



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA

JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ENSENADA BAJA CALIFORNIA, HGZ IV UMF No. 8 IMSS

“RELACIÓN DEL MALTRATO SOCIAL/FAMILIAR Y LA FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR”

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

AUTOR E IDEA ORIGINAL:

DRA. MELISSA GONZALEZ ARCE

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

DRA. CRUZ MÓNICA LÓPEZ MORALES

ENSENADA, BAJA CALIFORNIA, FEBRERO 2023.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 204.
H GRAL REGIONAL NUM 20

Registro COFEPRIS 17 CI 02 004 049
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 02 CEI 004 2018081

FECHA Jueves, 24 de febrero de 2022

M.C. CRUZ MONICA LOPEZ MORALES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título **Relación del maltrato social/familiar y la funcionalidad del adulto mayor** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-204-019

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Juan pablo robles noriega
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204

Imprimite

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Ensenada Baja Cfa. a 16 de enero de 2023

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Director de la tesis **Relación del maltrato social/familiar y la funcionalidad del adulto mayor** , elaborada por **Melissa Gonzalez Arce**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE


DRA. VANESSA ISELA BERMUDEZ VILLALPANDO
Director de Tesis

C.c.p. Archivo

Ensenada Baja Cfa. a 16 de enero de 2023

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada **Relación del maltrato social/familiar y la funcionalidad del adulto mayor** elaborada por **Melissa González Arce** manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



DRA. CATALINA VERDÍN BRAVO
Sinodal

C.c.p. Archivo

Ensenada Baja Cfa. a 16 de enero de 2023

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada **Relación del maltrato social/familiar y la funcionalidad del adulto mayor** elaborada por **Melissa González Arce** manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE

DR. RICARDO GONZALEZ HEREDIA
Sinodal

C.c.p. Archivo

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dra. Melissa Gonzalez Arce

Autor e idea original

Médico Residente de 3er año de la Especialidad en Medicina Familiar
Hospital General de Zona IV, con Unidad de Medicina Familiar No. 8, Ensenada, B.C.

Autorizaciones:

Dra. Cruz Mónica López Morales

Investigador responsable

Médico Especialista en Medicina Familiar
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional
Hospital General de Zona IV con Unidad de Medicina Familiar No. 8, Ensenada B.C.

Dra. Michelle Alvarado Pérez

Investigador colaborador

Médico Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar.
Hospital General de Zona IV con Unidad de Medicina Familiar No. 8, Ensenada B.C.

Dra. Alicia Monserrath Ramírez Mejía

Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud

Médico Especialista en Medicina Familiar
Hospital General de Zona IV con Unidad de Medicina Familiar No. 8, Ensenada B.C.

ÍNDICE

Resumen	7
Marco teórico	8
Justificación	14
Planteamiento del problema	15
Interrogante	16
Objetivos	17
Objetivo general	
Objetivo específico	
Hipótesis	18
Material y métodos	19
Lugar de estudio	19
Tipo de investigación	19
Operacionalización de las variables	19
Población de estudio	21
Tamaño de la muestra	22
Criterios de selección	22
Muestreo	
Descripción general del estudio	23
Aspectos éticos	25
Recursos, financiamiento y factibilidad	26
Recursos humanos	
Recursos físicos y materiales	
Recursos financieros	
Cronograma de actividades	28
Resultados	29
Discusión	31
Conclusiones	33
Referencias	35
Anexos	
Cuestionario sociodemográfico	37
Escala de Lawton y Brody	38
Índice de Barthel	39
Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor	40
Consentimiento informado	41
Tablas y gráficas	

RESUMEN

Relación del maltrato social/familiar y la funcionalidad del adulto mayor.

Relationship between social/family abuse and the functionality of the elderly.

AUTORES: Dra. Cruz Mónica López Morales¹, Dra. Gonzalez Arce Melissa ².

1. Médico Familiar, 2. Médico Residente de Medicina Familiar.

Introducción: El Maltrato puede ser físico, psicológico, económico, sexual o negligencia, y las capacidades funcionales del adulto mayor abarcan las físicas y mentales, estas últimas pudiéndose ver afectadas por el maltrato ejercido a los adultos mayores. **Antecedentes:** El envejecimiento trae consigo la pérdida de capacidades funcionales físicas y mentales, además de problemas y situaciones a las cuales debemos de afrontar como sociedad y sistema de salud, una de ellas es el maltrato hacia nuestros adultos mayores. Por ello estudiaremos la relación entre el maltrato social/familiar y el deterioro de la funcionalidad del adulto mayor. **Objetivo:** Determinar la relación entre el maltrato social/familiar y la funcionalidad del adulto mayor en la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No 8, del Hospital General de Zona IV en Ensenada, B.C. **Material y métodos:** Estudio transversal simple, muestra no probabilístico por conveniencia, en mayores de 60 años, aplicando tres cuestionarios; Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, Escala Geriátrica de Maltrato hacia el adulto mayor, y un cuestionario con aspectos sociodemográficos del adulto mayor. **Discusión:** Similar a otros estudios realizados alrededor del mundo no fue posible encontrar una relación directa entre el maltrato y la funcionalidad física y mental del adulto mayor. **Conclusión:** con una correlación negativa se determina que no existe relación entre el maltrato hacia el adulto mayor y la funcionalidad física y mental.

Palabras clave: Adulto Mayor, Maltrato, Funcionalidad.

ABSTRACT

Relationship between social/family abuse and the functionality of the elderly.

AUTHOR: Dra. Cruz Mónica López Morales¹, Dra. Gonzalez Arce Melissa ².

1. Family Physician, 2. Family Medicine Resident

Introduction: Abuse can be physical, psychological, economic, sexual or negligence, and the functional capacities of the elderly include physical and mental, the latter being able to be affected by the abuse exerted on the elderly.

Background: Aging brings with it the loss of physical and mental functional capacities, as well as problems and situations that we must face as a society and health system, one of which is the mistreatment of our elderly. For this reason, we will study the relationship between social/family abuse and the deterioration of the functionality of the elderly.

Objective: To determine the relationship between social/family abuse and the functionality of the elderly in the population assigned to the Family Medicine Unit No. 8, of the General Hospital of Zone IV in Ensenada, B.C.

Material and methods: Simple cross-sectional study, non-probabilistic sample for convenience, in people over 60 years of age, applying three questionnaires; Barthel Index, Lawton and Brody Scale, Geriatric Scale of Abuse towards the elderly, and a questionnaire with sociodemographic aspects of the elderly.

Discussion: Similar to other studies carried out around the world, it was not possible to find a direct relationship between abuse and the physical and mental functionality of the elderly.

Conclusion: with a negative correlation, it is determined that there is no relationship between the abuse of the elderly and physical and mental functionality.

Keywords: Older Adult, Abuse, Functionality.

MARCO TEÓRICO

Debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad a nivel mundial, trae como consecuencia una población de adultos mayores que va lenta pero constantemente en aumento, cada vez resulta más común una sociedad que se tiene que enfrentar a los problemas y circunstancias que trae consigo el envejecimiento de su población, lo que nos exige un plan integral en salud pública. El garantizar una vejez digna, satisfactoria y funcional se ha convertido en una de las nuevas necesidades a nivel mundial. Se trata de encontrar todas las variables que repercutan en la autonomía física y mental del adulto mayor, hacer consciencia de ellas, y mejorar su entorno.

