



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

T E S I S

**MALTRATO EN PERSONAS ADULTAS MAYORES: CENSO EN LA UNIDAD
INDEPENDENCIA, CD. DE MÉXICO.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

KARLA SOTO RODRÍGUEZ

DIRECTORA: MTRA.SARA TORRES CASTRO

REVISORA: LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓNEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Mami, gracias por todo tu apoyo y amor durante todo el proceso para mi titulación y en general en mi vida, has estado en las buenas y en las malas, lo cual agradezco infinitamente, eres una gran motivación en mi vida, te amo mucho y gracias por confiar en mí, te amo.

Papi, gracias por ser parte de mi vida y apoyarme, me da gusto poder compartir este logro a tu lado, te amo.

Odeth mi princesa, mi adoración y mi inspiración de vida, te amo mucho, como todo lo que ocurre en mi vida, tu eres parte de esto también, me da gusto poder compartir este logro a tu lado y espero compartamos muchas cosas más juntas, ¡TE ADORO CON TODO MI CORAZÓN!

A mis hermanas Viol, por soportar la luz hasta la madrugada para que pudiera avanzar en la tesis Carmy por apoyarme en cuidar a mi princesa los días que tenía que ir a asesoría después de trabajar Rox y Pam simplemente por ser y estar en mi vida, las quiero mucho y me da gusto que estemos juntas para compartir estos logros.

A mi tía Catty y Carlos por estar siempre en los momentos importantes en mi vida y saber que puedo contar con su valioso apoyo, los amo mucho, gracias por ser parte de este logro y espero sigamos compartiendo muchos más.

A mis amigas de la facultad que durante la carrera me brindaron su apoyo, con las que reí, lllore y pase muchos momentos increíbles, que a pesar de la distancia y el tiempo sé que seguimos siendo amigas Ofe, Blanquita, Lina, Sofi Lu, Sofi Bu, Liz Rizos, Itzel, Tania, Clau, las quiero con todo mi corazón.





Oswal eres un gran amigo y has estado en momentos muy importantes en mi vida, gracias por hacerme reír en momentos difíciles, escucharme y divertirme conmigo.

Horacio, gracias por apoyarme en mis miles de intentos por titularme, sé que fue un proceso muy largo y frustrante en muchas ocasiones, pero..... ¡wiiii lo logre! Gracias por ser parte de esto y en general por apoyarme en diversos aspectos de mi vida.

A mi Get87 por ser el impulso que necesitaba para concluir esta parte de mi vida, me ayudaron a crecer y saber que puedo lograr muchas cosas, son una gran familia con la que sé que puedo contar, los amo.

Sara gracias por guiarme durante este proceso con mucha paciencia y porque aparte de ser mi guía para titularme, también lo fuiste en aspectos importantes en mi vida y te lo agradezco mucho, eres una mujer con una luz e incondicionalidad increíble, agradezco que seas mi directora de tesis y que hoy se vea concluido algo en lo que trabajamos mucho, fue agradable este camino a tu lado.

Isaac Acosta te agradezco muchísimo el que me apoyaras en la parte de estadística que fue muy importante para este trabajo y que a pesar de tus miles de actividades te hacías un espacio para ayudarme.

Maestra Ma. Eugenia Gutiérrez gracias por apoyarme a pesar de las circunstancias y estar dispuesta a ser parte de la culminación de esta etapa.

A todos los que me apoyaron en pequeños o grandes detalles en este proceso, los que me hicieron compañía, me animaron e inclusive teníamos que hacer tratos para que me apurara jajajaja, de verdad con el corazón muchas gracias por todo.

¡GRACIAS A TODOS! ¡LOS AMO!



INDICE

Resumen.....	7
Introducción.....	8
Capítulo I Maltrato en personas adultas mayores	
1.1 Tipos de Maltrato.....	12
1.1.1 Maltrato Físico.....	12
1.1.2 Maltrato Psicológico.....	13
1.1.3 Maltrato Económico.....	14
1.1.4 Maltrato Sexual.....	15
1.1.5 Negligencia.....	15
1.1.6 Abandono.....	16
1.1.7 Factores Asociados a maltrato en personas adultas mayores.....	17
Capítulo II Adultez tardía	
2.1 Adultez tardía o vejez.....	22
2.2 Teorías sobre el envejecimiento.....	23
2.3 Cambios Físicos.....	25
2.4 Cambios Cognitivos.....	27
2.5 Cambios de personalidad.....	31
2.6 Enfermedades.....	33
2.7 Dependencia funcional y enfermedades crónicas.....	41

Capítulo III Conjunto Habitacional Unidad Independencia

3.1 Origen.....	43
3.2 Ubicación.....	44
3.3 Construcción.....	44
3.5 Teatro de la Unidad Independencia.....	45

Capítulo IV Metodología

4.1 Planteamiento del problema.....	47
4.2 Pregunta de Investigación.....	47
4.3 Objetivos.....	47
4.4 Hipótesis.....	48
4.5 Variables.....	48
4.6 Tipo de Estudio y diseño.....	50
4.7 Tipo de Muestra.....	50
4.8 Participantes.....	50
4.9 Instrumentos.....	51
4.10 Procedimiento.....	51
4.11 Aspectos Éticos.....	53

Capítulo V Resultados.....	55
-----------------------------------	-----------

Capítulo VI Discusión	61
------------------------------------	-----------

Capítulo VII Conclusión.....	67
-------------------------------------	-----------

Cronograma del Proyecto.....	70
-------------------------------------	-----------

Bibliografía.....	71
--------------------------	-----------

Anexos.....	77
--------------------	-----------

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores Asociados al maltrato.....	18
Tabla 2. Etapas del desarrollo.....	31
Tabla 3. Distribución de características socio demográficas y estado de salud por sexo.....	56
Tabla 4. Distribución del maltrato por características socio demográficas y estado de salud.....	58
Tabla 5. Riesgo de maltrato por sexo estado civil, actividades de la vida diaria y depresión.....	60

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de la Unidad Independencia.....	44
Figura 2. Construcción unidad Independencia.....	44
Figura 3. Teatro Independencia.....	45
Figura 4. Frecuencia por tipo de maltrato.....	57

RESUMEN

Se estima a nivel mundial que la prevalencia de maltrato en adultos mayores oscila entre un 4 a 6%. En México la prevalencia de maltrato es de 16.2% de acuerdo a la Encuesta sobre el Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF). Diversos factores se han encontrado asociados al maltrato del adulto mayor, tales como la edad, el sexo, la presencia de comorbilidad, ansiedad, depresión, deterioro cognitivo y dependencia física del adulto mayor.

El objetivo del presente trabajo fue identificar la frecuencia y factores asociados al maltrato en personas adultas mayores de un censo realizado en la Unidad Independencia de la Ciudad de México.

Palabras clave: *maltrato, vejez, adulto mayor, factores.*

SUMMARY

It thinks worldwide that the prevalence of mistreatment in major adults ranges between 4 to 6 %. In Mexico, the prevalence of mistreatment is 16.2 % of agreement to the Survey on the Mistreatment to Adult Major Persons in the Federal District 2006 (EMPAM-DF). Diverse factors have been associated with the mistreatment, such of the major adult as the age, the sex, the presence of comorbid, anxiety, depression, cognitive deterioration and physical dependence of the major adult.

The aim of the present work was identified the frequency and factors associated with the mistreatment in adult major persons of a census realized in the Unit Independence of the Mexico City.

Key words: mistreatment, oldness, major adult, factors.

INTRODUCCIÓN

El maltrato, es un problema social y de salud pública, presentado desde hace mucho tiempo en nuestra población, pero no se había reconocido como tal. Éste, al igual que el maltrato de menores, comprende agresiones físicas, sexuales y psíquicas, así como el abandono. Los ancianos son especialmente vulnerables a los abusos económicos de sus fondos y recursos por parte de parientes u otros cuidadores (OMS, 2002). Esto puede ocasionar consecuencias como morbilidad física y mental, aislamiento social, pérdida de la dignidad y deterioro de la calidad de vida (Giraldo- Rodríguez L, 2010).

En México como en otros países del mundo el problema del maltrato va en aumento con cifras de un 4% a un 12%, en países en vías de desarrollo como Chile, Brasil y Argentina el problema es evidente. El deterioro cognitivo es un elemento que ha estado presente en algunos casos de maltrato. El problema es que se desconoce si existe una relación entre el deterioro cognoscitivo y el maltrato en persona adultas mayores en nuestro entorno. Existen estudios aislados sobre maltrato y factores asociados, donde uno de los factores de estudio son la discapacidad, pero no se especifica de que tipo. Otros estudios analizan los diferentes factores de salud mental asociados al maltrato entre ellos la depresión y la ansiedad.

A nivel mundial, a pesar de que, en 1948, en la asamblea general de la Organización de Naciones Unidas (ONU), se aprobó la resolución 213 (III) relativa al proyecto de declaración de los derechos de la vejez, esto no se había abordado cabalmente. En 1977 se propone organizar una asamblea mundial sobre las personas de edad avanzada, a lo que el 14 de diciembre de 1978, la asamblea general decide, en su resolución 33/52, convocar en 1982 una asamblea mundial sobre el envejecimiento (Baster & Serra, 2006).

En 1982, se realizó la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, donde se aprobó el Plan Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, que constituyo una guía muy útil, al señalar detalladamente las medidas que deberían adoptar los Estados Miembros para garantizar los derechos de las personas adultas mayores

(Minnesota, 1995). Se recomendaron medidas como el empleo y la seguridad económica, la salud y la nutrición, la vivienda, la educación y el bienestar social. Además, se consideró a las personas de edad avanzada, como un grupo de población diverso y activo, con aptitudes y necesidades especiales en algunos casos (Baster & Serra, 2006).

En 1991, la Asamblea General de la Naciones Unidas aprobó los “Principios en favor de las personas de edad” (Baster& Serra, 2006; Minnesota, 1995). Algunos de los principios establecidos hablaron de reconocer los aportes que las personas adultas mayores hacen a sus respectivas sociedades, de reafirmar su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad. En 1997 se creó la liga internacional para la prevención del abuso al adulto mayor (INPEA).

Para el año 2002 se realizó la 2da Asamblea mundial sobre el maltrato en las personas adultas mayores en Madrid, España. El objetivo del plan de acción consistió en garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad, además de que las personas de edad pudieran continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos. Se reconocieron las características comunes del envejecimiento y los problemas que presentan y se formularon recomendaciones concretas adaptables a las muy diversas circunstancias de cada país. El objetivo fue ofrecer un instrumento práctico para ayudar a los encargados de la formulación de políticas a considerar las prioridades básicas asociadas con el envejecimiento de los individuos y de las poblaciones (Baster & Serra, 2006).

En la “Declaración de Toronto”, para la prevención global del maltrato a personas adultas mayores, formulada por diversas instituciones, como la Organización Mundial de la Salud; Universidades de Toronto y de Ryerson, Ontario, Canadá, La Red Internacional para la Prevención del maltrato al Anciano (INPEA). Reconocieron el maltrato como un problema a nivel mundial, además de ser considerado por la OMS, como un problema a prevenirse. Lo cual ha contribuido

en forma significativa a elevar la toma de conciencia a nivel mundial (OMS, Declaración de Toronto para la Prevención Global de Maltrato en Personas Adultas Mayores, 2003).

En mayo del 2012, se estableció la Carta de San José sobre los derechos de las personas adultas mayores de América latina y el Caribe.

A pesar de estos antecedentes, donde se buscaron los instrumentos para combatir esta problemática, es poca la información que se tuvo del problema, su magnitud y consecuencias del maltrato a personas adultas mayores. Las escasas encuestas de base poblacional sobre esta cuestión indican que entre el 4% y el 6% de la población de edad avanzada sufre algún tipo de maltrato en el hogar y que esta situación podría ser más frecuente de lo que se cree en las residencias de ancianos (OMS, 2002).

Además, hay que considerar el aumento rápido de este sector de la población en muchos países. Por lo que es necesario que se investiguen en diferentes enfoques, explorando las causas y consecuencias, para de esta manera poder implementar soluciones (Giraldo- Rodríguez L, 2010).

Desde hace algunas décadas, se ha estudiado el fenómeno del maltrato. Algunos estudios se centraron en conocer la frecuencia del problema en algunas poblaciones. En realidad, los pocos estudios que existen son realizados por profesionales de la salud para acercarse al fenómeno y conocer su magnitud. Otros estudios han analizado las características de las personas adultos mayores que fueron víctimas de maltrato, también han estudiado las características de las personas responsables.

En estos estudios han encontrado que diversos factores explican el fenómeno. No se trata de una relación directa entre una sola causa, sino de un fenómeno complejo, en el cual se debe estudiar todo el contexto. La evidencia científica de estudios dirigidos a conocer los factores asociados, dan cuenta de lo siguiente.

Las características de los adultos mayores que ponen en riesgo de presentar maltrato son: a mayor edad existe mayor probabilidad de que se presente el

maltrato; ser mujer; incontinencia urinaria, dependencia física, social, emocional, mental y económica; deterioro cognitivo, depresión y ansiedad.

Factores de los cuidadores cómo ser mujer; depresión; sobrecarga; abuso de sustancias y alcohol; enfermedades mentales, presencia de sentimientos negativos, como la ira y la hostilidad; la falta de apoyo social al adulto mayor se relaciona directamente a abuso.

Algunas de las características socio demográficas que están estrechamente relacionadas con las condiciones de salud son el sexo, la educación, la participación económica, familia y estado de salud.

La vejez tiene rostro femenino pues según los resultados del Censo de Población (2010), los índices de feminidad van desde 112 mujeres por cada 100 hombres en el grupo de 60 a 74 años, hasta 135 mujeres por cada 100 hombres en el grupo de 85 y más, la mayor sobrevivencia de las mujeres va acompañada de características no favorables.

En promedio la escolaridad es baja en 2000 fue de 3.3 años y en 2010 fue de 4.6 años lo que hace suponer que las condiciones de salud y económicas mejoraran en los siguientes años. Esto debido a que la educación es un elemento importante para lograr un mejor estado de salud poblacional, al obtener un mejor empleo, seguridad social, prestaciones, y acciones mejor razonadas en cuanto al cuidado de la salud (INEGI, 2010).

Alrededor de una tercera parte de la población de 60 años y más aún se encuentra activos en el ámbito laboral y de estos el 37.4% lo hace de manera informal y como consecuencia de no obtener un empleo formal carecen de pensiones, así como de seguridad social.

La familia también afecta el estado de salud físico y emocional de un adulto mayor esto debido a que el hogar es una de las fuentes principales de intercambio afectivo, así como de apoyo emocional, económico y salud (INEGI, 2010).

CAPÍTULO I MALTRATO EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

“El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana.” Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión. “El maltrato de las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación. “Enfrentarse al maltrato de personas mayores y reducirlo requiere un enfoque multisectorial y multidisciplinario” (OMS, 2003).

1.1 TIPOS DE MALTRATO

Existen diferentes maneras de maltratar a un adulto mayor, algunas de ellas son el maltrato físico, psicológico, económico, sexual, negligencia y abandono las cuales se explicarán a continuación, en qué consisten y las consecuencias más frecuentes de las víctimas de cada uno de estos.

1.1.1 MALTRATO FÍSICO

El maltrato a los adultos mayores se refiere a cualquier acción u omisión que produce daño y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona. Puede realizarse de manera intencionada, así como de manera no intencionada. El maltrato puede ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional. La violencia contra las personas de edad puede adoptar muchas formas y se produce en todas las esferas sociales, económicas, étnicas y geográficas, por tanto, está mucho más cerca y presente de lo que imaginamos. Algunas de las formas en las que se puede presentar el abuso físico es mediante empujones, golpes, forzar a la persona a comer o beber algo, obligarlo a mantener una posición inapropiada, sujetar o atar, pellizcar, quemar con cigarrillos o líquidos, jalarle el cabello, zarandear, derramarle comida o agua encima o abuso sexual (Salud O. P., 2013).

Este tipo de abuso se puede identificar por cualquier lesión incompatible con el relato o que no ha sido tratada correctamente, cortes, laceraciones, heridas punzantes, magulladuras simétricas, fracturas múltiples, hematomas en la piel en distintos estadios de evolución, lesiones en zonas escondidas del cuerpo, déficit de higiene cutánea, ropa o cama sucias, pérdida de peso no explicable, quemaduras por cigarrillos, estufas, cáusticos, fricción de objetos, errores reiterados al dar la medicación., cambios inesperados del comportamiento (Moya & Barbero, 2005).

1.1.2 MALTRATO PSICOLÓGICO

El maltrato psicológico es difícil de identificar o de sospechar debido a que a diferencia del maltrato físico no produce lesiones físicas objetivas que faciliten su sospecha. La situación resulta aún más difícil de identificar cuando la víctima es una persona mayor, a menudo con patología física y psíquica, con deterioro cognitivo o con un grado de dependencia, que cercenan toda posibilidad de señalar a quien le agrede.

Este tipo de maltrato consiste en infligir angustia, dolor emocional o estrés, creando situaciones que denigran a la persona y disminuyen su dignidad, identidad y autoestima. Consiste en verbalizaciones o conductas que denigran a las personas mayores o que atentan contra su dignidad (De la Cuesta, 2006). Algunos de los motivos por los que se presenta el maltrato psicológico son porque la persona que lo ejerce consigue la sumisión o el control, modificar conductas que el maltratador no acepta o dar cauce a problemas emocionales del agresor.

