensiones sociales para establecer una situación de maltrato. A través de esta investigación y de la lectura de algunas otras experiencias se considera que la problemática tiene que ver con un fenómeno histórico-social y económico en el que se ha desvalorizado al viejo,

desde la familia hasta los sistemas más complejos, es un problema que tiene que ver también con los cambios que ha tenido el sistema familiar en donde se han hecho cambios en la estructura y se ha pasado de la tradicional familia extensa y nuclear a familiar diádicas formadas principalmente por la pareja o por padre e hijo. El cambio en el proceso económico ha ocasionado que los roles en los miembros de las familia cambie, antes la mujer era la encargada de cuidar a los enfermos, niños, ancianos de la casa y hacer las labores domesticas únicamente, actualmente eso ya no es posible, la mujer tiene que salir de casa a trabajar y no puede hacerse cargo solo del cuidado de estas personas, lo que ha ocasionado una sobre carga en los cuidadores, mayor estrés y menos tolerancia,

La importancia de este estudio no solo es detectar los factores asociados al maltrato, aunado a ello es dar a conocer la problemática que se presenta a nivel local, aceptar que es un problema que nos aqueja, que demanda soluciones y que desafortunadamente no estamos preparados, las clínicas, hospitales e instituciones de apoyo a los adultos mayores son un medio importante para la vinculación con la población afectada, sin embargo son pocos los profesionales de salud interesados en ofrecer servicios de calidad a esta población mayor de 60 años, desconocen los instrumentos de detección de maltrato y no lo consideran como una prioridad. Actualmente la violencia y el tema de los adultos mayores se encuentran en la agenda mundial, por lo tanto es un buen momento para formar parte de esas soluciones globales para dar respuesta a soluciones locales.

9 CONCLUSIONES

1. El maltrato a los adultos mayores es un problema frecuente en nuestras sociedad casi el 60 % de nuestra población encuestada refirió haber sido víctima de algún tipo de maltrato.
2. Se comprueba que existen características y situaciones específicas que aumentan el riesgo de sufrir maltrato y por lo tanto de prevenirlo.
3. El cuidador primario informal y la familia son fundamentales en la vida de los adultos mayores y son tema de estudio prioritario para la salud pública por lo cual esta investigación contribuye al inicio o seguimiento de nuevas líneas de investigación.
4. Las redes sociales de apoyo como la familia, amigos, vecinos, grupos e instituciones son indispensables para el proceso de envejecimiento satisfactorio.
5. Las instituciones de salud públicas o privadas juegan un papel importante como factor protector para el maltrato por lo cual es necesario que los profesionales de la salud reciban formación para detección de maltrato, aunado a la planeación de programas de apoyo a los grupos vulnerables entre ellos los viejos.
6. Un factor importante que no se menciona directamente en esta investigación pero que está relacionado, con el sexo, la edad y el nivel socioeconómico, es la condición de desigualdad social del adulto mayor que lo posiciona en un nivel de marginalidad, en el cual se debe poner especial atención y promover la justicia social.
7. Es importante generar estrategias con perspectiva de género donde se incluya tanto a profesionales de la salud como a los protagonistas del problema de maltrato para acabar con la discriminación a los viejos.

10 UTILIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

Esta investigación ofrece un marco de referencia principalmente para los responsables políticos, dado que proporciona conocimiento acerca de la magnitud del problema y los factores que predisponen al maltrato en el adulto mayor, lo cual es una base para el diseño de estrategias e intervenciones en el ámbito de los sistemas de salud para mejorar la salud física y mental, asegurando al mismo tiempo, que los adultos mayores tengan una adecuada prevención en materia de violencia intrafamiliar, protección y cuidado. Es también un trabajo que proporciona un marco para el desarrollo de nuevas líneas de investigación en materia de envejecimiento y derechos humanos, y por otro lado proporciona el estudio de los cuidadores primarios informales, que hoy en día son una nueva preocupación para la salud pública. Los resultados, conclusiones y propuestas de esta investigación quedaran derivados en las siguientes publicaciones actualmente en proceso:

Torres-Castro S. Torres-Arreola LP. **Frecuencia y tipos de maltrato en adultos mayores, México, 2007.**Rev Invest Clin

Torres-Castro S. Torres-Arreola LP, **Factores asociados al maltrato en el adulto mayor usuario del primer nivel de atención del IMSS.** Rev Invest Clin

ANEXOS

CUADROS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CUESTIONARIO ADULTO MAYOR

CUESTIONARIO DEL CUIDADOR



Cuadro 1.a. Características Sociodemográficas de los Adultos Mayores Usuarios de los Servicios de Primer Nivel de Atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.

Variables	N=389 Frecuencia (%)
Edad, años media (ds)	74.0(7.8)
Edad	
60-69	125 (32.1)
70-79	167 (42.9)
≥80	97 (25.0)
Sexo	
Masculino	86(22.1)
Femenino	306(77.9)
Estado civil	
Pareja	218(56.04)
Sin pareja	171(43.96)
Escolaridad, años media (ds)	5.65 (3.71)
Escolaridad (años de estudio)	
0-3	217 (55.8)
4-9	137 (35.2)
≥10	35 (9.0)
Ocupación	
Trabaja	22 (5.66)
No trabaja	297 (76.35)
Jubilados/Pensionados	70 (17.79)
Condiciones de la vivienda	
Bueno	185 (47.5)
Regular	198 (51.0)
malo	6 (1.5)
Nivel socioeconómico	
Bueno	78 (20.0)
Regular	268 (69.0)
malo	43 (11.0)

Cuadro 1.b. Características de salud de los adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006.

Variables	N=389 Frecuencia (%)
Co morbilidad	
Enfermedad crónica	
Si	310 (79.69) N=310
Hipertensión	
Si	205 (63.13)
Diabetes mellitus	
Si	135 (43.55) N= 389
Condición psicosocial	
Ansiedad (Goldberg)	
Si	145 (37.28)
Depresión	
Si (≥6 puntos Yesavage)	101 (26.0)
Funcionalidad y estado cognitivo	
Funcionalidad actividades básicas de la vida diaria	
Dependencia (<80 puntos Barthel)	23 (5.91)
Deterioro cognitivo	
Si (≤24 puntos Minimental Folstein)	228 (58.6)
Discapacidad	
Si	135 (34.7) N=135
Tipos de discapacidad	
Moverse	63(46.67)
Sordo(a)	38(28.15)
Ciego(a)	28(20.74)
Otras discapacidades	6(4.44)
Causas discapacidad	
Enfermedad	46(34.07)
Accidente	28(20.74)
Edad avanzada	51(37.78)
Otras causas	10(7.41)
Atención de discapacidad	
IMSS	100(74.07)
SSA	16(11.85)
Otros instituciones	19(14.07)
Percepción salud comparada con un año	
Buena	256(65.81)
Regular	119(30.59)
Mala	14(3.60)

Cuadro 1.c. Hábitos y Actividades de los adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.

Variables		N=389 Frecuencia (%)
Hábitos		
Ha fumado		133(34.19) N=133
Fuma		21(15.79) N=389
Consumo de bebidas alcohólicas		65(16.71) N=389
Ejercicio		73(18.77)
Actividades recreativas culturales familiares o de esparcimiento		92(23.65)
Tipo de actividad		N=92
Salir/comer		32(34.78)
Familiares		20(21.74)
Otras		40(43.48)

Cuadro 2.a. Características Sociodemográficas de los Cuidadores Primarios de los Adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.

Variables	N=389 Frecuencia (%)
Edad, años media (ds)	54 (16.00)
Edad	
<30	19 (4.9)
30-39	54 (13.9)
40-49	83 (21.3)
50-59	71 (18.2)
60-69	71 (18.2)
70-79	76 (19.6)
≥80	15 (3.9)
Sexo	
Masculino	112 (29.0)
Femenino	277 (71.0)
Estado civil	
Con Pareja	285 (73.3)
Sin pareja	104 (26.7)
Escolaridad. Años Media(ds)	5.22 (3.9)
Escolaridad	
0	93 (24.0)
4-9	181 (46.5)
≥10	115 (29.5)
Ocupación	
Trabaja	81(20.8)
No trabaja	233 (60.0)
Jubilados/Pensionados	75 (19.2)

Cuadro 2.b. Características de Salud de los Cuidadores Primarios de los Adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.

Variables	N=389 Frecuencia (%)
Co-morbilidad	
Enfermedad crónica	179 (46.0)
Si	N=179
Hipertensión	
Si	101 (56.4)
Diabetes mellitus	
Si	67 (37.4)
Condiciones psiquiátricas y psicológicas[∞]	N=389
Atención psicológica	
Si	56 (14.4)
Atención psiquiátrica	
Si	19 (4.8)
Padece ansiedad (según medico familiar)	
Si	16 (4.11)
Tratamiento para ansiedad	N=16
Si	14 (87.5)
Continúa con tratamiento para ansiedad	N=14
Si	7 (50.0)
Padece depresión	N=389
Si	50 (12.8)
Tratamiento para depresión	N=50
Si	35 (70.0)
Continúa con tratamiento para depresión	N=35
Si	14 (40.0)
Salud mental^F	
Ansiedad	135 (34.7)
Si (≥4 Goldberg)	N=162
Depresión >60 años	22 (13.6)
Si (≥6 puntos Yesavage)	N=227
Depresión <60 años	26 (11.4)
Si (≥13 Inventario de Beck)	N=389
Problemas psicosociales	
Si (Punto de corte 5 GHQ-28)	142 (36.5)

[∞] En relación a lo que el cuidador respondió acerca de la presencia de alteraciones emocionales.

^F Con respecto a la evaluación de la salud mental en el cuidador

Cuadro 2.c. Hábitos y Actividades de los cuidadores primarios de los adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.

Variables	Frecuencia (%)
Hábitos	
Ha fumado	179 (46.0)
	N=179
Fuma	66 (33.8)
Consumo de bebidas alcohólicas	111 (28.5)
Consumo de drogas	5 (1.3)
Ejercicio	119 (30.6)
Actividades recreativas culturales familiares o de esparcimiento	
si	133 (34.2)
	N=133
Tipo de actividad	
Salir/comer	39 (29.3)
Familiares	51 (38.4)
Otras	43 (32.3)

Cuadro 3. Características de la familiares de la población de adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.

Características	Frecuencia (%)
Numero de integrantes	
1 integrante	47 (12.0)
2 integrantes	135 (34.7)
>3 integrantes	207 (53.2)
Tipos de familia	
Nuclear incompleta	85 (21.9)
Nuclear completa	61 (15.7)
Extensa compuesta	147 (37.8)
Diádica	49 (12.6)
Solo	47 (12.1)
Cohesión familiar (categorías)	
Familia no relacionada	50 (12.9)
Familia semirelacionada	35 (9.0)
Familia relacionada	76 (19.5)
Familia aglutinada	228 (58.6)
Cohesión familiar	
Familia extrema	278(71.5)
Familia balanceada	111 (28.5)
Adaptabilidad familiar (categorías)	
Familia caótica	85 (21.9)
Familia flexible	92 (23.6)
Familia estructurada	81 (20.8)
Familia rígida	131 (33.7)
Adaptabilidad Familiar	
Familia extrema	216 (55.5)
Familia balanceada	173 (44.5)

Cuadro 4.a Redes Sociales de la población de adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.

Características	Frecuencia (%)
Pertenencia a algún grupo	
Si	26 (6.7)
Frecuencia con la que acude al grupo	N=26
Diario	13 (50.0)
Cada 8 días	9 (34.6)
Cada mes	4 (15.4)
Tipo de apoyo que recibe del grupo	
Instrumental	9 (34.6)
Afectivo	17 (65.4)
Alguien lo acompaña a su consulta	N=389
Si	307 (78.9)
Relación del acompañante	N=307
Esposa	113 (36.8)
Hijos	157 (51.1)
Hermana	7 (2.3)
Otros parientes	25 (8.1)
Otras personas	5 (1.7)
Frecuencia con la que le acompañan	
Diario	177 (57.7)
Cada 8 días	17 (5.5)
Cada mes	113 (36.8)
Tipo de apoyo que recibe de su acompañante	
Instrumental	179 (58.3)
Económico	41 (13.4)
Afectivo	87 (28.3)

Cuadro 4.b. Redes Sociales de la población de adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.