La salud funcional en el anciano se puede medir por las actividades de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); son ampliamente utilizadas como indicador de salud en las poblaciones ancianas. Por tanto, la dificultad para cumplir con ellas está muy relacionada a la edad ¹.

En datos obtenidos del informe "Perspectivas de la población mundial 2019" se espera que en 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), más que la proporción actual de una de cada 11 en este 2019 (9%). Para 2050, una de cada cuatro personas que viven en Europa y América del Norte podría tener 65 años o más. En 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños menores de cinco años en todo el mundo. Se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050 ².

En 1930, en México la población de adultos mayores era inferior al millón de personas, esto es, 5.3% de la población total. El censo de población y vivienda 2010, contabilizó 10.1 millones de adultos mayores lo que representa 9.0% de la población total ³.

En un lapso de 20 años, la población adulta mayor del país ha aumentado de manera constante, prácticamente se duplicó (10.1 millones), sobre todo para el grupo de mujeres ya que concentran 53.5% de la misma (5.4 millones). La ENADID 2018 reporta que el número de personas de 60 años o más que reside en México es de 15.4 millones, cifra que representa 12.3% de la población total. La mayoría de ellos (47.9%) vive en hogares nucleares (formado por un solo núcleo familiar: puede incluir a una pareja con o sin hija(o)s solteros o un jefe o jefa con hija(o)s solteros), casi cuatro de cada diez (39.8%) residen en hogares ampliados (un solo núcleo familiar o más, y otras personas emparentadas con él o ellos) y 11.4% conforman hogares unipersonales; es decir viven solos ⁴.

En cuanto a los grupos de edad seleccionados de la población adulta mayor, es posible observar un aumento en el número de personas con alguna limitación del grupo de 65 a 84 años. En el censo de 2000 se registraron 480 mil casos que en términos porcentuales significa 64.5% del total de la población de 60 y más años con alguna limitación, mientras que en 2010 la cifra registró 1.9 millones de adultos, que representan 67.4%. Por su parte, el grupo de 85 y más años, también presentó un incremento en el volumen, durante el 2000 la cifra era de 148 mil personas, para el 2010 pasaron a ser 432 mil adultos, sin embargo, en términos porcentuales registraron un descenso al pasar de 19.9 a 15.6%, respectivamente.

Información de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) indica que, en el segundo trimestre de 2018, el porcentaje de Población Económicamente Activa (PEA) de 60 años o más es de 34.1 por ciento. En este universo (5 120 459 personas) se encuentra la población ocupada, la cual representa 98.9% y el complemento (1.1%) son personas de edad que buscan trabajo.

La población adulta mayor con alguna limitación en la actividad contada en el Censo 2010 asciende a 2.8 millones, de los cuales 489 mil se encuentran económicamente activos, es decir, 17.7% de las personas en esta situación continúan trabajando para apoyar en la economía del hogar, y 3.3% ya no trabaja. Mientras que 2.3 millones de adultos mayores con alguna limitación no se encuentra económicamente activa; de éstos, 852 mil se dedican a los quehaceres del hogar, lo que representa 37.4% de las personas en esta condición ³.

Debido a los desafíos propios de la edad, el hecho de vivir solos, y/o no contar con un círculo social o familiar de apoyo, torna más vulnerable a este grupo poblacional.

Uno de los principios fundamentales que establece la ONU a favor de los adultos mayores es disfrutar de los cuidados y la protección familiar (ONU, 1999). En el país, 1.7 millones de personas de 60 años o más viven solas. De éstas, 60% son mujeres (1 048 426) y 40% son hombres (697 699). Su estructura por edad indica que 43.1% tiene entre 60 y 69 años, mientras que más de la tercera parte (36.4%) entre 70 y 79 años. En edades más avanzadas su participación porcentual es menor, 17.4% y 3.1% en aquellos que cuentan con 80 a 89 y 90 años o más, respectivamente³.

El avance de la edad es un factor no modificable e irreversible, pero podemos mejorar la funcionalidad física y/o mental del anciano, involucrando y concientizando a la familia y su círculo social acerca de la importancia de que el

adulto mayor realice actividades de interacción social que le brinden una sensación de autonomía y dignidad en la vejez, pues amplias literaturas apoyan la vertiente de que estos factores influyen en el deterioro de la salud del anciano.

Es importante conocer que la Norma Oficial Mexicana 031-SSA3-2012 de asistencia social, prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, agrega que la palabra maltrato hacia esta población se refiere a “cualquier acción u omisión única o repetida o la falla de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona adulta o adulta mayor y ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza”.

En un estudio observacional descriptivo de corte transversal realizado en Ecuador publicado en 2017, donde participaron 70 adultos mayores, a quienes se les aplicó escalas para valoración de la capacidad funcional, así como la encuesta para valorar abandono familiar y aspectos sociodemográficos de la población en un periodo comprendido entre 2015 y 2016, se reportó el abandono en el 75,7% de los adultos mayores y tuvo significancia con respecto a la capacidad funcional y la estructura familiar ($p=0,002$). Hubo relación entre capacidad funcional y abandono familiar, así como también predominio de los adultos mayores entre los 65 a 74 años, sexo femenino, sin ninguna actividad laboral y analfabetos. Hubo relación significativa entre capacidad funcional, edades geriátricas y ocupación; y de igual manera entre la estructura familiar y el abandono ⁴.

En el estudio “Development and psychometric properties of the Geriatric Minstreatment Scale” por Giraldo-Rodríguez Liliana y Rosas-Carrasco Oscar en la revista *Geriatrics Gerontology* crean una escala para pacientes hispanos hablantes donde se evaluó y registro el maltrato hacia el adulto mayor realizando una encuesta que se pueda aplicar en consulta u hospital. Resultando en 22 ítems para medir 5 tipos de maltratos, obteniendo el maltrato psicológico como el más frecuente (6.20%), el físico (3,26%), maltrato económico (2.61%), negligencia (0.98%), y abuso sexual (0.82%) ⁵.

En el artículo, la indigencia de adultos mayores como consecuencia del abandono en el Estado de México, publicado en marzo 2016, tiene como propósito el presentar un panorama general, a partir de un análisis teórico sobre el maltrato de adultos mayores desde una de sus formas representativas que es el abandono social, con la finalidad de aportar datos sustantivos y cualitativos. Exponen según sus conclusiones que los estudios han demostrado que la gran

mayoría de los adultos mayores no conocen cuáles son sus derechos, lo que limita su exigibilidad y propicia actos de discriminación, abandono y maltrato hacia ellos. Los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable en la ley y en la sociedad; ven afectados sus derechos constantemente, son víctimas de discriminación, violencia, abandono, exclusión y estigmatización, soledad; situaciones que tienen por consecuencia un evidente deterioro en su calidad de vida ⁷.

El artículo Salud y Calidad de vida en el adulto mayor concluye con que la concepción de salud, envejecimiento saludable, exitoso, activo y calidad de vida de las personas adultas mayores, debe ser abordada de una manera integral, en la que, además del enfoque del aspecto de salud, se considere el bienestar personal, su funcionalidad y los entornos sociofamiliares propicios y favorables que les permita continuar su desarrollo personal. Todo ello parte de una decisión política de implementación y ejecución de las normas ya promulgadas y que deberían conducir al desarrollo de una cultura pertinente sobre el envejecimiento y la vejez, en donde la persona adulta mayor debe ser el actor principal ⁸.