Habitualmente se produce en una relación asimétrica, que reproduce una dinámica dominador-dominado. Es éste el tipo de abuso no físico en el que se maneja una dinámica de poder-agresión de una forma más clara. Se suelen establecer tres subtipos de maltrato emocional: *las agresiones verbales*, las cuales incluyen amenazas, intimidación y humillación (descalificación, denigración); *la*

infantilización, esto es, la aplicación práctica de la falsa teoría que afirma que las personas mayores “son como niños”; y el *aislamiento o la incomunicación*, también conocido como tratamiento silencioso, “le atiende, pero no le hablo”.

El maltrato emocional supone negar el valor personal del mayor, ignorar o contrariar expresamente sus deseos, no respetar su espacio de intimidad y dificultar el contacto con sus referentes afectivos (De la Cuesta, 2006).

En cuanto a las consecuencias del maltrato emocional suelen presentarse la sensación de desamparo, la búsqueda de atención y afecto, deliberado aislamiento de sus relaciones sociales, queja constante de que no la toma en cuenta para la toma de decisiones, vacilación e inseguridad para hablar abiertamente, realizan relatos de historias “imposibles”, presentan confusión o desorientación, ira o miedo a extraños o a sus cuidadores, depresión, baja autoestima, agitación o cambio de carácter cuando está presente el posible responsable de los malos tratos (Moya & Barbero, 2005).

1.1.3 MALTRATO ECONÓMICO

Se habla de Abuso Económico cuando se produce la utilización inadecuada, por parte de terceros y sin consentimiento (o con consentimiento viciado) del mayor sobre los fondos, posesiones, propiedades y/o bienes de éste, no en beneficio del adulto mayor sino en beneficio de un tercero o terceros. A menudo, supone la realización de actos “ilegales”: entre ellos podemos mencionar la firma de documentos, donaciones. Aunque la fe notarial debería actuar como escudo ante la actitud interesada de determinados sujetos, la cultura familiar de nuestro medio ha propiciado una actitud permisiva con este tipo de conductas, dando por hecho que se producían en beneficio del mayor, desde una perspectiva paternalista con nuestros mayores (De la Cuesta 2006).

Alguna de las maneras en las que se manifiesta el abuso económico de manera más frecuente son: emplear los recursos de cualquier tipo en beneficio del

cuidador, chantaje económico, apropiarse de los bienes de la persona, coaccionar para que firme documentos como testamentos o propiedades.

Algunos de los factores por los que puede ser evidente que el adulto mayor está siendo víctima de maltrato económico son: pérdida inexplicable de dinero o cheques, firmas en documentos que no se parecen a la suya justificando que ya no puede escribir bien, cambios recientes en la realización de testamentos, transmisiones de poderes cuando la persona no es capaz de tomar decisiones, desconocimiento de la persona acerca de su estado financiero o preocupación por el mismo, inusitado interés del cuidador por hacerse cargo de la persona mayor, queja de la persona mayor de que le tocan sus efectos personales sin autorización. Desaparición de joyas, falta de confort en su casa que se considera adecuado a su nivel socioeconómico (Moya & Barbero, 2005).

1.1.4 MALTRATO SEXUAL

Este consiste en el contacto sexual no aceptado de cualquier clase o cuando la persona es incapaz de dar su consentimiento. Puede incluir: tocamientos, hacer fotografías impúdicas sin consentimiento, asalto sexual, sodomización, violación, desnudez forzada.

Se puede detectar por alguno de los siguientes síntomas: hematomas en las mamas o áreas genitales, infecciones genitales o venéreas inexplicables, sangrados vaginales o anales inexplicables, sangre o manchas en la ropa interior, queja de asalto sexual o violación (Moya & Barbero, 2005).

1.1.5 NEGLIGENCIA

“Es todo comportamiento que tienda al descuido, desatención y abandono de una persona que no está en condiciones de valerse por sí misma por razones de edad, enfermedad o discapacidad. Comprende también el no proveer las condiciones de supervivencia, teniendo las posibilidades de suplirlas” (Corazzari & Taylor, 1998).

La gravedad de este maltrato radica en que generalmente se ejerce en personas con un alto nivel de dependencia por razones de enfermedad (sea física o psíquica). Su situación supone un grado de discapacidad tal que requiere de terceros hasta para las necesidades más básicas

La negligencia o abandono puede ser intencionado o no. La negligencia intencionada se produce cuando un cuidador, por mala fe o falta de responsabilidad, deja de ofrecer a la persona mayor la ayuda que ésta necesita. La negligencia no intencionada se produce cuando el cuidador no ofrece la ayuda por desconocimiento o por incapacidad (Salud O. P., 2013).

Se puede detectar que un adulto mayor es víctima de negligencia por algunos factores como son: la deshidratación de la persona, desnutrición, mala higiene personal, abandono de la persona en la calle o en una institución pública (Salud O. P., 2013).

1.1.6 ABANDONO

Este es el desamparo de un anciano por la persona que había asumido la responsabilidad de proporcionarle cuidados, o bien, por la persona a cargo de su custodia (tutor legal). Incluye el abandono en instituciones asistenciales (hospitales, residencias y clínicas), así como en centros comerciales, locales públicos y la vía pública.

Algunos de los aspectos por los que puede ser evidente el abandono es que el adulto mayor se queje de abandono, suciedad, olor a heces u orina, erupciones en la piel no tratadas, úlceras por presión, malnutrición o deshidratación, enfermedades no tratadas, mal cumplimiento terapéutico., deterioro progresivo de la salud sin causa evidente, número de medicamentos excesivo o insuficiente en relación con los problemas de salud que presenta la persona mayor ,condiciones de inseguridad en el domicilio, vestido inadecuado (Moya & Barbero, 2005).

1.1.7 FACTORES ASOCIADOS AL MALTRATO EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

Se han realizado diversos estudios para identificar los factores que pueden influir o estar relacionados con el maltrato en adultos mayores, encontrándose información desde 1997 hasta la fecha, los artículos que se han encontrado, generalmente dividen el análisis en:

- Factores del adulto mayor
- Factores del cuidador agresor
- Contexto
- Estado de salud físico y mental.

Entre los factores del adulto mayor que es víctima de maltrato, en la revisión de autores como Lach, Dylar, Campbell entre otros, se encontró que algunos de los factores que eran característicos de los adultos mayores maltratados fueron:

El sexo femenino, la edad mayor a 70 años, estado civil divorciado o separado, una menor escolaridad y en cuanto ocupación los que se dedican al hogar (Lach, 1997; Dyer, 2000; Campbell, 2001; Iborra, 2008, Shugarman, 2003; Ruelas & Salgado, 2009; Giraldo, 2014).

Con respecto a los factores relacionados a las características del cuidador que llegaba a ser el agresor del adulto mayor, según el estudio de Perez (2008) e Iborra (2008) se encontro que tienen que ver con el estrés, la ansiedad, sobrecarga y la depresión, mientras que en el estudio de Iborra (2008) obtuvo otros factores significativos como la expresión de ira, abuso de sustancias y de alcohol.

Existen otros factores muy importantes relacionados con el contexto en el que se desarrolla en adulto mayor como son: la cultura de violencia (Iborra, 2008) el poco apoyo social y calidad de las relaciones (Ruelas & Salgado, 2009; Pérez, 2008).

Ademas se encontraron que hay factores en el estado de la salud física y mental que eran significativos, Giraldo (2014) y Pérez (2008) encontraron factores como la

discapacidad, dependencia física y mental, por su parte, Ruelas (2009) encontro como factor significativo las lesiones evidentes, así mismo Shugerman (2003) encontro que el abuso de alcohol, así como la incontinencia eran factores que al presentarlos el adulto mayor se hacía propenso al maltrato, así mismo Iborra (2008) Pérez (2008) y Dyer (200) encontraron como factores significativos la depresión y la demencia (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Factores Asociados al maltrato

ADULTO MAYOR	CUIDADOR	CONTEXTO
<ul style="list-style-type: none"> - Sexo femenino - Edad mayor a 70 años - Estado civil divorciado o separado - Baja escolaridad - Dedicarse al hogar - Comorbilidad - Discapacidad - Lesiones - Abuso de alcohol - Incontinencia - Depresión - Demencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Estrés - Ansiedad - Sobrecarga - Depresión - Abuso de sustancias - Abuso de alcohol - Expresión de Ira - Edad media (50 años o más) - Ser casados - Ser mujer - Tiempo de cuidado: 11 horas diarias - Escolaridad Secundaria - Esposa - Falta de entrenamiento para el cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> - La cultura de violencia - Poco apoyo social - Calidad de las relaciones - Aislamiento social - Vivienda compartida por varias personas. - No tener redes de apoyo social

En un estudio que realizó (Pérez, 2008) en donde el objetivo fue analizar el fenómeno del maltrato hacia las personas adultas mayores se identificaron los factores de riesgo asociados al maltrato hacia personas mayores con demencia en el ámbito comunitario, tal estudio consistió en examinar el comportamiento de la violencia contra los ancianos en diversos países como: España, Estados Unidos, Perú, Brasil, Panamá, Argentina, Colombia, Chile y Cuba.

Los participantes fueron tomados a través de diferentes centros de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, se reclutaron 45 cuidadores de familiares

mayores con demencia. De la muestra de cuidadores, el 75,6% eran mujeres y el 24,4%, hombres, mientras que los familiares cuidados eran, en un 60%, mujeres, y, en un 40%, hombres. El 11,6% de los cuidadores estaban solteros; el 81,4%, casados; el 2,3%, divorciados y el 4,7%, viudos.

En cuanto a la educación formal de los cuidadores, la media era de 10 años. La persona cuidada era el esposo o la esposa del cuidador en el 46,7% de los casos; en el 44%, el padre o la madre; en el 6,7%, el suegro o suegra; y en el 2,2% de los casos, ambos mantenían otro tipo de parentesco.

Los resultados indican la existencia de una asociación entre el riesgo de maltrato al adulto mayor por parte de sus cuidadores informales y algunos de los factores como el estrés asociado a la presencia de conductas agresivas o provocadoras por parte de la persona adulta mayor, el estrés asociado a la dependencia de la persona mayor en actividades de la vida diaria, además de la depresión, el estrés percibido, la carga asociada al cuidado, la expresión interna de la ira, la frecuencia de conductas agresivas y provocadoras o la ayuda formal e informal recibida.

Estas variables clasifican correctamente a la mayor parte de los cuidadores informales (90,9% de los casos) y son las que más contribuyen a diferenciar entre los grupos de riesgo alto y bajo de maltrato, la carga asociada al cuidado y la frecuencia de conductas agresivas por parte de la persona cuidada (Pérez, 2008).

Entre los factores de riesgo presentes en el responsable del maltrato se encuentra la edad, de manera que, a mayor edad existe mayor probabilidad de que se presente el maltrato, por otro lado, cabe señalar el género, siendo las mujeres las que, al asumir con mayor frecuencia el cuidado de la persona mayor, presentan mayor riesgo de infligir malos tratos.

Otras investigaciones señalan que el género está relacionado con el tipo de maltrato; los hombres serían más frecuentemente responsables del maltrato físico, mientras que las mujeres lo serían de negligencia.

También son factores que han sido relacionados con la probabilidad de maltrato hacia las personas mayores la inexperiencia es decir la falta de conocimientos y entrenamiento adecuados en el cuidado de una persona mayor; la presencia de trastornos psicológicos como por ejemplo la depresión, ansiedad, demencia, determinados factores de personalidad, como que culpe a la persona mayor de la situación, no tenga paciencia, o que no comprenda sus necesidades; el abuso de sustancias como el alcohol u otras drogas; la presencia de sentimientos negativos, como la ira y la hostilidad, como consecuencia de determinadas características de la situación de cuidado, el estrés, la sobrecarga y la dependencia económica de la persona mayor.

Además entre otros factores de riesgo presentes en la situación de cuidado, es la cantidad de ayuda (formal e informal) recibida, siendo los cuidadores que menos ayuda reciben los que presentan mayor riesgo de maltrato, la falta de contactos informales y/o formales, es decir, el aislamiento social, tanto en el cuidador como en la persona mayor, el desgaste de los vínculos intergeneracionales; además las dificultades económicas que el cuidador y la persona mayor vivan juntos, la calidad de la relación entre el cuidador y la persona mayor siendo más probable el riesgo cuanto peor es la calidad de la relación en ambos; y que la vivienda sea compartida por demasiadas personas, lo que provoca falta de espacio e intimidad (Anetzberger, 2000).

Estos resultados confirman, por un lado, la existencia de un patrón de factores relacionados con el riesgo de maltrato hacia las personas mayores en el ámbito familiar, así como también apoyan la hipótesis de que el maltrato hacia las personas mayores es el resultado de la combinación entre características de la persona cuidada, el cuidador y el contexto de la situación.

Además, cada grupo de dimensiones aporta por separado un porcentaje de varianza diferenciado a la explicación del maltrato. Finalmente, la dimensión que más poder explicativo tiene es la perteneciente a las características propias del

cuidador, por lo que parece que son las más relevantes en la misma línea que en el modelo original de (Anetzberger, 2000).

El cual se centra en la idea de que el maltrato es el resultado primariamente de las características del responsable del maltrato y secundariamente de las características de la persona cuidada y del contexto en que tiene lugar el maltrato al mayor.

A continuación, se mencionan algunos estudios que se han realizado con respecto al tema de maltrato en los adultos mayores:

Estudio de caso de un hombre de 82 años de edad ingresado en hospital con enfermedad de Alzheimer y comorbilidad con riesgo de abuso financiero por incapacidad para gestionar asuntos financieros (Chan, 2009).

El estudio realizado en Madrid, España en 2008, con cuidadores de familiares mayores con demencia mostro las características sociodemográficas y de salud asociadas a maltrato de los adultos mayores con demencia. Se encontró en cuidador sintomatología depresiva y actitud provocadora de las personas cuidadas y mayor carga (Pérez, 2008).

Un estudio en Reino Unido realizado en una muestra de 82 cuidadores de enfermos con demencia indicó la presencia de abuso verbal (51%), físico (20%) y negligencia (4%) por parte de los cuidadores (Cooney, 2006).

Un estudio para determinar los factores de riesgo para el abuso y la negligencia de ancianos en una cohorte establecida de adultos mayores residentes en la comunidad corresponde a un vínculo con el servicio de protección de edad avanzada registros durante un período de seguimiento de 9 años. Deterioro cognitivo definido como cuatro o más errores en el Pfeiffer Mental Cuestionario de estado (OR 3,0, IC del 95% 1.1, 7.7) (Lach, 1997).

CAPÍTULO II. ADULTEZ TARDÍA

2.1 ADULTEZ TARDÍA O VEJEZ

El envejecimiento se define como el proceso que va desde el nacimiento hasta la muerte; una de sus principales características son los cambios progresivos en las estructuras: biológica, psicológica y social en los individuos (Eugenia, 2012).

La vejez es la última etapa en la vida de los seres vivos, que antecede a su muerte. Desde que nacemos vamos envejeciendo cada día, pero al principio se madura, se crece, hasta que luego de transcurrida la etapa de la adultez, comienza una etapa de declinación y desgaste psicofísico natural, que marca huellas en el carácter y en lo físico. A veces, si se ha vivido de acuerdo a valores positivos, se va formando alguien cada día más sabio, pero si se ha vivido una vida sin metas, será un anciano vacío. La enfermedad también juega un rol muy importante en la etapa de la vejez, esto debido a que, si un adulto mayor tiene problemas importantes de salud, no podrá disfrutar de esta etapa en plenitud, en cambio sí goza de buena salud, podrá gozar los placeres del descanso, de los viajes, de los nietos, del tan preciado tiempo libre (Eugenia, 2012).

El desempeño en dicho proceso puede verse afectado por una serie de factores externos a lo largo del tiempo y, por tanto, la salud, la calidad de vida y la actividad durante la vejez son el resumen de las circunstancias y acciones a lo largo de los años. Como se dijo, existen factores socioeconómicos, y ambientales que pueden afectar el proceso de envejecimiento y predisponer a circunstancias adversas durante la vejez.

En las antiguas civilizaciones la vejez era honrada y reconocida como una etapa llena de sabiduría. En la antigua Roma el cabeza de familia era el varón vivo más antiguo de cada familia, o sea el abuelo o bisabuelo, según el caso, y tenía inmensos poderes, siendo una especie de rey dentro de la estructura familiar. En nuestra sociedad actual individualista, consumista, y medido todo en términos de productividad, la vejez, generalmente, salvo honrosas excepciones, no es

reconocida como símbolo de experiencia entre los jóvenes, sino como alguien cuyo ciclo productivo terminó y que hay que cuidar, muchas veces como una carga (Eugenia, 2012).

Generalmente se asocia la vejez, cuyo comienzo no es preciso, pero ocurre alrededor de los 60 años (En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud decidió emplear el término adulto mayor, que abarca una visión integral, interdisciplinaria y holística) con jubilación, pasividad, enfermedades, soledad; lo que no brinda un broche de oro interesante ni esperable para la culminación de la existencia (Salud, 1998).