Características	Frecuencia (%)
Le visitan sus familiares o amigos	N=389
Si	152 (39.1)
Relación con la persona que le visita	N=152
Hijos	106(69.8)
Hermana	18 (11.8)
Otros parientes	15 (9.9)
Otras personas	13 (8.5)
Frecuencia con que le visitan	
Diario	59 (38.8)
Cada 8 días	73 (48.0)
Cada mes	20 (13.2)
Tipo de apoyo que recibe de quien le visita	
Instrumental	43 (28.3)
Económico	50 (32.9)
Afectivo	59 (38.8)
Le llaman por teléfono	N=389
Si	81 (20.8)
Relación con la persona que le llama por teléfono	N=81
Hijos	43 (53.1)
Hermana	13 (16.0)
Otros parientes	16 (19.8)
Otras personas	9 (11.1)
Frecuencia con la que le llaman	
Diario	43 (53.1)
Cada 8 días	24 (29.6)
Cada mes	14 (17.3)
Tipo de apoyo que recibe de quien le llama	
Instrumental	22 (27.2)
Económico	15 (18.5)
Afectivo	44 54.3)

Cuadro 4.c . Redes Sociales de la población de adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.

Características	Frecuencia (%)
Alguien le ayuda a resolver sus problemas	N=389
Si	282 (72.5)
Relación con la persona que le ayuda a resolver sus problemas	N=282
Esposa	63 (22.3)
Hijos	198 (70.2)
Hermana	9 (3.2)
Otros parientes	10 (3.6)
Otras personas	2 (0.7)
Frecuencia con la que le ayudan a resolver sus problemas	N=282
Diario	246 (87.2)
Cada mes	36 (12.8)
Tipo de apoyo que recibe de quien le ayuda a resolver su problema	
Instrumental	136 (48.2)
Económico	101 (35.8)
Afectivo	45 (16.0)

Cuadro 5. Frecuencia y Tipo de Maltrato en Adultos Mayores Usuarios de los Servicios de Primer Nivel de Atención del IMSS en el Distrito Federal, 2006-2007.

Variables	Frecuencia (%)
Maltrato	
Si	230 (59.13)
Tipos de maltrato	
Físico	22 (5.66)
Psicológico	82 (21.08)
Económico	50 (12.85)
Sexual	14 (3.60)
Negligencia	179 (46.02)

Cuadro 6.a. Características Sociodemográficas de adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.

Variables	Sin Maltrato N=159 Frecuencia (%)	Maltrato N=230 Frecuencia (%)	Valor de p
Edad, años media (ds)			
Edad			
60-69	51 (32.1)	74(32.2)	0.943
70-79	67 (42.1)	100 (43.5)	
≥80	41 (25.8)	56 (24.3)	
Sexo			
Masculino	49 (30.8)	37 (16.1)	0.001
Femenino	110 (69.2)	193 (83.9)	
Estado civil			
No solteros	104 (65.4)	114 (49.6)	0.002
solteros	55 (34.6)	116 (50.4)	
Escolaridad			
0	40 (25.2)	82 (35.6)	0.133
1-3	41 (25.8)	54 (23.5)	
4-9	60(37.7)	77 (33.5)	
≥10	18 (11.3)	17 (7.4)	
Ocupación			
Trabaja	11 (6.9)	11 (4.9)	0.002
No trabaja	107 (67.3)	190 (82.6)	
Jubilados/Pensionados	41 (25.8)	29 (12.6)	

Cuadro 6.b. Características de salud de los adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.

Variables	Sin Maltrato N=159 Frecuencia (%)	Maltrato N=230 Frecuencia (%)	Valor de p
Comorbilidad	N=389		
Enfermedad crónica			
Si	126 (79.3)	184 (80.0)	0.856
Hipertensión	N=126	N=184	
Si	83 (65.9)	122 (66.3)	0.937
Diabetes mellitus			
Si	49 (38.9)	86 (46.8)	0.171
Condición psicosocial	N=159	N=230	
Ansiedad (≥4 Goldberg)			
Si	45 (28.3)	100 (43.5)	0.002
Depresión (≥6 puntos Yesavage)			
Si	27 (17.0)	74 (32.2)	0.001
Funcionalidad y estado cognitivo			
Deterioro cognitivo (≤24 mini mental)			
Si	69 (43.4)	123 (53.5)	0.05
Dependencia (<80 Barthel)			
Si	6 (3.8)	17 (7.4)	0.137
Discapacidad	n=135		
Si	52 (32.7)	83 (36.1)	0.491
Tipos de discapacidad	n=52	n=83	
Motora	20 (38.5)	43 (51.8)	0.205
Auditiva	18 (34.6)	20 (24.1)	
Visual	10 (19.2)	18 (21.7)	
Otras discapacidades	4 (7.7)	2 (2.4)	
Causas discapacidad			
Enfermedad	15 (28.9)	31 (37.4)	0.449
Accidente	9 (17.3)	19 (22.9)	
Edad avanzada	23 (44.2)	28 (33.7)	
Otras causas	5 (9.6)	5 (6.0)	
Atención de discapacidad			
IMSS	36 (69.2)	64 (77.1)	0.392
SSA	6 (11.6)	10 (12.0)	
Otros instituciones	10 (19.2)	9 (10.9)	
Percepción salud actual comparada con la de hace un año			
Buena	103 (64.8)	153 (66.5)	0.451
Regular	48 (30.2)	71 (30.9)	
Mala	8 (5.0)	6 (2.6)	

Cuadro 6.c. Hábitos y Actividades de los adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006.

Variables	Sin Maltrato N=159 Frecuencia (%)	Maltrato N=230 Frecuencia (%)	Valor de p
Hábitos			
Fuma	n=62	n=71	
Si	12 (19.4)	9(12.7)	0.292
Consumo de bebidas alcohólicas	n=159	n=230	
Si	30 (18.9)	35 (15.22)	0.343
Ejercicio			
Si	33 (20.8)	40 (17.4)	0.404
Actividades recreativas culturales familiares o de esparcimiento			
Si	38 (24.0)	54 (23.5)	0.923
Tipo de actividad	n=38	n=54	
Salir/comer	15 (39.5)	17 (31.5)	0.315
Familiares	10 (26.3)	10 (18.5)	
Otras	13 (34.2)	27 (50.0)	

Cuadro 7.a. Características Sociodemográficas cuidadores primarios de los adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.

Variables	Sin Maltrato n=159 Frecuencia (%)	Maltrato n=230 Frecuencia (%)	Valor de p
Edad			
>30	7 (4.4)	12 (5.2)	0.155
30-39	19 (12.0)	35 (15.2)	
40-49	28 (17.6)	55 (24.0)	
50-59	25 (15.7)	46 (20.0)	
60-69	33 (20.8)	38 (16.5)	
70-79	38 (23.9)	38 (16.5)	
≥80	9 (5.6)	6 (2.6)	
Sexo			
Masculino	45 (28.3)	67 (29.1)	0.859
Femenino	114 (71.7)	163 (70.9)	
Estado civil			
No solteros	109 (68.6)	176 (76.5)	0.081
solteros	50 (31.4)	54 (23.5)	
Escolaridad			
0	22 (13.8)	28 (12.2)	0.775
1-3	19 (12.0)	24 (10.4)	
4-9	69 (43.4)	112 (48.7)	
≥10	49 (30.8)	66 (28.7)	
Ocupación			
Trabaja	26 (16.4)	55 (23.9)	0.178
No trabaja	99 (62.2)	134 (58.2)	
Jubilados/Pensionados	34 (21.4)	41 (17.9)	

Cuadro 7.b. Características de salud de los cuidadores primarios de los adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.

Variables	Sin Maltrato n=159 Frecuencia (%)	Maltrato n=230 Frecuencia (%)	Valor de p
Co-morbilidad			
Enfermedad crónica			
Si	84 (52.8)	95 (41.3)	0.025
Hipertensión	n=84	n=95	
Si	51 (60.7)	50 (52.6)	0.226
Diabetes mellitus			
Si	33 (39.3)	34 (35.8)	0.630
Condiciones psiquiátricas y psicológicas[∞]			
Atención psicológica			
Si	18 (11.3)	38 (15.5)	0.151
Atención psiquiátrica			
Si	5 (3.1)	14 (6.1)	0.186
Padece ansiedad			
Si	5 (3.1)	11 (4.8)	0.424
Tratamiento para ansiedad	n=5	n=11	
Si	4 (80.0)	10 (91.0)	0.541
Continúa con tratamiento para ansiedad	n=4	n=10	
Si	3 (75.0)	4 (40.0)	0.237
Padece depresión	n=159	n=230	
Si	21 (13.2)	29 (12.6)	0.862
Tratamiento para depresión	n=21	n=29	
Si	13 (61.9)	22 (75.9)	0.288
Continúa con tratamiento para depresión	n=13	n=22	
Si	5 (38.5)	9 (40.9)	0.886
Salud Mental^F			
Ansiedad	n=159	n=230	
Si (≥4 Goldberg)	52 (32.7)	83 (36.0)	0.491
Depresión >60 años	n=80	n=82	
Si (≥6 puntos Yesavage)	11 (13.8)	11 (13.4)	0.951
Depresión <60 años	n=79	n=148	
Si (≥13 Inventario de Beck)	3 (3.8)	23 (15.5)	0.008
Problemas psicosociales			
Si (≥5 GHQ-28)	137 (55.4)	93 (65.5)	0.053

[∞] En relación a lo que el cuidador respondió acerca de la presencia de alteraciones emocionales.

^F Con respecto a la evaluación de la salud mental en el cuidador

Cuadro 7.c. Hábitos y actividades de los cuidadores primarios de los adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.

Variables	Sin Maltrato n=159 Frecuencia (%)	Maltrato n=230 Frecuencia (%)	Valor de p
Hábitos	n=159	n=230	
Fuma	27 (38.0)	39 (36.1)	0.795
Si	n=159	n=230	
Consumo de bebidas alcohólicas	43 (27.0)	68 (29.6)	0.588
Si	2 (1.2)	3 (1.3)	0.968
Drogas	46 (29.0)	73 (31.7)	0.555
Si	52 (32.7)	81 (35.2)	0.607
Ejercicio	13 (25.0)	26 (32.1)	0.329
Si	24 (46.2)	27 (33.3)	
Actividades recreativas culturales familiares o de esparcimiento	15 (28.8)	28 (34.6)	
si			
Tipo de actividad			
Salir/comer			
Familiares			
Otras			

Cuadro 8. Características de la familia de la población de adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.

Variables	Sin Maltrato n=159 Frecuencia (%)	Maltrato n=230 Frecuencia (%)	Valor de p
Numero de integrantes			
1 integrante	15 (9.4)	32 (13.9)	0.411
2 integrantes	57 (35.9)	78 (33.9)	
>3 integrantes	87 (54.7)	120 (52.2)	
Tipos de familia			
Nuclear incompleta	41 (25.9)	44 (19.1)	0.182
Nuclear completa	28 (17.6)	33 (14.4)	
Extensa compuesta	60 (37.7)	87 (37.8)	
Diádica	15 (9.4)	34 (14.8)	
Solo	15 (9.4)	32 (13.9)	
Cohesión familiar (categorías)	n=159	n=230	
Familia no relacionada	6 (3.8)	44 (19.1)	0.000
Familia semirelacionada	10 (6.3)	25 (10.9)	
Familia relacionada	36 (22.6)	40 (17.4)	
Familia aglutinada	107 (67.3)	121 (52.6)	
Cohesión familiar			
Familia extrema	113 (71.1)	165 (71.7)	0.886
Familia balanceada	46 (28.9)	65 (28.3)	
Adaptabilidad familiar (categorías)			
Familia caótica	22 (13.8)	63 (27.4)	0.009
Familia flexible	40 (25.1)	52 (22.6)	
Familia estructurada	33 (20.8)	48 (20.9)	
Familia rígida	64 (40.3)	67 (29.1)	
Adaptabilidad Familiar			
Familia extrema	86 (54.0)	130 (56.5)	0.635
Familia balanceada	73 (46.0)	100 (43.5)	

Cuadro 9.a. Redes Sociales de la población de adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.