De acuerdo al Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, las personas mayores no son pasivas en la relación con su entorno. Por el contrario, las decisiones que toman debido a su situación o para cambiarla influyen en diversos grados en esta interacción. El mantenimiento de las habilidades y el derecho a elegir se encuentran estrechamente vinculados a las nociones de capacidad de acción y autonomía, que han demostrado tener gran influencia en la dignidad, la integridad, la libertad y la independencia de una persona mayor ⁹.

En un estudio cuantitativo no experimental por Cobeñas-Velásquez, publicado en 2018, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre las características geriátricas y abandono familiar del adulto mayor en el asilo de ancianos en Chiclayo, concluyo que los tipos de abandono más comunes en la población de estudio son: Emocional (69%), Económico (75%), Social (72%) y Rechazo (67%), conforme avanza la edad del adulto mayor se genera un mayor grado de abandono, un ligero predominio en los hombres, tener hijos no profesionistas y no tener hijos ¹⁰.

En las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se analizan actividades como su nombre lo indica, actividades que realizamos comúnmente, una de las principales escalas para su evaluación es el Índice de Barthel, que evalúa aspectos como la capacidad para vestirse, uso del retrete, vestirse, etc, generando un puntaje que nos permite evaluar el grado de dependencia o independencia del adulto mayor en su día a día.

En cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) reflejan la independencia del adulto mayor dentro de su entorno, la más utilizada es la escala de Lawton y Brody, que evalúa aspectos como la capacidad para realizar llamadas telefónicas, hacer compras, utilizar dinero y medios de transporte, la responsabilidad para el uso de medicación, que nos brindan una visión de actividades más finas pero comunes. Es una escala sencilla de aplicar, la cual se recomienda que la responda un familiar, preferentemente el cuidador si cuenta con tal.

La Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor publicada en 2013 nos arroja a que nivel es sometido el adulto mayor a maltrato, maltrato físico, psicológico, económico, negligencia y abuso sexual.

JUSTIFICACIÓN.

Durante el ciclo de vida del ser humano su funcionalidad va disminuyendo conforme avanza el tiempo, el deterioro irreversible de las funciones físicas y mentales por los años transcurridos, además esta pérdida de funcionalidad puede verse incrementada por factores agregados mencionados en diversas literaturas, como enfermedades crónicas, accidentes, pobreza, dieta e incluso el sentimiento de soledad.

En este protocolo queremos encontrar el grado de funcionalidad para realizar actividades diarias básicas e instrumentales del adulto mayor y si este ha sufrido algún tipo de maltrato por su grupo familiar, o en caso de vivir solo si alguien ajeno a la familia ha ejercido sobre él algún tipo de maltrato, que como se ha ya puntualizado es considerado por la Norma Oficial Mexicana 031 como una acción u omisión única o repetida o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona adulta o adulta mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza¹¹.

En la OMS encontramos que la discriminación por edad es una situación cada vez más común, que le agrega estrés cardiovascular, aislamiento social, falta de sentimiento de autonomía, que merma salud mental y física, llevándolo a una menor productividad y deterioro en las funciones para realizar las actividades básicas diarias.

En una gran proporción esa discriminación es practicada por el círculo social cercano al adulto mayor, afectando en mayor medida la autoestima y salud del anciano. Así como tenemos un adulto mayor en nuestra consulta de 70 años perfectamente funcional física y mentalmente, cada individuo vive este proceso de manera distinta, sin embargo, sería de utilidad detectar los pacientes sin un círculo de apoyo, sin pareja o familia cercana que se encargue de velar por sus necesidades básicas, o incluso un círculo familiar sobrecargado y rebasado incurriendo en el abandono y/o maltrato a las necesidades del adulto mayor. El realizar un adecuado interrogatorio y uso de instrumentos de medición en la consulta médica para captar los adultos sin un adecuado círculo de apoyo, el brindarle asesoría, medicación de ser necesario, terapia cognitivo-conductual, planes de actividades a realizar para mejorar su entorno, puede modificar la repercusión de estas situaciones muchas veces modificables en la trayectoria de la funcionalidad física y mental del adulto mayor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial está envejeciendo, la esperanza de vida aumenta con los desafíos por otorgar una vejez digna, y un papel activo en la sociedad a este grupo etario. Este aumento de la esperanza de vida que experimenta América Latina traerá cambios en la dinámica de la sociedad, familiar y económica, a los cuales se tendrán que ajustar los sistemas de salud. Europa se considera un continente “viejo”, sin embargo, ha logrado adaptar a su sociedad a los desafíos que conlleva una población grande de adultos mayores, en cambio, América Latina y México no cuentan con la cultura y el poder adquisitivo de una sociedad de primer mundo, además de que estamos envejeciendo a un ritmo más acelerado.

En muchos hogares están conviviendo más de 2 generaciones, lo que en conjunto con falta de recursos económicos, programas de apoyo social y educacional, puede generar conflictos en las estructuras familiares, dentro de ellos, el abandono o negligencia en el cuidado de nuestros adultos mayores, restándoles la sensación de autonomía e independencia, lo que puede llegar a condicionar afectaciones a la funcionalidad física y mental del anciano.

Se debe de empezar a tomar dentro de los pilares básicos de atención en los sistemas de salud a este grupo etario, así como se crean programas para el desarrollo del niño, el cuidado de la embarazada, las enfermedades crónicas degenerativas, entre otras, se debe de incluir la salud física, mental, y la sensación de bienestar del adulto mayor, realizar evaluaciones de y a la estructura familiar/social de apoyo del anciano, aplicar medidas preventivas e intervenciones para mejorar la dinámica familiar, y por consecuencia la percepción del anciano de su entorno social, sintiéndose útil, tomado en cuenta, que conserva autonomía, mejorando su funcionalidad física y mental.

INTERROGANTE:

¿Existirá una relación del maltrato social/familiar y la funcionalidad del adulto mayor en el Hospital General de Zona IV, Unidad de Medicina Familiar No. 8 en Ensenada B.C.?

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer la relación entre el maltrato social/familiar y la funcionalidad del adulto mayor.

Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de funcionalidad físico y mental del adulto mayor.
- Individualizar la funcionalidad del adulto mayor y determinar las variables sociodemográficas de su entorno.

HIPÓTESIS

Hipótesis del trabajo

Existe una relación positiva entre la funcionalidad física y mental y el maltrato hacia el adulto mayor.

Hipótesis nula

Existe una relación nula entre la funcionalidad física y mental y el maltrato hacia el adulto mayor.

MATERIALES Y MÉTODOS

Lugar del estudio

Hospital General de Zona IV, Unidad de Medicina Familiar No. 8, ubicado en la avenida Reforma, número exterior 84, en el fraccionamiento Bahía, en la ciudad de Ensenada, Baja California.

Tipo de investigación

Estudio transversal analítico.

Operacionalización de las variables:

Variabl e	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición o clasificación estadística	Indicador
Capacida d funcio nal	Conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno. ¹²	Actividades instrumentales de la vida diaria. Actividades básicas de la vida diaria.	Escala de Lawton y Brody. Índice de Barthel.	Dependencia total, dependencia grave, dependencia moderada, dependencia ligera, autónomo. Dependencia total, dependencia grave, dependencia moderada, dependencia leve, independiente.
Maltrato	Un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza. Puede adoptar diversas formas, como el maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, y el abuso de confianza en cuestiones económicas. También puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencional o no. OMS 2014.	Acto que causa daño o sufrimiento.	Escala Geriátrica de maltrato al adulto mayor.	Maltrato físico. Maltrato psicológico. Maltrato económico. Negligencia. Abuso sexual.

Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Años cumplidos al momento del estudio. Adulto mayor joven: 60-74 años. Adulto mayor anciano: 75-84 años. Adulto mayor longevo: 85-99 años. Adulto mayor centenario: >100 años.	Variable cualitativa ordinal,	Adulto mayor joven. Adulto mayor anciano. Adulto mayor longevo. Adulto mayor centenario.
Sexo	Sexo biológico.	Masculino Femenino	Variable cualitativa nominal	Femenino Masculino
Ocupación	Actividad laboral con o sin remuneración.	Actividad despenada al momento del estudio.	Variable cualitativa nominal	Hogar Jornalero Comerciante Jubilado Obrero/operario Profesional Otro Ninguno
Estado civil.	Condición de una persona según el registro civil y situación legal respecto de si tiene o no pareja.	Es casado, soltero, en unión libre o viudo al momento del estudio.	Variable cualitativa nominal	Casado(a) Unión libre Viudo(a) Soltero(a)
Escolaridad	Nivel de estudio formales.	Nivel educativo.	Variable cualitativa ordinal	Analfabeto Primaria Secundaria Preparatoria Superior
Comorbilidades	Una o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario.	Presencia de alguna comorbilidad al momento del estudio.	Variable cualitativa nominal.	Diabetes mellitus Hipertensión arterial Enfermedad cardiaca Insuficiencia renal Polifarmacia Otra Ninguna

Población de estudio:

Adultos mayores a partir de los 60 años, captados en un periodo de Julio 2022 a Octubre 2022, en la consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 8 del Hospital General de Zona IV, ubicado en Ensenada, B.C.

El cual cuenta con una adscripción total de 62,841 afiliados, de los cuales 9,769 son personas adultas mayores 4,147 pertenecen al género masculino y 5,622 al género femenino.

Tamaño de la muestra:

Nuestra población de estudio consta de un total de 9,769 adultos mayores, obteniendo un nivel del confianza del 95%, además en México un 16% de nuestra población sufre de maltrato. Utilizaremos la fórmula para estimar una media, ya que conocemos el total de nuestra población (población finita) la fórmula que usaremos será:

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

$$n = \frac{9769 \times 1.96^2 \times 0.16 \times 0.84}{0.05 \times (9769 - 1) + 1.96^2 \times 0.16 \times 0.95} = 203 \text{ pacientes.}$$

N= total de la población 11722

Z α = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

P= proporción esperada (16%= 0.16)

q= probabilidad de fracaso (1-p)= 0.84

d= precisión (5%)

Para llevar a cabo este estudio aumentaremos un 20% el total de la muestra, por posibles pérdidas, siendo un total de 243 pacientes requeridos para este estudio.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 60 años en adelante.
- Adultos mayores afiliados al seguro social, Unidad de Medicina Familiar No 8.
- Adultos mayores sin enfermedades mentales.

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico clínico de enfermedad mental.
- Diagnóstico oncológico terminal.
- Encontrarse en terapia de sustitución de función renal.
- Discapacidad (visual, auditiva, motora).

Criterios de eliminación:

- Negarse a continuar la entrevista.

Muestreo

Muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se captaron a los pacientes en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 8, donde se les explico el objetivo de la investigación, el encontrar una la presencia de maltrato en cualquiera de sus tipos hacia al adulto mayor, además de su nivel de funcionalidad mental y física. Para ello previamente fueron despejadas todas las dudas respecto a la investigación, participantes, en qué constaba la realización de este protocolo, una vez que todas las dudas fueron despejadas, se les preguntó si querían participar, y cuando fue positiva su respuesta, se les entrego a firmar el consentimiento informado, igualmente explicándoles su utilidad, y que sus datos personales se mantendrían confidenciales, recalcando que en cualquier momento se sintieran incomodos podían abandonar la entrevista, y entonces procedimos a aplicar 4 cuestionarios:

- Escala de Lawton y Brody, que evalúa las actividades instrumentales de la vida diaria, donde se valora la necesidad de ayuda del adulto mayor para realizar actividades cotidianas como la capacidad para usar el teléfono, hacer las compras, el uso de medios de transporte, la preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, responsabilidad de la medicación, y administración de su economía. La puntuación da como resultado una máxima dependencia (0 puntos), e independencia total (8 puntos). Si el adulto mayor es acompañado por su cuidador o miembro de la familia puede apoyarse en él para responder dicho cuestionario. Se considera una escala de mayor utilidad en pacientes captados en consulta, no institucionalizados por el tipo de actividades que evalúa.
- El Índice de Barthel, que evalúa la capacidad del adulto mayor de realizar 10 actividades básicas de la vida diaria de manera dependiente o independiente, como vestirse, subir y bajar escaleras, deambulación, comer, trasladarse del sillón a la cama, arreglarse, la capacidad para arreglarse, mantener el control intestinal y urinario, ir al retrete. Dando como resultado el grado de dependencia en esas 10 actividades básicas, desde menos de 20 puntos: dependencia total, 20-40: dependencia grave, 45-55: dependencia moderada y 60 o más: dependencia leve. Diversos estudios han determinado que es una escala con validez, como predictor de mortalidad, la capacidad para seguir viviendo en la comunidad o de requerir institucionalización.
- La escala Geriátrica para el maltrato hacia el adulto mayor, que evalúa la presencia de maltrato a nivel psicológico, con preguntas como el sentirse

humillado, aislado o ignorado, que no se respetan sus decisiones, el maltrato físico, que incluye la presencia de golpes, puñetazos, empujones o agresiones con objetos, el maltrato económico, cuando no se le permite manejar o se le quita su dinero, se apropian de sus propiedades, la presencia de negligencia cuando se le niega acceso a la casa donde viven, la falta de recursos básicos como vestido y alimento o medicamentos, y el abuso sexual cuando se le ha tocado sin consentimiento, u obligado a tener relaciones sexuales, todo esto durante el último año al responder un total de 22 preguntas rápidas. Debido a que fue creada dentro de una población mexicana, es una escala sencilla de comprender para el encuestado, ya que no debe de traducirse ni de adecuarse a la población de estudio.

- Se aplicará un cuestionario con información sociodemográfica del encuestado, desde el sexo, edad, ocupación, estado civil, grado de educación, comorbilidades, con quién vive o si vive solo, si realiza alguna actividad recreativa.

ASPECTOS ÉTICOS.

Como dicta la Declaración de Helsinki se resguardará la intimidad y la confidencialidad de la información personal del individuo/os que participan en esta investigación. La participación será voluntaria, únicamente por personas que sean capaces mental y físicamente para autorizar el consentimiento informado. De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, conforme al artículo 13 deberán de prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, al artículo 14 apartado V, se contará con consentimiento informado por escrito, al artículo 17, se considera una investigación con riesgo mínimo ya que únicamente consistirá en cuestionarios y entrevistas sin afectar la integridad física del entrevistado, al artículo 18, se suspenderá la investigación si se advierte algún riesgo o que así lo manifieste el sujeto de investigación y se elaborará el consentimiento informado (Anexo 5) conforme a esta Ley lo dicta.¹⁴

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

Recursos humanos:

Se realizarán entrevistas para llenado de los instrumentos de medición, por lo que el entrevistador deberá de dominarlas para agilizar su aplicación, las cuales son Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria, Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria, y la Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor.