2.2 TEORÍAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO.

Teoría molecular Burke: Se basa en la hipótesis de que el tiempo de duración de la vida está gobernado por genes que interactúan con factores del medio ambiente, para desencadenar el proceso del envejecimiento. Existe un programa genético que determina el máximo tiempo de vida para cada especie. Estas teorías moleculares involucran errores en este programa, las cuales se refiere a la pérdida de la fidelidad y la precisión en el proceso de transcripción, es decir en la información del DNA al RNA, mensajero para la síntesis de proteínas, llevándolas a cambios estructurales que producen el envejecimiento (Burke, 1998).

Teorías de la programación genética

a) Teoría de la senectud programada. - El envejecimiento es el resultado de la conexión y desconexión en secuencia de ciertos genes. La senectud es el momento en que se hacen evidentes los déficits resultantes de la edad (Papalia, 2010).

b) Teoría Endócrina. - Los relojes biológicos actúan a través de las hormonas para controlar el ritmo del envejecimiento.

c) Teoría evolutiva. - El envejecimiento es un rasgo evolucionado que permite que los miembros de una especie vivan sólo el tiempo suficiente para reproducirse.

Teorías sistémicas

El envejecimiento del organismo es atribuido al deterioro en la función de un sistema clave, que puede ser el nervioso, el endócrino, o el inmune, que a su vez origina cambios en los demás sistemas. Tal deterioro estaría programado genéticamente en los factores medio ambientales que durante la vida colaboran en su manifestación (Papalia, 2010).

Según estas teorías el envejecimiento está relacionado con el declinar en las funciones de diversos órganos esenciales para el control y mantenimiento de otros órganos o sistemas. Los sistemas nervioso, endocrino e inmune regulan y controlan las funciones de otros sistemas, así como las respuestas a los estímulos internos y externos que se producen en nuestros organismos. Las teorías sistémicas son las siguientes:

- **Teoría neuroendocrina.** - El envejecimiento se produce como una consecuencia de los cambios degenerativos que se producen en el cerebro y en el sistema nervioso con el paso de los años y que tienen como consecuencia la desregularización de los sistemas de control del organismo.
- **Teoría inmunológica.** - Cuando el mecanismo de defensa del organismo pierde la capacidad de vigilancia, por lo que los agentes infecciosos pueden deteriorar seriamente la salud en la vida adulta y especialmente en la vejez, aumentando el número de enfermedades autoinmunes (Ander, 2009).

Teoría psicosociológica.

El envejecimiento psicológico se caracteriza sobre todo por los cambios conductuales. Estrechamente relacionados con las ciencias psicológicas y

biológicas, se encuentran los cambios psicológicos, que se relacionan con las influencias ambientales que contribuyen y afectan a las personas que envejecen. Cada persona mayor es un individuo al cual cada experiencia vital y cada modificación en su entorno ejercen un efecto sobre ella (Papalia, 2010).

Teoría de la diferenciación terminal

En esta teoría, el envejecimiento celular se debe también a una serie de modificaciones de la expresión genética, pero que comportan una diferenciación terminal de las células. Se hace especial hincapié en los efectos adversos del metabolismo sobre la regulación genética (Pardo, 2003).

Teoría de la inestabilidad del genoma:

Se pone de relieve la inestabilidad del genoma como causa de envejecimiento, y pueden producirse modificaciones tanto al nivel del DNA como afectando a la expresión de los genes sobre el RNA y proteínas (Pardo, 2003).

2.3 CAMBIOS FÍSICOS

Algunos de los cambios físicos que se presentan en la adultez tardía es la pérdida de visión la cual puede disminuir seriamente la independencia del adulto mayor, esta puede estar producida por los cambios normales y/o los patológicos o enfermedades. Los problemas se vuelven más frecuentes a partir de los 60 años y tienen una mayor incidencia en los mayores de 80 años.

Otro cambio es la disminución de la audición, lo cual puede interferir en la comunicación e interacción social de la persona adulta mayor y generarle inseguridad. Al mismo tiempo genera dificultades a las personas con problemas auditivos para seguir las conversaciones de otros, esto puede originar en ellos desconfianza y conducir a un mayor aislamiento al disminuir las oportunidades de comunicación e interacción social. Además, puede existir menor sensibilidad a los olores y sabores, lo que puede afectarlos para que disfruten sus alimentos (Fernandez, 2013).

Disminuye la sensibilidad para el tacto, lo cual se debe a una disminución de la cantidad de receptores y de su sensibilidad individual (más acusada hacia los 60 – 70 años porque la piel es más delgada). No cambia en las zonas del cuerpo cubiertas de pelo, pero si en las palmas y en los dedos de las manos, así como de los pies.

Piel. - La piel se va haciendo más delgada y frágil, por lo que es más susceptible de adquirir infecciones, Al perder sensibilidad aumenta el umbral del dolor, es decir se necesitan estímulos más fuertes o prolongados para sentir. (Hidalgo, 2012).

Algunas de las medidas preventivas para cuidar la piel son:

- El baño debe de ser diario, breve y con agua tibia
- La piel se descama de manera automática, por lo que no debe de tallarse o frotarse con nada, sólo con la espuma del jabón.
- Usar jabón neutro (jabón sin perfumes, colorantes o exfoliantes)
- Secar la piel muy bien, sin frotar, secar especialmente los pliegues como axilas, inglés, debajo de las mamas y entre los dedos de los pies.
- Aplicar abundantemente crema blanca y sin perfume

Pelo. - Va cambiando de color, de gris a blanco, las cejas se hacen más gruesas y aparece pelo en las orejas, sobre todo en el caso de los hombres. En las mujeres puede aparecer pelo muy fino en la zona del bigote y la barba; el cuero cabelludo se hace más delgado y escaso; el crecimiento de las uñas también se hace más lento (Hidalgo, 2012).

Temperatura: Se altera la capacidad para mantener la temperatura del cuerpo, por lo que la persona adulta mayor se vuelve “friolenta”, en estos casos hay que evitar que esté cerca de calentadores ya que puede tener el riesgo de quemaduras, además de resequedad en la piel.

Incontinencia urinaria: Cuando la persona presenta incontinencia urinaria, requiere usar pañal, éste debe de cambiarse con frecuencia y no es recomendable utilizar toallitas húmedas para el aseo, pues las sustancias químicas que contienen pueden irritar o inflamar la piel, se sugiere que se utilice el aseo con agua, es importante secar perfectamente la zona, además se sugiere ropa interior de algodón, para lavar la ropa no debe de usarse suavizantes, solo jabón de pasta (Hidalgo, 2012).

2.4 CAMBIOS COGNITIVOS

En general se podría afirmar que el proceso de envejecimiento va unido a cambios lentos y continuos que se manifiestan en diferentes áreas del funcionamiento cognitivo.

Algunos de los cambios cognitivos en el envejecimiento son:

1) **Proceso de la información.** Existe un enlentecimiento en general que podría ocasionar un enlentecimiento también en la manifestación de respuestas. Hay una serie de factores que pueden afectar negativamente al procesamiento de la información, algunos de ellos son los estados de ánimo negativo, la ansiedad, la preocupación ante las pérdidas.

2) **Inteligencia.** Se mantiene estable durante la etapa de la vejez, aunque suele aparecer un enlentecimiento y un aumento del tiempo de respuesta frente a un problema, este enlentecimiento puede mostrarse como fatiga intelectual, pérdida de interés, dificultades en la concentración. No obstante, los cambios significativos en la inteligencia se apreciarían a partir de los 70 años. Existen dos tipos de inteligencia: la fluida y la cristalizada (Castanedo Pfeiffer Cristina, 2013).

- **Inteligencia cristalizada.** Esta no se modifica con el paso de los años. Está relacionada con los conocimientos adquiridos previamente.

- **Inteligencia fluida.** Se ocupa de procesar la nueva información y adquirir nuevos conocimientos. Puede verse disminuida sobre todo en tareas que impliquen concentración, rapidez, atención y pensamiento inductivo.

3) **Memoria.** La memoria inmediata se mantiene relativamente bien preservada. La memoria a largo plazo se mantiene conservada. Es la memoria reciente la que empieza mostrar déficits, con dificultad de la persona para recordar hechos muy recientes. Estos pequeños olvidos cotidianos suelen ser el signo más característico de los cambios psíquicos en el mayor.

4) **Lenguaje.** La capacidad de lenguaje se mantiene. La forma (sintaxis) no se altera y el proceso comunicativo se mantiene razonablemente bien, aunque puede estar enlentecido.

5) **Afectividad emocional.** La vejez está marcada por las pérdidas (familiares, laborales, sociales, físicas). La afectividad depende de la personalidad del propio individuo y de su capacidad para enfrentarse a los cambios y pérdidas (Castanedo Pfeiffer Cristina, 2013).

Cambios socio-emocionales

Los cambios sociológicos afectan a toda el área social de la persona: su entorno cercano, su familia, su comunidad y la sociedad en general. Hay cambios en el rol individual como individuo, integrante y de una familia, además hay cambios en el rol social (laborales y dentro de una comunidad).

1) Cambios en el rol individual. Dependerá de la capacidad y de la personalidad del individuo para afrontar los cambios de rol que le tocará vivir (como abuela, al perder a su pareja, al tener que abandonar su hogar). Por otro lado, con el avance de los años surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al mayor en el cambio de roles de cuidado.

2) Cambios en el rol social. Las redes sociales y las relaciones pueden verse mermadas, aumenta la distancia intergeneracional. En este caso también

aparecen los prejuicios y mitos relacionados con la vejez que cada sociedad pudiera tener (Castanedo Pfeiffer Cristina, 2013).

Duelo en el adulto mayor

Es esta etapa del desarrollo las reacciones del duelo pueden llegar a ser más prolongadas esto debido a que el adulto mayor tiene más dificultades para adaptarse a los cambios, además de que la pérdida se vuelve un tema predominante en la vida emocional del adulto mayor, esto ya que la muerte no solo le pone término a la vida, sino que ahora está más presente que nunca.

El duelo en el adulto mayor es similar al del niño, debido a que en la senectud se produce una vuelta a la dependencia. John Bowlby (1980) plantea que esa actitud de búsqueda o vuelta a la dependencia, se debe a la expresión de la respuesta instintiva a la separación que observamos en la infancia, este impulso no solo se provoca cuando perdemos a la figura de apego más importante en cualquier etapa de la vida, sino que es específico de los seres humanos, lo cual produce una disminución de la capacidad para el duelo.

La dependencia que presenta el adulto mayor lo lleva a desarrollar conductas no patológicas y adaptativas a la pérdida, también necesita un sustituto que le brinde seguridad, ya que la pérdida de la persona querida amenaza esta seguridad; no obstante, en otros casos, no parece haber un intento de búsqueda de sustituto, presentándose conductas autodestructivas, en un aparente intento de reunión con la persona perdida, sin mostrar signos de dolor por esta pérdida.

Algunas de las manifestaciones del duelo normal, son los sentimientos de tristeza, no necesariamente involucra llorar, pero si muestra llanto constante puede ser una señal de que requiere de comprensión y protección por parte de los demás, así mismo puede mostrar enfado, además de culpa y autoreproche, normalmente la culpa se manifiesta respecto a algo que ocurrió o algo que se pasó por alto, la mayoría de las veces la culpa es irracional y se mitiga a través de la confrontación con la realidad. Otros de los sentimientos son la soledad, apatía, fatiga. Al finalizar el proceso del duelo el adulto mayor siente alivio (Chavez, 2011).

Como todo proceso, el duelo cursa etapas las cuales han sido definidas por diferentes autores. En general, todos coinciden en que el duelo se desarrolla en cuatro etapas dinámicas, la primera etapa se denomina de “Impacto y Perplejidad o Shock”. Esta etapa se inicia cuando nos enfrentamos a la noticia de la muerte, la cual puede prolongarse desde minutos, días y hasta meses, esto debido a que intenta defenderse del impacto de la noticia.

El adulto mayor se enfrenta a una realidad que no logra comprender y que capta toda su atención, por lo que el consuelo no será bien recibido. Es él mismo quien debe verificar y confrontar la realidad, tampoco hay que sobreprotegerlo y no forzarlo a realizar actividades que no quiere, ni tampoco hay que dejarlo en un reposo absoluto por un tiempo prolongado. Por otro lado, experimenta sentimientos de pena y dolor, incredulidad y confusión. También puede presentar trastornos del apetito por defecto o por exceso, así como insomnio (Papalia, 1997).

La segunda etapa se denomina de “Rabia y Culpa”; hay una angustia intensa, acompañado de un desorden emocional. La muerte ya ha sido aceptada como un hecho real. El adulto mayor comienza un proceso de búsqueda de quien ya no está y empieza a expresar los sentimientos por éste.

La tercera etapa es “Desorganización del Mundo, Desesperación y Retraimiento”. En esta etapa se intensifica la pena y llanto, surgen los sentimientos de culpabilidad, resentimientos, soledad, añoranza y auto reproche. El adulto mayor siente rabia lo cual lo mantiene resentido y le impide su readaptación a la nueva realidad y tienen comportamientos o conductas no meditadas. Sueña con el fallecido, se retira socialmente, suspiros constantes, hiperactividad y frecuenta los mismos lugares del fallecido. Presenta sensaciones físicas, como el estómago vacío, tirantes en tórax o garganta, hipersensibilidad a los ruidos, vivencias de despersonalización, sensación de ahogo y boca seca. También pensamientos de preocupación, presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas. No hay que esperar que el adulto mayor cambie su conducta o reprima su tristeza, al

contrario, hay que permitirle la realización del duelo, para que sea capaz de enfrentar los sentimientos de dolor y tristeza (Papalia, 1997).

La cuarta y última etapa se denomina de “Reestructuración del mundo, Reorganización y Sanación”. El adulto mayor toma conciencia de la pérdida, acepta el vacío y lo incorpora como una ausencia presente. Reaparece la paz y el sentido de vivir, y se atenúa las emociones y sentimientos. Vuelve a sentir la calidez de quienes lo rodean. Comienza atener una visión más realista del ser perdido. Se habla de elaboración del duelo cuando ya se ha aceptado la pérdida y el recordar no causa dolor. El expresar abiertamente la pena que se siente es algo natural y deseable, y supone una buena salida psicológica en términos de la elaboración del duelo recientemente vivido (Papalia, 1997).

2.5 CAMBIOS DE PERSONALIDAD

Según la teoría de Erik Erikson (1985), la terminación exitosa de cada etapa da lugar a una personalidad sana y a interacciones acertadas con los demás. El fracaso a la hora de completar con éxito una etapa puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas y, por lo tanto, a una personalidad y un sentido de identidad personal menos sanos. Estas etapas, sin embargo, se pueden resolver con éxito en el futuro (Ver tabla 2).

Tabla 2. Etapas del desarrollo:

Etapas	Edad del sujeto años			Virtudes Básicas
1	0-2	Confianza	Vs. Desconfianza	Esperanza
2	2-4	Autonomía	Vs. Vergüenza	Voluntad
3	4-6	Iniciativa	Vs. Culpa	Propósito
4	6-12	Laboriosidad	Vs. Inferioridad	Capacidad
5	Adolescencia	Identidad	Vs. Difusión	Fidelidad
6	Juventud	Intimidad	Vs. Aislamiento	Amor
7	Adultez	Generatividad	Vs. Estancamiento	Cuidado
8	Madurez	Integridad	Vs. Desesperación	Sabiduría

La etapa de la Madurez o vejez de la que habla Erikson:

Integridad frente a desesperación (Erikson, 1985) Esta etapa está contemplada desde aproximadamente los 60 años hasta la muerte, siendo la última etapa. En la delicada adultez tardía, o madurez, la tarea primordial es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza. Primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes; junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren; los familiares también y ello contribuye a la aparición de un sentimiento de desesperanza. Como respuesta a esta desesperanza, algunos mayores se empiezan a preocupar con el pasado.

La integridad yoica significa llegar a los términos de tu vida, y, por tanto, llegar a los términos del final de tu vida. La tendencia mal adaptativa es llamada presunción. Cuando la persona “presume” de una integridad yoica sin afrontar de hecho las dificultades de la senectud.

Desde una perspectiva psicosocial, (Erikson, 1985) utiliza el término Integridad para referirse al proceso que hace una persona mayor respecto a sí mismo y a los demás. Lo utiliza en varias acepciones de las cuales queremos resaltar dos: en primer lugar, referido a la necesidad de integrar en el "yo", lo que uno es, lo que ha sido y lo que será, y en segundo lugar a una defensa de la propia integridad, frente a las amenazas internas o externas a que el individuo puede estar sometido, desde el punto de vista del sujeto, del yo, pueden contribuir mejor a una vivencia más positiva de la Vejez.

En primer lugar, la consideración de la Vejez como una etapa más de crecimiento personal, en la que las actividades, las ilusiones y las relaciones con los demás, pueden y deben mantenerse en un primer plano, aunque con un contenido, ritmo, y perspectiva social diferente a otras etapas. Un crecimiento personal que puede ir acompañado de una mirada más serena, benevolente y discreta, en función de un mayor conocimiento y experiencia sobre sí mismo y sobre los demás.