Variables	Sin Maltrato n=159 Frecuencia (%)	Maltrato n=230 Frecuencia (%)	Valor de p
Pertenencia a algún grupo			
Si	12 (7.5)	14 (6.0)	0.571
Frecuencia con la que acude al grupo	n=12	n=14	
Diario	6 (50.0)	7 (50.0)	0.380*
Cada 8 días	3 (25.0)	6 (42.8)	0.429 [†]
Cada mes	3 (25.0)	1 (7.2)	
Tipo de apoyo que recibe del grupo			
Instrumental	3 (25.0)	6 (42.8)	0.340*
Moral	9 (75.0)	8 (57.2)	0.429 [†]
Alguien lo acompaña a su consulta	n=159	n=230	
Si	132 (83.0)	175 (76.0)	0.099
Relación del acompañante	n=132	n=175	
Esposa	61 (46.2)	52 (29.7)	0.030*
Hijos	56 (42.4)	101 (57.7)	0.030[†]
Hermana	4 (3.0)	3 (1.7)	
Otros parientes	9 (6.8)	16 (9.2)	
Otras personas	2 (1.5)	3 (1.7)	
Frecuencia con la que le acompañan			
Diario	80(60.6)	97 (55.4)	0.224*
Cada 8 días	4 (3.0)	13 (7.4)	0.239 [†]
Cada mes	48 (36.4)	65 (37.2)	
Tipo de apoyo que recibe de su acompañante			
Instrumental	80 (60.6)	99 (56.6)	0.003*
Económico	8 (6.0)	33 (18.8)	0.003[†]
Afectivo	44 (33.4)	43 (24.6)	

*Chi2

Cuadro 9.b. Redes Sociales de la población de adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.

Variables	Sin Maltrato n=159 Frecuencia (%)	Maltrato n=230 Frecuencia (%)	Valor de p
Le visitan sus familiares o amigos			
Si	70 (44.0)	82 (35.6)	0.096
Relación con la persona que le visita	n=70	n=82	
Hijos	51 (72.8)	55 (67.0)	0.383*
Hermana	9 (12.9)	9 (11.0)	0.392 ^f
Otros parientes	7 (10.0)	8 (9.8)	
Otras personas	3 (4.3)	10(12.2)	
Frecuencia con que le visitan			
Diario	29 (41.4)	30 (36.5)	0.300
Cada 8 días	35 (50.0)	38 (46.4)	
Cada mes	6 (8.6)	14(17.1)	
Tipo de apoyo que recibe de quien le visita			
Instrumental	23 (32.8)	20 (24.4)	0.330*
Económico	24 (34.3)	26 (31.7)	0.334 ^f
Afectivo	23 (32.9)	36 (43.9)	
Le llaman por teléfono	n=159	n=230	
Si	34 (21.4)	47 (20.4)	0.821
Relación con la persona que le llama por teléfono	n=34	n=47	
Hijos	20 (58.8)	23 (49.0)	0.190*
Hermana	7 (20.6)	6 (12.8)	0.199 ^f
Otros parientes	6 (17.6)	10 (21.2)	
Otras personas	1 (3.0)	8 (17.0)	
Frecuencia con la que le llaman			
Diario	19 (55.9)	24 (51.0)	0.531*
Cada 8 días	11 (32.3)	13 (27.7)	0.539 ^f
Cada mes	4 (11.8)	10 (21.3)	
Tipo de apoyo que recibe de quien le llama			
Instrumental	9 (26.5)	13 (27.7)	0.920*
Económico	7 (20.6)	8 (17.0)	0.910 ^f
Afectivo	18 (52.9)	26 (55.3)	

*Chi2

^fFisher's

Cuadro 9.c. Redes Sociales de la población de adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS según maltrato. Distrito Federal, 2006-2007.

Variables	Sin Maltrato n=159 Frecuencia (%)	Maltrato n=230 Frecuencia (%)	Valor de p
Alguien le ayuda a resolver sus problemas			
Si	131 (82.4)	151 (65.6)	0.000
Relación con la persona que le ayuda a resolver sus problemas	n=131	n=151	
Esposa	30 (22.9)	33 (21.9)	0.710*
Hijos	91 (69.5)	107 (70.9)	0.824 ^f
Hermana	5 (3.8)	4 (2.6)	
Otros parientes	5 (3.8)	5 (3.3)	
Otras personas	0 (0.0)	2 (1.3)	
Frecuencia con la que le ayudan a resolver sus problemas			
Diario	112 (85.5)	134 (88.7)	0.415
Cada mes	19 (14.5)	17 (11.3)	
Tipo de apoyo que recibe de quien le ayuda a resolver su problema			
Instrumental	47 (36.0)	89 (58.9)	0.000*
Económico	42 (32.0)	59 (39.1)	0.000^f
Afectivo	42 (32.0)	3 (2.0)	
todo			
*Chi2			
^f Fisher'			

Cuadro 10. Diferencia entre RM_{M-H} vs. RM_{CRUDA} de la variable ausencia de redes sociales ajustada por las variables del adulto mayor.

Análisis Estratificado

Características/factores de riesgo	RM_{CRUDA}	95% IC	Valor de p
Redes sociales de apoyo			
Si	1.0		
No	4.68	1.3, 16.10	0.014
Edad			
60-69	1.0		
70-79	1.02	.63, 1.65	0.913
≥80	.97	.56, 1.68	0.939
Sexo			
Masculino	1.0		
Femenino	2.43	1.48, 3.99	0.000
Estado civil			
Pareja	.54 [§]	.35, .82	0.004
Sin pareja	1.0		
Escolaridad (años de estudio)			
0-3	1.81	.87, 3.75	0.108
4-9	1.35	.63, 2.87	0.431
≥10	1.0		
Nivel socioeconómico			
Bueno	1.0		
Regular	.99	.59, 1.66	0.980
malo	1.20	.55, 2.60	0.640
Co morbilidad			
Enfermedad crónica			
No	1.0		
Si	1.17	.70, 1.96	0.543
Salud Mental			
Depresión			
No	1.0		
Si (punto de corte de >5 Yesavage versión corta)	2.27	1.37, 3.75	0.001
Ansiedad			
No	1.0		
Si (Goldberg)	1.95	1.26, 3.01	0.003
Funcionalidad y estado cognitivo			
Funcionalidad actividades básicas de la vida diaria			
Independencia	1.0		
Dependencia (Barthel <80 puntos)	2.08	.80, 5.44	0.132
Deterioro cognitivo			
No	1.0		
Si (Minimental Folstein ≤24 puntos)	1.43	.95, 2.16	0.084
Discapacidad			
No	1.0		
Si	1.22	.79, 1.88	0.356
Consumo de bebidas alcohólicas			
No	1.0		
Si	.72	.42, 1.25	0.249

^a RM = razón de momios

[§] Factor protector para presentar maltrato en el adulto mayor

Cuadro 11. Diferencia entre RM_{M-H} vs. RM_{CRUDA} de la variable ausencia de redes sociales ajustada por las variables del cuidador primario informal.

Análisis Estratificado

Características/factores de riesgo	RM_{CRUDA}	95% IC	Valor de p
Redes sociales de apoyo			
Si	1.0		
No	4.68	1.3, 16.10	0.014
Edad			
<39	1.74	.98, 3.09	0.058
40-59	1.79	1.13, 2.82	0.013
≥ 60	1.0		
Sexo			
Masculino	1.0		
Femenino	.95	.60, 1.49	0.841
Estado civil			
Pareja	1.0		
Sin pareja	.66	.41, 1.04	0.078
Escolaridad (años de estudio)			
0-3	.96	.55, 1.69	0.909
4-9	1.29	2.09	0.296
≥ 10	1.0		
Co morbilidad			
Enfermedad crónica			
No	1.0		
Si	.63 [§]	.42, .96	0.033
Salud Mental			
Ansiedad (Goldberg)			
No	1.0		
Si	1.19	.77, 1.83	0.425
Depresión			
No	1.0		
Si	1.80	.92, 3.49	0.082
Problemas psicosociales			
No	1.0		
Si (punto de corte de ≥5 GHQ28)	1.51	.98, 2.33	0.059
Hábitos			
Consumo de bebidas alcohólicas			
No	1.0		
Si	1.19	.75, 1.87	0.446
Consumo de drogas			
No	1.0		
Si	.86	.13, 5.54	0.875

^a RM = razón de momios

[§] Factor protector para presentar maltrato en el adulto mayor

Cuadro 12. Diferencia entre RM_{M-H} vs. RM_{CRUDA} de la variable ausencia de redes sociales ajustada por las variables relacionadas con la familia.

Análisis Estratificado

Características/factores de riesgo	RM_{CRUDA}	95% IC	Valor de p
Redes sociales de apoyo			
Si	1.0		
No	4.68	1.3, 16.10	0.014
Número de integrantes			
1 integrante	1.37	.69, 2.72	0.363
2 integrantes	.97	.62, 1.52	0.916
>3 integrantes	1.0		
Tipos de familia			
Nuclear incompleta	.72	.42, 1.24	0.246
Nuclear completa	.79	.43, 1.45	0.460
Extensa compuesta	1.0		
Diádica	1.52	.76, 3.05	0.234
Solo	1.29	.63, 2.64	0.469
Cohesión familiar (categorías)			
Familia no relacionada	6.68	2.53, 17.62	0.000
Familia semi relacionada	2.23	.93, 5.33	0.069
Familia relacionada	1.0		
Familia aglutinada	1.04	.61, 1.77	0.864
Adaptabilidad familiar (categorías)			
Familia caótica	2.00	1.03, 3.88	0.040
Familia flexible	.93	.50, 1.72	0.838
Familia estructurada	1.0		
Familia rígida	.73	.41, 1.29	0.283

^a RM = razón de momios

Cuadro 13. Factores asociados al maltrato en adultos mayores usuarios de los servicios de primer nivel de atención del IMSS. Distrito Federal, 2006-2007.

