



**Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Odontología**

**Centro de Investigación y Estudios Avanzados en
Odontología “Dr. Keisaburo Miyata”**

**“Maltrato, percepción del funcionamiento familiar, estado
afectivo y cognitivo en personas adultas mayores durante la
pandemia por COVID-19”**

TESIS

**Que para obtener el Grado de
Doctora en Ciencias de la Salud**

Presenta:

M. S. P. Raquel Judith Solis Canal

Director

Dr. En C. Octavio Márquez Mendoza

Co-Directora

Dra. En C. S. Marcela Veytia López

Tutora

Dra. En P.S. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte



2022-2026

Toluca, Estado de México, abril 2024.

Índice

1. Antecedentes	4
1.1 Conceptualización de maltrato en Personas Adultas Mayores	5
1.2 Maltrato hacia las Personas Adultas Mayores a Nivel Mundial	7
1.2.1 Bélgica.....	8
1.2.2 Australia.....	8
1.2.3 Portugal.....	8
1.2.4 Irlanda.....	9
1.2.5 España.....	9
1.2.6 Nueva Zelanda.....	10
1.2.7 Reino Unido.....	11
1.2.8 Italia.....	11
1.2.9 Estados Unidos de América.....	13
1.2.10 Cuba.....	13
1.3 Maltrato en México	14
1.4 Depresión y maltrato	15
1.5 Deterioro cognitivo y maltrato	16
1.6 COVID-19 y maltrato	18
2. Planteamiento del problema	19
3. Justificación	20
4. Hipótesis	21
5. Objetivos	22
6. Diseño metodológico	22
6.1 Diseño del estudio.....	22
6.2 Universo y muestra.....	22
6.3 Criterios de inclusión.....	23
6.4 Criterios de exclusión.....	23
6.5 Criterios de eliminación.....	23
6.6 Operacionalización de variables.....	23
6.7 Instrumentos.....	25
6.8 Procedimientos.....	26
6.10 Análisis de datos.....	30
6.11 Aspectos éticos.....	30
7. Resultados	32
7.1 Artículo aceptado y publicado	32
7.1.1 Título del artículo.....	32
7.1.2 Revista.....	32
7.1.3 Carta de aceptación.....	32

7.1.4	Resumen del artículo	35
7.2.	Capítulo de libro aceptado y publicado.....	36
7.2.1	Título del capítulo del libro	36
7.2.2	Libro	36
7.2.3	Carta de aceptación	36
7.2.4	Resumen del capítulo	37
7.3	Artículo enviado	38
7.3.1	Título del artículo	38
7.3.2	Revista	38
7.3.3	Resumen	38
7.3.4	Evidencia del envío	39
8.	<i>Discusión general</i>.....	40
9.	<i>Conclusiones generales</i>	44
	<i>Bibliohemerografía</i>.....	45
	<i>Anexo 1. Ficha de identificación</i>.....	54
	<i>Anexo 2. Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS versión reducida)</i>	55
	<i>Anexo 3. Mini - examen del Estado Mental (Minimental de Folstein)</i>	56
	<i>Anexo 4. Apgar Familiar</i>	59
	<i>Anexo 5. Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor</i>.....	60
	<i>Anexo 6. Carta de Consentimiento Informado</i>	62
	<i>Anexo 7. Carta de Aprobación del Comité de Ética de la Investigación</i>	63

1. Antecedentes

La problemática del envejecimiento poblacional ha generado gran interés en las políticas públicas de distintos sectores, debido a que representa uno de los mayores retos en los sistemas de salud y atención geriátrica. Entre los principales problemas que afectan a la población mayor de 60 años, tanto en el ámbito social como en el de la salud, se encuentra el maltrato.

De acuerdo con el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre maltrato en 2018, se estima que un 15.7% de las personas adultas mayores en diferentes regiones del mundo fueron víctimas de algún tipo de maltrato. Los tipos de maltrato identificados en países de ingresos altos y medios son el abuso económico, seguido del maltrato psicológico, desatención o negligencia, maltrato físico y, por último, el abuso sexual.

Aunque el problema del maltrato en personas mayores no tiene la misma relevancia que otros como la pobreza o los trastornos cognitivos, el número absoluto de personas afectadas es alarmante. En esta etapa de la vida, la conjunción de problemas hace aún más difícil el bienestar de estas personas.

En España, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) reporta el maltrato entre el 4 al 5%, lo que se aproxima de trescientas veinte mil a cuatrocientas mil personas maltratadas. La prevalencia de violencia en Noruega de acuerdo al Instituto de Estudios sobre Violencia y Estrés Traumático (Sandmoe et al., 2017) hacia las personas mayores de 65 años se reportó entre el 6.8% al 9.2%. En Austria de acuerdo con el Instituto de Investigación de la Cruz Roja, en reporte sobre Maltrato y Abuso en Mujeres Mayores se identificó una prevalencia del 23.8% de abuso (Gert et al., 2011). Una investigación sobre las notas informativas encontrados en los principales periódicos de Kantipur y Anapurna en Nepal (Sharma Bhattarai, 2014) evidenció 117 casos de personas mayores maltratadas, predominando el maltrato físico (43%) y la negligencia (33%), inclusive se documentó que el 49% de las personas maltratadas no sobrevivieron.

Las investigaciones que se han llevado a cabo en América Latina y el Caribe relacionadas con el maltrato de personas mayores han sido recientes, algunos estudios reportan que este fenómeno se había visibilizado desde los años setenta, sin embargo, en los últimos

diez años es cuando surgen las publicaciones sobre este hecho social. Es importante destacar que las personas mayores padecen las consecuencias ante la invisibilidad y deficiente registro que se tiene hasta la fecha, se suman a estos factores la falta de detección temprana así como la limitada capacitación sobre las relaciones violentas y las experiencias de las personas mayores afectadas (Giraldo, 2010).

En México el maltrato y las agresiones hacia las personas adultas mayores se encuentran entre el 8 y 18% según corresponda al área geográfica (Senado de la República, 2014). Se ha reportado que la violencia de género es un problema que afecta a un importante sector de personas mayores. Al finalizar su edad productiva o durante la vejez, muchas son objeto de agresiones por sus hijos u otros familiares (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011).

1.1 Conceptualización de maltrato en Personas Adultas Mayores

Existen en la literatura diferentes conceptos que se deben tomar en cuenta para el definir el maltrato. Se han encontrado tres términos que pueden utilizarse como sinónimos en algunas publicaciones: abusar, violentar y maltratar. La definición puede ser utilizada de formas variadas de acuerdo con patrones culturales y sociales, valores, creencias y actitudes que dependen de la región, país, grupo étnico o factores individuales.

La Real Academia Española (RAE) define el término *abusar* como hacer objeto de trato deshonesto a una persona de menor experiencia, fuerza o poder (Real Academia Española, 2014a). Esto puede relacionarse con la disminución de la capacidad física y el deterioro cognitivo que la persona mayor presente, en donde el abusador ejercerá mediante acciones violentas el poder. *Violentar* es aplicar medios violentos a cosas o personas para vencer su resistencia. Cuando se utilizan medios físicos o psicológicos por el agresor, se está ejerciendo la violencia, no solo se aplica al uso de objetos (Real Academia Española, 2014c). Por último, *maltratar* estrictamente es tratar con crueldad, dureza y desconsideración a una persona o a un animal, o no darle los cuidados que necesita (Real Academia Española, 2014b).