En segundo lugar, la defensa de la autonomía personal y social, en el sentido de ser capaz de hacer lo posible para conservar nuestras capacidades físicas, nuestras capacidades de decisión sobre nuestra propia vida y nuestras capacidades de relación, dignidad y respeto en el marco familiar y social. Una demanda excesiva de apoyo y ayuda puede ir en contra de la optimización de nuestras propias capacidades.

En tercer lugar, la aceptación de las limitaciones y los cambios que comporta la edad, tanto en el plano físico (limitaciones de salud), como en el plano afectivo (pérdida de personas), como en el plano social (menor protagonismo). En este sentido, y en determinados momentos, la acumulación de pérdidas puede desbordar las capacidades de aceptación y elaboración de los mayores. La amplitud de las redes de apoyo suele ser un elemento determinante para ayudar a amortiguar los efectos de estas pérdidas (Erikson, 1985).

Y finalmente el tema de la elaboración del tema de la muerte, que suele ir parejo a la inevitable recapitulación y balance del Ciclo vital. Una temática que, más que tomar la dimensión de una visión trágica, puede ser considerada como algo natural que forma parte de la misma existencia humana, de la sucesión generacional (Erikson, 1985).

2.5 ENFERMEDADES

El envejecimiento es un fenómeno complejo en el que cada individuo de un grupo poblacional, cada órgano o tejido es un sistema orgánico y cada célula dentro de cada tejido, forman parte de un todo por lo que este grado de complejidad determina la necesidad de brindar respuestas a los problemas inherentes en esta etapa de la vida. Éste puede definirse como un deterioro funcional progresivo y generalizado que ocasiona una pérdida de la respuesta de adaptación a la agresión y un aumento del riesgo de enfermedades asociadas a la edad, de ahí la

necesidad de crear mecanismos de adaptación que garanticen una longevidad satisfactoria.

En los adultos mayores existen múltiples patologías que afectan su calidad de vida y el logro de una longevidad satisfactoria, debido a que esto los hace más propensos a ser dependientes.

Algunas de las enfermedades que pueden aparecer durante la vejez, de acuerdo a Fernandez (2013):

La ansiedad: las manifestaciones de la ansiedad en las personas adultas mayores pueden ser muy variadas, algunas de ellas pueden ser que muestre preocupación constante por temas que antes no le preocupaban, como aspectos financieros, fenómenos meteorológicos, acontecimientos futuros, a veces se traducen en preguntas reiteradas en cortos espacios de tiempo o en fobias a salir, bañarse u otras actividades.

Insomnio. -Es un trastorno del ritmo sueño-vigilia por alteración del ritmo cardiaco, estos trastornos son ocasionados por la lesión del núcleo supraquiasmático, núcleo donde radica el reloj biológico.

Enfermedades más comunes en la vejez

A continuación, se mencionan algunas de las enfermedades que se pueden presentar en las personas adultas mayores:

Arterioesclerosis de las Extremidades: es un síndrome caracterizado por el depósito e infiltración de sustancias lipídicas, en las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre. Esto provoca una disminución en el flujo sanguíneo que puede causar daño a los nervios y otros tejidos.

Los problemas de riesgo en las extremidades en la arteriosclerosis suelen ocurrir antes en las piernas o los pies y la edad es uno de los factores de riesgo más importantes. La persona afectada empieza a notar dolor de piernas, hormigueo en

los pies estando en reposo, úlceras e incluso gangrena en los pies (el tejido "se muere", notándose visiblemente).

Artrosis: Afecta más a las mujeres que a los hombres, y a partir de los 75 años, prácticamente todas las personas tienen artrosis en alguna articulación. La edad, la obesidad, la falta de ejercicio, son sólo algunos de los factores que predisponen a sufrirla. Consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se traduce en dificultades de movilidad y dolor articular con los movimientos.

El tratamiento de la artrosis consigue mejorar la movilidad y disminuir el dolor mediante antiinflamatorios no esteroideos, o la infiltración de esteroides, además de ejercicios de rehabilitación. En casos de extrema gravedad se puede recurrir a la cirugía, que consiste en sustituir las articulaciones por prótesis artificiales.

Artritis: es la inflamación de una articulación, caracterizada por dolor, limitación de movimientos, tumefacción y calor local. Puede estar causada por numerosas enfermedades y síndromes; por micro cristales (afectos de gota), neuropatía (lesiones del sistema nervioso), reumatoide (origen multifactorial), infecciosa (de origen bacteriano, vírico, micótico o parasitario), sistemática (de origen cutáneo, digestivo, neuropático), reactiva (múltiples factores). Se suele detectar pasados los 40 años, en radiografías, sin que antes se haya presentado ningún síntoma.

Alzheimer: La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central que constituye la principal causa de demencia en personas mayores de 60 años. Se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. Se desconocen las causas, si bien se sabe que intervienen factores genéticos. Por desgracia el Alzheimer sigue siendo incurable, pero la comunidad científica se muestra optimista por encontrar una cura a corto plazo.

Deterioro cognitivo: Es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o deterioro de funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como la memoria, orientación, calculo, comprensión,

juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. Visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores de la cual se queja el paciente, pero se puede o no corroborar con pruebas neuropsicológicas y que generalmente es multifactorial, tales como: depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos a medicamentos (General, 2012).

A nivel internacional cerca de 900 millones de personas de 60 años según el Informe Mundial sobre el Alzheimer del año 2015, reportó que en nuestra población los factores de riesgo más asociados a demencia fueron: el analfabetismo, la diabetes, la enfermedad cerebrovascular, cardíaca y la depresión (Mejía-Arango S, 2007).

Parkinson: Es un trastorno caracterizado por síntomas motores como temblor en reposo, bradicinesia, rigidez y alteraciones en la marcha. También se conocen síntomas no motores, como alteraciones autonómicas, sexuales, del sueño y neuropsiquiátricas. Estos síntomas son consecuencia de la pérdida de neuronas dopaminérgicas, principalmente de la vía nigroestriatal (Salud, 2010).

El diagnóstico de Enfermedad de Parkinson será realizado a través de los criterios diagnósticos del Banco de Cerebros del Reino Unido. Estos criterios aplicados por neurólogos especialistas en movimientos anormales presentan una sensibilidad y especificidad del 98.6% y 91.1% respectivamente. El primer paso será comprobar el síndrome parkinsonico con bradicinesia más uno de los siguientes:

- **Rigidez muscular:** limita su rango de movimiento y hace que sea difícil realiza las tareas diarias.
- **Bradicinesia:** Enlentecimiento de los movimientos, especialmente de los movimientos voluntarios complejos.
- **Temblor:** Agitación involuntaria y rítmica de un miembro, la cabeza o el cuerpo entero.
- **Inestabilidad postural:** Trastornos de equilibrio y coordinación.

Hipertrofia benigna de Próstata: Consiste en un crecimiento excesivo en el tamaño de la próstata a expensas del tamaño celular. Es muy común en los hombres a partir de los 60 años. Para su diagnóstico, es frecuente la "biopsia prostática" y el tacto renal (palpar la próstata a través del recto), que además puede detectar síntomas de cáncer. Suele provocar un síndrome miccional: mayor frecuencia de orinar, irritación y obstrucción; que pueden complicarse con infecciones urinarias, cálculos renales. Para su tratamiento, los pacientes deben disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse y moderar el consumo de alcohol y cafeína. En ocasiones extremas se tiene que intervenir quirúrgicamente (prostatectomía).

Sordera: A menudo, los déficits auditivos se consideran "normales" en los ancianos, y, si bien es propio de la edad el desgaste en nuestras capacidades, siempre se debería poner solución, con las pruebas diagnósticas precisas y si es necesario, con la ayuda de un audífono que amplificará la señal sonora ayudándonos a recuperar parcialmente nuestra capacidad auditiva.

Presión arterial alta: Se puede definir como la elevación sostenida de las cifras de presión arterial por arriba de 140 para la sistólica y de 90 para la diastólica, lo cual puede ocasionar daño a órganos blanco (corazón, cerebro, y riñón). Los factores de riesgo más importantes para la presión alta son la edad superior a 60 años, diabetes mellitus, ingestión de sal, tabaquismo y en menor grado la obesidad, y el sedentarismo. Desde el punto de vista epidemiológico, incide en el 60% de los mayores de 60 años, se calcula que en México existen más de 10 millones de sujetos con hipertensión arterial,³ con incremento anual del 30%.⁴ En nuestro medio se reporta en un 32%⁵ con incremento en la morbilidad y mortalidad (Salud O. P., 2014).

Problemas Visuales: Con la edad adulta es muy frecuente que nuestra vista vaya perdiendo facultades. Es por ello que se aconseja a las personas mayores una revisión ocular una vez al año para detectar los problemas visuales más frecuentes y su tratamiento específico. Los problemas de visión más frecuentes en las personas mayores son la miopía, presbicia o comúnmente llamado vista cansada, cataratas, degeneración macular del ojo, glaucoma, tensión ocular.

Claudicación intermitente: Es un trastorno que se produce como consecuencia de la obstrucción progresiva de las arterias que nutren las extremidades. Las paredes de las arterias sufren lesiones, llamadas "placas de ateroma", que se van agrandando dificultando el correcto riego sanguíneo y haciendo que los músculos produzcan ácido láctico. Caracterizado por la aparición de dolor muscular intenso en las extremidades inferiores, en la pantorrilla o el muslo, que aparece normalmente al caminar o realizar un ejercicio físico y que mejora al detener la actividad. Se observa con mayor frecuencia en el hombre que en la mujer; generalmente en pacientes mayores de 60 años.

Osteoporosis: Es una enfermedad cuya frecuencia y severidad parecen incrementarse con la longevidad, con mayor riesgo de fracturas óseas patológicas. Predomina en la mujer (20/1) en la etapa posmenopáusica, pero esta proporción disminuye establemente después de los 70 años.

La osteoporosis parece estar relacionada con algunos factores como son: las características raciales, es más frecuente en personas de origen caucasiano y asiático; la ubicación geográfica y el régimen climatológico más frecuente en los países nórdicos y de clima frío, pero el factor que parece ejercer mayor influencia es la prolongación de la senectud, más frecuente y severa cuanto mayor es la longevidad (Rojas Barrios Linet, 2011).

Esta enfermedad es la responsable de más de 1 millón y medio de fracturas cada año. Un mayor consumo de recursos en salud y las tasas de mortalidad asociadas a fracturas ascienden. Afecta a 1 de cada 5 mujeres de más de 45 años y a 4 de cada 10 mujeres de más de 75 años. Entre el 30 y el 50 % de todas las mujeres posmenopáusicas están afectadas de osteoporosis. Se describe que 1 de cada 2 mujeres y 1 de cada 5 hombres sufrirán un hueso fracturado (Rojas Barrios Linet, 2011).

Accidente Cerebro Vascular (Ictus): Es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. Ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es obstruido por un coágulo u otra partícula, lo que provoca que parte del cerebro no

consiga el flujo de sangre que necesita, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos, quedando paralizada la zona del cuerpo "dirigida" por esa parte del cerebro.

Tipos y subtipos:

Los ictus pueden agruparse en dos categorías principales: isquémicos y hemorrágico. En los del primer tipo aparece el bloqueo sanguíneo cerebral, debido a la presencia de un coagulo de sangre (accidente cardiovascular isquémico), este es el más frecuente (80-85% de los casos). En los del segundo tipo, se rompe un vaso sanguíneo en el cerebro produciendo una hemorragia o derrame cerebral (accidente cerebrovascular hemorrágico) este es menos común (15-20% de los casos).

Cáncer: Dentro de las principales causas de mortalidad en el adulto mayor se encuentran los tumores malignos, mismos que provocan la muerte de más de seis millones de personas en el mundo, lo que representa aproximadamente 50% del total de las defunciones por cáncer.

Uno de los principales factores que multiplica el riesgo de padecer cáncer es la edad. Pasados los 55 años, cada década vivida dobla el riesgo de padecer un ictus (Gonzalez, 2011).

Diabetes. - Con el aumento de la expectativa de vida aumenta también la probabilidad de enfermar y una patología que ha demostrado alta prevalencia y elevada incidencia entre los ancianos es la diabetes mellitus. Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA), en los Estado Unidos hay más de 12.2 millones de personas de 60 años y más que han sido diagnosticadas con diabetes mellitus y el número de casos se incrementa cada año.

Este mismo fenómeno ha sido también observado en países en vías de desarrollo como México los signos y síntomas de la diabetes mellitus en el anciano se han relacionado a incontinencia urinaria, déficit visual, caídas, deterioro funcional y fragilidad, todos ellos síndromes geriátricos clásicos. Incluso, se ha propuesto que la diabetes mellitus que inicia en la vejez pudiera tener un comportamiento

fisiopatológico distinto al presentar un curso clínico más benigno que la de aquellos que envejecieron con diabetes mellitus de muchos años de evolución (Aguilar- Navarro, 2010).

Existen dos tipos de diabetes.

Tipo I: El cuerpo no produce insulina, esta se desarrolla a menudo en niños y adultos jóvenes, aunque puede aparecer a cualquier edad.

Tipo II: Es el tipo más común, se le conoce como diabetes del adulto. En este tipo de diabetes, el cuerpo fabrica insulina, pero no la utiliza debidamente, la probabilidad de contraer la diabetes tipo 2 es más alta en personas con exceso de peso, personas que no hacen ejercicio físico o que ya tienen una historia de diabetes en la familia (envejecimiento, 2007).

Algunas de las medidas que se pueden utilizar para tratar la diabetes mellitus son:

- Controlar los niveles de glucosa
- Mantener una alimentación sana.
- Realizar actividades físicas.
- Dar seguimiento a su tratamiento indicado por el medico
- Hacer exámenes anuales de los ojos.
- Hacer exámenes anuales de los riñones.
- Vacunarse contra la gripe y la neumonía.
- Cuidado de sus dientes y encías
- Conocer cuál es su nivel promedio de glucosa en la sangre, mediante un examen de sangre denominado prueba A1C.
- Proteger su piel
- Examinarse los pies.
- Prestar atención a su presión arterial.

2.6 DEPENDENCIA FUNCIONAL Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional. El envejecimiento no es una condición, pero se asocia con enfermedad y dependencia.

En México las principales enfermedades crónicas asociadas con una dependencia funcional en las actividades básicas son:

- La depresión
- La enfermedad pulmonar obstructiva Crónica (EPOC)
- Enfermedad vascular Cerebral
- Artrosis
- Deterioro cognoscitivo
- Hipertensión arterial

Los principales padecimientos en la población adulta mayor que se reportaron en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 fueron: Hipertensión, 40%, diabetes (24.3%) hipercolesterolemia (20.4%) enfermedad del corazón (9.2%) embolia o infarto cerebral (3.7%) y cáncer (3.9%). Los indicadores de salud mental se relacionaron con la presencia de síntomas depresivos (17.6%), deterioro cognitivo (7.3%) y demencia (7.9%) (ENSANUT, 2012).

Las enfermedades crónicas se caracterizan sobre todo por su contribución a los años vividos con discapacidad o con dificultades o limitaciones para realizar actividades como caminar, moverse, subir o bajar las escaleras ver, aún usando lentes; hablar, comunicarse o conversar; oír, aún utilizando un aparato auditivo;

atender su cuidado personal (vestirse, bañarse o comer); poner atención o aprender cosas sencillas o bien tener alguna limitación mental (Gómez, 2014).

La dependencia es resultado de la interacción de diversos factores, no sólo de tipo biológico, como la edad y la morbilidad (aguda o crónica), y en todo momento recibe la influencia de determinantes de tipo social, psicológico, económico y cultural, sin olvidar los matices que la personalidad del anciano coloca sobre la presencia de ventajas y oportunidades, por ejemplo, la resistencia a adoptar un papel secundario que la sociedad pudiera otorgarle (Gómez, 2014).

CAPITULO III

CONJUNTO HABITACIONAL UNIDAD INDEPENDENCIA

3.1 ORIGEN

La Unidad Independencia se inició como un proyecto de viviendas para los trabajadores de las fábricas del sur de la Ciudad de México. Simultáneamente, en esa década el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) determinó utilizar parte de sus reservas acumuladas desde 1950, para ampliar sus servicios, incluso en la prestación de vivienda. Al tiempo López Mateos sabía de un terreno ideal para llevar adelante su proyecto, en lo que constituía la Hacienda El Batán ocupada por la familia Matsumoto que gozaba de gran renombre como creadora de jardines. (Conjunto Habitacional Unidad Independencia, 2014).

La Unidad Independencia fue concebida como parte del mejoramiento de la seguridad social ofrecida por el estado mexicano, que incluía además de las pensiones, servicios de salud y de habitación para trabajadores, mediante soluciones arquitectónicas pensadas para procurar seguridad personal a los habitantes, el proyecto no sólo concebía el servicio de habitación sino también de servicios, aprovechamiento de las áreas verdes y buena ubicación en relación al desplazamiento necesario a los centros de trabajo en esa área de la ciudad.