ANÁLISIS MULTIVARIADO POR GRUPOS

	MODELO I*		MODELO II**		MODELO III***		MODELO IV COMPLETO	
Características	RM^a (95% IC)	Valor de p	RM^a (95% IC)	Valor de p	RM^a (95% IC)	Valor de p	RM^a (95% IC)	Valor de p
Redes sociales de apoyo								
no	4.38(1.21, 15.80)	0.024	4.49(1.28, 15.74)	0.019	4.26(1.19, 15.30)	0.026	4.14(1.12, 15.28)	0.033
si	1.0							
CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR								
Sexo								
Masculino	1.0						1.0	
Femenino	1.88 (1.09, 3.22)	0.022					2.14(1.21, 3.79)	0.009
Edad								
60-69 años	1.0						1.0	
70-79 años	.97(.58, 1.60)	0.914					.93 (.55, 1.57)	0.804
≥ 80	.77(.42, 1.42)	0.417					.72 (.38, 1.36)	0.318
Estado civil								
Pareja	0.62(.38, 1.01)	0.059					.53 (.31, .92) [§]	0.024
Sin pareja	1.0						1.0	
Condición psicológica								
Sin ansiedad y depresión	1.0						1.0	
Ansiedad y depresión	2.84(1.55, 5.19)	0.001					2.02 (1.07, 3.82)	0.030
Ansiedad o depresión	1.12 (.66, 1.92)	0.660					1.11 (.63, 1.95)	0.715
Deterioro cognitivo								
Si	1.13(.73, 1.77)	0.568					1.14 (.72, 1.81)	0.594
No	1.0						1.0	
CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES								
Sexo								
Masculino			1.0					
Femenino			0.70 (.41, 1.17)	0.181				
Edad								
≥39			2.36 (1.26, 4.44)	0.007				
40-59			2.29(1.36, 3.84)	0.002				
≥60			1.0					
Estado civil								
Pareja			1.0				1.0	
Sin pareja			.56 (.34, .92)	0.023			.49 (.28, .85)	0.011
Depresión								
Si			1.99(1.00, 3.94)	0.047			1.69 (.80, 3.54)	0.165
No			1.0				1.0	
Consumo de alcohol.								
Si			1.15 (.72, 1.84)	0.543				
No			1.0					
CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA								
Tipo De familia								
Nuclear incompleta					.73 (.41, 1.29)	0.287		
Nuclear completa					.95 (.50, 1.78)	0.879		
Extensa compuesta					1.0			
Diádica					1.57 (.76, 3.24)	0.223		
Solo					1.23 (.58, 2.60)	0.581		
Cohesión familiar (categorías)								
Familia no relacionada					5.49 (2.01, 15.00)	0.001	5.21 (1.88, 14.40)	0.001
Familia semirelacionada					1.98 (.81, 4.83)	0.130	1.71 (.67, 4.34)	0.254
Familia relacionada					1.0		1.0	
Familia aglutinada					1.09 (.62, 1.89)	0.756	1.15 (.65, 2.04)	0.620
Adaptabilidad familiar (categorías)								
Familia caótica					1.22 (.57, 2.58)	0.602		
Familia flexible					.84 (.44, 1.59)	0.595		
Familia estructurada					1.0			
Familia rígida					.75 (.42, 1.35)	0.347		

^a RM = razón de momios

[§] Factor protector para presentar maltrato en el adulto mayor

* Grupo de variables del adulto mayor

** Grupo de variables del cuidador

*** Grupo de variables de la familia

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Coordinación de Investigación en Salud
Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud
Proyecto: Maltrato en el adulto mayor



Carta de consentimiento informado

FOLIO _____

ADULTO MAYOR _____	CUIDADOR _____						
NOMBRE ENTREVISTADO: _____							
FECHA DE ELABORACION	<table border="0"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>				Día	Mes	Año
Día	Mes	Año					

Por medio de esta carta nos dirigimos a usted para solicitar su consentimiento para participar en este estudio, en el cual estamos investigando factores que se relacionen al maltrato en los Adultos Mayores.

Este estudio no le causara ningún daño, ni repercusiones en su atención medica. Por el contrario, este estudio es de gran importancia porque al identificar los factores que se asocian al maltrato en el adulto mayor, se podrán realizar en el futuro programas de prevención y atención a las personas que se encuentren en esta situación.

Para ello requerimos que usted nos conteste:

- ♦ Un cuestionario sobre algunas características generales de usted, como son su nombre, domicilio, edad, antecedentes de enfermedades, tabaquismo y consumo de alcohol.
- ♦ Requerimos también de información sobre otros datos adicionales como son pruebas del estado cognitivo, capacidad par realizar algunas actividades. Algunas características de su familia y presencia de depresión. También se le preguntara, sobre situaciones de maltrato.
- ♦ La información que se obtenga de este estudio será confidencial y es para fines de investigación, por lo cual, su nombre no será mencionado en ninguna publicación o uso de la información.
- ♦ Cabe mencionar que usted tiene el derecho de contestar libremente las preguntas, o decidir no contesta, en caso de sentirse incomodo ante alguna pregunta.

Acepto participar en el estudio:

ENTREVISTADO

TESTIGO

--

Firma

--

Firma

Nombre _____

Nombre _____

Fecha _____

NOTA IMPORTANTE: cualquier problema relacionado con el estudio, usted puede comunicarse con la Lic. Sara Torres Castro (responsable de la investigación) al Teléfono: 56276900 Ext. 21064-2



ADULTO MAYOR

17. ¿Cuál es su estado civil actualmente?

- (1) Casado (a)
(2) Unión libre
(3) Soltero(a)
(4) Divorciado(a) / viudo(a)

IV. DATOS DE OCUPACIÓN

18. ¿A qué se dedica?

- (1) Trabajo remunerado
(2) Actividades del hogar
(3) No remunerado
(4) Jubilado
(5) Pensionado
(8) Otra (especifique)

19. En su trabajo usted es:

- (1) Patrón (a) o empresario (a)
(2) Profesionalista independiente
(3) Empleado (a)
(4) Obrero (a) (especifique)
(5) Jornalero (a) o campesino (a)
(6) Miembro de una cooperativa de producción
(7) Trabajador (a) por cuenta propia
(8) Vía pública (puesto semifijo o vendedor ambulante)
(9) En un establecimiento fuera de su vivienda
(10) En un establecimiento en su propia vivienda
(11) Trabajador (a) no remunerado (a) (trabajo familiar sin pago)
(77) No aplica

V. CONDICIONES DE APOYO FAMILIA

20. ¿Vive usted solo?

- (1) Si **Pase a la pregunta 23**
(2) No

21. ¿Cuántas personas viven en su casa?

VI. ESTRUCTURA FAMILIAR

22. ¿Con quién vive?

Núm. de Integrante	Nombre	Parentesco con el paciente adulto mayor	Edad Años	Meses	Sexo	ESCOLARIDAD (Último grado aprobado)	Ocupación	Estado civil
01	¿Quién es el jefe de su familia?					* **		
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								

Parentesco (01) Espos@ (02) Hij@ (03) Herman@ (04) Niet@ (05) Sobrni@ (06) Padre/madre (07) Tios/primos (08) Yerno/nuera (66) Otros (99) No sabe Sexo (1) Masculino (2) Femenino	*Escolaridad (1) Ninguno (2) Primaria (3) Secundaria o equivalente (4) Preparatoria o equivalente (5) Licenciatura (77) No aplica (99) No sabe **Indicar el ultimo año aprobado	Ocupación (01) Ama de casa (02) Campesino (03) Servicios (04) Obrero (05) Empleado (06) Comerciante (07) Profesionista (08) Estudiante (09) Desempleado (10) Jubilado o pensionado (11) Técnico (66) Otros (77) No aplica (99) No sabe	Estado civil (01) Casado (02) Soltero (03) Madre soltera (04) Unión libre (05) Viudo (06) Divorciado y/o separado (77) No aplica (99) No sabe
---	---	---	--

23. ¿Quién le ayuda en.....

La preparación de alimentos ☐☐☐

El cuidado de la ropa ☐☐☐

El cuidado de la casa ☐☐☐

En los gastos familiares ☐☐☐

(77) No aplica ☐☐☐

24. ¿Quién le apoya a usted para el cuidado de su salud?

☐☐☐

☐☐☐

☐☐☐

(77) No aplica ☐☐☐

VII. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS
25. ¿Padece alguna enfermedad crónica?

(1) Sí (2) No ☐☐

Enfermedad (1) Sí (2) No (7) No aplica	¿Desde que edad? (77) No aplica	¿Recibe tratamiento? (1) Sí (2) No (7) No aplica	¿En dónde le atienden? (Institución de salud)
1. Fibrilación auricular	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	(01) IMSS ☐ ☐ ☐
2. Hipertensión	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	(02) ISSSTE ☐ ☐ ☐
3. Falla cardíaca	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	(03) SSA ☐ ☐ ☐
4. Infarto al miocardio	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	(04) DIF ☐ ☐ ☐
5. Angina	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	(05) PEMEX ☐ ☐ ☐
6. Diabetes documentada y/o tratada	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	(06) Particular ☐ ☐ ☐
7. Colesterol alto	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	(07) Cruz Roja ☐ ☐ ☐
8. EVC	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	(08) Marina/Defensa ☐ ☐ ☐
9. Insuficiencia renal	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	(09) Organización gubernamental ☐ ☐ ☐
10. Otras	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	(10) INI (Instituto Nacional Indigenista) ☐ ☐ ☐
			(11) SEP (Secretaría de Educación Pública) ☐ ☐ ☐
			(12) DDF (Departamento del Distrito Federal) ☐ ☐ ☐
			(88) Otro ☐ ☐ ☐
			Especifique ☐ ☐ ☐
			(77) No aplica ☐ ☐ ☐
			(99) No sabe ☐ ☐ ☐

26. ¿Con qué frecuencia va a consulta?

☐☐☐

☐☐☐

(77) No aplica ☐☐☐

27. ¿Usted tiene alguna discapacidad? _ _ (1) Sí (2) No Pase a la pregunta 32	28. ¿Qué tipo de discapacidad tiene? _ _ (01) Moverse, caminar o lo hace con ayuda (02) Usar sus brazos y manos (03) Es sordo(a) o usa un aparato para oír (04) Es mudo(a) (05) Es ciego(a) o sólo ve sombras (06) Tiene algún retraso o deficiencia mental (66) Tiene otra limitación (especifique) (77) No aplica																																								
29. ¿Cual fue la causa de la discapacidad? _ _ (01) Porque nació así (02) Por una enfermedad (03) Por un accidente (04) Por alcohol o drogas (05) Por edad avanzada (66) Por otra causa (especifique)	30. ¿A qué edad inició la discapacidad? Años _ _ meses _ _																																								
31. ¿Dónde lo(la) atendieron o lo(la) atienden por su discapacidad? _ _ _ _ _ _ (77) No aplica																																									
32-. En general usted diría que su salud es: _ _ (1)excelente (2)muy buena (3)buena (4)regular (5)mala	33. Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año? _ _ (1)mucho mejor ahora que hace un año (2)algo mejor ahora que hace un año (3)más o menos igual que hace un año (4)algo peor ahora que hace un año (5)mucho pero ahora que hace un año																																								
34-. ¿Cuál es su peso actual? _ _ . _ _ Kilogramos	35. ¿Cuál es su estatura? _ _ . _ _ centímetros																																								
36. ¿Cuántos días a la semana descansa? _ _ Días																																									
37. ¿Durante la semana dedica tiempo a actividades recreativas culturales, familiares o de esparcimiento? _ _ (1) Si (2) No ¿Cuáles? → <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Actividad</th> <th colspan="3">Frecuencia</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">(veces)</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left; height: 25px;">_____</td> <td>_ _</td> <td>_ _</td> <td>_ _</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Días</td> <td>Semana</td> <td>Mes</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; height: 25px;">_____</td> <td>_ _</td> <td>_ _</td> <td>_ _</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Días</td> <td>Semana</td> <td>Mes</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; height: 25px;">_____</td> <td>_ _</td> <td>_ _</td> <td>_ _</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Días</td> <td>Semana</td> <td>Mes</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; height: 25px;">_____</td> <td>_ _</td> <td>_ _</td> <td>_ _</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Días</td> <td>Semana</td> <td>Mes</td> </tr> </tbody> </table>		Actividad	Frecuencia			(veces)				_____	_ _	_ _	_ _		Días	Semana	Mes	_____	_ _	_ _	_ _		Días	Semana	Mes	_____	_ _	_ _	_ _		Días	Semana	Mes	_____	_ _	_ _	_ _		Días	Semana	Mes
Actividad	Frecuencia																																								
(veces)																																									
_____	_ _	_ _	_ _																																						
	Días	Semana	Mes																																						
_____	_ _	_ _	_ _																																						
	Días	Semana	Mes																																						
_____	_ _	_ _	_ _																																						
	Días	Semana	Mes																																						
_____	_ _	_ _	_ _																																						
	Días	Semana	Mes																																						

VIII. CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA, ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y AMBIENTE:

38. ¿Cuántas habitaciones tiene la casa (sin contar cocina y baños)?		_ _	
39. ¿De éstos, cuántos se ocupan como dormitorios?		_ _	
Hacinamiento _____		40. ¿De qué manera se abastecen de agua? (1) Dentro de la vivienda (2) Fuera de la vivienda, pero dentro del predio (3) De la llave pública o hidrante (4) No dispone de agua entubada	
41. ¿En su vivienda para ir al baño con qué cuenta? (1) Excusado de agua corriente (2) Fosa séptica (3) Al aire libre		42. ¿Qué combustible usa para cocinar? (1) Gas LP (2) Petróleo (3) Leña (8) Otros _____ (especifique)	
43. ¿Cocina en el mismo lugar donde duermen? (1) Si (2) No		44. ¿De qué material es el piso de su casa? (1) Mosaicos (2) Cemento (3) Tierra (8) Otros _____ (especifique)	
45. ¿De qué material son los techos? (1) Losa (2) Teja (3) Asbesto (4) Cartón		46. ¿Dónde usted vive es? (1) Casa sola (2) Departamento (3) Vecindad (8) Otros _____ (especifique)	
47. ¿La casa donde usted vive es? (1) Propia (2) Rentada (3) Prestada (8) Otros _____ (especifique)		48. ¿Cuál es el ingreso mensual de la familia? (9) No sabe \$ _ _ , _ _ . _ _	
49. ¿Cuenta con los siguientes objetos? (1) Sí (2) No		50. ¿Cuánto gasta mensualmente en? (8) No sabe	
1) Auto	_	1) Alimentos	\$
2) Lavadora	_	2) Vestido	\$
3) Refrigerador	_	3) Vivienda	\$
4) Estufa	_	4) Transporte	\$
5) Televisión	_	5) Recreación	\$
6) Computadora	_	6) Servicios médicos:	
		Consulta	\$
		Medicamentos	\$

51. ¿Quién se desempeña como jefe de familia en su hogar?