Varios autores (M. Mercado et al., 2014) enfatizan que el maltrato puede incluir acciones, expresiones verbales o no verbales que causen daño o malestar, incluso omisiones de

buen trato de un individuo hacia otro, y esto necesariamente implica la participación de múltiples individuos en una interacción. Las personas mayores, en particular, pueden encontrarse en situaciones en las que conviven con miembros cercanos de su familia, quienes pueden ser los responsables directos del maltrato que sufren.

Desde el punto de vista antropológico (Vázquez Palacios, 2018) también considera al maltrato como una forma de violencia, presente en actos que causan daño a las personas mayores y que puede ser el resultado de las relaciones intergeneracionales en donde existe recriminación por su forma de ver la vida por sus creencias, hábitos o costumbres. Cuando no existe empatía o tolerancia hacia el otro puede generarse violencia que se manifieste desde los malos tratos de manera verbal hasta las lesiones físicas.

En la Declaración de Toronto en el año 2002 (Organización Mundial de la Salud, 2003) mediante un comité de expertos pertenecientes a la Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez (INPEA) y la Organización Mundial de la Salud, se propuso lo siguiente: *“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.”* El maltrato puede manifestarse de diversas formas, incluyendo aspectos físicos, psicológicos/emocionales, sexuales, financieros, o bien, como resultado de actos negligentes, tanto intencionales como por omisión.

De acuerdo con la OMS, el término que actualmente se ha consensado para definir el maltrato hacia las personas mayores es: *un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza.* De acuerdo con esto, se puede clasificar en maltrato físico, emocional o sexual y el abuso en situaciones financieras, así como la omisión o la negligencia, sea intencional o no.

En el presente trabajo, dada la complejidad que existe para homologar los criterios sobre la conceptualización de una forma única de maltrato, nos apegaremos a la definición de la OMS, así como a su clasificación para poder contextualizar de manera concreta los resultados que se obtengan.

1.2 Maltrato hacia las Personas Adultas Mayores a Nivel Mundial

Las investigaciones internacionales muestran que hay factores que pueden incrementar el riesgo de maltrato en las personas mayores, tales como el descuido y la explotación, que a menudo están relacionados con el género, el acceso a la ayuda formal e informal, la mala salud, la depresión, el deterioro cognitivo y la edad avanzada, la pobreza, la falta de apoyo familiar, el aislamiento social, así como las relaciones de dependencia emocional entre la persona maltratada y el agresor.

Según el Instituto Nacional de Salud Pública (2013), algunas investigaciones indican que entre el 4% y el 6% de la población mayor padece algún tipo de maltrato en sus viviendas, aunque se estima que solo uno de cada cinco casos se denuncia a las autoridades (Instituto Nacional de Salud Pública, 2013).

También se han relacionado los patrones socioculturales de la población en donde se llegan a normalizar las conductas violentas dentro del hogar, generando reacciones de vergüenza que impiden que la persona mayor decida denunciar, por temor a las represalias que puedan surgir a nivel social.

El Informe Europeo a favor de la Prevención del Maltrato en Personas Mayores hace énfasis en que este importante problema social se ha extendido en todos los países de la región europea. Es una preocupación creciente, y las estimaciones sugieren que al menos 4 millones de personas sufren maltrato. Aún no se conoce la magnitud que actualmente tiene, sin embargo, existen consecuencias de largo plazo que comprometen el bienestar mental y físico de decenas de millones de personas mayores y, si no se controla, puede provocar su muerte prematura (Sethi et al., 2011).

La mayoría de los países de la Región Europea tienen una población que envejece aceleradamente, se pronostica que un tercio de la población tendrá 60 años o más en 2050, lo que pone a más personas en riesgo de maltrato. Gran parte del proceso de envejecimiento debería visualizarse como una situación saludable, aunque puede haber discapacidad y dependencia que requieran apoyo familiar y social, especialmente en la vejez tardía.

El maltrato a personas mayores es un problema social y de salud, prevenirlo es cuestión de derechos humanos y solidaridad social. Es por ello por lo que al contar con un panorama general de los diversos países que lo han abordado se podrá obtener información de gran relevancia que permita situar con mayor claridad la magnitud y trascendencia de este.

En este capítulo se revisaron las investigaciones que se han publicado a nivel internacional enfocándose en países europeos ya que en esta región es en donde se encuentra la población más envejecida y además de aportar datos que permiten al resto del mundo situarse desde la perspectiva cuantitativa y cualitativa.

1.2.1 Bélgica

Un estudio realizado en 2010 por la Universidad de Bruselas encontró que el 32% de las mujeres mayores de 60 años habían sufrido maltrato en sus hogares. Los tipos de maltrato más comunes fueron el psicológico, el económico y la negligencia. Cerca de una de cada diez mujeres mayores informó haber sufrido algún tipo de abuso en el último año. Los principales responsables de maltrato fueron las parejas, seguidas de los hijos y los cuidadores que a menudo se volvían negligentes (Gert et al., 2011).

1.2.2 Australia

En Australia en el año 2010 mediante la campaña de concientización por el Día Mundial contra la Prevención del Maltrato, se reportó un aumento en el número de llamadas a la Unidad de Prevención de Maltrato referentes al abuso hacia las personas mayores, incrementándose cada mes de 56.1 a un promedio de 92.3 reportes. Los principales responsables de notificar el maltrato fueron los esposos/as seguidos de los hijos/as, así como de amigos. Los tipos de abuso que se reportaron fueron: psicológico, económico, negligencia, físico y social (Jackson & Sparkes, 2010).

1.2.3 Portugal

La Escuela de Psicología de la Universidad de Minho en Portugal llevó a cabo un estudio en mujeres mayores de 60 años, donde se identificó que el 39.4% de ellas fueron víctimas de algún tipo de abuso en el último año. Los tipos de abuso más frecuentes fueron el

psicológico, económico, la violación de derechos, abuso sexual, negligencia y el maltrato físico. Los principales responsables identificados fueron los esposos/as y las hijas con sus respectivos yernos. Entre los efectos reportados como consecuencia del maltrato destacan la tensión, sentimientos de impotencia, depresión, dificultad para dormir o pesadillas (Ferreira-Alves & Santos, 2011).

1.2.4 Irlanda

El Centro Nacional para la Protección de Personas Mayores en Irlanda llevó a cabo entrevistas a personas mayores de la comunidad, en su mayoría mujeres de entre 65 y 98 años, para conocer su percepción sobre su salud. Se encontró que casi el 50% de los entrevistados consideraba su salud como buena o excelente, y reportaron un alto nivel de apoyo por parte de sus familias y comunidades.

En cuanto al maltrato, el 2.2% de la población estudiada informó haber sufrido abuso o negligencia en los últimos 12 meses, siendo más común en el sexo femenino. Los hombres mayores de 80 años informaron niveles más altos de abuso económico, mientras que las mujeres de 70 a 79 años presentaron los niveles más altos de violencia. Los responsables directos del maltrato fueron los hijos/as, vecinos o conocidos, esposos/as, desconocidos y otros familiares, así como amigos y profesionales de la salud (Naughton et al., 2010).

1.2.5 España

El Centro Reina Sofía realizó una investigación en personas adultas mayores y cuidadores, se incluyeron en su mayoría mujeres entre 65 y 74 años. Respecto a los cuidadores, el 82% correspondió a mujeres entre 45 a 54 años y de 65 años en adelante. Se destaca que el 0.8% de los encuestados fueron víctimas de maltrato por algún familiar, los principales tipos de abuso identificados fueron el psicológico y la negligencia; sin embargo, en situación de dependencia predominó el maltrato económico.