Recursos físicos y materiales:

Se aplicarán los instrumentos de medición dentro de la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 del Hospital General de Zona IV.

Recursos financieros:

Se requerirá de un paquete de plumas Bic cristal punto medio/tinta negra paquete de 50 piezas, dos paquetes de lápices paper mate mirado 3 de 32 piezas, 2 paquetes hojas blancas, un paquete de folder carta, 4 tablas con clip, una impresora, una computadora, 1 teléfono.

Gasto de inversión	Especificación	Costo
Equipo de cómputo	-Computadora de escritorio All in One Hp20 C410LA/Intel Celeron/ 19.5 Pulg/500 gb/ 4gb RAM/Negro	\$7,999
	-Impresora Hp107A/Láser/ Blanco y negro/USB	\$1,799
Gastos corrientes	Especificación	Costos
Artículos, materiales y accesorios	-Dos paquetes de hojas blancas Reciclado Office Depot Ecológico / 500 hojas / Carta / Blanco.	\$218
	-Un paquete de plumas Bic cristal punto medio/tinta negra paquete de 50 piezas	\$189
	- Dos paquetes de lápices paper mate mirado 3 de 32 piezas.	
	-Un paquete de folder carta 100 pzs.	\$118
	-Cuatro tablas con clip	\$239
	-Un teléfono celular básico	\$116
		\$1000
Gastos de trabajo de campo		
	Total	\$11,675

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Temporalidad	Actividad	Producto
1 (Noviembre 2020- Septiembre 2022)	-Planeación operativa -Inicio de recolección de datos	-Cuestionarios completos de los pacientes participantes en el estudio
2 (Octubre 2022)	-Análisis de los datos - Redacción de resultados	-Hoja de recolección de datos electrónica completa -Resultados
3 (Octubre 2022)	-Discusión de resultados -Redacción de discusión y conclusiones	-Discusión -Conclusiones
4 (Noviembre 2022-febrero 2023)	-Redacción de escrito final -Presentación de seminario	-Escrito final -Obtención del título de Medicina Familiar

RESULTADOS

Durante el periodo de realización de las entrevistas a los adultos mayores en el área de consulta de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 del Hospital General de Subzona IV se lograron registrar los 243 pacientes requeridos para este estudio, sin ningún abandono a la entrevista por parte del participante.

De los 243 adultos mayores participantes de este estudio, un total de 148 (60.90%) fueron mujeres, y 95 hombres (39.09%). La escolaridad predominante en las mujeres fue secundaria con 55 mujeres (37.19%), igual hombres con 48 (50.52%) pacientes, el analfabetismo se encontró en 7(10%) y 2 (2.10%) para mujeres y hombres respectivamente (tabla 1). El estado civil fue de 104 (42.79%) casados, 69 (28.39%) viven en unión libre, un total de 47 (19.34%) son viudos y 23 (9.46%) son solteros (tabla 2).

En cuanto a la ocupación, 51 (34.45%) de las mujeres se dedican al hogar, solo 8(8.84%) de los hombres se dedican solo al hogar, 35 (23.64%) mujeres se encuentran jubiladas, y 44 (46.31%) de los hombres, 22 (23.15%) de hombres y 12 (8.10%) de mujeres son jornaleros, 20(13.51%) mujeres y 11(11.5%) hombres son comerciantes, obreros 19 (12.38%) son mujeres y 4(4.2%) hombres, 11(7.4%) y 6(6.3%) mujeres son profesionales (tabla 3).

En cuanto a las comorbilidades que padecen estos pacientes se encontró que 103 mujeres y 78 hombres acude por Diabetes mellitus tipo 2, con Hipertensión arterial 65 mujeres y 19 hombres, con enfermedad cardiaca fueron 10 mujeres y 24 hombres, con enfermedad renal crónica 28 mujeres y 4 hombres, con polifarmacia un total de 111 mujeres y 77 hombres (tabla 4).

Un total de 89 (60.13%) de las mujeres y 18 (18.94%) de los hombres se consideran económicamente dependientes (tabla 5).

Viven con sus hijos un total de 41(27.70%) y 9 (9.47%) mujeres y hombres respectivamente, 67 (45.27%) mujeres y 51(53.68%) hombres viven con sus parejas sentimentales, 17 (11.48%) mujeres y 13(13.68%) hombres viven con nietos, solo 8 (5.40%) mujeres y 14(14.73%) hombres viven solos, y 15 (10.13%) y 8 (8.42) mujeres y hombres viven con otro(a) respectivamente (tabla 6).

De la escala de Lawton y Brody en las mujeres se encontró 1 (0.67%) con dependencia grave y 2(2.10%) hombres, con dependencia moderada 24(16.21%) mujeres y 18(18.94%) hombres, 47(51.35%) mujeres con dependencia ligera y 38(40%) hombres. Autónomas fueron 76 (51.35%) mujeres y 37(38.94%) hombres

autónomos (tabla 7). El Índice de Barthel que mide las actividades básicas de la vida diaria, obteniendo 1 (0.67%) mujer y 2(2.10%) hombres con dependencia grave, con dependencia moderada se encontraron 24 (16.21%) mujeres y 19 (20%) hombres, con dependencia leve fueron 35 (23.64%) mujeres, y 29 (30.52%) hombres, por último 88(59.45%) mujeres y 45 (47.36%) hombres resultaron independientes.

En cuanto a la Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor, los resultados arrojaron que del universo de nuestra muestra, un total de 106 pacientes lo que representa el 43.62% han padecido algún tipo de maltrato, y el más común fue del tipo psicológico con 70 adultos mayores (figura1). Por género, las mujeres presentaron maltrato de tipo psicológico predominantemente con 55 (37.16%) de estas, seguida por económico con 21 (14.18%), negligencia 3 (2,02%) y físico en una paciente (0.67%). En hombres 15 (15.78%) percibían maltrato del tipo psicológico, 8 (8.4%) es económico y 3 (3.15%) sufrieron algún tipo de negligencia (tabla 9).

Al analizar la correlación entre las variables Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor/Índice de Barthel se obtiene una correlación negativa moderada (Tau-B de Kendall -0.642, $p < 0.001$). Con respecto a las variables Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor/Escala de Lawton y Brody, obtuvimos una correlación negativa alta (Tau-B de Kendall de -0.742, $p < 0.002$).

DISCUSIÓN

Como se mencionó anteriormente la muestra necesaria para realizar este estudio se recolectó en su totalidad, logrando el objetivo de los 243 pacientes el 100% requerido.

En el estudio publicado por Duarte-Ayala R y Velasco-Rojano A reportaron tras aplicar el Índice de Barthel en población geriátrica mexicana las respuestas de su población de estudio fueron para “dependencia” de entre 14 y 23%, “necesita ayuda” entre 9 y 23%, e “Independiente” entre un 49 y 80% ¹⁵. Esto se acerca con los resultados obtenidos de nuestros adultos mayores, donde la gran mayoría se reportó como independiente para realizar sus actividades, y en los pacientes que tuvieron algún grado de dependencia grave en su mayoría se relacionaba con la pérdida de control de esfínteres y capacidad para movilizarse por sí mismos al igual que dicho estudio publicado.