(1) El entrevistado → Pase a la pregunta 49

(2) Su pareja

(3) Otra persona _____

(especifique)

(4) Otro familiar _____

(especifique)

(9) No responde

52. ¿Qué edad tiene el jefe de familia? Años Meses (7) No aplica (9) Lo ignora _

1) Primaria	Grado 	Años 	
2) Secundaria			
3) Técnica			
4) Preparatoria			
5) Profesional			

X. HÁBITOS

57. ¿Ha fumado usted alguna vez en su vida? (1) Si (2) No	58. ¿A que edad empezó a fumar?
--	--

61. ¿Acostumbra ingerir bebidas alcohólicas?

(1) Si

(2) No

63. ¿Con que frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

(1) Diariamente	(5) Ocasionalmente, días especiales
(2) Una vez por semana	(6) Dos o tres veces al mes
(3) Dos veces por semana	(7) Una vez al mes
(4) Una o dos veces por semana	(77) No aplica

64. ¿Ha consumido algún tipo de droga (como marihuana, cocaína u otra) antes de enfermarse? _ (1) Si (2) No Pase a la pregunta 66									
65. ¿Con qué frecuencia la consume? _ _ (1) Cinco o más veces al día (2) De tres a cuatro veces al día (3) Dos veces al día (4) Una vez al día (5) De cuatro a seis veces a la semana (6) De una a tres veces a la semana (7) De dos a tres veces al mes (8) Alrededor de una vez al mes (77) No aplica (99) No responde									
XI. ACTIVIDAD FÍSICA									
66. ¿Acostumbra practicar algún deporte? _ (1) Si (2) No Pase a la pregunta 71	67. ¿Desde cuándo lo practica? (77) No aplica _ _ 								
68. ¿Qué deporte o ejercicio practica? _ _ (77) No aplica 	69. ¿Con qué frecuencia lo practica? _ _ (77) No aplica _ _ Veces /día _ _ Veces /semana _ _ Veces /mes								
70. ¿Qué tiempo practica el ejercicio en cada ocasión? (77) No aplica _ _ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Horas</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Minutos</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> </table>		Horas	Minutos						
Horas	Minutos								

XII. ESTADO NUTRICIONAL

71. ¿Cuántas comidas realizó usted el día de ayer?

Solicitar al paciente entrevistado describa los alimentos y bebidas que consumió el día de ayer

DESAYUNO:

Nombre del alimento	Ingredientes	Especificar cantidad

COMIDA:

CENA O MERIENDA:

72. ¿Consumió usted alimentos y bebidas entre comidas? (1) Sí (2) No Describalos brevemente

Nombre del alimento	Ingredientes(o forma de preparación)	Especificar cantidad

73. Tiene o tuvo el día de ayer algún síntoma (malestar)? (1) Sí (2) No Describalos brevemente

En caso de respuesta afirmativa:

67.1 ¿Cuál? _____

74. ¿Los alimentos que me refirió, son los que consume (1) Sí (2) No

en un día habitual sin la presencia de los síntomas que refirió? _____
(Mencionar los síntomas)

75. Toma usted algún tipo de vitaminas? (1) Sí (2) No

En caso de respuesta afirmativa:

76 ¿Cuál? _____

Observaciones: _____

XIII. REDES SOCIALES

77. ¿Pertenece a algún grupo (club social, eclesiástico, etc.)? (1) Sí (2) No

Nombre	Relación	Frecuencia	Tiempo	Tipo de apoyo
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	

78. ¿Cuándo va a consulta alguien lo acompaña? (1) Sí (2) No

Nombre	Relación	Frecuencia	Tiempo	Tipo de apoyo
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	

79. ¿Lo visitan sus familiares y/o amigos? (1) Sí (2) No

Nombre	Relación	Frecuencia	Tiempo	Tipo de apoyo
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	

80. Quiénes de sus familiares y/o amigos le llaman por teléfono?

Nombre	Relación	Frecuencia	Tiempo	Tipo de apoyo
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	
			hrs min	

81. Cuando tiene algún problema ¿quién le ayuda a resolverlo?

Nombre	Relación	Frecuencia	Tipo de apoyo

XIV. MOTIVO DE CONSULTA

82. ¿Cuál ha sido el motivo por el que acudió hoy a la clínica?

- (1) Consulta general
(2) Consulta de control
(3) Laboratorio, rayos x
(4) Medicina preventiva
(5) Medicina del trabajo
(6) Control de prestaciones

(1) Sí (2) No

- (8) Farmacia
(9) Dietología
(10) Psicología
(11) Dental
(12) Otros _____

(especifique)

83. ¿Con que frecuencia acude usted a la clínica?

Veces/día

Veces/semana

Veces/mes

XV. SALUD REPRODUCTIVA (Sólo para mujeres)

84. ¿A que edad tuvo su primera regla o menstruación?

- (00) No ha comenzado
(99) No sabe

85. ¿Ha estado usted embarazada alguna vez?

- (01) Sí
(02) No
(99) No sabe

86. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

87. ¿Cuántos abortos ha tenido?

- (00) Ninguno
(77) No aplica
(99) No sabe

88. ¿De estos embarazos cuántos nacieron vivos?

89. ¿Cuánto tiempo hace que dejó usted de reglar?

- (88) Aún está reglando
(99) No sabe

Años Meses

90. ¿Cuál fue la razón por la que usted dejó de reglar?

- (01) Por menopausia natural
(02) Le quitaron la matriz o los ovarios
(03) Recibió radiaciones en la pelvis
(04) Tomó medicamentos o quimioterapia
(05) Otras razones _____
(99) No sabe

(especifique)

91. ¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando dejó de reglar?

- (99) No sabe

Años _____

92. ¿Tuvo o tiene alguno de los siguientes síntomas?

- (01) Bochornos
(02) Insomnio
(03) Ansiedad
(04) Irritabilidad
(05) Urgencia urinaria
(06) Dispareunia (dolor cuando tiene relaciones sexuales)
(07) Trastornos menstruales
(08) Pérdida de vello púbico
(09) Cambios de ánimo
(10) No presenta síntomas

93. ¿Esta recibiendo tratamiento para éstos síntomas?

- (01) Si
(02) No,

¿Por qué?

94. ¿Qué tipo de tratamiento?

Duración Días _____

ESCALA DE MALTRATO	
Las siguientes preguntas son de experiencias que alla tenido a partir de que cumplio 60 años a la fecha.	
1. ¿Alguna vez la(o) ha lastimado alguien en su casa? _	
(01) Sí (02) No (09) Sin información	
2. ¿Alguna vez alguien le ha hablado o gritado en alguna forma en que lo haga sentir mal acerca de si mismo? _	3. ¿Alguna vez alguien ha tomado alguna cosa de usted o ha usado su dinero sin permiso? _
(01) Sí (02) No (09) Sin información	(01) Sí (02) No (09) Sin información
4. ¿Ha firmado usted algun documento que no entienda? _	5. ¿Le tiene miedo a alguien en su casa? _
(01) Sí (02) No (09) Sin información	(01) Sí (02) No (09) Sin información
6. ¿Alguna vez alguien lo (la) ha tocado sin su consentimiento? _	7. ¿Alguna vez alguien lo(a) ha hecho hacer cosas que usted no quiera hacer? _
(01) Sí (02) No (09) Sin información	(01) Sí (02) No (09) Sin información
8. ¿Permanece mucho tiempo solo(a)? _	9. ¿Alguna vez alguien se ha rehusado a ayudarlo (la)? _
(01) Sí (02) No (09) Sin información	(01) Sí (02) No (09) Sin información

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD – 28

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando la respuesta, que según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado.
Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.
Muchas gracias por su colaboración.

	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?				
2 ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?				
3 ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?				
4 ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
5 ¿Ha padecido dolores de cabeza?				
6 ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?				
7 ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?				

TOTAL DE SINTOMAS SOMÁTICOS: _____

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?				
2 ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?				
3 ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
4 ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?				
5 ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?				
6 ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?				
7 ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?				

TOTAL DE ANSIEDAD-INSOMNIO: _____

	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?				
2 ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?				
3 ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?				
4 ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?				
5 ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?				
6 ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
7 ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?				

TOTAL DE DISFUNCIÓN SOCIAL: _____

D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?				
2 ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?				
3 ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?				
4 ¿Ha pensado en la posibilidad de “ quitarse de en medio”?				
5¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?				
6¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?				
7¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?				
TOTAL DE DEPRESIÓN: _____				

Escala de cohesión y adaptabilidad (FACESIII)					
	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí					
2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11.- Nos sentimos muy unidos					
12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
14.- En nuestra familia las reglas cambian					
15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18.- En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad					
19.- La unión familiar es muy importante					
20.- Es difícil decir quién hace las labores del hogar					

TOTAL: _____

Escala Geriátrica de Depresión (Yesavage), versión corta		
	SI	NO
1.-¿Está básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2.-¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3.-¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.-¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.-¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6.-¿Teme que le pase algo malo?	1	0
7.-¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8.-¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9.-¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10.-¿Cree tener más problema de memoria que el resto de la gente?	1	0
11.-¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12.-¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13.-¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14.-¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15.-¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
PUNTUACIÓN TOTAL _____		

ESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG		
Nos gustaría que contestara las siguientes preguntas, por favor conteste cada una de ellas.		
	SI (1)	NO (0)
1.- ¿se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿ha tenido dificultad para relajarse?		

(si se ha contestado "sí" a dos de estas preguntas, continúe)

	SI (1)	NO (0)
5.- ¿ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas: mareos, temblores, hormigueos, sudores, micción frecuente, diarrea?		
8.- ¿ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿ha tenido dificultad para dormirse?		