Las mujeres fueron mayormente abusadas, en relación con los hombres, así mismo el 57.9% de las víctimas tuvieron más de 74 años. Los responsables del maltrato fueron hombres, siendo la pareja quien generó más violencia, seguida de los hijos/as (Iborra, 2008).

1.2.6 Nueva Zelanda

La Comisión de Familias de Nueva Zelanda llevó a cabo una investigación en personas mayores de 65 años, incluidos los maoríes -originarios del Pacífico- asiáticos y etnias europeas que residían en diferentes zonas de Nueva Zelanda (áreas rurales, ciudades provinciales y grandes centros). Se utilizó como guía el Modelo Ecológico de Krug que consiste en conceptualizar, identificar y abordar problemas de violencia.

A **nivel individual** se encontró que el aislamiento, las limitaciones físicas, y en ocasiones las mentales, asociadas con el envejecimiento estuvieron relacionadas como factores de riesgo que llevaron al abuso y la negligencia.

En el **nivel familiar**, las familias que apoyaban a las personas mayores fueron reconocidas como protectoras contra todo tipo de violencia.

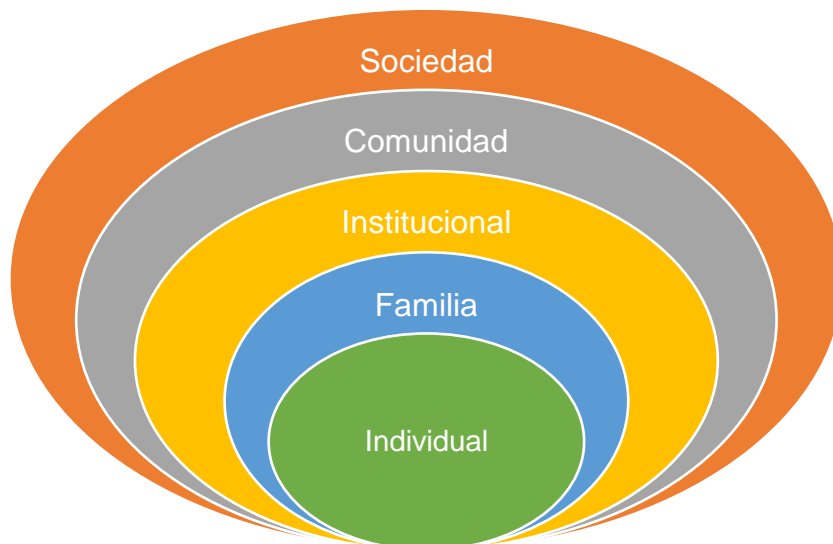
Dentro del **nivel institucional**, los factores de riesgo identificados en residencias para mayores fueron: problemas con el personal, la falta de capacitación, poco financiamiento, la relación personal-residente y la cultura organizacional.

En el **nivel comunitario** uno de los factores de protección para prevenir el maltrato fue contar con entornos urbanos, por ejemplo, el transporte público accesible, instalaciones comunitarias y políticas sobre la vivienda.

Al indagar en el **nivel social** la "falta de productividad" se relacionó con personas que ya no cuentan con un empleo remunerado (Peri et al., 2008).

La figura 1 muestra el modelo ecológico de Krung que agrupa los diversos niveles en los cuales se puede generar la violencia desde lo individual hasta la sociedad.

Figura 1. Modelo Ecológico de Krug para prevención de violencia.



Fuente: elaboración propia a partir de Krug et al. World Report on Violence and Health. Geneva, World Health Organization, 2002.

1.2.7 Reino Unido

El abuso y la negligencia en personas mayores es un problema social en aumento a nivel mundial, según un estudio publicado por la Universidad de Londres. Se encontró que el 2.6% de las personas mayores víctimas de maltrato lo reportaron directamente por parte de sus familiares, amigos o cuidadores. Los tipos más comunes de maltrato fueron negligencia y abuso financiero, seguidos de abuso psicológico y físico, siendo el abuso sexual el menos reportado. Las mujeres fueron las principales víctimas y refirieron estar enfermas por alguna patología crónica, depresión y/o soledad (O’Keeffe et al., 2007).

1.2.8 Italia

En enero del 2019, se realizó una investigación con personal del área de Medicina Interna y Geriátrica de dos hospitales universitarios en el sur de Italia. Todos los profesionales reconocieron el maltrato de personas mayores como una violación de los derechos humanos, sin embargo, el 46.94% no tenía conocimiento sobre los procedimientos o el manejo que debían seguir ante un caso de abuso. La mayoría de las enfermeras y de los cuidadores declararon que nunca habían sospechado o presenciado abusos, mientras que algunos médicos afirmaron haber sospechado o sido testigos de maltrato

aproximadamente de 1 a 3 veces en trayectoria profesional. Las lesiones físicas identificadas se caracterizaron por: quemaduras, abrasiones en el cuello y la cara, y múltiples hematomas, así como fracturas en fase de consolidación (Corbi et al., 2019).

En la tabla 1 se resumen las investigaciones sobre maltrato en Europa, se hace énfasis en los tipos de maltrato identificados, así como los principales responsables de la violencia.

Tabla 1. Principales investigaciones sobre maltrato en Europa.

País	Autores	Tipo de maltrato identificado	Principales responsables
Bélgica	De Donder L. y Verté D. Prevalence Study of Violence and Abuse (2010).	Psicológico (27.5%) Económico (5.8%) Negligencia (5.6%) Violación de derechos individuales (4.3%) Sexual (2.4%) Físico (2.2%)	Esposo/a Hijos/as Nuera/yerno Otros miembros de la familia Conocido cercano Vecino Cuidador
Australia	Jackson L. y Domnica S. Preliminary Data Report for Lifeline Community Care Queensland's, World Elder Abuse Awareness Day (WEAAD) 2010, Elder Abuse Awareness Campaign (2010).	Psicológico (42.2%) Económico (35.4%) Negligencia (10.8%) Físico (7.6%) Social (4.0%)	En esta investigación no se notificaron responsables.
Portugal	Alves J. y Santos A. Prevalence Study of Violence and Abuse Against Older Woman. Results of the Portugal Survey (AVOW Project) 2010.	Psicológico (32.9%) Económico (16.5%) Violación de derechos individuales (12.8%) Negligencia (9.9%) Sexual (3.6%) Físico (2.8%)	Esposo/a Hijos/nueras/yernos
Irlanda	Naughton et al. Abuse and Neglect of Older People in Ireland. Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect (2010).	Negligencia	Hijo/a Vecinos o conocidos Esposo/a y desconocidos Otros familiares Amigos y profesionales de la salud
España	Iborra I. Maltrato de Personas Mayores en la Familia en España (2008).	Psicológico Negligencia	Esposo/a Hijo/a
Nueva Zelanda	Peri et al. Elder Abuse and Neglect. Exploration of Risk and Protective Factors (2008).	Negligencia Económico	*No se identificaron responsables.
Reino Unido	O'Keeffe et al. UK Study of Abuse and Neglect of Older People. Prevalence Survey Report (2007).	Negligencia (1.1%) Económico (0.7%) Psicológico y físico (0.4%) Sexual (0.2%)	Esposo/a Otro miembro de la familia Cuidador Amigo cercano
Italia	Corbi et al. Elder abuse: perception and knowledge of the phenomenon by healthcare workers from two Italian hospitals (2019).	Negligencia	Profesionales de la salud

Fuente: elaboración propia.