Fue construida considerando el ahorro de costos con materiales durables (tabique hueco recocido, piedra braza, piedra bola, concreto hidráulico), y bajo la concepción urbanística de Unidad Vecinal, mediante tres barrios habitacionales diferenciados inspirados en el concepto de “Hospitales-Pueblo” de Vasco de Quiroga. El conjunto habitacional y de servicios “Unidad Independencia”, consta de 2,235 viviendas en régimen de propiedad en condominio con una población cercana a 10,000 habitantes (cerca del 55% mujeres), sobre la superficie irregular de la Loma El Batán y una densidad media de 270 habitantes por hectárea, de la que 2 tercios son áreas verdes; el 23% superficie construida y el resto calles y estacionamientos (Conjunto Habitacional Unidad Independencia, 2014).

3.2 UBICACIÓN

Se localiza en la delegación Magdalena Contreras y está delimitada al norte por las colonias El Batán Viejo y Progreso Tizapán, mediante la avenida San Bernabé; al sur la Av. San Jerónimo y al poniente la calle de Presa la separan de colonia San Jerónimo Lídice y al oriente el Boulevard Adolfo López Mateos. Ocupa una superficie de 37 hectáreas de las que casi la mitad correspondían a la antigua Hacienda El Batán (Ver Figura 1).

Mapa Unidad Independencia



Fig. 1 Se puede observar el área que delimita la Unidad Independencia actualmente.

3.3. CONSTRUCCIÓN

La construcción de la Unidad Independencia estuvo a cargo del departamento de obras del IMSS y se inició en mayo de 1959. Fue diseñada y proyectada por los arquitectos Alejandro Prieto Posadas y José María Gutiérrez Trujillo en colaboración con el arquitecto Pedro F. Miret y un equipo de 23 arquitectos e ingenieros. Se inauguró el 20 de septiembre de 1960 como parte de los festejos por el 150 Aniversario de la Independencia de México y el 50 Aniversario de la Revolución Mexicana (Ver Figura 2).

Figura 2. Construcción de la Unidad Independencia

Ciudad	Distrito Federal, México	Habitacionales	73,206m ² / 22%
Construcción	1959-1960	Uso Mixto	17,972m ² / 5%
Arquitecto	Alejandro Ramos Posadas, José María Gutiérrez Trujillo	Áreas Verdes	89,100m ² / 72%
Superficie Ha	33 Has	Edificios	36 edificios, 635 viviendas unifamiliares, 3 torres

3.4 TEATRO INDEPENDENCIA

El Teatro Independencia se encuentra ubicado en la gran plaza cívica de la Unidad Independencia, este es un espacio especialmente simbólico por la presencia de la plástica nacionalista. Es el único de los teatros del IMSS en la Ciudad de México en cuya fachada se observa de forma determinante la integración escultórica en ella, Federico Cantú realizó un bajorrelieve alusivo a la cultura del México antiguo.

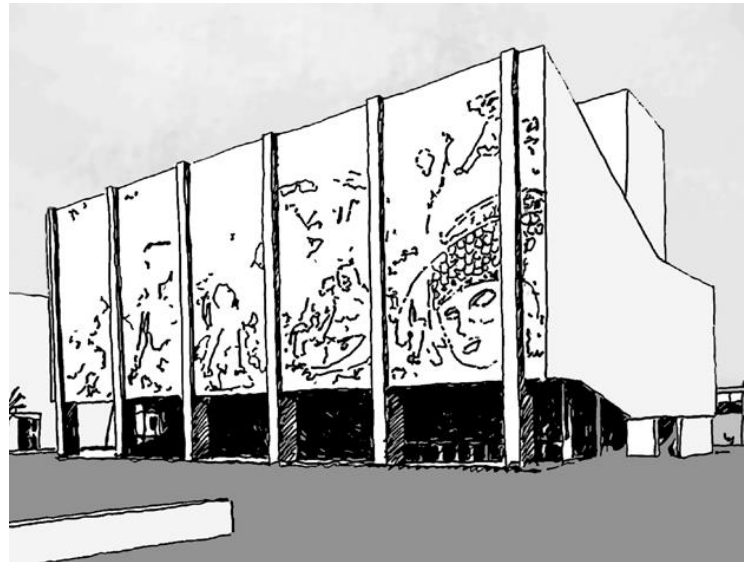


Fig. 3 Se puede observar el Teatro Independencia ubicado en la Unidad Independencia

El edificio se percibe con cierto grado de monumentalidad por las columnas altas adosadas a la fachada y el peso visual del muro labrado, que parece flotar sobre la superficie de cristal que limita el vestíbulo (Castellanos, 2006) (Ver Figura 3).

Este recinto, también conocido como Teatro San Jerónimo, está dentro de la Unidad Independencia, un conjunto de edificios realizados por el arquitecto Alejandro Prieto Posada, como homenaje a los 150 años del inicio de la lucha iniciada por Miguel Hidalgo (Cristina, 2013).

Fue inaugurado el 20 de septiembre de 1960, 17 años después de que empezó su construcción, de acuerdo al libro *Unidad Independencia*, escrito por el Comité Vecinal de la zona.

Tiene un aforo de 460 butacas, así como 100 cajones de estacionamiento para el público que asiste a los eventos, entre los que se cuentan: obras de teatro, conciertos, presentaciones de danza, shows infantiles, festivales y conferencias.

El lugar cuenta con taquilla, cafetería, oficina de atención, cinco camerinos, una explanada con motivos prehispánicos, lobby y un elevador para transportar el público con alguna discapacidad (Cristina, 2013).

En los primeros años del recinto, su explanada se utilizó para montar espectáculos realizados por los mismos habitantes de la unidad. Esta misma también sirvió para darle la bienvenida al presidente estadounidense John F. Kennedy en 1962 en su visita de Estado, de la cual consta su firma en el libro de visitas del lugar. Así también, el entonces príncipe heredero japonés Akihito estuvo en el teatro en 1964, él ahora es el emperador de su país.

El proyecto, iniciado durante el periodo presidencial de Adolfo López Mateos, fue parte de las construcciones del Departamento de Obras del Instituto Mexicano del Seguro Social. El conjunto habitacional sería no sólo casa de los obreros de Tizapán y Magdalena Contreras, sino también fungiría como un centro de esparcimiento, ya que le añadieron cines, bibliotecas, espacios comerciales y por algunos años un zoológico, ahora inexistente (Cristina, 2013).

CAPITULO IV METODOLOGIA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato que se presenta actualmente en la población de personas adultas mayores, el cual es un fenómeno que va en aumento, se observa una prevalencia de maltrato de 16.2% en México. Actualmente se han hecho diversos estudios con respecto a los factores asociados al maltrato, en el presente trabajo se realizó un censo en la unidad independencia para encontrar la frecuencia y los factores que se relacionan o hacen más propensa a una persona de sufrir maltrato.

El conocer esta relación puede servir para la toma de decisiones en los servicios de atención a adultos mayores, para establecer programas de prevención del maltrato en población de adultos mayores.

4.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia y factores asociados al maltrato en personas adultas mayores del censo realizado en la Unidad Independencia de la Ciudad de México?

4.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia y factores asociados al maltrato en personas adultas mayores de un censo realizado en la Unidad Independencia de la Ciudad de México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar las características de la población de personas adultas mayores del censo de Unidad Independencia, Cd. de México.

Identificar la frecuencia de maltrato en personas adultas mayores del censo de Unidad Independencia, Cd. de México.

Analizar los factores asociados al maltrato en personas adultas mayores de un censo realizado en la Unidad Independencia de la Ciudad de México.

4.4 HIPÓTESIS

Hipótesis de Trabajo. - La frecuencia del maltrato en adultos mayores será mayor en personas que cuenten con diversos factores como ser mujer, baja escolaridad, dependencia física o económica.

Hipótesis Nula: La frecuencia del maltrato en adultos mayores será igual en personas que cuenten con diversos factores como ser mujer, baja escolaridad, dependencia física o económica.

4.5 VARIABLES

Descripción de variables

Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Sexo	A través de pregunta directa al entrevistado.	Nominal/ categórica 0) Hombre 1) Mujer
Edad	Años cumplidos al momento de la entrevista	Numéricas /Discreta por años
Escolaridad	Años de escolaridad Ultimo año de escuela acreditado	Numérica / discreta
Alfabetismo	Pregunta directa en cuestionario: ¿Sabe leer y escribir?	Nominal categórica 0) Si 1) No
Estado civil	Por pregunta directa en cuestionario	Nominal categórica 1) Soltero 2) Casado 3) Divorciado 4) Viudo
Ocupación	Por pregunta directa en cuestionario	Nominal categórica 1) Trabajo 2) Buscó trabajo 3) Estudio 4) Hogar 5) Jubilado o pensionado

		6) No trabajó
Enfermedad crónica	Por pregunta directa en cuestionario ¿Padece alguna enfermedad crónica? Se mencionan 10 enfermedades con respuesta categórica	Nominal categórica 0) Si 1) No
Funcionalidad: Actividades básicas	5 preguntas con respuesta categórica	Nominal categórica 0) Si 1) No
Funcionalidad: Actividades instrumentales de Lawton y Brady	Por medio de 7 preguntas con respuesta categórica	Nominal categórica 0) Si 1) No
Problemas de sensibilidad auditiva o visual	Por pregunta directa en cuestionario	Nominal categórica 0) Si 1) No
Deterioro cognitivo o demencia	Memoria Recuerdo Fluencia verbal	Nominal categórica 0) Si 1) No
Depresión	Por medio de 10 afirmaciones referentes al tema de depresión, con respuestas categóricas.	Nominal / categórica 1) Rara vez o nunca 2) Pocas veces o alguna vez 3) Un número de veces considerable 4) Todo el tiempo o la mayoría del tiempo.
Maltrato	Consta de 9 preguntas sobre hechos de maltrato y las respuestas son dicotómicas si para presencia del hecho y no para ausencia	Nominal / categórica 0) Si 1) No

4.6 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Diseño del estudio: transversal, debido a que recolecta datos en un sólo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su frecuencia e interrelación en un momento dado, (Hernández Sampieri & al., 2001).

4.7 TIPO DE MUESTRA

Muestreo intencional o de conveniencia, el cual es un procedimiento que permite seleccionar los casos característicos de la población limitando la muestra a estos casos, (Ávila Baray, 2006).

4.8 PARTICIPANTES

Unidad de observación: Personas adulta mayor

Criterios de selección:

1. Inclusión: Personas adultas mayores de 60 años, que vivan en la Unidad Independencia.
2. Exclusión: Que no puedan contestar el cuestionario por problemas auditivos.
3. Eliminación: Cuestionarios que no hayan sido completados.

4.9 INSTRUMENTOS

- Escala de Actividades básicas de la vida diaria Kata que consta de 5 preguntas con respuesta categórica.
- Escala Actividades Instrumentales de la Vida Diaria que consta de 7 preguntas con respuesta categórica.
- Escala Mini-Cog. Es un cuestionario que incluye una prueba de recuerdo diferido de tres palabras no relacionadas. Fluencia verbal (número de animales en 1 minuto) y la prueba del reloj.
- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). Punto de corte de cinco o más síntomas presentes.
- Escala Mistreatment Canadian Task Force. Consta de 9 preguntas sobre hechos de maltrato y las respuestas son dicotómicas si para presencia del hecho y no para ausencia.

4.10 PROCEDIMIENTO

Descripción del estudio

Se realizó un censo en la Unidad Independencia de la Ciudad de México (octubre 2012 a enero 2014). Se entrevistaron 557 personas adultas mayores de 60 años. Se utilizó un cuestionario dirigido a los adultos mayores que exploraba variables sociodemográficas, enfermedad crónica, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, problemas de sensibilidad auditiva o visual, deterioro cognitivo o demencia y depresión.

Etapa 1: Prueba piloto

(En el estudio original) Se realizó prueba piloto del cuestionario y censo en la Unidad Independencias, Delegación La Magdalena Contreras del Distrito Federal, en octubre de 2012. Una vez identificados domicilios con adultos mayores se invitaron a participar en el estudio. En una entrevista estructurada realizada por

pasante de la licenciatura de psicología, previamente capacitada por un experto en demencias y metodología de la investigación. Se invitó a participar a 20 personas, con la finalidad de identificar preguntas que no se entendieran por los participantes, el tiempo de duración de la encuesta y si el formato de respuestas era práctico.

Etapa 2: Trabajo de campo

Después de realizar la prueba piloto, teniendo un cuestionario completo se llevó a cabo el censo en la Unidad Independencias, Delegación La Magdalena Contreras del Distrito Federal, entre octubre de 2012 a diciembre de 2013.

Una vez identificados los adultos mayores se invitaron a participar en el estudio. En una entrevista estructurada realizada por pasantes de la licenciatura de psicología, trabajo social, gerontología, mercadotecnia y pedagogía, previamente capacitados por un experto en demencias y metodología de la investigación.

Los sujetos que aceptaban participar se les solicitó la firma del consentimiento informado para la aplicación de un instrumento que incluía apartados de: ficha de identificación con variables sociodemográficas, cognición, problemas auditivos y visuales, funcionalidad, depresión, comorbilidad, alcohol, tabaco y maltrato. La información se capturó para ser procesada en software para análisis estadístico STATA 12.

Etapa 3: Selección de datos para la finalidad de este trabajo.

Con la información obtenida en el Censo de la Unidad Independencia, se realizó un protocolo para el análisis de los datos secundarios. Con el objetivo de identificar la frecuencia y factores asociados al maltrato en personas adultas mayores de un censo realizado en la Unidad Independencia de la Ciudad de México.

Se seleccionaron las variables de interés para el estudio: sexo, edad, estado civil, funcionalidad, deterioro cognitivo y depresión, posteriormente se analizaron el software Stata 12.

4.11 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 realizó 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 indagó 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 pudo 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 aseguró que participaran en el estudio bajo su propia voluntad. Se realizó una carta de consentimiento informado dado que en el cuestionario se indagan cuestiones de su vida privada.

De esta forma el entrevistado estuvo de acuerdo en participar y enterado del uso de la información que proporciono. Y se le garantizo 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 considero 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 implementó una capacitación a los entrevistadores en la cual se abordaron las posibles circunstancias de emergencia en caso de que un paciente fuera susceptible a algunas preguntas y se desbordara o declarara necesitar ayuda debido a maltrato.

Por otro lado, considerando que la investigación involucro 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 la implicación a un grupo vulnerable requirió de que los investigadores satisficieran a los comités éticos de revisión: considerando que la investigación no se podía realizar igualmente bien en otro grupo menos vulnerable; la investigación se pensó con el objetivo de poder obtener el conocimiento lo cual permitiera 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.

CAPÍTULO V RESULTADOS

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Se evaluaron 557 personas adultas mayores de 60 años de la Unidad Independencia de la Ciudad de México, encontrándose las siguientes características socio-demográficas:

Con respecto a la edad el 15.8% de la muestra tenía entre 60 y 69 años, 44.2% entre 70 – 79 años y el 40.0% con una edad de 80 años o más, la distribución de la edad fue similar entre hombres y mujeres.

En la escolaridad, se encontró un porcentaje mínimo de escolaridad nula 2% de la población, por otro lado, el 32.0% contaba de 1 a 6 años de escolaridad, el 30.0% de 7 a 9 años de escolaridad, la diferencia más importante se encontró en el grupo de 10 años de escolaridad o más, con un 53.2% de hombres por un 29.3% de mujeres.

En relación al estado civil el 12.8% estaba soltero de los cuales 14 son hombres y un 57 son mujeres, además el 6.9% divorciado de los cuales 8 son hombre y 30 mujeres, las diferencias por sexo se encontraron en los grupos de casados, con un 63.3% en hombres por un 28.9% en las mujeres y en los viudos con un 22.8% en hombres y 49.1% en mujeres.

La ocupación mostró una distribución heterogénea en relación al sexo; el 73.2% de las mujeres se dedicaban al hogar por un 8.2% de los hombres, mientras que los porcentajes de jubilados/pensionados fueron de 69.0 y 18.3% para hombres y mujeres respectivamente, además con respecto a los que trabajan el 17.7% hombres y 7.8% mujeres, por último, los desempleados con un 5.1% hombres y 0.8% mujeres (Tabla 3).

La presencia de al menos una enfermedad crónica fue de 59.9% en los hombres y 68.4% en las mujeres.