TOTAL: _____

INDICE DE BARTHEL	
1.- Baño/Ducha	Puntos
Independiente.- se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente	5
Dependiente	0
2.- Vestido	
Independiente.- se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos, botones	10
Ayuda.- necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de tareas en un tiempo razonable sin ayuda	5
Dependiente	0
3.- Aseo personal	
Independiente.- se lava la cara, manos y dientes. Se afeita, se peina	5
Dependiente	0
4.- Uso del retrete	
Independiente.- usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo	10
Ayuda.- necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse/quitar la ropa	5
Dependiente	0
5.- Uso de escaleras	
Independiente.- sube o baja escaleras sin supervisión, aunque uso la barandilla o bastones	10
Ayuda.- necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras	5
Dependiente	0
6.- Traslado sillón-cama	
Independiente.- no necesita ayuda. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente	15
Mínima ayuda.- necesita una mínima ayuda (Física o verbal) o supervisión	10
Gran ayuda.- es capaz de sentarse, pero necesita mucha ayuda para el traslado	5
Dependiente.- no se mantiene sentado	0
7.- Desplazamiento	
Independiente.- camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón, excepto andador	15
Ayuda.- puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión (física o verbal)	10
Independiente en silla de ruedas.- propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros	5
Dependiente	0
8.- Control de orina (se evalúa la semana anterior)	
Continente.- no presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, se cuida solo	10
Incontinencia ocasional.- episodios ocasionales, con una frecuencia máxima de 1/24 horas	5
Incontinente.- episodios de incontinencia con frecuencia > 1 vez al día	0
9.- Control de heces (se evalúa en el mes anterior)	
Continente.- no presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se arregla sólo	10
Incontinente ocasional.- episodios ocasionales 1 vez/semana. Ayuda para usar enemas o supositorios	5
Incontinente	0
10.- Alimentación	
Independiente.- capaz de utilizar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable	10
Ayuda.- necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla, usar condimentos	5
Dependiente	0
Puntuación total	

EXAMEN MINIMENTAL		Calificación												
Se dará un punto por cada respuesta correcta.														
I. ORIENTACIÓN 1. ¿Qué fecha es hoy? 2. Respuesta Real <table border="0"> <tr> <td><u> </u><u> </u></td> <td><u> </u><u> </u></td> <td><u> </u><u> </u></td> <td><u> </u><u> </u></td> <td><u> </u><u> </u></td> <td><u> </u><u> </u></td> </tr> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> </table> 88. No sabe 99 No responde		<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	día	mes	año	día	mes	año	()
<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>									
día	mes	año	día	mes	año									
2. ¿Qué día de la semana es? Respuesta _____ Real _____ 88. No sabe 99 No responde		()												
3. ¿Qué hora es aproximadamente (horas, minutos)? Respuesta _____ Real _____ 88. No sabe 99 No responde		()												
ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO 4. ¿En donde estamos ahora? Respuesta _____ Real _____ 88. No sabe 99 No responde		()												
5.- ¿En que piso/ o departamento estamos ahora? Respuesta _____ Real _____ 88. No sabe 99 No responde		()												
6.- ¿Qué colonia es esta? Respuesta _____ Real _____ 88. No sabe 99 No responde		()												
7. ¿Qué ciudad es esta? Respuesta _____ Real _____ 88. No sabe 99 No responde		()												
8.- ¿En qué país? Respuesta _____ Real _____ 88. No sabe 99 No responde		()												
II. REGISTRO O FIJACIÓN. 9. Le voy a decir tres objetos, cuando yo termine de decirlos quiero por favor que usted los repita: PAPEL.....BICICLETA.....CUCHARA Ahora dígalos usted: <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Incorrecto</td> <td>Correcto</td> </tr> <tr> <td>Papel</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Bicicleta</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Cuchara</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </table>			Incorrecto	Correcto	Papel	0	1	Bicicleta	0	1	Cuchara	0	1	()
	Incorrecto	Correcto												
Papel	0	1												
Bicicleta	0	1												
Cuchara	0	1												
III CONCENTRACIÓN Y CALCULO 10.- Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100 ¿Cuántas le van quedando? 100 93 86 79 (5 restas) 72 65 10. a. Le voy a pedir que reste de 3 en 3 a partir del 20 20 17 14 (5 restas) 11 8 5		()												

IV LENGUAJE				
11.- "Le voy a dar algunas instrucciones; por favor sígalas exactamente en el orden en que se las voy a decir solo puedo decirlas una vez:" "Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en la mesa." Respuesta				
Tomar el papel con la mano derecha	0	Incorrecto 1	Correcto	
Doblar por la mitad	0	1		()
Ponerlo en la mesa	0	1		
12.- Preséntele a la persona el letrero y dígame lo siguiente "Le voy a pedir que lea esto y haga lo que dice la frase:" (NOTA 1) Respuesta: (LETRERO)				()
"Cerrar los ojos"	0	Incorrecto 1	Correcto	
13.- "Quiero Que por favor escriba una frase que diga un mensaje, "cualquier idea que se le ocurra" (atrás de esta hoja) Respuesta				()
Frase completa	0	Incorrecto 1	Correcto	
14.- Muestre un reloj y diga ¿Qué es esto? Respuesta				()
Reloj	0	Incorrecto 1	Correcto	
15.- Muestre un lápiz y diga ¿Y esto? Respuesta				()
Lápiz	0	Incorrecto 1	Correcto	
16.- "Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí, se la voy a decir una vez, así que por favor ponga mucha atención": "Ni no, ni si, ni pero." Respuesta _____ Real _____				()
V. MEMORIA DIFERIDA				
17.- Dígame los tres objetos que le mencioné al principio				()
Papel	0	Incorrecto 1	Correcto	
Bicicleta	0	1		
Cuchara	0	1		
18.- Le voy a pedir que copie este dibujo tal como está (NOTA 2) Respuesta				()
Dibujo	0	Incorrecto 1	Correcto	
Puntuación total:				

Observaciones _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 Coordinación de Investigación en Salud
 Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud
Proyecto: Maltrato en el adulto mayor
CUIDADOR

**I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**1. Número de: **FOLIO** _____2. Unidad de atención:
 3. Fecha de elaboración: *Día* *Mes* *Año* *Hora* *Minutos*

4. Nombre del encuestador: _____

II. UBICACIÓN DEL CUIDADOR DEL PACIENTE

(LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y ÚNICAMENTE SERÁ USADA CON FINES ESTADÍSTICOS)

5. Nombre del cuidador: _____

6. Sexo 1) Masculino 2) Femenino

7. Domicilio (donde radica actualmente)

 Calle No. Colonia

 Delegación Ciudad

 C.P.

8. Teléfono

9. ¿Cuánto tiempo tiene viviendo en el domicilio actual?

 Años Meses
III. DATOS GENERALES

10. Edad: (años cumplidos)

11. Fecha nacimiento:

 Día Mes Año

12. Lugar de nacimiento:

13. ¿Cuánto tiempo tiene viviendo en la Cd. de México?

14. ¿Sabe leer y escribir?

(1) Si (2) No

Pase a la pregunta 17

15. ¿Cuántos años de estudio completó usted?

(77) No aplica

16. ¿Cuál fue el último año que cursó?

	Grado	Años
1) Primaria		
2) Secundaria		
3) Técnica		
4) Preparatoria		
5) Profesional		
6) Posgrado		

17. ¿Cuál es su estado civil actualmente?

- (1) Casado (a) por el civil
 (2) Casado (a) por la iglesia
 (3) Casado (a) por el civil y por la iglesia
 (4) Unión libre

- (5) Soltero(a)
 (6) Divorciado (a)
 (8) Viudo(a)

☐

IV. DATOS DE OCUPACIÓN

18. ¿A qué se dedica? _____

- (1) Trabajo remunerado
 (2) Actividades del hogar
 (3) No remunerado
 (4) Jubilado
 (5) Pensionado
 (8) Otra (especifique) _____

☐
☐
☐
☐
☐

19. En su trabajo usted es:

- (1) Patrón (a) o empresario (a)
 (2) Profesionalista independiente
 (3) Empleado (a) _____
 (4) Obrero (a) _____ (especifique)
 (5) Jornalero (a) o campesino (a)
 (6) Miembro de una cooperativa de producción
 (7) Trabajador (a) por cuenta propia
 (8) Vía pública (puesto semifijo o vendedor ambulante)
 (9) En un establecimiento fuera de su vivienda
 (10) En un establecimiento en su propia vivienda
 (11) Trabajador (a) no remunerado (a) (trabajo familiar sin pago)
 (77) No aplica

☐

V. ESTRUCTURA FAMILIAR

20. ¿Con quién vive?

Núm. de Integrante	Nombre	Parentesco con el CUIDADOR	Edad Años	Meses	Sexo	ESCOLARIDAD (Último grado aprobado)	Ocupación	Estado civil
01	¿Quién es el jefe de su familia?					* ** ☐ ☐	☐	☐
02		☐	☐	☐	☐	☐ ☐	☐	☐
03		☐	☐	☐	☐	☐ ☐	☐	☐
04		☐	☐	☐	☐	☐ ☐	☐	☐
05		☐	☐	☐	☐	☐ ☐	☐	☐
06		☐	☐	☐	☐	☐ ☐	☐	☐
07		☐	☐	☐	☐	☐ ☐	☐	☐
08		☐	☐	☐	☐	☐ ☐	☐	☐
09		☐	☐	☐	☐	☐ ☐	☐	☐
10		☐	☐	☐	☐	☐ ☐	☐	☐

Parentesco
 (01) Padre
 (02) Madre
 (03) Hijo(a)
 (04) Hermano(a)
 (05) Abuelo(a)
 (06) Tio(a)
 (07) Pnmo(a)
 (08) Sobrino(a)
 (66) Otros
 (99) No sabe

Sexo
 (1) Masculino
 (2) Femenino

***PRIMER CUADRO**

(1) Ninguno
 (2) Primaria
 (3) Secundaria o equivalente
 (4) Preparatoria o equivalente
 (5) Licenciatura
 (77) No aplica
 (99) No sabe

Ocupación
 (01) Ama de casa
 (02) Campesino
 (03) Servicios
 (04) Obrero
 (05) Empleado
 (06) Comerciante
 (07) Profesionista
 (08) Estudiante
 (09) Desempleado
 (10) Jubilado o pensionado
 (11) Técnico
 (66) Otros
 (77) No aplica
 (99) No sabe

Estado civil
 (01) Casado
 (02) Soltero
 (03) Madre soltera
 (04) Unión libre
 (05) Viudo
 (06) Divorciado y/o separado
 (77) No aplica
 (99) No sabe

****SEGUNDO****CUADRO**

Indicar el ultimo año aprobado

VI. COMORBILIDA**21. ¿Padece alguna enfermedad crónica?**(1) Sí (2) No ☐

Enfermedad (1) Sí (2) No (7) No aplica	¿Desde que edad? (77) No aplica	¿Recibe tratamiento? (1) Sí (2) No (7) No aplica	¿En dónde le atienden? (Institución de salud)
1. Fibrilación auricular	☐	☐	(01) IMSS ☐
2. Hipertensión	☐	☐	(02) ISSSTE ☐
3. Falla cardíaca	☐	☐	(03) SSA ☐
4. Infarto al miocardio	☐	☐	(04) DIF ☐
5. Angina	☐	☐	(05) PEMEX ☐
6. Diabetes documentada y/o tratada	☐	☐	(06) Particular ☐
7. Colesterol alto	☐	☐	(07) Cruz Roja ☐
8. EVC	☐	☐	(08) Marina/Defensa ☐
9. Insuficiencia renal	☐	☐	(09) Organización gubernamental ☐
10. Otras	☐	☐	(10) INI (Instituto Nacional Indigenista) ☐
¿Cuál?			(11) SEP (Secretaría de Educación Pública) ☐
			(12) DDF (Departamento del Distrito Federal) ☐
			(88) Otro ☐ Especifique ☐
			(77) No aplica ☐
			(99) No sabe ☐

22. ¿Con qué frecuencia va a consulta?☐(77) No aplica ☐**23. ¿Ha recibido atención psicológica?**☐(1) Si
(2) No**24. ¿Ha recibido atención psiquiátrica?**☐(1) Si
(2) No