1.2.9 Estados Unidos de América

En el año 2008, la Universidad de Chicago publicó los resultados de una investigación sobre maltrato en personas mayores en Estados Unidos. En el estudio participaron personas entre 57 y 85 años, y se encontró que el tipo de maltrato más común fue el verbal, con un 9% de los participantes reportando haber sido insultados o humillados por un miembro de su familia. Las mujeres y aquellas personas con discapacidades fueron las más afectadas, mientras que los latinos reportaron menos maltrato que la raza blanca. El maltrato económico fue más frecuente en afroamericanos, seguido de latinos y blancos. El maltrato físico por parte de familiares fue el menos reportado, con solo el 0.2% de los participantes informando haberlo experimentado (Laumann et al., 2008).

Otra de las investigaciones más representativas de la población estadounidense es el *Estudio de Prevalencia de Abuso de Ancianos del Estado de Nueva York*. En este estudio participaron 4,156 neoyorquinos mayores de 60 años, así como sus representantes o tutores. Se contó con 292 agencias que informaron sobre casos documentados de maltrato en todo el estado. Los resultados de este estudio reportaron que durante el último año hubo una tasa de incidencia total de maltrato de cualquier tipo de 76 por cada 1,000 residentes mayores del estado de Nueva York. La tasa más alta de maltrato (41 por cada 1,000 encuestados) ocurrió por explotación financiera, también se reportó que 141 de cada 1,000 neoyorquinos mayores han experimentado algún tipo de maltrato desde que cumplieron 60 años (Lachs & Berman, 2011).

1.2.10 Cuba

La Universidad de Ciencias Médicas de La Habana llevó a cabo un estudio para evaluar los conocimientos que las personas mayores tienen sobre la violencia. El estudio arrojó que un elevado porcentaje de personas mayores identificó el maltrato psicológico como amenazas por parte de sus cuidadores o familiares de ingresarlos en un asilo o un hospital. Sin embargo, no identificaron la imposibilidad de tomar decisiones en el hogar y los largos períodos de silencio de la familia como manifestaciones de violencia psicológica. Esto podría deberse a la cotidianidad de estas situaciones (Martínez, Cruz, Martínez, González, y Terry, 2013).

1.3 Maltrato en México

La población de personas adultas mayores no solo enfrenta la pérdida de sus capacidades físicas e ingresos, sino también contextos de violencia y discriminación (Senado de la República, 2014). De acuerdo con la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar de 1999, el 18.6% de las personas mayores de 60 años vive en hogares donde se presentan actos violentos, siendo los principales de tipo emocional (97%), la intimidación (12.4%) y la violencia física (8.6%) (Aparicio, 2002). Según datos del INAPAM, en el año 2001 se registraron 9,000 denuncias por violación a los derechos de las personas mayores, y para el 2002 esta cifra se duplicó a 18,000 (Ruelas & Salgado, 2009). La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) reveló que el abandono, maltrato emocional, económico y físico son los tipos de abuso más comunes entre las mujeres mayores de 60 años, estimándose que suman casi 6 millones en todo el país (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011).

Según el Modelo de Atención Integral en Salud para Adultos Mayores Maltratados, el personal de salud estima que entre el 30 y el 40% de las personas mayores que acuden a consulta podrían estar siendo víctimas de algún tipo de maltrato familiar (Instituto Nacional de Salud Pública, 2013). Además, el Informe sobre Violencia y Maltrato hacia las Personas Adultas Mayores en México señala que las causas violentas de muerte, incluyendo homicidios, accidentes y suicidios, representan el 3% del total y que las tasas de mortalidad más altas por accidentes y suicidios se dan en la población adulta mayor, especialmente en hombres y en personas de 75 años o más (Giraldo, 2011).

En el ámbito institucional en México, se evidenció el escenario de maltrato por parte del personal de salud como de otro tipo de trabajadores (vigilantes, administrativos, etc.) así como por el sistema de salud (Ruelas, Pelcastre, y Reyes, 2014). En el 2017, la mayor prevalencia de violencia contra adultos mayores fue en el hogar, ocasionada por personas desconocidas y familiares. (Ruelas & Pelcastre, 2017).

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2019) enfatiza en su Informe Especial sobre la situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México la necesidad de que México cumpla con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Comisión Nacional de los Derechos

Humanos, 2019). Esta convención se enfoca en la formulación y cumplimiento de leyes y programas que prevengan el abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra las personas mayores.

1.4 Depresión y maltrato

La depresión o trastorno depresivo mayor es una enfermedad médica grave y común que afecta negativamente el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento de las personas, según la definición de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2017). La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de síntomas como tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Se estima que afecta a unos 300 millones de personas en todo el mundo y puede convertirse en un problema de salud grave que, en casos extremos, puede llevar al suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2020b).

Según una revisión sistemática (Dong et al., 2013) acerca del maltrato y el bienestar psicosocial, la depresión, la ansiedad y el trastorno postraumático son las principales patologías psicológicas que se relacionan directamente con el maltrato de las personas mayores, y que dependen de sus características sociodemográficas. En un estudio realizado en el norte de India (Mawar et al., 2018), se encontró una prevalencia del 24.3% de abuso en personas mayores, siendo el maltrato psicológico el más prevalente con un 22.9%, afectando principalmente a mujeres. También se reportó una prevalencia del 20.7% de depresión, que se asoció con una mayor probabilidad de maltrato. Sin embargo, no se pudo establecer si la depresión es la consecuencia del abuso o viceversa.

En una comunidad de personas mayores de origen chino en Estados Unidos de América (Dong et al., 2016) se identificó que la prevalencia de maltrato fue del 15.8% hacia las mujeres y 14.3% para los hombres. Se relacionó la ideación suicida con en el sexo femenino, con niveles educativos más bajos con más comorbilidades médicas, así como niveles más altos de síntomas depresivos. En España, se identificó que las personas mayores de ochenta años son más propensas a presentar depresión, así como aquellas del sexo femenino, viudas, nivel escolar bajo con menos de cinco años de estudios,

dependientes con enfermedades crónicas, sin actividad física y con dificultad en las actividades de la vida diaria (Portellano, Garre, Calvó y Conde, 2018).

Se ha encontrado que en México, el 74.3% de las personas mayores han manifestado síntomas de depresión, incluyendo infelicidad, soledad, cansancio, tristeza, falta de disfrute de la vida, sueño intranquilo y falta de energía durante dos o más semanas consecutivas (De Los Santos & Carmona Valdés, 2018). En un estudio realizado en Ciudad Juárez con personas mayores beneficiarias de un programa social, se identificó depresión leve en un 37.4% de las mujeres y un 36.8% de los hombres (Flores-Padilla et al., 2016). En Quintana Roo, la prevalencia de depresión en un centro geriátrico fue del 50%, siendo del tipo leve en un 32.15% y moderada en un 18.75% (Hernández-Chávez et al., 2017). Asimismo, el Estudio de Salud y Envejecimiento en Ciudad Victoria (Rivera Navarro et al., 2015) encontró síntomas depresivos en el 29% de las personas mayores de sesenta años, depresión leve en el 14.3% y depresión mayor en el 14.7%, siendo estos síntomas más frecuentes en mujeres (31.6%).

Se ha evidenciado en el Estado de México que las personas mayores de entre 65 y 70 años que no realizan actividad física presentan síntomas fisiológicos, psicológicos y de insatisfacción personal relacionados con la depresión (A. Mercado et al., 2014).