Tabla 3. Distribución de características sociodemográficas y estado de salud por sexo

		Sexo			valor p
		Hombre	Mujer	Total	
Edad	60-69	15.2(24)	16.0(64)	15.8(88)	0.773
	70-79	42.4(67)	44.9(179)	44.2(246)	
	80+	42.4(67)	39.1(156)	40.0(223)	
Escolaridad	0	0.0(0)	2.8(11)	2.0(11)	<0.001
	1-6	20.9(33)	36.3(145)	32.0(178)	
	7-9	26.0(41)	31.6(126)	30.0(167)	
	>=10	53.2(84)	29.3(117)	36.1(201)	
Estado civil	Soltera(o)	8.9(14)	14.4(57)	12.8(71)	<0.001
	Casada(o)	63.3(100)	28.9(114)	38.7(214)	
	Divorciad(o)	5.1(8)	7.6(30)	6.9(38)	
	Viuda(o)	22.8(36)	49.1(194)	41.6(230)	
Ocupación	Trabaja	17.7(28)	7.8(31)	10.6(59)	<0.001
	Hogar	8.2(13)	73.2(292)	54.8(305)	
	Retirado/jubilado	69.0(109)	18.3(73)	32.7(182)	
	Desempleado	5.1(8)	0.8(3)	2.0(11)	
Enfermedad crónica		59.9(94)	68.4(271)	66.0(365)	0.055
Actividades básicas Katz	No limitaciones	89.2(141)	83.5(333)	85.1(474)	0.225
	Limitaciones	5.1(8)	7.8(31)	7.0(39)	
	Discapacidad o dependencia	5.7(9)	8.8(35)	7.9(44)	
Actividades instrumentales	No limitaciones	88.0(139)	73.9(295)	77.9(434)	0.001
	Limitaciones	2.5(4)	6.8(27)	5.6(31)	
	Discapacidad o dependencia	9.5(15)	19.3(77)	16.5(92)	
Problemas de sensibilidad	Auditivo o visual	27.2(43)	32.6(130)	31.1(173)	0.152
	Ambos	1.9(3)	0.5(2)	0.9(5)	
Deterioro cognitivo o demencia	Deterioro cognitivo	15.2(24)	13.8(55)	14.2(79)	0.844
	Demencia	5.1(8)	6.0(24)	5.8(32)	
Depresión		29.1(46)	46.4(185)	41.5(231)	<0.001
Total		100.0(158)	100.0(399)	100.0(557)	

Frecuencia por Tipo de Maltrato (Figura 4)

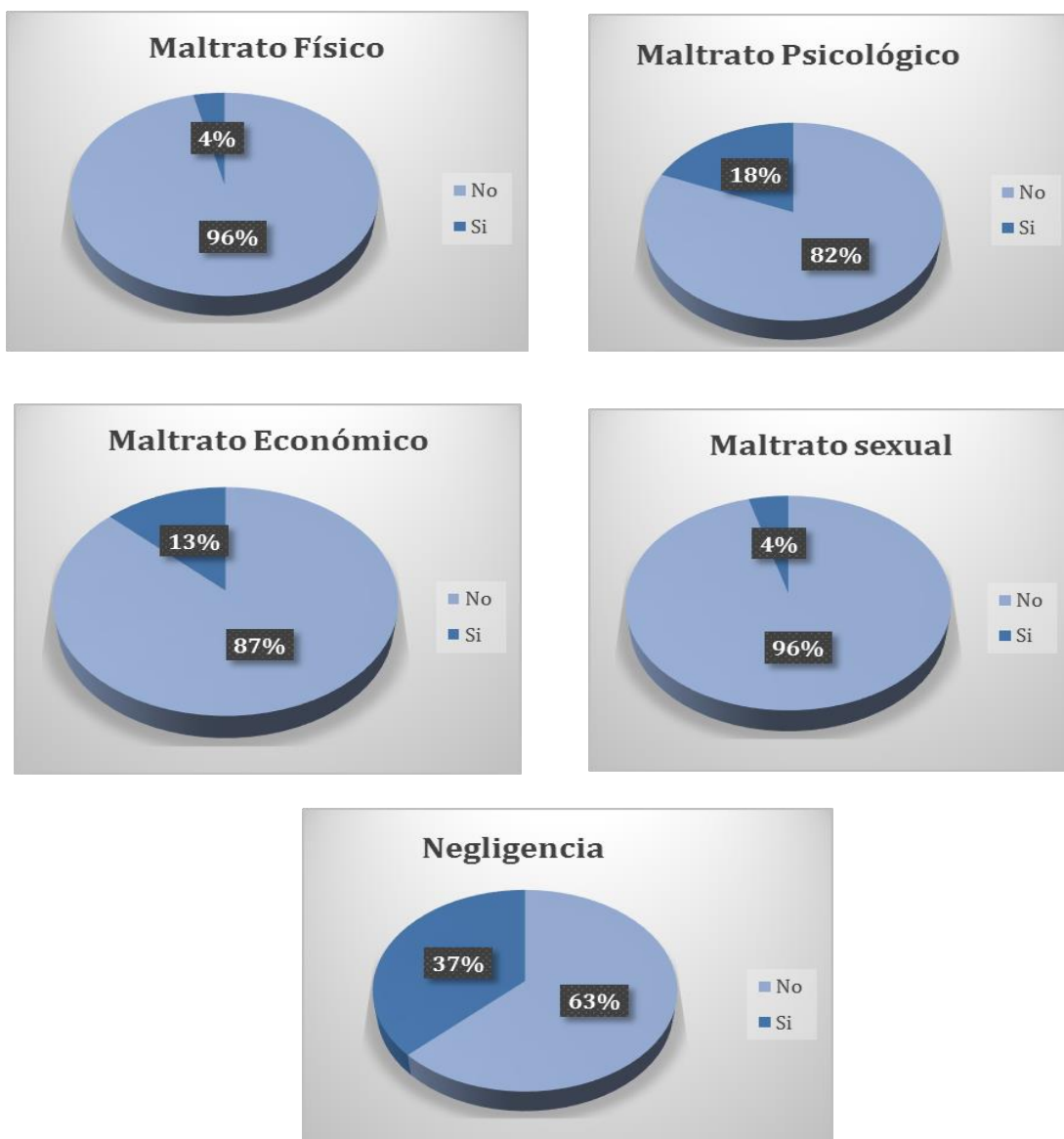


Figura 4. Frecuencia por tipo de maltrato

Podemos observar la distribución del maltrato por tipo, de los cuales que se encontró que hay una frecuencia del 4% en el maltrato físico, 18% en maltrato psicológico, 13% de maltrato económico, 4% de maltrato de tipo sexual y un 37% de negligencia, por lo que se observa que el maltrato con mayor frecuencia en los adultos mayores es la negligencia es decir cuando un cuidador, por mala fe o falta de responsabilidad, deja de ofrecer a la persona mayor la ayuda que ésta necesita.

Tabla 4. Distribución del maltrato por características sociodemográficas y estado de salud

		Maltrato	Valor p
Sexo	Hombre	40.5(64)	0.008
	Mujer	52.9(211)	
Edad	60-69	52.3(46)	0.710
	70-79	47.6(117)	
	80+	50.2(112)	
Escolaridad	0	54.6(6)	0.816
	1-6	51.1(91)	
	7-9	50.3(84)	
	>=10	46.8(94)	
Estado civil	Soltera(o)	54.9(39)	0.001
	Casada(o)	38.3(82)	
	Divorciad(o)	65.8(25)	
	Viuda(o)	54.4(125)	
Ocupación	Trabaja	50.9(30)	0.662
	Hogar	51.2(156)	
	Retirado/jubilado	45.6(83)	
	Desempleado	54.6(6)	
Enfermedad crónica		50.7(185)	0.388
Actividades básicas de la vida diaria	No limitaciones	47.7(226)	0.111
	Limitaciones	64.1(25)	
	Discapacidad o dependencia	54.6(24)	
Actividades instrumentales de la vida diaria	No limitaciones	47.0(204)	0.048
	Limitaciones	67.7(21)	
	Discapacidad o dependencia	54.4(50)	
Problemas de auditivos o visuales	Ninguno	47.0(178)	0.204
	Auditivo o visual	54.9(95)	
	Ambos	40.0(2)	
Deterioro cognitivo o demencia	Normal	49.1(219)	0.647
	Deterioro cognitivo	53.2(42)	
	Demencia	43.8(14)	
Depresión	Si	64.5(149)	0.001
Total			

En la tabla 4 podemos observar la distribución del maltrato por características sociodemográficas y de estado de salud de las personas adultas mayores del estudio.

El 52.9% de la mujer presentaron maltrato por un 40.5% en los hombres. Con relación a la edad, la mayor proporción de maltrato fue en el rango de 60 a 69 años, sin que se observaran diferencias significativas. Respecto a la escolaridad la frecuencia de maltrato más alta fue en aquellas de escolaridad nula (54.6%) y más baja en los adultos mayores con 10 años de escolaridad o más. Las personas adultas mayores divorciadas presentaron una mayor proporción de maltrato (65.8%), y los casados presentaron una menor proporción (38.3%). La distribución del maltrato por ocupación tampoco mostró diferencias significativas, el grupo con mayor frecuencia fue el de desempleados con el 54.6%. En relación al estado de salud, la mitad de los que tienen enfermedad crónica presentó maltrato, aunque la diferencia con los que no sufren estas enfermedades no fue significativa. En relación a las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales, las proporciones más altas estuvieron en las categorías de limitaciones con un 64.1% y 67.7% respectivamente.

Aunque esta diferencia sólo fue significativa en el caso de las actividades instrumentales ($p=0.048$). El maltrato fue más frecuente en los sujetos con problemas auditivos o visuales (54.9%), y menor en los sujetos con ambos problemas o sin alguno de ellos, aunque las diferencias no fueron significativas, lo mismo sucedió ante la presencia de deterioro cognitivo donde la frecuencia del maltrato (53.2%) fue más alta que ante la presencia de demencia (43.8%) y de cognición normal (49.1%), en donde tampoco se observaron diferencias significativas. En cambio, la frecuencia de maltrato fue mayor en los sujetos con sintomatología depresiva ($p<0.001$) (tabla 4).

Por lo anterior se encontraron que algunas de las características que se asociaron al maltrato son: ser mujer, una edad de 60 a 69 años, escolaridad nula, estado civil divorciado, que sean desempleados, así como que tengan alguna limitación tanto

para actividades básicas, instrumentales, algún problema visual, deterioro cognitivo o depresión.

Para analizar el efecto de las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado, con la presencia de maltrato, se estimaron razones de prevalencias, con base en un modelo de regresión de Poisson, considerando como categoría de referencia aquella con la prevalencia más baja. Posteriormente se generaron modelos multivariados, encontrando que en las personas adultas mayores estudiadas el maltrato estaba asociado con ser divorciado (RM=1.72; IC=1.1-2.69) y la presencia de depresión (RM=1.67; IC=1.32-2.12), (Tabla 5).

Tabla 5. Riesgo de maltrato por sexo estado civil, actividades de la vida diaria y depresión

		Riesgos simples	Ajustados
Sexo	Hombre	1.0	1.0
	Mujer	1.3(1.0-1.7)	1.1(0.8-1.5)
Estado civil	Soltera(o)	1.4(1.0-2.1)	1.3 (0.9-1.9)
	Casada(o)	1.0	1.0
	Divorciada(o)	1.7(1.1-2.7)	1.6(1.0-2.5)
	Viuda(o)	1.4(1.1-1.9)	1.3(0.9-1.7)
Actividades instrumentales de la vida diaria	No limitaciones	1.0	1.0
	Limitaciones	1.4(0.9-2.3)	1.2(0.8-2.0)
	Discapacidad o dependencia	1.2(0.8-1.6)	1.0(0.7-1.3)
Depresión	No depresión	1.0	1.0
	Depresión	1.7(1.3-2.1)	1.6(1.3-2.1)

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

Esta investigación se ha realizado con la finalidad de identificar la frecuencia y factores asociados al maltrato en personas adultas mayores de un censo realizado en la Unidad Independencia de la Ciudad de México.

Sabemos que la población de adultos mayores en México ha aumentado en los últimos años, y se incrementará al doble en el 2050. Ante esta tendencia de envejecimiento de la población, se observaron diferentes dificultades que deben afrontar el sistema de salud y la sociedad en su conjunto.

El adulto mayor tiene características propias de la edad, ya que existen cambios progresivos en su estructura desde lo biológico hasta lo social. De los principales cambios que se pueden ver son, el inicio de susceptibilidad ante las enfermedades crónicas propias de los adultos mayores, (Eugenia, 2012).

Sobre los cambios sociales, se puede observar un fuerte impacto en la percepción de la población con relación a la etapa de la adultez tardía o vejez. Impacto social que va desde la falta de preparación de los sectores económicos que no ofrecen garantías a los trabajadores para la jubilación, hasta los impactos psicológicos a los que se enfrenta como son la soledad, el aislamiento, depresión, ansiedad y cambio en su cognición, (Salud, 1998).

Existen varias teorías sobre el envejecimiento desde los paradigmas genéticos como la teoría molecular, teorías evolutivas, teorías sistémicas relacionadas con el deterioro de las funciones. Pero también existen las teorías psicosociológicas que tienen que ver con los cambios en la conducta y modificaciones ambientales, (Pardo, 2003).

Si bien es cierto que estas teorías dan explicaciones científicas de por qué envejece el individuo, a los profesionales de la conducta humana nos preocupan los cambios en el desarrollo a partir de la personalidad y la interacción con los demás. De tal suerte que el teórico Erik Erikson en ocho etapas del desarrollo para comprender y explicar los retos a los que se enfrenta el individuo para tener una personalidad sana. Y es así como al ir pasando por cada etapa se van confrontando características de la personalidad para ir desarrollando virtudes básicas al final de cada etapa.

Y en la etapa de la madurez de la personalidad lo que ocurre es la búsqueda de la integridad contra un estado de desesperación por reconocer sus incapacidades .

Características sociodemográficas de la población de estudio

Con relación a los datos arrojados por el análisis de este estudio podemos observar las características y tamaño de población de las 557 personas adultas mayores que se entrevistaron es superior a otros estudios realizados en México como el de Alvarez et al. 2009 realizado y el de Figueroa-Velazquez et al. 2003 los dos realizados en un ámbito de servicios de salud; por otro lado existe un estudio que incluyó 1078 adultos mayores en un ambiente rural en Chiapas, (Gómez et al. 2007).

En otros países de Latinoamérica como Brasil que sólo entrevistaron a 274 sujetos (Marques A. et al, 2012); en un estudio realizado en Cuba la muestra fue de 226 (Rodríguez E, Olivera A, Garrido RJ & García R, 2002). Y en otros países del oriente como Singapur sólo incluyeron 42 casos indetificados con violencia (Phua, D. & Seow E, 2008); en China incluyeron 122 familias, cabe señalar que este el análisis fue en cuidadores de pacientes con demencia, (Yan E & Kwok T, 2011).

Entre las características demográficas de las personas que participaron en este estudio podemos observar que la edad se analizó por categorías de 60 y 69, 70 a 79 y 80 o más, el 44.2% que representa casi a la mitad de la población estudiada tiene entre 70 y 79 años seguida por la de 80 y más años de edad. En otro estudio en la ciudad de México realizado en el Hospital General se estratificó la edad de la misma forma encontrando una media de edad de 73.7 %. Similar al estudio de Acierno et al., 2010 realizado en Estados Unidos y al estudio de Iborra, 2009 llevado a cabo en el Centro Reina Sofía en España, en el cual el promedio de edad fue de 74.19%.

En cuanto a la escolaridad, la mayoría de personas mayores en este estudio había estudiado más de 10 años lo que significa bachillerato o preparatoria (53.2%) en el estudio de Shugarman 2003 se reporta una mayor frecuencia de escolaridad menor a ocho años.

En relación al estado civil hay diferencias con otros estudios en los que estar casado es más frecuente como en el caso de Shugarman 2003 en el que el 36.7% son casados mientras que en este estudio el 41.6% son viudos seguido de 38.7% de casados.

La ocupación se dividió en cuatro categorías: trabaja, hogar, retirado o jubilado y desempleado y la ocupación de los participantes de este estudio fue el hogar (54.8%), seguida por la de retirado y jubilado con 32.7%, se puede observar que, en estas dos actividades, aparentemente no se realiza ningún trabajo remunerado y solo el 10.6% trabaja formalmente.

En otros estudios no se consideró esta variable para el análisis de los factores asociados. Y parece importante ya que estas características pueden estar relacionadas con dependencia económica hacia otras personas y probable asociación a maltrato. En este estudio fue importante considerar las características de la población basados en estudios previos como el de Giraldo 2006 y el de Lach 1997 en los que describen como las condiciones demográficas influyen en la presencia de maltrato.

El análisis del maltrato fue medido por la Escala Mistreatment Canadian Task Force que consta de 9 preguntas sobre hechos de maltrato y las respuestas son dicotómicas, la presencia de maltrato fue definida como al menos una respuesta positiva de cualquiera de las 9 preguntas.

Los resultados muestran que el maltrato general, es decir, la presencia de algún tipo de maltrato fue de 49.4%, y por tipo de maltrato, el físico fue de 4%, maltrato psicológico 18%, maltrato económico 13%, de tipo sexual 4%, negligencia 37 %. Diferente a lo encontrado en el estudio realizado en Chiapas donde la frecuencia global de maltrato fue de 8.1%, una posible explicación es que existan diferencias por tratarse de población rural y su concepción de violencia sea diferente.

Sin embargo, podemos observar por tipo de maltrato en que el físico es consistente (3.4%) con el nuestro, pero no en los demás tipos de maltrato, que es menos frecuente, el maltrato psicológico (7%), sexual (0.6%) y económico (2.2%) (Gómez et al. 2007) además de no haberse considerado la negligencia.

Se pueden encontrar diferencias con otros estudios donde la frecuencia de maltrato es menor (4.7%) Shugarman 2003, en este solo se mencionan tres tipos de maltrato negligencia (21.2%), maltrato físico (15.2%) y psicológico (6.1%), podemos observar diferencias que se pueden explicar por la escala utilizada para medir el maltrato o la población que es población que acude a servicios de salud mientras que los de este estudio son de población abierta.