25. ¿Cuál fue el motivo de la atención? 	26. ¿Su médico familiar o alguno de estos especialistas le dijo que padecía de ansiedad? (1) Si (2) No																																				
27. ¿Ha recibido tratamiento para la ansiedad? _ (1) Si (2) No	28. ¿Actualmente continua con este tratamiento? _ (1) Si (2) No																																				
29. ¿Su médico familiar o alguno de estos especialistas le dijo que padecía de depresión? (1) Si _ (2) No	30. ¿Ha recibido tratamiento para la depresión? _ (1) Si (2) No																																				
31. ¿Actualmente continua con este tratamiento (para la depresión)? _ (1) Si (2) No																																					
VII. ACTIVIDADES EXTRA LABORALES																																					
32. ¿Cuántos días a la semana descansa? Días																																					
33. ¿Durante la semana dedica tiempo a actividades recreativas culturales, familiares o de esparcimiento? _ (1) Si (2) No ¿Cuáles? → <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Actividad (veces)</th> <th colspan="3">Frecuencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Días</td> <td style="text-align: center;">Semana</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Días</td> <td style="text-align: center;">Semana</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Días</td> <td style="text-align: center;">Semana</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Días</td> <td style="text-align: center;">Semana</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> </tr> </tbody> </table>		Actividad (veces)	Frecuencia				_	_	_		Días	Semana	Mes		_	_	_		Días	Semana	Mes		_	_	_		Días	Semana	Mes		_	_	_		Días	Semana	Mes
Actividad (veces)	Frecuencia																																				
	_	_	_																																		
	Días	Semana	Mes																																		
	_	_	_																																		
	Días	Semana	Mes																																		
	_	_	_																																		
	Días	Semana	Mes																																		
	_	_	_																																		
	Días	Semana	Mes																																		
VIII. HÁBITOS																																					
34. ¿Su dieta ha sufrido alguna modificación? _ (1) Si (2) No ¿Porqué? _ _ 	35. ¿Cuál fue la modificación? 																																				
36. ¿Ha fumado usted alguna vez en su vida? _ (1) Si (2) No	37. ¿A que edad empezó a fumar? _ _ 																																				
38. ¿Actualmente fuma? _ (1) Si (2) No pase a la pregunta 45	39. ¿Cuántos cigarrillos fuma ? al día a la semana al mes (77) No aplica 																																				
40. ¿Acostumbra ingerir bebidas alcohólicas? _ (1) Si (2) No																																					

41. ¿Qué tipo de bebida alcohólica ingiere principalmente? (1) Cerveza (2) Pulque (3) Brandy (4) Ron (5) Whisky (6) Vodka		(7) Vinos de mesa (sidra, vino tinto, blanco, rompopo) (8) Tequila (77) No aplica (88) Otro _____ (especifique)									
42. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas? (1) Diariamente (2) Una vez por semana (3) Dos veces por semana (4) Una o dos veces por semana		(5) Ocasionalmente, días especiales (6) Dos o tres veces al mes (7) Una vez al mes (77) No aplica									
43. ¿Cuándo fue la última vez que tomo bebidas alcohólicas? Días _____ Meses _____ Años _____											
44. ¿Ha consumido algún tipo de droga (como marihuana, cocaína u otra)? (1) Si (2) No		_____									
45. ¿Con qué frecuencia la consume? (1) Cinco o más veces al día (2) De tres a cuatro veces al día (3) Dos veces al día (4) Una vez al día (5) De cuatro a seis veces a la semana (6) De una a tres veces a la semana		(7) De dos a tres veces al mes (8) Alrededor de una vez al mes (77) No aplica (99) No responde									
46. ¿Qué droga a consumido? _____ _____ _____		47. ¿Cuándo fue la última vez que consumió drogas? Días _____ Meses _____ Años _____									
IX. ACTIVIDAD FÍSICA											
48. ¿Acostumbra practicar algún deporte? (1) Si (2) No		49. ¿Desde cuándo lo practica? _____ (77) No aplica									
50. ¿Qué deporte o ejercicio practica? (77) No aplica _____ _____		51. ¿Con qué frecuencia lo practica? (77) No aplica _____ Veces /día _____ Veces /semana _____ Veces /mes									
52. ¿Qué tiempo practica el ejercicio en cada ocasión?		(77) No aplica									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Horas</td> <td style="width: 50%;">Minutos</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Semana</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Mes</td> <td>_____</td> </tr> </table>				Horas	Minutos	Día	_____	Semana	_____	Mes	_____
Horas	Minutos										
Día	_____										
Semana	_____										
Mes	_____										
X. CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA, ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y AMBIENTE:											
53. ¿Cuántas habitaciones tiene la casa (sin contar cocina y baños)?		_____									
54. ¿De éstos, cuántos se ocupan como dormitorios?		55. ¿De qué manera se abastecen de agua?									
Hacinaamiento _____		(1) Dentro de la vivienda (2) Fuera de la vivienda, pero dentro del predio (3) De la llave pública o hidrante (4) No dispone de agua entubada									

56. ¿En su vivienda para ir al baño con qué cuenta? ☐ ☐ (1) Excusado de agua corriente (2) Fosa séptica (3) Al aire libre	57. ¿Qué combustible usa para cocinar? ☐ ☐ (1) Gas LP (2) Petróleo (3) Leña (8) Otros _____ ☐ ☐ ☐ (especifique)
58. ¿Cocina en el mismo lugar donde duermen? ☐ ☐ (1) Sí (2) No	59. ¿De qué material es el piso de su casa? ☐ ☐ (1) Mosaicos (2) Cemento (3) Tierra (8) Otros _____ ☐ ☐ ☐ (Especifique)
60. ¿De qué material son los techos? ☐ ☐ (1) Losa (2) Teja (3) Asbesto (4) Cartón	61. ¿Dónde usted vive es? ☐ ☐ (1) Casa sola (2) Departamento (3) Vecindad (8) Otros _____ ☐ ☐ ☐ (especifique)
62. ¿La casa donde usted vive es? ☐ ☐ (1) Propia (2) Rentada (3) Prestada (8) Otros _____ ☐ ☐ ☐ (especifique)	63. ¿Cuál es el ingreso mensual de la familia? (9) No sabe ☐ ☐ \$ ☐ ☐ ☐ , ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ ☐
64. ¿Cuenta con los siguientes objetos? (1) Sí (2) No	65. ¿Cuánto gasta mensualmente en? (8) No sabe ☐ ☐
1) Auto ☐ ☐ 2) Lavadora ☐ ☐ 3) Refrigerador ☐ ☐ 4) Estufa ☐ ☐ 5) Televisión ☐ ☐ 6) Computadora ☐ ☐	1) Alimentos \$ _____ 2) Vestido \$ _____ 3) Vivienda \$ _____ 4) Transporte \$ _____ 5) Recreación \$ _____ 6) Servicios médicos: Consulta \$ _____ Medicamentos \$ _____
XI. TIPO DE AYUDA QUE BRINDA	
66.-¿Le brinda algún apoyo (físico, moral , económico) a su familiar actualmente? (1) Sí ☐ ☐ (2) No	67.- ¿A qué tipo de actividades le apoya? ☐ ☐ , ☐ ☐ , ☐ ☐ , ☐ ☐ (puede elegir más de una opción) (1) Básicas (bañarlo, alimentarlo, vestirlo, movilizarlo en casa o cama, cambio de pañal) (2) Instrumentales (recibe llamadas telefónicas, realiza compras o labores domésticas, lleva al médico o da medicamento) (3) Apoyo económico (4) Solo brindaba compañía
68. ¿Cuanto tiempo dedica a su familiar en todo el día? Min ☐ ☐ ☐ Horas ☐ ☐ ☐	
69. ¿Le ofrece otro tipo de apoyo? ☐ ☐ (1) Sí (2) No	70. ¿Qué tipo de apoyo? ☐ ☐ _____ _____

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD – 28

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando la respuesta, que según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado.
Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.
Muchas gracias por su colaboración.

	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?				
2 ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?				
3 ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?				
4 ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
5 ¿Ha padecido dolores de cabeza?				
6 ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?				
7 ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?				
TOTAL DE SINTOMAS SOMÁTICOS: _____				
B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?				
2 ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?				
3 ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
4 ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?				
5 ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?				
6 ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?				
7 ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?				
TOTAL DE ANSIEDAD-INSOMNIO: _____				
	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?				
2 ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?				
3 ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?				
4 ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?				
5 ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?				
6 ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
7 ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?				
TOTAL DE DISFUNCIÓN SOCIAL: _____				

D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?				
2 ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?				
3 ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?				
4 ¿Ha pensado en la posibilidad de “ quitarse de en medio”?				
5¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?				
6¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?				
7¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?				
TOTAL DE DEPRESIÓN: _____				

Escala de cohesión y adaptabilidad (FACESIII)

	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Algunas veces (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí					
2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11.- Nos sentimos muy unidos					
12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
14.- En nuestra familia las reglas cambian					
15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18.- En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad					
19.- La unión familiar es muy importante					
20.- Es difícil decir quién hace las labores del hogar					

TOTAL: _____

ESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG		
Nos gustaría que contestara las siguientes preguntas, por favor conteste cada una de ellas.		
	SI (1)	NO (0)
1.- ¿se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿ha tenido dificultad para relajarse?		

(si se ha contestado “si” a dos de estas preguntas, continúe)

	SI (1)	NO (0)
5.- ¿ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas: mareos, temblores, hormigueos, sudores, micción frecuente, diarrea?		
8.- ¿ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿ha tenido dificultad para dormirse?		
TOTAL: _____		

NOTA: CONTESTAR EN CASO DE QUE EL CUIDADOR TENGA 60 O MAS AÑOS

Escala Geriátrica de Depresión (Yesavage), versión corta		
	SI	NO
1.-¿Está básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2.-¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3.-¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.-¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.-¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6.-¿Teme que le pase algo malo?	1	0
7.-¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8.-¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9.-¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10.-¿Cree tener más problema de memoria que el resto de la gente?	1	0
11.-¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12.-¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13.-¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14.-¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15.-¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
PUNTUACIÓN TOTAL _____		

NOTA. CONTESTAR EN CASO DE QUE EL CUIDADOR SEA MENOS DE 60 AÑOS**INVENTARIO DE BECK**

DESCRIBA COMO SE HA SENTIDO YA SEA LA SEMANA PASADA, INCLUSO HOY. LEA TODAS LAS FRASES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION Y MARQUE UNA.

A. ☐0 No me siento triste. ☐1 Me siento triste. ☐2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer. ☐3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar.	H. ☐0 No me siento peor que nadie. ☐1 Me critico por mi debilidad o por mis errores. ☐2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas. ☐3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
B. ☐0 No estoy particularmente desilusionado (a) del futuro. ☐1 Estoy desilusionado (a) del futuro ☐2 Siento que no tengo perspectiva del futuro. ☐3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará	I. ☐0 No tengo pensamientos de suicidarme. ☐1 Tengo pensamientos de muerte pero no los realizaría. ☐2 Me gustaría matarme. ☐3 Me mataría si pudiera.
C. ☐0 No siento que fallé. ☐1 Siento que fallo más que una persona normal. ☐2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado. ☐3 Siento una falla completa como persona.	J. ☐0 No lloro más de lo usual. ☐1 Lloro más que antes. ☐2 Lloro ahora todo el tiempo. ☐3 Podía llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo.
D. ☐0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre. ☐1 No disfruto de las cosas como antes. ☐2 No encuentro ya satisfacción real de nada. ☐3 Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo.	K. ☐0 No soy más irritable de lo que era antes. ☐1 Me siento molesto (a) o irritado (a) más fácil que antes. ☐2 Me siento irritado (a) todo el tiempo. ☐3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí.
E. ☐0 No me siento particularmente culpable. ☐1 Me siento culpable buena parte del tiempo. ☐2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo. ☐3 Me siento culpable todo el tiempo.	L. ☐0 No he perdido el interés en otra gente. ☐1 Estoy menos interesado (a) en otra gente que antes. ☐2 He perdido mi interés en otra gente. ☐3 He perdido todo mi interés en otra gente.
F. ☐0 No siento que he sido castigado (a). ☐1 Siento que podría ser castigado. ☐2 Espero ser castigado. ☐3 Siento que he sido castigado.	M. ☐0 Tomo decisiones igual que siempre. ☐1 Evito tomar más decisiones que antes. ☐2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora. ☐3 No puedo tomar decisiones por completo.
G. ☐0 No me siento desilusionado (a) de mí. ☐1 Estoy desilusionado (a) de mí. ☐2 Estoy disgustado (a) conmigo. ☐3 <u>Me odio.</u>	N. ☐0 No siento que me vea peor que antes. ☐1 Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo (a). ☐2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo (a). ☐3 Creo que me veo feo (a).