1.5 Deterioro cognitivo y maltrato

La demencia es definida por la OMS como un síndrome crónico o progresivo que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. Esta afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio (OMS, 2019). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) incluye dos tipos de trastornos neurocognitivos: el trastorno neurocognitivo mayor (TNC-M), equivalente a la demencia, y el trastorno neurocognitivo menor (TNC-ME), también conocido como deterioro cognitivo leve (DCL) (Gutiérrez, García, Roa, y Martínez, 2017).

La demencia es una enfermedad que afecta a una gran cantidad de personas en todo el mundo. Actualmente, se estima que cerca de 50 millones de personas la padecen, y se

prevé que esta cifra aumente a 82 millones en 2030 y a 152 millones en 2050. Cada año, casi 9.9 millones de personas desarrollan demencia, y el 60% de los afectados viven en países de ingresos bajos y medios. La demencia es la séptima causa de muerte a nivel mundial y una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores. Además, no solo afecta a quienes la padecen, sino también a sus cuidadores, familiares, comunidades y a la sociedad en general (World Health Organization, 2018).

En una investigación realizada en Estados Unidos de América se encontró que dos de cada tres estadounidenses presentan deterioro cognitivo a la edad promedio de 70 años. Se identificó que las mujeres viven 4.2 años con discapacidad leve y 3.2 con demencia mientras que los hombres 3.5 y 1.8 años respectivamente (Hale, Schneider, Mehta, y Myrskyl, 2020).

En países latinoamericanos, se ha observado que el contexto social puede ser un factor importante de riesgo para el maltrato de personas mayores con deterioro cognitivo. Entre las características sociales relevantes se encuentran: el proceso acelerado de envejecimiento, las marcadas diferencias de género, las limitaciones entre áreas rurales y urbanas y las desigualdades en las inversiones públicas en salud, educación y comunicación que se centran en las ciudades (Piña Escudero et al., 2019).

En México, la prevalencia de demencia es del 7.4% en áreas urbanas y del 7.3% en regiones rurales (Libre Rodríguez et al., 2008). La diabetes y el síndrome metabólico son factores de riesgo significativos asociados con el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer en personas mayores (Gutiérrez-Robledo & Arrieta-Cruz, 2015). Se ha evidenciado que el síndrome metabólico es un factor de riesgo más importante para la EA que sus componentes individuales (García-Lara et al., 2010).

Durante las últimas dos décadas, se ha investigado la relación entre algunas patologías y el mayor riesgo de desarrollar demencia, entre ellas la diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión, depresión y obesidad (World Health Organization, 2019). En comparación con las mujeres que no padecen la Enfermedad de Alzheimer, las que la presentan se consideran en mayor riesgo de abuso y negligencia. La falta de capacitación de los

cuidadores en cómo entender y abordar la posible agresión psicológica y física por parte de personas con demencia contribuye a la violencia entre los enfermos y quienes están a cargo de su cuidado (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2013).

1.6 COVID-19 y maltrato

Las condiciones de salud de la población envejecida representan un peligro en el contexto de la pandemia de COVID-19. La soledad y el aislamiento experimentados por muchos mayores tienen un papel crucial en la forma en que se aborda la enfermedad (Huenchuan, 2020). La pandemia ha puesto de manifiesto la prevalencia del edadismo hacia las personas mayores en nuestra sociedad, llegando en algunos casos a negarles o limitarles el acceso a los servicios de salud por motivos de edad (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

Las personas mayores que padecen depresión o ansiedad pueden ver agravados sus síntomas durante el aislamiento. Aquellas que sufren deterioro cognitivo o demencia han visto interrumpida su rutina diaria, carecen de estimulación y entrenamiento de la memoria, y han evitado el contacto con sus seres queridos y el equipo de apoyo social. El confinamiento aumenta el riesgo de violencia, abuso y negligencia hacia las personas mayores por parte de sus cuidadores y familiares. Además, algunas medidas preventivas durante el aislamiento pueden generar un aumento de la violencia de género, dificultando el acceso a servicios de salud y asistencia social, lo que a su vez limita la denuncia ante las instituciones pertinentes (AGE platform Europe, 2020).

Las consecuencias de la restricción hacia las personas mayores durante la pandemia por COVID 19 aún no está clara, sin embargo en España se reportó que durante las dos primeras semanas de confinamiento las llamadas a los números de emergencia aumentó en un 18%, y la policía francesa informó un aumento del 30% en la violencia doméstica (Elman et al., 2020).

2. Planteamiento del problema

La implementación de políticas públicas para el cuidado de la población envejecida ha sido un éxito en la mejora de la salud a nivel mundial y nacional. En el Estado de México, se registró una cifra de 1 millón 807 mil 74 personas adultas mayores en 2019, siendo 826 mil 125 de sexo masculino y 980 mil 949 de sexo femenino, lo que representa el 10.48% de la población total estatal. Se proyecta que para el año 2030, 15 de cada 100 mexiquenses serán personas mayores (Consejo Estatal de Población, n.d.). En Toluca, el aumento de la población de 60 años y más ha requerido la implementación de políticas públicas que atiendan las principales necesidades de este grupo.

Sin embargo, uno de los principales problemas que enfrenta esta población actualmente es el maltrato. La pandemia por COVID-19 ha afectado la salud mental de la población en general, pero las personas mayores son más susceptibles a ser víctimas de violencia debido a su vulnerabilidad en la realización de actividades diarias básicas e instrumentales, aislamiento, soledad y resguardo en casa o centros de larga estancia que pueden aumentar la violencia por parte de familiares, cuidadores, amigos y vecinos. El maltrato también está relacionado con patrones socioculturales como el edadismo, viejismo y discriminación, que tienen consecuencias negativas en la salud de las personas mayores.

Para generar información que permita visibilizar el problema del maltrato en la población mayor durante la pandemia por COVID-19, es fundamental establecer un acercamiento directo con instituciones que agrupen a este sector. En este sentido, el Centro de Salud con Atención al Adulto Mayor Metepec resultó ser una opción relevante, ya que actualmente presta servicios de atención geronto-geriátrica a diversos municipios del Estado de México. De esta manera, se puede promover una mayor conciencia y sensibilización sobre el tema y contribuir a la creación de políticas públicas y acciones concretas que respondan a las necesidades y derechos de las personas mayores.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, surge la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Existe correlación entre el maltrato, la percepción de la funcionalidad familiar, el estado afectivo y cognitivo en personas adultas mayores durante la pandemia por COVID-19?

3. Justificación

En nuestra sociedad prevalecen los estereotipos asociados a la vejez, forman parte de los patrones socioculturales dentro de los hogares, por lo que identificar maltrato o abuso puede ser complicado debido a que estos comportamientos están “normalizados” ya que se consideran parte de las tradiciones o prácticas familiares o sociales.

Dentro de los factores de riesgo probables que se han relacionado con el abuso se encuentra la demencia o deterioro cognitivo, el aislamiento social o falta de redes de apoyo (Giraldo, 2010). La creciente preocupación por este tipo de violencia ha logrado que las principales autoridades a nivel mundial converjan en acuerdos por mejorar la salud de la población.

Los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), son una herramienta para la planificación de políticas públicas; enfatizan en una vida sana y la promoción del bienestar en todas las edades. Al realizar investigaciones que contemplen la recopilación de datos estadísticos, los servicios de prevención y apoyo y los sistemas de justicia, se deberán abordar todas las formas de violencia o abuso dirigidas hacia mujeres y hombres de edad avanzada (HelpAge International, 2017).