Para conocer el efecto de las variables que resultaron significativas para maltrato en este estudio se realizó un modelo en el que se incluyeron las variables: sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, enfermedad crónica, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, problemas auditivos o visuales, deterioro cognitivo o demencia y depresión.

Lach 1997 consideró otras características para el análisis de los factores como la incontinencia urinaria, raza, ingreso y participación en grupo, pero no analizó otras variables como la ocupación, actividades instrumentales de la vida diaria y problemas auditivos o visuales. Para este estudio no sería importante estudiar la raza, porque no habría diferencias significativas. Por otro lado, no se tienen datos de incontinencia y sería una variable importante por la carga que genera al cuidador, sin embargo, en la escala de actividades básicas de la vida diaria se tiene una aproximación a la funcionalidad e independencia para realizar actividades.

La participación en grupo puede ser importante porque se considera una red de apoyo para el adulto mayor pertenecer a un club o grupo social, sin embargo, esta información no se incluyó en este estudio. Se puede afirmar que las variables utilizadas son consistentes con otros estudios como el de Shugarman 2003 el cual consideró las mismas variables y agregó otras de importante análisis como problemas de memoria a corto plazo, diagnóstico psiquiátrico, problemas de conducta, apoyo social, abuso de alcohol, y analizó de manera independiente el efecto de cada una de las actividades de la vida diaria, bañarse, incontinencia urinaria, así como fecal, vestirse y asearse de manera independiente.

Los factores que en esta investigación se encontraron asociados con el maltrato, fueron: personas adultas mayores divorciadas con presencia de depresión. No por ello tienen menor importancia las demás características de la población, que si han sido significativas en otros estudios que antes se discutió, ya que estos resultados pueden ser explicados por el tipo de población que en su mayoría se trata de personas independientes física y económicamente, ya que como lo comente en los antecedentes históricos del sitio de estudio, la Unidad Independencia es un zona habitacional de personas que tuvieron seguridad social, por lo tanto fueron en su mayoría trabajadoras y con nivel económico de medio a alto, también cuentan con una red de apoyo social formal e informal, formal porque

tienen acceso a club deportivo, teatro, servicios de salud y sociales en la misma colonia y la forma como está diseñado arquitectónicamente permite una relación estrecha con los vecinos y familiares.

Los resultados son consistentes con el de Shugarman, 2003; Ruelas & Salgado, 2009; Giraldo, 2014 en los cuales han encontrado asociaciones con no tener compañero y sintomatología depresiva.

A pesar de que no fueron significativas en el modelo final del análisis de esta investigación, es importante considerar como variables de control el sexo femenino, edad, se reconoce que el género es importante en la interacción cotidiana y es importante reconocer la vulnerabilidad que ha tenido la mujer históricamente, también considerar que el antecedente de violencia en la niñez y edad adulta es más frecuente en las mujeres que en los hombres y esto es un antecedente para seguir con la historia de violencia hasta la vejez.

Limitaciones del estudio

Este estudio tiene limitaciones, sobre todo tiene sesgo de información ya que el adulto mayor puede mentir al contestar por miedo o vergüenza de saberse maltratado. Esto puede variar por el tipo de cultura de una población a otra, también puede variar por el nivel de escolaridad para aceptar una situación como maltrato.

El instrumento utilizado no ha sido validado en nuestro medio es un instrumento que ha sido reportado por otros estudios como escala de medición, sin embargo, es una escala diseñada para su uso en servicios de salud y tienen un complemento de observación de lesiones en la consulta.

Otro factor que puede influir es la funcionalidad física de la población estudiada, la mayoría camina y acostumbra la actividad física al aire libre, cuenta con redes de apoyo formal.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

El maltrato hacia las personas mayores es el resultado de la combinación entre características de la persona cuidada, el cuidador y el contexto de la situación.

En la actualidad el maltrato en los adultos mayores se ha convertido en un problema generalizado que está afectando a todas las sociedades del mundo por lo que merece la atención de los profesionales de la salud, entre los que se encuentran los médicos, así como de los servicios sociales.

Con este estudio se confirma que la magnitud del problema es preocupante, esto debido a que representa casi a la mitad de la población estudiada, y que es probable que los datos estén subestimados debido a la deficiencia de la escala, porque en el trabajo de campo se pudo observar una queja en la mayoría de las personas entrevistadas sobre la falta de presencia de redes de apoyo social y del abandono, así como falta de preocupación de los hijos y nietos. Con este estudio se pudo observar que la población de adultos mayores tiene necesidades de apoyo emocional. Lo cual se pudo corroborar con otros estudios en los cuales ha salido correlacionada la depresión.

En el informe de la OMS sobre violencia y salud dio un lugar destacado al maltrato de los adultos mayores además de poner de relieve la amplia gama de actividades perjudiciales que caracterizan este fenómeno. Así mismo este organismo reconoce que el maltrato es un fenómeno culturalmente definido el cual refleja las diferencias entre valores, normas y comportamientos interpersonales inaceptables.

Planteado lo anterior es necesario contar con un enfoque de salud pública para la prevención del maltrato en adultos mayores. A partir de las iniciativas de la OMS y de los centros para el control y prevención de enfermedades, con los cuales se comienza para dar la importancia de prevenir los comportamientos violentos, entre ellos el maltrato a adultos mayores.

En este sentido Post. y Cols (2010) mencionan que el enfoque de salud pública para la prevención de la violencia es un proceso que consiste en cuatro pasos:

- El primero es definir el problema a través de la recopilación sistemática de datos sobre el alcance y consecuencias de la violencia.
- El segundo establece que tipo de molestia se produce y supone la determinación de las causas y correlatos, los factores que aumentan o disminuyen el riesgo y los factores modificables.
- El tercero trata de descubrir lo que funciona para prevenir la violencia mediante el diseño implementación y evaluación de las intervenciones.
- El cuarto paso de la estrategia de salud pública de prevención de la violencia es la implementación de intervenciones efectivas en una amplia gama de configuraciones y seguimiento de su impacto y costo-efectividad.

El enfoque de salud pública es indispensable y útil para la comprensión, la atención y la prevención del problema del maltrato de los adultos mayores. Se requiere entonces generar estrategias unificadas para recopilar de manera sistemática datos sobre casos de maltrato según sus diferentes tipologías en todas las instituciones sociales, judiciales.

Además de que pudimos encontrar que la mayoría de los adultos mayores no están preparados para la vejez en aspectos emocionales, psicológicos e inclusive económicos, lo cual puede dificultarles la transición de esta etapa, cabe mencionar que el contar con un buen cuidador en caso de requerirlo será muy importante tomar en consideración algunos de los aspectos fundamentales en los cuidadores los cuales contemplan factores sociodemográficos, estresores, recursos del cuidador, además de la edad, sexo, parentesco y la relación previa con el adulto mayor antes de cuidarlo.

En mi experiencia, la población de adultos mayores de la Unidad Independencia son personas independientes y activos, además de contar con un vasto conocimiento, al hacer las evaluaciones de salud y funcionalidad las personas eran accesibles además de cooperadoras, pero durante la evaluación del maltrato que era hasta el final de la entrevista, se podía observar que las personas se ponían nerviosas con las preguntas que son muy directas y les costaba trabajo aceptar que estaban siendo maltratadas.

El maltrato a las personas mayores no debería de existir, porque es causa de problemas psicológicos físicos, de lesiones y en ocasiones puede causar la muerte. Es importante prevenir todo tipo de abuso, por lo cual si conocemos los factores de riesgo se podrían hacer campañas de reconocimiento, así como de sensibilización del maltrato y dignificación de la vejez. Además de ponerlos en marcha en las escuelas para que se sensibilice a los niños sobre la vejez. Y, por otro lado, realizar detección oportuna en los servicios de salud, también desarrollar estrategias para apoyar a las personas que ya están siendo maltratadas.

CRONOGRAMA DEL PROYECTO

ACTIVIDADES	2012			2013												2014												2015												2016										
	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M						
											1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34						
Propuesta											x																																							
Presentación a Directora de													x																																					
Desarrollo de propuesta en extenso														x																																				
Desarrollo de cuestionarios																x	x																																	
Prueba piloto																		x																																
Recolección de la información	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																																			
Captura de																																																		
Analisis de datos																																																		
Propuesta de capitulos de																					x																													
Capitulo de antecedentes																																																		
Capitulo																																																		
Capitulo de resultados																																																		
Capitulo																																																		
Primer revisión tesis completa																																																		
Revisión final																																																		

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, Y. (2012). Maltrato en el adulto mayor Intitucionalizado. *Revista Medica Clin. Condes* , 23 (1), 84-90.
- Anetzberger, G. (2000). Caregiving: Primary cause of elder abuse? *Generations* (24), 56-52.
- Ander Ezequiel- Egg (2009). Como envejecer sin ser viejo: añadir años a la vida y vida a los años. Brujas. Argentina.
- Barbero GJr, B. C. (2005). *Malos tratos a personas mayores*. España.
- Barrantes- Monge M., R. E. (2009). Relación médico- paciente: derechos del adulto Mayor. *Acta bioethica* , 15 (2), 216-221.
- Baster, M. J., & Serra, H. y. (2006). Proyecciones Mundiales a favor del envejecimiento. *Correo Científico Médico de Olguín* , 11 (4 Suppl.1).
- Beagle, A. E. (2011). Elder mistreatment and emocional symptoms among older adults in a largely rural population: The South Carolina Elder Mistreatment Study. *J. Interps Violence* , 26 (11), 2321-2332.
- Bowlby J (1980). Loss: Sadness & Depression. Attachment and Loss (vol. 3); (International psycho-analytical library no.109). Londres: Hogarth Press.
- Burke, M. E. (1998). *Enfermería Gerantológica. Cuidados integrales del adulto mayor*. España.
- Campbell, A. R. (2001). Factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging and Mental Heath* , 5 (1), 56-62.
- Canell, M. e. (2014). Population Estimates and Correlates of sexual abuse of cummunity- Dwelling Older Adults. *Journal of Elder Abuse & Neglec* , 26, 836-869.

- Castanedo Pfeiffer Cristina, S. C. (2013). Cambios Psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso de envejecimiento. *Enfermería en el envejecimiento* , 7.
- Castellanos, L. J. (2006). Los teatros del IMSS en la Ciudad de México. *Patrimonio* , 6.
- Chan, T. e. (2009). Financial abuse in a mentally incapacitated old man. *Hong Kong Med J* , 213.
- Chokkanathan, S. (2014). Factors associated whit elder mistreatment in rural Tamil Nadu, India: a cross- sectional survey. *Int J Geriatr Psychiatry* , 29, 863-869.
- Clancy, M. e. (2011). National profiling of elder abuse referrals. *Age and Ageing* (40), 346–352 .
- Conjunto Habitacional Unidad Independencia. (2014). México, Mexico. Recuperado el 18 de 09 de 2016, de https://es.wikipedia.org/wiki/Conjunto_Habitacional_Unidad_Independencia
- Cooney, C. H. (2006). Abuse of vulnerable people whit dementia by their carers: can we identify those most at risk? *Int J Geriatr Psychiatry* (21), 564-571.
- Corazzari, G., & Taylor, F. (1998). La problemática del abuso en el seno familiar de adultos mayores asistentes a los centros de atención diurnos de Pavas . Costa Rica: Escuela de Psicología .
- Cristina, G. (2013). Teatro Independencia. *Time Out* , 5.
- Cuesta, J. L. (2006). El maltrato en personas mayores. Detección y prevención desde un paradigma criminológico interdisciplinar. España, Donostia, Donostia, España.
- Chávez López Ana María (2011). Tesina Duelo y depresión en el adulto mayor. México

- Dyer, M. P. (2000). The high prevalence of depression and dementia en Elder Abuse or Neglect. *AM Geriatria Social* , 2 (48), 205-208.
- ENSANUT. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* . México: Instituto Nacional de Salud Publica.
- envejecimiento, I. N. (2007). *La diabetes en las personas mayores*. Servicio de Salud Publica.
- Erikson, E. H. (1985). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.
- Eugenia, A. L. (2012). *10 hábitos efectivos para la Salud del Adulto Mayor*. México: Instituto Nacional de Geriatria.
- Fernandez- Alonsa, H. V. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria* , 37 (2), 113-115.
- Fernandez, B. A. (2013). Síntomas Conductuales y Psicológicos en las demencias. En D. M. León, *Por una cultura de Envejecimiento* (pág. 114). Puebla, México: CMUCH.
- General, C. d. (2012). Diagnostico y tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención. *Guía Parctica Cllinica* , 15.
- Ghodousi, A. M. (2011). Forensic aspect of elder abuse: risk factors and characteristics. 2011. *J Res Med Sci.* , 12 (1), 598-604.
- Gilberto, L. P. (2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Investigación Biomedica* , 56-67.
- Giraldo- Rodríguez L, T.-C. S. (2010). Envejecimiento, vulnerabilidad y maltrato. En G.-R. y.-Á. (coords), *Envejecimiento Humano: Una visión interdisciplinaria* (págs. 315-324). México: Instituto de Geriatria/ Secretaria de Salud.

- Gonzalez, V. M. (22 de Febrero de 2011). Los accidentes cerebrovasculares: ictus y derrame cerebral. España. Recuperado el 1 de Mayo de 2016.
- Héctor Gómez Dantes, M. d. (2014). Escenarios de la dependencia en México. En M. d. Luis Miguel Gutierrez Robledo, *Envejecimiento y dependencia, realidades y previsión para los proximos años* (págs. 67-70). México, D.F.: Intersistemas.
- Hernández, Y. J. (2010). *Incidencia del maltrato en el adulto mayor*. Cuba: Universidad de las Ciencias Medicas.
- Hidalgo, L. G. (2012). Cuidados de la piel. En S. Zubiran, *10 Hábitos efectivos para la Salud del Adulto Mayor* (págs. 49-53). México: Instituto Nacional de Geriatria.
- Iborra, I. (2008). Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Revista de Servicios Sociales* , 49-57.
- INEGI. (2010). *Censo Población y vivienda*. México.
- Lach, M. &. (1997). Risk Factors for reported Elder abuse an neglect: a nine year Observational Cohors Study. *Gerantologist* , 469-474.
- Lee, m. &. (2014). Prevalence and risk factors for Self-neglect among older adults Living alone in south korea. *Int'l. J. Aging and human development* , 78 (2), 115-131.
- León-Portilla, M. (1997). *Diccionario Porrúa de historia, biografía y geografía de México*. México : Porrúa.
- Linet Rojas Barrios, D. L. (2011). La osteoporosis en la vejez. *EFDeportes, Revista Digital* (160), 8.
- Luo, Y. &. (2011). Mistreatment and Psychological Well- Being Among Older Adults: Exploring the Role of Psychosocial Resorces and deficits. *Journal of Gerantology: Social Sciences* , 66B (2) , 217-229.

- Marques, A. ,. (2012). Violence against the elderly in the home environment: prevalence and associated factors. *Ciencia & Saúde Colectiva* , 17 (8), 2199-2208.
- Mejía-Arango S, M. J.-A. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública México* , 49, 7.
- Minnesota, U. o. (1995). *Aplicaciones del pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado el 17 de Agosto de 2013, de <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm6s.htm>
- Naughton, C. e. (2012). Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. . *Age and Ageing* , 41, 98-103.
- Nelson, H. B. (2012). Screening Women for Intimate Partner Violence and Elderly and Vulnerable Adults for Abuse: Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. . *AHRQ Publication* (12).
- OMS. (2003). *Declaración de Toronto para la Prevención Global de Maltrato en Personas Adultas Mayores*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2002). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud para la Organizacion Mundial de la Salud.
- Papalia, D. E. (2010). *Desarrollo Humano*. Iberoamerica: Mc Graw Hilll.
- Papalia, E. & Wendkos, J. (1997). Muerte y duelo. En *Desarrollo humano* (pp. 632-658). Bogotá: Mc Graw Hill.
- Pérez, G. (2008). Factores de Riesgo asociados al maltrato hacia personas mayores con demencia en el ámbito comunitario. *Revista de Servicios Sociales* , 19-31.
- Post L. Page C, C. T. (2010). Elder abuse in long-term care: Types, patterns, and risk factors. *Research on Aging* , 3 (32), 323-348.

- Roepke-Buehle, S. S. (2015). Association Between Depressive Symptoms, Multiple Dimensions of Depression, and Elder Abuse: A Cross- Sectional, Population- Based Analysis of Older Adults in Urban Chicago. . *Journal of Aging and Health* , 1-25.
- Ruelas, M., & Salgado, V. (2009). Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. *Revista Chilena de Salud Pública* , 2 (13), 90-99.
- Salud. (2010). Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Parkinson inicial y avanzada en el tercer nivel de atención. *Cenetec* .
- Salud, O. M. (1998). *En Salud de las Americas*. Washington: OPS.
- Salud, O. P. (2013). *Parte II: Abuso (maltrato) y negligencia (abandono) Guía de abandono y tratamiento*. INGER.
- Sánchez, A. E. (2011). Violencia en la díada cuidador-paciente en la enfermedad de Parkinson: tres métodos de medición. . *Salud Pública de México* , 53 (3).
- Sara Gloria Aguilar- Navarro, J. A.-F. (2010). La diabetes y la vejez. *Revista de Investigación Clínica* , 62 (4), 302-304.
- Shugarman, L. F. (2003). Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *J Am Geriatr Soc* , 67-71.
- Smith, G. ,. (2011). Depression an Quality ogjf informal Care: A lonhitudinal investigation of CaregivingStressors. *Psychol Aging* , 26 (3), 584-591.
- Strasser, S. e. (2011). A Survey of Georgia Adult Protective Service Staff: Implications for Older Adult Injury Prevention and Policy. . *Western Journal of Emergency Medicine* , 12 (3), 357-364.
- Thomson, M. e. (2011). An Analysis of Elder Abuse Rates in Milwaukee County. *WMJ* , 110 (6), 271-276.