O. ☐0 Puedo trabajar tan bien como antes ☐1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo. ☐2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo. ☐3 No puedo hacer nada.	R. ☐0 Mi apetito es igual que lo usual. ☐1 Mi apetito no es tan bueno como antes. ☐2 Mi apetito es mucho peor ahora. ☐3 No tengo nada de apetito
P. ☐0 Puedo dormir tan bien como siempre. ☐1 No puedo dormir tan bien como antes. ☐2 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir. ☐3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir.	S. ☐0 No he perdido peso. ☐1 He perdido más de 2.5 kg. ☐2 He perdido más de 5 kg. ☐3 He intentado perder peso comiendo menos. SI _____ NO _____
Q. ☐0 No me canso más de lo usual. ☐1 Me canso más fácil que antes. ☐2 Me canso de hacer casi cualquier cosa. ☐3 Me siento muy cansado(a) de hacer cualquier cosa.	T. ☐0 No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes. ☐1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores y molestias. ☐2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas. ☐3 Estoy preocupado(a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
	U. ☐0 No he notado cambios en mi interés por el sexo. ☐1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes. ☐2 Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora. ☐3 He perdido completamente el interés en el sexo.

TOTAL: _____

Observaciones _____

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (1999), **Los derechos humanos en la tercera edad**, CND, México.
- ² Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. **Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: resumen**. Washington, D.C.: OPS, 2002; 1-40.
- ³ Onofre-Muñoz, García-Peña, Duran-Arenas. **La salud del adulto mayor: temas y debates. Instituto Mexicano del Seguro Social**. Primera edición, México, 2004. p.92.
- ⁴ Durán-Arenas L, Sánchez R, Vallejo M, Correón J, Franco F. **Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad**. Salud Pública Méx. 1996; 38:501-512.
- ⁵ Joshi S, Flaherty J. **Elder abuse and neglect in long-term care**. Clin Geriatr Med. 2005;21:333-354.
- ⁶ Burgess A, Hanrahan N, Baker T. **Forensic markers in elder female sexual abuse cases**. Clin Geriatr Med 2005;21:399-412.
- ⁷ Marshall Ch, Beton D, Brazier J. **Elder abuse: using clinical tools to identify clues of mistreatment**. Geriatrics Feb 2000;55(5):42-53.
- ⁸ Lachs M, Williams Ch, O'Brien S, Pillemer K, Charlson M. **The mortality of elder mistreatment**. JAMA. 1998;280(5):428-432.
- ⁹ Moreno D. **La violencia familiar: Problema de salud pública**. Rev. Salud Pub y Nutr. 2001;2(1):1-18.
- ¹⁰ Sistema Nacional de Mortalidad (**SISMOR**) IMSS, 2004
- ¹¹ CONAPO, **Informe de ejecución 2003-2004** del Programa Nacional de Población 2001-2006
- ¹² INSP, **Encuesta Nacional de Salud**.2000 Capitulo. 4 **Accidentes y Violencia**
- ¹³ OMS, (2002), Universidad de Toronto y de Ryerson, INPEA. **Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores**. Revista Especial de Geriatria y Gerontología; 37: pp. 332-333.

14 Lachs M. Pillemer K. **Current concepts: abuse and neglect of elderly persons.** N Engl J Med, 1995;332(7)437-443.

15 Ruiz Sanmartín, et al. **Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos.**

16 Pichardo FA; Pedrero NL. **Síndrome del viejo y cuidador maltratado.** ComMed Funsalud. México. 1996;2(20)20-25

17 Homer A, Guilleard C. Abuse of elderly people by their carers. BMJ Dec 1990; 301: 359-362

18 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.

19 Daichman LS. Naturaleza y Dimensión del abuso y maltrato en la vejez. <http://www.redtiempos.or>

20 Comijs H, Pot A, Smith J, Bouter L, Jonker C. **Elder abuse in the Community: prevalence and consequences.** J Am Geriatr Soc 1998;46(7): 885-888.

21 Giraldo R M, **Análisis de la Información estadística: Encuesta sobre el Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-2006).** GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL, Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (IIS-UNAM)

22 Genero y Salud en cifras. Vol.1 (3) Septiembre-Diciembre, 2003

23 Martínez-Neira D. y col. **El adulto mayor y la violencia.** Archivo Geriátrico 2002;5(2)47-52.

24 Vidales-Olivo J. Pichardo-Fuster A. **Escala para diagnosticar el síndrome de abuso (maltrato) al adulto mayor.** Archivo Geriátrico 2003;6(1)13-16.

25 Jeffrey M. Levine, MD **Elder neglect and abuse. A primer for primary care physicians.** Geriatrics. 2003;58(10)37-44

26 Lach M and Cols. **Risk factors for reported Elder abuse and neglect: a nine-year Observational Cohort Study.** The Gerontologist 1997;37(4)469-474.

27 Dyer MD, Pavlick V. Murphy K. Hyman D. **The High Prevalence of Depression and dementia en Elder Abuse or Neglect.** L Am Geriatr Soc. 2000;48(2)205-208.

28 Lachs M. Pillemer K. **Abuse and neglect of elderly persons.** 1995;322(7)437-443.

29 Lawrence B. **An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse.** *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 1999 Vol. 11(1)79-103.

30 Shugarman, LR. Fries B. **Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices.** *J Am Geriatr Soc*, 2003; 51(1)24-31.

31 McCreadie C. Bennett G. Gilthorpe M. Houghton G. Tinker A. **Elder abuse: do general practitioner know or care?** *J r Soc Med* 2000; 93: 67-71.

32 Campbell, A., Risk Factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging and Mental Health* 20015(1): 56-62.

33 Dong X. **Medical implications of elder abuse and neglect.** *Clin Geriatr Med* 2005;21:293-313.

34 Corsi J. **Violencia Familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social.** Ed. Paidós México. Cuarta reimpresión 2001. Última edición 1994. p.

35 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Reporte Mundial sobre la Violencia y la Salud. **Capítulo 5. El maltrato de las personas mayores.** Páginas 135-157, Editado por: Krug EG, Dalhberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, Génova 2003.

36 Rodríguez M. Olivera A. Garrido G. García R. **Maltrato a los ancianos. Estudio en el Consejo Popular de Belén.** *Rev. Cubana Enfermer.* 2002;18(3):144-153.

37 Choi N, Kulick D, Mayer J. **Financial exploitation of elders: analysis of risk factors based on county adult protective services data.** *J Elder abuse & neglect* 1999;10(3/4):39-62.

38 Redd K. **When elders lose their cent: financial abuse of the elderly.** *Clin Geriatr Med* . 2005;21:365-382.

39 Schiamberg L, Gans MA. **An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children.** *J. Elder Abuse & Neglect*, 1999;11(1):79-103.

40 Fernández Lozano MC. **Grupo de Salud Mental del PAPPS**

41 Argimon JM, Limón E, Abós T. **Sobrecarga y calidad de vida en los cuidadores informales de pacientes discapacitados.** *Aten Prim* 2003;32(2);84-85.

42 Flores LJA, Adeva CJ, García GMC, Gómez MMP. **Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos.** *JANO* 1997;3(1218):261-72.

43 PLAT G. MC. **El nivel de depresión según el inventario de Beck que vivencia la mujer que sufrió abuso sexual durante la infancia.** Tesis INSTITUTO MEXICANO DE LA PAREJA. Méx. 2005.

44 Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. **Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual.** *Notas de población* 2003;77:35-70

45 Salgado SN, Wong R. **El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México.** En *Envejecimiento, Pobreza y Salud en Población Urbana*. INSP. México, 2006;85-95

46 Sluzki C. *La Red Social: frontera de la practica sistémica.* 1996. Editorial Gedisa.

47 Irigoyen C. **Fundamentos de Medicina Familiar.** 5ta edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 1998. Págs.1-8

48 Minuchin, S. **Familias y terapia Familiar.** 3ra. Edición. Gedisa, Barcelona1982. Capitulo:3, 4 y 5.

49 Mata E. Estructuras familiares y comportamientos adictivos (2° parte). *Rev Arg Clin Neuropsiquiátrica.* 2005;12(1).

50 Olson D. Circumflex Model of Marital & Family Systems, *Journal of Family Therapy.* 1999; edición especial "Empirical Approaches to Family Assessment."

51 Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER, Mazón-Ramírez JJ, Dickinson-Bannack ME, Sánchez-González ME, Fernández-Ortega MA. **Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales).** *Arch Med Fam* 1999;1(3):73-79.

52 Dickinson B, Ponce R, Gómez C, González Q, Fernández O, Corzo C, Pérez L, Flores H. **Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar.** *Aten Primaria* 1998;21: 275-282.

53 Bronfman M. Guiscafne H. Castro V. Castro R. Gutiérrez R. **La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica análisis de las características socioeconómicas de la muestra.** *Arch. Invest. Med. (Méx.)* 1988; 19: 351.

54 Montón C. Y Cols. **Escala de ansiedad y depresión de Goldberg una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico.** *Atención Prim.* 1993;12(6):55-61.

55 Lobo A. Perez-Echeverria MJ. Artal. **Validity of scaled version of the general Health Questionnaire (GHQ-28) in Spanish population.** *Psychol Med.* 1986 feb;16(1):135-140

56 McDowell I. Newell C. *Measuring Health: A Guide To Rating Scales and Questionnaires.* Oxford University Press. 1996, 225-237.

57 García V. **Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. adaptación cubana.** Rev. Cubana Med Gen Integr 1999;15(1):88-97

58 Martínez IJ, Onís VO, Dueñas HR, Albert C, Aguado TC, Luque EL. **Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación.** MEDIFAM España, 2002; 12: 620-630.

59 Cid-Ruzafa, Damián-Moreno. **Valoración de la discapacidad física: Índice de Barthel.** Rev. Esp. Salud Publica Madrid, 1997; 71(2).

60 Goldberg DP. **The detection of psychiatric illnesses by Questionnaire.** London. Oxford University Press. 1972.

61 Goldberg DP. Hiller VF. **A scaled version of the General Health Questionnaire.** Psychological Medicine. 1979.

62 Carrasco J, y Cols. **Health-related quality of life and mental health in the medium-term aftermath of the prestige oil spill in Galiza (Spain): a cross-sectional study.** BMC Public Health 2007;7,:245.

63 Ponce R. y Cols. **Análisis de confiabilidad de FACES III (versión en español).** Atención Prim. 1999;23(8):73-83.

64 Velasco V, et al. Muestreo y tamaño de muestra, **Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación. Primera edición virtual y en papel, e-libro.net,** Buenos Aires, enero de 2003.

65 Departamento de Estadística. **Análisis Epidemiológico con EpiDat: Variables de Confusión y de modificación.** Universidad Carlos III de Madrid.

66 Hernández A. **Epidemiología: Diseño y análisis de estudios.** INSP y Editorial Panamericana, Mexico, 2007

67 DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (AMM). **Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas.** Adoptada por la 18 Asamblea Medica Mundial. 1964 y enmendada por la 29 AMM, Tokio Japón 1975, la 35 AMM, Italia 1983, y la 41 AMM, Hong Kong, 1989.

68 INFORME BELMONT. **Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos y de Investigación Biomédica y de Comportamiento.** 1976 Centro de Conferencia Belmont en el Instituto Smithsonian.

69 **Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects** Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) 1982

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

⁷⁰ Ruelas G, Salgado SN. **El maltrato en el adulto mayor: factores de riesgo en un contexto de pobreza**. En Envejecimiento, Pobreza y Salud en Población Urbana. INSP. México, 2006;121-132

⁷¹ Cardoso N. y Cols. **Caracterización del maltrato en el anciano**. Archivo Medico de Camagüey 2004 8(1) ISSN 1025-0255.