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, un acuerdo que busca promover el bienestar de la población en América Latina y el Caribe, también se ha unido a los esfuerzos para erradicar las diversas formas de violencia que afectan a las personas mayores. Este acuerdo establece programas que promuevan sus derechos humanos y eliminen la violencia tanto pública como privada (CEPAL, 2013). Además, es importante destacar que en la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) del 15 de junio de 2015, se formó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, 2015). Sin embargo, aún está pendiente la firma y ratificación de este acuerdo por parte de nuestro país.

A pesar de que se ha registrado un alarmante incremento en las denuncias de maltrato hacia las personas mayores, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) ha señalado que la mayoría de los casos de abuso no son denunciados, y aquellos que deciden hacerlo a menudo se enfrentan a la falta de capacitación del personal de salud. Además, los sistemas de salud no están organizados para brindar una atención adecuada a esta población. En su mayoría, esto se debe a que las dependencias públicas carecen de infraestructura y especialistas para proporcionar los servicios básicos necesarios en casos de maltrato a las personas mayores (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2019).

Una vez que la pandemia por COVID 19 permitió que se realizaran investigaciones en los diferentes escenarios gerontológicos, se consideró pertinente realizar este proyecto que correlacionara el maltrato con la depresión, el deterioro cognitivo y el funcionamiento familiar en las personas adultas mayores, ya que con los resultados obtenidos se generaron estrategias de detección oportuna por parte de los prestadores de servicios sociales y de salud que se encuentran a cargo de la atención directa de los usuarios.

Esta investigación se realizó en colaboración de dos instituciones: la Universidad Autónoma del Estado de México y el Instituto de Salud del Estado de México, de esta manera se obtuvieron datos estadísticos sobre el problema del maltrato y se propusieron acciones específicas que promovieran el buen funcionamiento familiar, la intervención oportuna en las alteraciones cognitivas y la detección temprana de depresión lo que favorecerá la calidad de vida de las personas adultas mayores.

4. Hipótesis

HA La percepción de la funcionalidad familiar, el estado afectivo y el estado cognitivo influyen para que se presente maltrato hacia las personas adultas mayores durante la pandemia por COVID-19.

H0 La percepción de la funcionalidad familiar, el estado afectivo y el estado cognitivo no influyen para que se presente maltrato hacia las personas adultas mayores durante la pandemia por COVID-19.

5. Objetivos

General:

Evaluar la correlación entre el maltrato, funcionalidad familiar, estado afectivo y cognitivo en personas adultas mayores durante la pandemia por COVID-19.

Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de las personas adultas mayores durante la pandemia por COVID 19.
- Identificar si existe maltrato en las personas adultas mayores durante la pandemia por COVID 19.
- Identificar el tipo de maltrato más frecuente en las personas adultas mayores.
- Evaluar el estado afectivo de las personas adultas mayores.
- Determinar el estado cognitivo de las personas mayores.

6. Diseño metodológico

6.1 Diseño del estudio

Tipo de Estudio: Cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo, correlacional.

6.2 Universo y muestra

Universo: El universo de estudio constó de 1000 personas adultas mayores que acuden al Centro de Salud con Atención al Adulto Mayor.

Método de muestreo: Muestreo aleatorio simple.

Tamaño de la muestra: El tamaño de muestra se calculó mediante la fórmula para poblaciones finitas sin reemplazo ($p = .20$, $q = .80$ error alfa= 0.05 y tamaño de muestra= 1000) y será conformado por 198 personas mayores de 60 años. El cálculo fue realizado a través de una calculadora de muestras mediante el programa Excel empleando la fórmula para poblaciones finitas (Morales, 2012) con un intervalo de confianza al 95% y el error relativo máximo que se aceptó fue del 5%. A continuación, se desglosa la fórmula utilizada:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{N * (\alpha_c * 0,5)^2}{1 + (e^2 * (N - 1))} \text{ en donde:}$$

α_c = Valor del nivel de confianza (varianza)

e = Margen de error

N = Tamaño de la población (universo)

6.3 Criterios de inclusión

- Personas adultas mayores de 60 años o más que acudan a consulta médica general, estomatología, nutrición, terapia ocupacional y física, acupuntura o quiropráctica.
- Personas mayores de 60 años que acepten participar en la investigación y firmen la carta de consentimiento informado.

6.4 Criterios de exclusión

- Personas adultas mayores que no deseen participar en la investigación.
- Personas menores de 60 años que acudan al Centro de Salud con Atención al Adulto Mayor Metepec para atención médica.
- Personas adultas mayores que presenten algún tipo de discapacidad intelectual, deterioro cognitivo o demencia diagnosticada.
- Personas adultas mayores que refieran estar en tratamiento farmacológico con antidepresivos.

6.5 Criterios de eliminación

- Casos en los que la aplicación del instrumento por algún motivo no concluyó.
- Instrumentos que no cuenten con el llenado completo.

6.6 Operacionalización de variables

Este apartado se construyó a partir de las preguntas que indagaban sobre el maltrato, estado afectivo, estado cognitivo, percepción del funcionamiento familiar y soporte de amigos.

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Técnicas e instrumentos	Tipo de variable
Maltrato	El maltrato a personas mayores se define como cualquier acto, ya sea único o repetido, que cause daño o sufrimiento a una persona mayor, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, en el marco de una relación basada en la confianza. El maltrato puede adoptar diversas formas, tales como el maltrato físico, psicológico, emocional o sexual, así como el abuso de confianza en cuestiones económicas. Asimismo, puede ser el resultado de la negligencia, tanto intencional como no intencional (OMS, 2018).	Puntaje obtenido en la Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor. Cuenta con 22 ítems que al responder a una pregunta de manera positiva se considera maltrato.	Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor. Observación	Cuantitativa nominal
Estado afectivo	Se define la depresión como un trastorno mental común que se manifiesta mediante síntomas como tristeza persistente, pérdida de interés o placer en actividades que antes resultaban gratificantes, sentimientos de culpa, baja autoestima, cambios en los patrones de sueño y apetito, fatiga y dificultades para concentrarse (Organización Mundial de la Salud, 2020b).	Puntaje obtenido de la Escala Geriátrica de Depresión. Normal: 0 a 5 puntos Depresión leve: entre 6 a 9 puntos Depresión establecida: >10 depresión puntos	Escala Geriátrica de Depresión. Observación.	Cuantitativa ordinal
Estado cognitivo	El deterioro cognitivo es un trastorno neurocognitivo menor que facilita el diagnóstico predemencial, especificando los dominios afectados (Gutiérrez, García, Roa, y Martínez, 2017). La pérdida progresiva de la función cognitiva, que va más allá de lo que podría considerarse como una consecuencia del envejecimiento normal, se conoce como deterioro cognitivo. Este trastorno afecta diversas áreas cognitivas como la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio (OMS, 2019).	Puntaje obtenido en el Mini-examen del Estado Mental o Minimental de Folstein. De 27 y 30 sin deterioro, entre 25 y 26 dudoso o posible deterioro, entre 10 y 24 demencia leve a moderada, entre 6 y 9 demencia moderada a severa y menos de 6 demencia severa.	Mini-examen del Estado Mental o Minimental de Folstein. Observación.	Cuantitativa ordinal
Percepción de la funcionalidad familiar y soporte de amigos	Percepción de los miembros de la familia sobre el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global (Suárez y Alcalá, 2014).	Puntaje obtenido en el APGAR familiar. De 17-20 puntos buena función familiar, 13-16 puntos disfunción familiar leve, 10-12 puntos disfunción familiar moderada y menos de 9 puntos disfunción familiar severa.	APGAR familiar. Observación.	Cuantitativa ordinal

6.7 Instrumentos

La investigación se llevó a cabo mediante interrogatorio directo a la persona adulta mayor, se utilizó la “Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor” que es un instrumento validado al contexto sociocultural de las personas mayores de México por Giraldo y Rosas quienes identifican a través de estas preguntas los cinco tipos de maltrato: físico, psicológico, económico, sexual y negligencia. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.83, está integrada por 22 ítems, cada uno se responde con “sí” o “no” y de ser positiva la respuesta, se le solicitó al participante que refiriera quién ha sido la persona que realiza alguna de las acciones cuestionadas y la frecuencia con las que se han llevado a cabo en el último año (Giraldo & Rosas, 2012).