Según Jiménez-Aguilera B et al, las mujeres de su estudio tuvieron un menor grado de dependencia funcional, y una mejor percepción del apoyo recibido por su familia respecto a los hombres, también consideraron como un probable efecto protector el que se encuentren casados o con pareja, impidiendo el deterioro funcional temprano, además de que el vivir con hijos o sin pareja los vuelve más dependientes que vivir con pareja sentimental ¹⁶. En nuestro estudio predominó el género femenino con un 60.9%, sobre un 39.09% de hombres, predominando de igual manera la dependencia en los hombres, y de igual manera mayoría vive en pareja alcanzando más del 60% de nuestra población estudiada.

De acuerdo con un estudio publicado por Agudelo-Cifuentes A *et al* donde buscaban las características sociales y familiares asociadas al maltrato de su población de estudio, encontraron que el tipo de maltrato más frecuente fue el psicológico, y que entre mayor sea el grado de disfunción familiar del adulto mayor, mayor su tendencia a sufrir algún tipo de maltrato ¹⁷. En nuestro estudio se encontró que el principal tipo de maltrato en ambos sexos fue el psicológico, el cual a razón de las pacientes femeninas compartieron que en su gran mayoría era ejercido por su pareja sentimental, y en los hombres por parte de hijos y/o nietos. Ninguno de nuestros pacientes que, o viven solos, o con otra persona que no sea consanguínea, expresó ser víctima de algún tipo de maltrato.

Cabe destacar que los pacientes con dependencia grave fueron encontrados en camillas de traslado y sillas de ruedas, algunos de los familiares manifestaban acudir únicamente ellos, sin acompañamiento por el paciente, ya que el traslado

es difícil y costoso, lo que denotaría un inconveniente en nuestra investigación pues podríamos enfrentarnos a un subregistro de pacientes con un grado de dependencia mayor. En esta clínica no existe un registro formal sobre el total de pacientes y/o familiares que hayan solicitado de manera regular visitas domiciliarias o el servicio de traslado para acudir a su consulta. Además, que los pacientes a evaluados en nuestro estudio en su mayoría entraban solos a la sala de espera, sin acompañante, esto consecuencia costumbre que dejó la implementación de protocolos estrictos donde solo el paciente podía acudir a consulta, por lo que en las entrevistas que pudieron tal vez aportar algo los cuidadores, esto no fue registrado.

CONCLUSIÓN

Con los resultados de nuestra investigación rechazamos nuestra hipótesis de trabajo ya que encontramos una correlación negativa entre las variables estudiadas, por lo que el maltrato y la funcionalidad del adulto mayor no se encuentran relacionadas. A pesar de esta correlación negativa, podemos intervenir en el deterioro funcional propio del envejecimiento, reduciendo la velocidad con que se instaura, agregándole autonomía al adulto mayor, y por consecuencia disminuir la sobrecarga del cuidador, incluso previniendo posibles futuros actos negligentes y/o de maltrato hacia el adulto mayor.

No contamos con el plan institucional GeriatrIMSS en esta unidad, la cual tiene como plan capacitar en el área Geriátrica a los profesionales de la salud, desarrollar investigación clínica en este ámbito, implementar una atención integral y favorecer el envejecimiento saludable, pero si contamos con el programa “Envejecimiento Activo”, organizado por parte del servicio de trabajo social, sin embargo, durante el 2022 solo se contó con 2 grupos de 20 adultos mayores, por lo que estamos muy por debajo de la población afiliada a esta unidad. Este programa ofrece asesoramiento y educación para la promoción a la salud, nutrición, prevención de violencia familiar, accidentes, adicciones, y control y detección de enfermedades, además de salud sexual y reproductiva. Todas estas intervenciones tienen como objetivo ayudar a fortalecer su autoestima y autorreconocimiento, habilidades para la vida y hábitos saludables, disminuir riesgo de síndromes geriátricos (caídas, depresión, osteoporosis, etc.), dependencia y discapacidad mediante conocimiento. Es deber del médico familiar conocer estos programas ya que somos quienes tienen contacto estrecho el adulto mayor, por lo tanto, forma parte de nuestra atención medica integral realizar un oportuno envío para integrarse a estos grupos.

Es realmente importante brindarles información a los adultos mayores acerca de sus derechos, los cuales están amparados por nuestras leyes, el que en esta unidad además de contar con el servicio de trabajo social, también está disponible psicología, cuáles son sus competencias y el tipo de acompañamiento que ofrecen. Todo paciente con detecciones en cuanto a maltrato deberá ser enviado a estos servicios. En particular, en el caso de realizar una detección de maltrato en el adulto mayor en consulta medico familiar, en hospitalización o en intervenciones realizadas por trabajo social, el protocolo de atención es el mismo, este es llevado a cabo por trabajo social, el cual consiste en el abordaje del adulto mayor

realizando una entrevista en un entorno donde se sienta cómodo y seguro, ofreciéndole servicios de asesoramiento psicológico, para el afectado(a), la familia o convivientes con el adulto mayor, y de ser necesario, los procedimientos e instancias para realizar una denuncia ante las autoridades competentes, o desde la misma unidad de atención realizar un llamado a las autoridades, estas dos últimas son únicamente con el consentimiento del adulto mayor, pues se trata de un mayor de edad, distinta situación a los pediátricos. De esto último es la importancia que el trabajo social le da a realizar el abordaje de entrevista, educativa y de seguimiento de caso para el adulto mayor y su familia, tratando de evitar futuras situaciones de negligencia y/o maltrato hacia el adulto mayor mediante la educación, concientización y prevención.

Además de los servicios por parte del IMSS se puede informar al adulto mayor de las actividades recreativas que realiza el gobierno del estado de forma local y gratuita para ellos, tales como talleres de pintura, baile de salón y yoga, todos estos impartidos por el DIF estatal en lugares públicos de nuestra ciudad.

Es importante agregar que nos enfrentamos ante un posible subregistro de adultos mayores con un grado de dependencia más alta, debido a que en esta UFM no se cuenta con un registro de quienes solicitan el servicio de consulta domiciliaria, contando con este, podríamos realizar un seguimiento más estrecho del adulto mayor y sus cuidadores, aplicando estos mismos instrumentos a evaluar las ABVD y AIVD, presencia de maltrato, e incluso agregar uno para la sobrecarga del cuidador, realizando detectando oportunamente, para realizar las pertinentes intervenciones como médico familiar.