ANEXOS
INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Nombre _____ Fecha de entrevista DD/MMM/AAA

Dirección: Calle _____ Núm. _____ Colonia _____ CP ___ Referencias ___ Teléfono

Sexo 0) Hombre 1) Mujer Edad _____ (años cumplidos)

Fecha de nace. DD/MMM/AAA Escolaridad _____ (años)

Ultimo año de escuela acreditado (Ej. 1ro primaria, 3er sem de bachillerato, etc.)

¿Sabe leer y escribir un recado? 0) Si 1) No

Estado civil

1) Soltera(o) 2) Casada(o) 3) Divorciad(o) 5) Viuda(o)

Ocupación en la última semana

1) trabajó 2) buscó trabajo 3) estudio 4) hogar 5) jubilado o pensionado
6) no trabajó

I. Cognición

ENTREVISTADOR: ANTES DE INICIAR DÍGALE AL ADULTO QUE DURANTE LA ENTREVISTA PUEDE UTILIZAR LENTES Y/O APARATO(S) AUDITIVO(S) EN CASO DE QUE LOS USE HABITUALMENTE

1.1 El adulto presenta alguno de los siguientes problemas:

Tiene problemas auditivos graves (sordo).....1

Tiene problemas para hablar o comunicarse...2

No presenta los problemas 1 y 2...3

A continuación, le voy a presentar una serie de ejercicios para ver cómo funciona su memoria. Le voy a hacer algunas preguntas y le voy a pedir que realice algunas tareas. Puede sentir que algunas son más difíciles que otras. Si no puede contestar alguna pregunta o realizar una tarea, no se preocupe; lo importante es que realice su mejor esfuerzo y que me dé la mejor respuesta que pueda.

1.2 ¿Ha tenido dificultades con su memoria que sean un problema para usted?

No.....1

Sí, de intensidad ligera/moderada o infrecuente.....2

Sí, de intensidad severa, frecuente o persistente.....3

La pregunta no se entendió, no se obtiene respuesta o es inaudible, inapropiada,

Incoherente, el valor es incierto.....8

Dato no obtenido, pregunta no realizable o no aplicable 9

Mini-COG

1.3 *Ahora le voy a pedir que repita tres palabras y trate de memorizarlas porque se las voy a preguntar más adelante.*

Las palabras son: árbol Casa Perro

Registre total _____

ENTREVISTADOR: COLOQUE "1" POR CADA PALABRA REPETIDA Y "0" SI NO REPITIÓ LA PALABRA

1.4 Fluencia verbal (número de animales en 1 minuto)

Instrucciones:

"Quiero que piense en todos los animales que conoce que vivan en el aire, en el agua, en la tierra, en el bosque, todas las clases de animales.

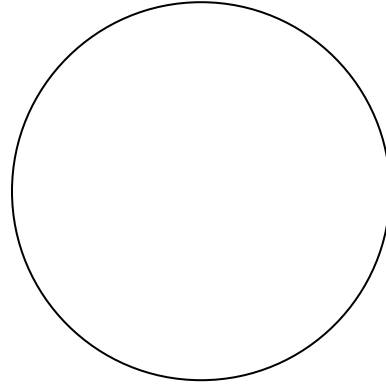
Y que me diga todos los nombres de los animales que recuerde, EN UN MINUTO. ¿Está listo? Vamos a comenzar."

ENTREVISTADOR: CUENTE LOS ANIMALES MENCIONADOS, EN UN MINUTO, POR EL ADULTO MAYOR SELECCIONADO. NO AYUDE NI DÉ PISTAS.

Número de animales evocados: _____

1.5 Reloj

Ahora le voy a mostrar UN CÍRCULO EN EL CUAL VA A DIBUJAR la figura de un reloj. Le voy a pedir por favor que dibuje la carátula con todos sus números y las manecillas



marcando las 11:10 (Once y diez).

ENTREVISTADOR: LA PRUEBA DEBE REALIZARSE EN UN TIEMPO MÁXIMO DE 3 MINUTOS. NO AYUDE NI DÉ PISTAS.

1.6 La prueba no se realizó porque el adulto mayor tiene dificultad para escribir debido a que:

Presenta problemas de visión.....1

Presenta problemas motores y/o articulares.....2

No presenta alguno de los problemas anteriores.....9

Se negó a hacer la prueba.....3

Realizó la prueba.....4

ENTREVISTADOR: CALIFIQUE DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES CRITERIOS, GUIÁNDOSE POR EL MODELO UTILICE ESTA FIGURA COMO GUÍA PARA CALIFICAR LAS PREGUNTAS

1.7 ¿Se encuentran ubicados los números correspondientes a un reloj analógico (del 1 al 12) dentro de la carátula del reloj en la secuencia correcta?

1) Si 2) NO

1.8 Imaginando cuatro partes iguales (cuadrantes) dentro de la carátula del reloj, ¿alguno de los cuadrantes contiene más de tres números?

1) Si 2) NO

1.9 ¿Las manecillas se encuentran ubicadas, de manera aproximada, dentro del área sombreada correspondiente?

1) Si 2) NO

Modelo



1.10 ¿Recuerda que le leí en voz alta una lista de palabras? Por favor diga nuevamente las 3 palabras que mencioné.

le

Registre total _____

ENTREVISTADOR: PERMITA EL RECORDATORIO ESPONTÁNEO, NO AYUDE A LA PERSONA MAYOR. COLOQUE "1" POR CADA PALABRA REPETIDA Y "0" SI NO REPITIÓ LA PALABRA. EL TIEMPO MÁXIMO PERMITIDO ES DE UN MINUTO

II. Problemas auditivos y/ visuales

Audición

Sr. (a), ahora queremos preguntarle respecto a su audición, es decir, la manera en que escucha. Por favor dígame si...

2.1 ¿Normalmente (USTED) usa audífono o aparato auditivo?

Si.....1

No.....2

NS/NR.....9

2.2 ¿Cómo es su alcance de oído/audición (con aparato)?

- Excelente.....1
- Muy buena.....2
- Buena.....3
- Regular.....4
- Mala.....5
- No escucha (sordo).....6
- NS/NR.....9

ENTREVISTADOR: LA PREGUNTA SE HACE, USE O NO EL APARATO

Visión

Sr. (a), ahora queremos preguntarle respecto a su visión, es decir, la manera en que ve. Por favor dígame si...

2.3 ¿Normalmente (USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) usa lentes?

- Si.....1
- No.....2
- NS/NR.....9

2.4 ¿Cómo es su visión (con lentes)? ¿Es...?

- Excelente.....1
- Muy buena.....2
- Buena.....3
- Regular.....4
- Mala.....5
- No ve (ciego).....6
- NS/NR.....9

ENTREVISTADOR: LA PREGUNTA SE HACE, USE O NO LENTES

III. FUNCIONALIDAD – Actividades básicas de la vida diaria

Ahora quisiera preguntarle sobre DIFICULTADES que DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD algunas personas tienen para realizar ciertas actividades importantes para la vida diaria. Por favor dígame si tiene alguna dificultad con cada una de las actividades que le voy a mencionar. Si usted no hace ninguna de las siguientes actividades (por ejemplo, porque no lo acostumbra), simplemente dígame. No incluya dificultades que cree que durarán menos de tres meses.

ENTREVISTADOR PARA CADA PREGUNTA LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA

3.1 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad para cruzar de un cuarto a otro caminando?

Si.....1

No.....2

No puede.....3

No lo hace.....4

NS/NR.....9

3.2 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad para bañarse en una tina o regadera (incluyendo entrar y salir del baño)?

Si.....1

No.....2

No puede.....3

No lo hace.....4

NS/NR.....9

3.3 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad al acostarse y levantarse de la cama?

Si.....1

No.....2

No puede.....3

No lo hace.....4

NS/NR.....9

3.4 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad para vestirse (incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines o medias)?

Si.....1

No.....2

No puede.....3

No lo hace.....4

NS/NR.....9

ENTREVISTADOR: SI EL ENTREVISTADO CONTESTÓ QUE “SÍ” O “NO PUEDE” EN POR LO MENOS UNA DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS ANTERIORMENTE, PREGUNTE:

3.5 ¿Alguien le ayuda para realizar esta(s) actividad(es)?

Si.....1
No.....2
NS/NR.....9

III. Actividades instrumentales de la vida diaria

Ahora quisiera preguntarle sobre DIFICULTADES que DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD algunas personas tienen para realizar ciertas actividades importantes para la vida diaria. Por favor dígame si tiene alguna dificultad con cada una de las actividades que le voy a mencionar. Si usted no hace ninguna de las siguientes actividades (por ejemplo, porque no lo acostumbra), simplemente dígamelo. No incluya dificultades que cree que durarán menos de tres meses.

ENTREVISTADOR PARA CADA PREGUNTA LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA

3.6 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad en preparar una comida caliente?

Si.....1
No.....2
No puede.....3
No lo hace.....4
NS/NR.....9

3.7 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad en hacer compras de víveres o ir al mercado?

Si.....1
No.....2
No puede.....3
No lo hace.....4
NS/NR.....9

3.8 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad en tomar sus medicamentos si toma alguno o tuviera que tomar alguno?

Si.....1

No.....2

No puede.....3

No lo hace.....4

NS/NR.....9

3.9 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad para manejar su dinero?

Si.....1

No.....2

No puede.....3

No lo hace.....4

NS/NR.....9

ENTREVISTADOR: SI EL ENTREVISTADO CONTESTÓ QUE “SÍ” O “NO PUEDE” EN POR LO MENOS UNA DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS ANTERIORMENTE, PREGUNTE:

3.10 ¿Alguien le ayuda para realizar esta(s) actividad(es)?

Si.....1

No.....2

NS/NR.....9

3.11 ¿Cuántas veces (USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) se ha caído en los últimos doce meses?

Número de veces___

SI NO HAY CAIDAS EN EL ULTIMO AÑO PASE A “DEPRESION”

3.12 ¿Cuántas veces ha recibido atención médica a consecuencia de esas caídas?

Número de veces___

IV. Depresión

A continuación, le mencionaré sentimientos o conductas que usted haya podido experimentar. Por favor, dígame con qué frecuencia se ha sentido así durante la ÚLTIMA SEMANA.

ENTREVISTADOR: LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA Y ANOTE SÓLO UNA

Durante la última semana...

	Rara vez o nunca (menos de un día)	Pocas veces o alguna vez (1 - 2 días)	Un número de veces considerable (3 - 4 días)	Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5 - 7 días)
4.1 ¿Sentía como si no pudiera quitarse de encima la tristeza?	1	2	3	4
4.2 ¿Le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?	1	2	3	4
4.3 ¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3	4
4.4 ¿Le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?	1	2	3	4
4.5 ¿No durmió bien?	1	2	3	4
4.6 ¿Disfrutó de la vida?	1	2	3	4
4.7 ¿Se sintió triste?	1	2	3	4

4.8 ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro personal de salud que sufre o ha sufrido depresión?

Si.....1

No....2

“SI NO EXISTE DIAGNOSTICO PREVIO DE DEPRESIÓN PASE A COMORBILIDAD”

4.9 ¿Le mandaron medicinas o algún otro tipo de tratamiento para la depresión?

Si.....1

No....2

4.10. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tomado algún medicamento o ha seguido con algún otro tipo de tratamiento para la depresión?

Si.....1

No....2

V. Comorbilidad

5.1 ¿Padece alguna enfermedad crónica?

1) Si

2) No

Qué enfermedad padece... (Registre la edad que tenía al momento del diagnóstico)

	1) Si/ 2) No (salte)	Edad inicio (años)	Tratamiento(S/N)
5.2 Fibrilación auricular	a__	b__	c__
5.3 Hipertensión	a__	b__	c__
5.4 Falla cardíaca	a__	b__	c__
5.5 Infarto al miocardio	a__	b__	c__
5.6 Angina	a__	b__	c__
5.7 Diabetes documentada	a__	b__	c__
5.8 Colesterol alto	a__	b__	c__
5.9 EVC	a__	b__	c__
5.10 Insuficiencia renal	a__	b__	c__
5.11 Otras (especifique) _____	a__	b__	c__
5.12 Otras (especifique) _____	a__	b__	c__

5.13 ¿Tiene algún dolor que le dificulte realizar sus actividades cotidianas?

Extremo.....1

Importante/considerable/constante.....2

Regular.....3

Leve.....4

Ninguno.....5

5.14 En general, ¿cómo siente que se encuentra su estado de salud?

- Muy mala.....1
- Mala.....2
- Buena.....3
- Muy buena.....4
- Excelente.....5

Alcohol

5.15 Antes de cumplir 65 años ¿aproximadamente cuántas copas, cervezas u otras bebidas alcohólicas bebía en promedio a la semana?

Total/semana (00 si nada) ____

5.16 Después de cumplir 65 años ¿aproximadamente cuántas copas, cervezas u otras bebidas alcohólicas bebe en promedio a la semana?

Total/semana (00 si nada) ____

SI NUNCA HA BEBIDO PASE A TABAQUISMO

5.17 ¿Alguna vez ha estado bajo tratamiento, médico o de otro tipo, por su forma de beber? 1) Si 2) No

5.18 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES ¿Con qué frecuencia ha tomado tres copas de licor, cervezas o bebidas alcohólicas?

- | | |
|---|------------------------------|
| A diario.....1 | Una vez al año.....6 |
| Casi diario (5 o 6 veces por semana) ...2 | Tres a once veces al año...7 |
| Tres o cuatro veces por semana.....3 | Una o dos veces al año.....8 |
| Una o dos veces por semana.....4 | Menos de una vez al año...9 |
| Dos o tres veces al mes.....5 | Nunca.....10 |

5.19 Si la persona entrevistada es hombre, preguntar:

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia toma o ha tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

Si la persona entrevistada es mujer, preguntar:

En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia toma o ha tomado 4 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

- | | |
|---|------------------------------|
| A diario.....1 | Una vez al año.....6 |
| Casi diario (5 o 6 veces por semana) ...2 | Tres a once veces al año...7 |
| Tres o cuatro veces por semana.....3 | Una o dos veces al año.....8 |
| Una o dos veces por semana.....4 | Menos de una vez al año...9 |
| Dos o tres veces al mes.....5 | Nunca.....10 |

Tabaco

5.20 ¿Cuántos años tenía cuando fumó tabaco por primera vez, aunque fuera una sola fumada de un cigarro, de un puro o de una pipa?

Registre edad (00 si nunca)

SI NUNCA PASE A MALTRATO

5.21 ¿Cuántos cigarros, puros, etc. se fuma o fumó por semana?

Registre número promedio

5.22 ¿Por cuánto tiempo ha fumado o fumó de manera frecuente?

(Que no haya podido o no haya querido dejarlo)

Meses _____

Años _____

5.23 Aproximadamente, ¿Cuántos cigarrillos ha fumado diariamente en los últimos 12 meses?

Ya no fuma...0

No fuma diario...1

1 a 5...2

6 a 10...3

11 a 20...4

21 a 30...5

31+...6

5.24 Si ya no fuma registre hace cuantos años dejó de hacerlo y pase a maltrato

Años _____

5.25 ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarro?

Los primeros 5 minutos...1

Entre 6 y 30 minutos...2

Entre 31 y 60 minutos...3

Más de 1 hora...4

VI. Maltrato

6.1 ¿Cómo están las cosas en casa?

6.2 ¿Se siente seguro en casa?

Si.....1

No....2

NS/NR...3

6.3 ¿Alguna vez alguien lo ha lastimado en su casa?

Si.....1

No....2

NS/NR...3

6.4 Alguna vez alguien le ha hablado o gritado en alguna forma en que lo haga sentir mal acerca de sí mismo.

Si.....1

No....2

NS/NR...3

6.5 ¿Alguna vez alguien ha tomado alguna cosa de usted o ha usado su dinero sin permiso?

Si.....1

No....2

NS/NR...3

6.6 ¿Ha firmado usted algún documento que no entienda?

Si.....1

No....2

NS/NR...3

6.7 ¿Le tiene miedo a alguien en su casa?

Si.....1

No....2

NS/NR...3

6.8 ¿Alguna vez alguien lo ha tocado sin su consentimiento?

Si.....1
No....2
NS/NR...3

6.9 ¿Alguna vez alguien lo ha hecho hacer cosas que usted no quiera hacer?

Si.....1
No....2
NS/NR...3

6.10 ¿Permanece mucho tiempo solo?

Si.....1
No....2
NS/NR...3

6.11 ¿Alguna vez alguien se ha rehusado a ayudarlo?

Si.....1
No....2
NS/NR...3