Para evaluar el estado afectivo e identificar depresión se aplicó la Escala Geriátrica de Depresión en su versión corta, la cual se utiliza en personas mayores de 65 años. Tiene un alfa de Cronbach de 0.94 y consta de 15 ítems que se responden “sí” o “no”, cada pregunta es afirmativa en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15. Las preguntas negativas se consideran en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Su línea de corte entre 0 a 5 se evalúa normal, entre 6 a 9 como depresión leve y >10 depresión establecida (Yesavage Jerome et al., 1983). La Escala Geriátrica de Depresión se ha probado en personas mayores sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados a largo plazo (Instituto Nacional de Geriátrica, 2020).

Otro instrumento que se utilizó para tamizaje fue el Mini-examen del Estado Mental o también llamado Minimental de Folstein. Identifica deterioro cognitivo y demencia en la persona mayor, originalmente se planteó como una forma rápida y sencilla que permite diferenciar los trastornos funcionales orgánicos presentes en los pacientes psiquiátricos (Folstein, Folstein, y McHugh, 1975), Este instrumento ha demostrado una sensibilidad del 87% y especificidad del 82% en pacientes con demencia y delirium (Anthony et al., 1982). Evalúa cinco áreas: orientación, memoria, atención y cálculo, memoria diferida y lenguaje.

Para la evaluación de escritura se solicitó al participante que escribiera una frase, también se mostró un dibujo que debió replicar en la parte posterior de la hoja del cuestionario; para el área de lenguaje en el apartado de comprensión escrita se mostró una orden que debió ejecutar de manera inmediata y de manera verbal también se le solicitó que realizara una actividad con un papel el cual se le proporcionó al momento. Las respuestas se calificaron con un punto sumando un total de 30 puntos, de los cuales se interpretaron entre 27 y 30 sin deterioro, entre 25 y 26 dudoso o posible deterioro, entre 10 y 24 demencia leve a moderada, entre 6 y 9 demencia moderada a severa y menos de 6 demencia severa. El resultado obtenido estuvo influenciado por el nivel de escolaridad y edad del participante, por lo cual aquellos resultados con bajo puntaje, requieren una valoración clínica y neuropsicológica detallada que permita confirmar y determinar el grado de deterioro cognitivo (Instituto Nacional de Geriatria, 2020).

Para poder establecer el nivel de percepción personal del funcionamiento familiar se aplicó el APGAR familiar el cual es un instrumento de atención integral que muestra cómo perciben las personas mayores en un momento determinado la función de sus familias (Suárez y Alcalá, 2014). Este cuestionario cuenta con un alfa de Cronbach de 0.84 (Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli, 1996), consta de 5 elementos: adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad y recursos o capacidad resolutoria, cuenta con 7 preguntas, cada una de las respuesta tiene un puntaje que oscila entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0=nunca, 1=casi nunca, 2=algunas veces, 3=casi siempre y 4=siempre. La sumatoria de cada ítem se interpretará de la siguiente manera: 17-20 puntos buena función familiar, 13-16 puntos disfunción familiar leve, 10-12 puntos disfunción familiar moderada y menos de 9 puntos disfunción familiar severa. Este instrumento debe ser respondido de manera autoadministrada, excepto en aquellas personas que no sepan leer o escribir a los cuales se les realizarán las preguntas directamente por el entrevistador.

6.8 Procedimientos

La gestión de información se realizó con apoyo de diversas fuentes durante todas las etapas de la investigación; se documentó la información pertinente sobre el tema de maltrato, estado cognitivo, estado afectivo, depresión, deterioro cognitivo o demencia y

funcionamiento familiar y soporte de amigos en personas adultas mayores en diversas bases de datos.

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en Pubmed, Redalyc, Scopus, Medline, EBSCO, Cochrane y Scielo. Se navegó a través de páginas web que brindaron datos conceptuales y estadísticos como la Organización Mundial de la Salud, Guías de la Práctica Clínica, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Diarios Oficiales, Secretaría de Salud, Organización de las Naciones Unidas, Instituto Nacional de Salud Pública, Procuraduría de Justicia, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, Instituto Nacional de Geriátrica, Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia, Gacetas Oficiales, páginas oficiales del Gobierno del Estado de México. Se consultaron libros digitales, revistas científicas, repositorios institucionales, guías y reportes, así como asociaciones que dieron sustento a la investigación.

Se efectuó la búsqueda en idioma español colocando en el buscador palabras alguna clave como: maltrato a personas mayores, negligencia hacia personas mayores, tipos de maltrato en personas mayores, adultos mayores vulnerables, ancianos maltratados, personas de la tercera edad, personas adultas mayores maltratadas, depresión y maltrato en personas mayores, deterioro cognitivo o demencia en personas mayores y disfunción familiar en personas mayores. En inglés los conceptos fueron: elderly vulnerable population, elderly vulnerable group, mistreatment in elders, maltreatment in elder population, neglect in old people, elderly abuse, aggression in elderly people, abusive behavior, depression in elderly, cognitive impairment or cognitive disability in elderly people, family dysfunction in elderly.

Posteriormente se solicitó la aprobación del protocolo de investigación al Comité de Bioética para la Investigación del Instituto de Estudios sobre la Universidad, perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de México. Una vez que se aprobó el proyecto quedó registrado con el número 2020/P10, de esta manera se dio inicio con la recolección de información en el Centro de Salud con Atención al Adulto Mayor Metepec.

Las condiciones epidemiológicas durante la pandemia por COVID-19 obstaculizaron en una etapa inicial la aplicación presencial de las escalas de valoración gerontológica,

motivo por el cual se recurrió a la modalidad virtual para obtener la información. Esta adaptación en la metodología consistió en realizar videollamadas a personas mayores de 60 años que aceptaran formar parte de la investigación a través de plataformas como WhatsApp, Zoom, Messenger o Google Meet. Se contó con 30 participantes de los cuales se obtuvieron los datos para realizar la primera publicación que forma parte de los requerimientos del programa académico del Doctorado en Ciencias de la Salud, la cual lleva por título “Utilización de herramientas tecnológicas para la valoración gerontológica durante la pandemia por COVID-19”. Esta investigación se publicó en la Revista Anales en Gerontología, perteneciente a la Universidad de Costa Rica, la cual cuenta con un ISSN Impreso: 1659-0813 y un ISSN electrónico: 2215-4647. Se destaca que el artículo puede descargarse de manera gratuita ya que es open access a través de: OAI: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/oai>.

En una segunda etapa una vez que la semaforización epidemiológica permitió la presencialidad se acudió al Centro de Salud con Atención al Adulto Mayor Metepec. Se solicitaron los permisos correspondientes a las autoridades sanitarias de la Jurisdicción Toluca para poder realizar la aplicación de los instrumentos: Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor, Escala Geriátrica de Depresión, el Mini-examen del Estado Metal y el APGAR familiar. Se invitó de manera personal a todas las personas adultas mayores que reciben atención geronto-geriátrica en los servicios de consulta médica general y de especialidad, estomatología, nutrición, atención psicológica, terapia ocupacional y física a que participaran en el proyecto.