REFERENCIAS

1. Villarroel-Vargas J, Cárdenas-Naranjo V, Miranda-Vázquez J. Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. 2017; 2(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194270>
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Ageing 2015 (ST/ESA/SER.A/390) [Citado 09/05/2020]. Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
3. Instituto Nacional de estadística y geografía. Perfil sociodemográfico Estados Unidos Mexicanos Censo de Población y Vivienda. 2010, México. [Citado 13/05/20]. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf
4. Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad (1º de octubre) datos Nacionales. México; INEGI. 2018. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf
5. Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O. Development and psychometric properties of the Geriatric Minstreatment Scale. Geriatr Gerontol Int. 2013; 13: 466–474.
6. The universal declaration of human rights. New York: United Nations; 1948. Disponible en: <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>
7. Fuentes-Reyes Gabriela. La indigencia de adultos mayores como consecuencia del abandono en el Estado de México. Pap. Poblac. 2016: 22(87). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252016000100161#B26

8. Varela-Pinedo L. Salud y vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016; 33 (2). Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2016.v33n2/199-201/es/>
9. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/97892406?sequence=1>
10. Cobeñas-Velásquez D, Gálvez-Díaz N. Características geriátricas y abandono familiar del adulto mayor en el asilo de ancianos de Chiclayo, 2018. Rev Cient Curae. 2019; 2(1). Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1106>
11. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-131-SSA3-2012.[Internet]. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Diario Oficial de la Federación, 13 de septiembre de 2012. [Revisado 15 de Junio de 2020]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012
12. Segovia-Díaz de León M, Torres-Hernández A, Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos. 2011: 22(4).
13. Guía de práctica clínica. Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.
14. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984. [Revisado el 15 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
15. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin. 2011; 72 (1): 11-16
16. Duarte-Ayala R y Velasco-Rojano A. Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. Horizonte Sanitario. 2022; 21(1). Disponible en: <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/4519>
17. Jiménez-Aguilera B, Baillet-Esquivel LE, Ávalos-Pérez F, Campos-Aragón P. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. Aten Fam. 2016;23(4): 129-133.
18. Agudelo-Cifuentes, M.C., Cardona, D., Segura, A., Muñoz, A., & Restrepo-Ochoa, D. Características sociales y familiares asociadas al maltrato al adulto mayor de Pasto, Colombia 2016. Rev.CES Psico, 12(1), 32-42

ANEXO 1: Hoja de recolección de datos

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO		
Sexo	1. Femenino 2. Masculino	
Ocupación	1. Hogar 2. Jornalero 3. Comerciante 4. Jubilado 5. Obrero/operario 6. Profesional 7. Otro 8. Ninguno	
Ingreso económico	1. ¿Es usted dependiente o independiente económicamente? Sí _____ No _____	
Estado civil	1. Casado/a 2. Unión libre 3. Viudo/a 4. Soltero/a	
Escolaridad	1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Superior	
Comorbilidades	1. Diabetes mellitus 2. Hipertensión arterial 3. Enfermedad cardíaca 4. Insuficiencia renal 5. Uso de más de 3 fármacos 6. Otra 7. Ninguna	
Realiza alguna actividad recreativa fuera de casa	1. Sí _____ 2. No _____	

ANEXO 2: Escala de Lawton y Brody

Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria ⁽¹⁵⁾		
ITEM	ASPECTO A EVALUAR	PUNTOS
1	Capacidad para usar el teléfono: -Utiliza el teléfono por iniciativa propia -Es capaz de marcar bien algunos números familiares -Es capaz de contestar al teléfono pero no de marcar -No es capaz de usar el teléfono	1 1 1 0
2	Hacer compras: -Realiza todas las compras necesarias independientemente -Realiza independientemente pequeñas compras -Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra -Totalmente incapaz de comprar	1 0 0 0
3	Preparación de la comida: -Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente -Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes -Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada -Necesita que le preparen y sirvan las comidas	1 0 0 0
4	Cuidado de la casa: -Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) -Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas -Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza -Necesita ayuda en todas las labores de la casa -No participa en ninguna labor de la casa	1 1 1 1 0
5	Lavado de la ropa: -Lava por sí solo toda su ropa -Lava por sí solo pequeñas prendas -Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	1 1 0
6	Uso de medios de transporte: -Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche -Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte -Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona -Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros -No viaja	1 1 1 0 0
7	Responsabilidad respecto a su medicación: -Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta -Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente -No es capaz de prepararse su medicación	1 0 0
8	Manejo de sus asuntos económicos: -Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo -Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos, etc... -Incapaz de manejar dinero	1 0 0
0= Máxima dependencia, 8= Independencia total 8= Autónomo(a), 6-7=Dependencia ligera, 4-5=Dependencia moderada, 2-3=Dependencia Severa, 0-1=Dependencia total		

ANEXO 3: Índice de Barthel

Índice de Barthel, Actividades básicas de la vida diaria ⁽¹⁵⁾		
COMER 10 5 0	INDEPENDIENTE. La comida puede ser preparada por otros. NECESITA AYUDA para comer para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por el solo. DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona	
VESTIRSE 10 5 0	INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda NECESITA AYUDA. Al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable. DEPENDIENTE	
ARREGLARSE 5 0	INDEPENDIENTE. Todas las actividades sin ayuda. DEPENDIENTE. Necesita ayuda.	
DEPOSICIÓN 10 5 0	CONTIENE. Ningún episodio de incontinencia ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de 1 vez a la semana o necesita ayuda, enemas o supositorios. INCONTINENTE.	
MICCIÓN 10 5 0	CONTENIENTE. Ningún episodio. ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio en 24hrs. INCONTINENTE.	
IR AL RETRETE 10 5 0	INDEPENDIENTE. Entra y sale solo, no necesita ayuda. NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo. DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin ayuda.	
TRASLADO SILLÓN-CAMA 15 10 5 0	INDEPENDIENTE. No precisa ayuda. MÍNIMA AYUDA. Supervisión verbal o física mínima. GRAN AYUDA. Ayuda de una persona fuerte o entrenada. DEPENDIENTE. Necesita grúa o ayuda por 2 personas, incapaz de mantenerse sentado.	
DEAMBULACIÓN 15 10 5 0	INDEPENDIENTE. Puede andar 50mts o su equivalente sin ayuda ni supervisión. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si usa prótesis debe quitársela y ponérsela solo. NECESITA AYUDA. Supervisión o pequeña ayuda física. Precisa andador. INDEPENDIENTE. (En silla de ruedas) en 50 mts. No requiere ayuda ni supervisión. DEPENDIENTE.	
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona. NECESITA AYUDA. DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.	
<20: dependencia total. 20-40: dependencia grave. 45-55: dependencia moderada. 60 o más:		Total:

ANEXO 4: Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor

Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor					
Se sabe que hay situaciones difíciles que normalmente no se platican pero que afectan mucho a las personas adultas mayores, conocer lo que pasa permitirá tomar las medidas necesarias para que en un futuro ya no suceda. Dígame si usted ha vivido alguno de los siguientes problemas en el último año, dentro o fuera del hogar.					
	A Si su respuesta es sí pase a B	B ¿Esto o ocurrió...	C ¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	D Quién fue el responsable? PARENTESCO	E ¿Es hombre o mujer?
¿Durante los últimos 12 meses a usted ...	0 No 1 Si → * No respondió	1. una vez? 2. pocas veces? 3. muchas veces? 99. no respondió	01 un año y menos 99 no recuerda	Registre el parentesco que tiene con la persona mayor	1. Hombre 2. Mujer
FISICO					
1 ¿Le han golpeado?					
2 ¿Le han dado puñetazos o patadas?					
3 ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?					
4 ¿Le han aventado algún objeto?					
5 ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?					
PSICOLOGICO					
6 ¿Le han humillado o se han burlado de usted?					
7 ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?					
8 ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?					
9 ¿Le han hecho sentir miedo?					
10 ¿No han respetado sus decisiones?					
11 ¿Le han prohibido salir o que la visiten?					
NEGLIGENCIA					
12 ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc?					
13 ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?					
14 ¿Le han negado protección cuando la necesita?					
15 ¿Le han negado acceso a la casa que habita?					
ECONOMICO					
16 ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?					
17 ¿Le han quitado su dinero?					
18 ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?					
19 ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?					
20 ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?					
SEXUAL					
21 ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?					
22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?					
Total	Maltrato: Si (1) No (0)				
/ 22					



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN

Y POLITICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "Relación del maltrato social/familiar y la funcionalidad del adulto mayor"

Lugar y fecha: Hospital General de Zona 8, Ensenada BC a _____ del 2022

Número de registro: R-2022-204-019

Justificación y objetivo del estudio: Estimado participante, este estudio se llevará a cabo con la finalidad de detectar y determinar el maltrato familiar y social, así como la funcionalidad del adulto mayor.

El objetivo es encontrar el tipo de maltrato social y familiar la funcionalidad del adulto mayor.

Procedimientos: Le informo que le aplicaran cuestionarios relacionados con su situación familiar, así como actividades de la vida diaria.

Posibles riesgos y molestias: Le explico que no representa algún riesgo a la salud ya que solamente se interrogara en relación a su situación familiar y actividades.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Dentro de los beneficios estará la detección de situaciones de riesgo o que pudieran ayudar a mejorar su calidad de vida, así como funcionalidad y relación con su familia.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se le informará al paciente el resultado obtenido de las encuestas obtenidas, y en caso de detectar maltrato se orientara y canalizara con las autoridades correspondientes, así también a su familia.

Participación o retiro: Usted conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte su relación con el instituto o con el departamento.

Privacidad y confidencialidad: Yo en calidad de investigador responsable le aseguro que no se le identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

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

☐

No autoriza que se tome la muestra.

☐

Si autorizó que se tome la muestra solo para este estudio.

☐

Si autorizó que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): Como investigador responsable me comprometo en informarle acerca de alternativas a mi actual tratamiento en caso de ser necesario.

1

Beneficios al término del estudio: Y sera beneficiado con la identificacion y modificacion de los factores de riesgo que se detecten.

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

Investigador Responsable: Dra. C. Mónica López Morales MF

Colaboradores: Dr. Melissa Gonzalez Arce R1 MF

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

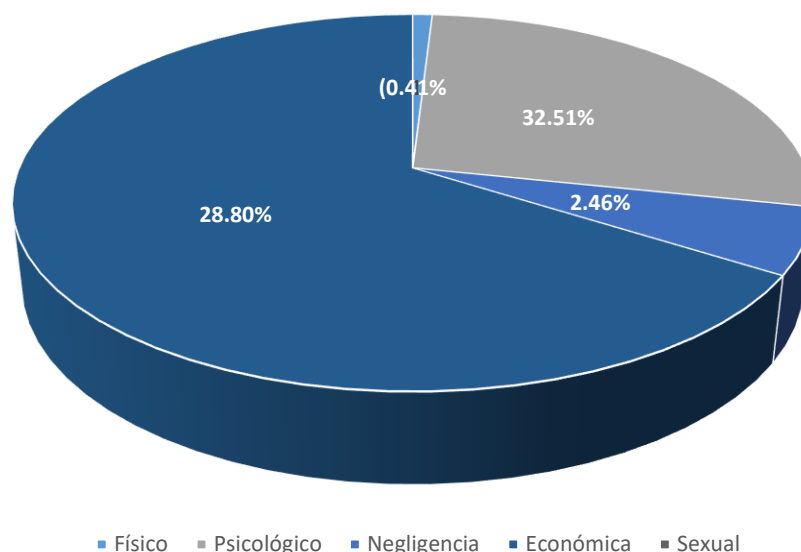
Testigo #1 Nombre, dirección, relación y firma

Testigo #2 Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Figura 1:

Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor



Fuente: Hoja de datos de recolección, 2022..

Tabla 1:

ESCOLARIDAD					
	Mujeres		Hombres		Total (%)
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Analfabeto	7	10	2	2.10	9 (3.7%)
Primaria	45	40	37	38.94	82 (33.74%)
Secundaria	55	37.16	48	50.52	103 (42.38%)
Preparatoria	19	12.83	3	3.15	21 (8.64%)
Superior	22	14.86	5	5.26	27 (10.67%)

Fuente: Hoja de datos de recolección, 2022..

Tabla 2:

ESTADO CIVIL					
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Total (%)
Casado	60	40.54	44	46.31	104 (42.79%)
Unión libre	40	27	29	30.52	69 (28.39%)
Viudo	33	22.29	14	14.73	47 (19.3%)
Soltero	15	10.13	8	8.42	23 (9.4%)

Fuente: Hoja de datos de recolección, 2022..

Tabla 3:

OCUPACIÓN					
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Total (%)
Hogar	51	34.45	8	8.4	59(24.27%)
Jornalero	12	8.10	22	23.15	34(13.99%)
Comerciante	20	13.51	11	11.5	31(12.75%)
Jubilado	35	23.64	44	46.31	79(32.51%)
Obrero/operario	19	12.83	4	4.2	23(9.4%)
Profesional	11	7.4	6	6.3	17(6.99%)

Fuente: Hoja de datos de recolección, 2022..

Tabla 4:

COMORBILIDADES					
	Mujeres		Hombres		Total (%)
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	
DM	103	69.59	78	82.10	181(74.85%)
HAS	65	43.91	19	17.94	84(34.56%)
Enf. Cardíaca	10	6.75	24	25.26	34(13.99%)
ERC	28	27.34	4	4.2	32(13.16%)
Polifarmacia	111	75	77	81	188(77.36%)

Fuente: Hoja de datos de recolección, 2022..

Tabla 5:

	Ingreso económico, ¿es dependiente?	
	Sí	No
Mujeres	89(60.13%)	59(39.86%)
Hombres	18(18.94%)	77(81%)

Fuente: Hoja de datos de recolección, 2022..

Tabla 6:

¿CON QUIÉN VIVE?

	Mujeres		Hombres		Total %
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	
Abuelos					
Tíos					
Primos					
Hijos	41	27.70	9	9.47	50(20.57%)
Hermanos					
Pareja	67	45.27	51	53.68	118(48.55%)
Nietos	17	11.48	13	13.68	30(12.34%)
Otro	15	10.13	8	8.42	23(9.46%)
Solo	8	5.40	14	14.73	22(9.05%)

Fuente: Hoja de datos de recolección, 2022..

Tabla 7:

ESCALA DE LAWTON Y BRODY (AIVD)					
	Frecuencias	Porcentaje	Frecuencias	Porcentaje	Total %
Grado de dependencia					
Dependencia total					
Dependencia grave	1	0.67	2	2.1	3(1.22%)
Dependencia moderada	24	16.21	18	18.94	42(17.28%)
Dependencia ligera	47	31.75	38	40	85(34.97%)
Autónomo(a)	76	51.35	37	38.94	113(46.50%)

Fuente: Hoja de datos de recolección, 2022..

Tabla 8:

ÍNDICE DE BARTHEL (ABVD)					
	Femenino		Masculino		Total %
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	
Dependencia total					
Dependencia grave	1	0.67	2	2.1	3 (1.23%)
Dependencia moderada	24	16.21	19	20	43(17.69%)
Dependencia leve	35	23.64	29	30.52	64(26.33%)
Independiente	88	59.45	45	47.36	133(54.73%)

Fuente: Hoja de datos de recolección, 2022..

Tabla 9:

ESCALA GERIÁTRICA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR

	Femenino		Masculino		Total (%)
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	106(43.62%)
Físico	1	0.67			1(0.4%)
Psicológico	55	37.16	15	15.78	70(66.03%)
Negligencia	3	2.02	3	3.15	6(2.46%)
Económico	21	14.18	8	8.4	29(11.93%)
Sexual					

Fuente: Hoja de datos de recolección, 2022..