Una vez que se explicó el motivo de la investigación, se les otorgó la carta de consentimiento informado para que colocaran su firma, en caso de que alguno de los usuarios no pudiera leer o tuviera problemas visuales, se le leyó el documento y se solicitó su huella o firma. A cada participante se le dio a conocer cuál fue el objetivo de la investigación y se le hizo saber que toda la información proporcionada sería confidencial. Durante todo el tiempo destinado a la aplicación de los instrumentos, se utilizó lenguaje claro y comprensible para que todos los entrevistados lo comprendieran de la misma manera.

Se elaboró una ficha de identificación la cual recopiló los datos sociodemográficos de las personas participantes. Cada cuestionamiento se formuló de manera oral en un espacio físico (consultorio médico) que permitió que el nivel de confianza entre el entrevistador y la persona mayor fueran óptimas. Se solicitó a los familiares que acudieran como acompañantes que permitieran la aplicación de escalas gerontológicas de manera individual, de esta forma se obtuvieron respuestas más precisas y menos sesgadas.

Durante la tercera fase de mi investigación, me dediqué al desarrollo del capítulo de libro titulado "Algunos dilemas bioéticos en la atención médica a las personas mayores". Este importante capítulo ha sido publicado en el libro "Ética y bioética: el camino hacia su aplicación práctica", y constituye una contribución significativa a mi segunda publicación relacionada con el Doctorado en Ciencias de la Salud. El libro cuenta con ISBN: 978-607-8702-80-0 y pertenece a la Editorial Torres Asociados.

Una vez concluida la recolección de información y el análisis de esta, se escribió el segundo artículo científico en el idioma inglés, el cual se tituló "Abuse, perception of family functioning, affective and cognitive status in older adults during the COVID-19 pandemic". El envío se realizó a la revista inglesa, Journal of Elder Abuse & Neglect, la cual cuenta con un factor de impacto de 1.9 (2022).

Adicional a este periodo de formación académica, tuve el honor de colaborar con la Universidad de Guadalajara, en particular con el Centro Universitario del Sur, para coescribir el capítulo del libro titulado "Uso racional de medicamentos en personas mayores con trastornos de la conducta", junto con otros autores expertos en el tema. Esta colaboración fue una valiosa oportunidad para participar con la comunidad académica en el área de la salud y enriquecer mi experiencia como investigadora.

6.9 Recolección de datos

Se obtuvieron las variables de interés mediante la aplicación de cuatro escalas dirigidas hacia las personas adultas mayores durante el periodo de tiempo establecido y que cumplieran con los requerimientos solicitados en este proyecto. La información recolectada se transcribió por medio de una computadora portátil en una base de datos

estadísticos, la cual incluyó los resultados de cada uno de los instrumentos utilizados. Algunas de las actividades para la evaluación cognitiva se completaron por parte de la persona mayor utilizando papel y lápiz, tal como se indicaba en aquellas tareas que implicaban un dibujo, escritura o trabajar en papel.

6.10 Análisis de datos

Para llevar a cabo el análisis de los datos, una vez que se obtuvieron los resultados de la aplicación los instrumentos, se revisaron para corroborar que hubieran sido llenados de manera correcta, eliminando aquellos que no cumplieran con los criterios de inclusión. Posteriormente se codificó la información obtenida otorgándole un valor numérico a cada ítem que incluyó las variables de estudio que correspondieran a cada cuestionario, se elaboraron tablas que esquematizaron los resultados obtenidos diseñando una base de datos en el programa Excel en su versión 2013. Se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 22.0 en donde se obtuvo estadística descriptiva para la interpretación de los datos sociodemográficos de la población y Chi cuadrada para medir la asociación entre las variables.

Para finalizar, se describieron las sugerencias y conclusiones de la investigación, se dieron a conocer los resultados obtenidos ante las autoridades de las instituciones correspondientes.

6.11 Aspectos éticos

La presente investigación se fundamentó en el cumplimiento de la normatividad internacional basada en la Declaración de Helsinki y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Respecto a la regulación nacional, se consideró el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación del artículo 13 al 21 en donde se refiere que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar que la cual pretende garantizar que se respeten los derechos humanos de los participantes en la investigación, fundamentando cada uno de los procedimientos que se llevarán a cabo.

Se otorgó una Carta de Consentimiento Informado en donde se dio a conocer el objetivo del proyecto, así como los instrumentos que se aplicarían, mencionando que de acuerdo con la Ley General de Salud se consideró una investigación sin riesgo y que no tendría ningún costo. El beneficio que se obtuvo fue con fines meramente académicos. El sujeto de investigación autorizó su participación, teniendo la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Toda la información obtenida fue estrictamente confidencial, utilizada únicamente por el equipo participante en el proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito.

Durante la investigación se aclararon las dudas que se presentaron. Cada participante quedó identificado con un número más no con su nombre. Los resultados obtenidos se publicaron con fines científicos, se presentaron de tal manera que no se podría verificar a los integrantes que se incluyen en la investigación.

7. Resultados

7.1 Artículo aceptado y publicado

7.1.1 Título del artículo

Utilización de herramientas tecnológicas para la valoración gerontológica durante la pandemia por COVID-19.

7.1.2 Revista

Revista Anales en Gerontología. ISSN Impreso: 1659-0813 e ISSN electrónico: 2215-4647. Indexada en: Dialnet, DOAJ y Latindex.

OAI: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/oai>.

7.1.3 Carta de aceptación



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

PPGer Programa de Posgrado en
Gerontología

29 de agosto de 2022
PPGer-147-2022

Raquel Judith Solís Canal
Autora

Estimada señora:

Le informamos que su manuscrito fue parcialmente aceptado para su publicación en nuestra revista. Sin embargo deberá cumplir con las observaciones de los dictaminadores para ser publicado.

Para el Comité Editorial las recomendaciones de los pares son de carácter obligatorio en la incorporación del manuscrito. A continuación, transcribimos las observaciones de los dictaminadores:

Dictaminador 1

Resumen

Adecuado aunque prevalece la encrucijada de incluir escalas y ofrecer resultados a partir de un objetivo distinto a la medición psicométrica de dimensiones específicas frente a un propósito general de describir fortalezas y limitaciones de la investigación con adultos mayores

La aplicación de escalas supone un propósito psicométrico, aunque el documento aclare que se trata de un estudio de fortalezas y limitaciones de la investigación con adultos mayores, la inclusión de las escalas indica lo contrario. Abre la discusión de reconsiderar el objetivo del estudio.

Propósito

El documento es claro en sus objetivos, aunque no aclara por qué incluir escalas en el método y proponer un trabajo sobre fortalezas y limitaciones de la investigación con adultos mayores

Método

El área de oportunidad del documento radica en la presentación de escalas y el ofrecimiento de un estudio acerca de fortalezas y limitaciones de la investigación con adultos mayores. En caso de reconsiderar el diseño del estudio, deberá incluir la fundamentación del análisis de datos y la interpretación de los valores de los coeficientes. En caso de reiterar o ratificar el propósito del estudio deberá explicar con detalle por qué incluyó escalas y no empleó otros instrumentos para evidenciar las fortalezas y limitaciones de la investigación con adultos mayores.

Resultados

Los resultados se muestran de un modo claro, aunque presentan resultados que abren nuevamente la vicisitud de reconsiderar el diseño del estudio.

Discusión / Conclusión

El documento debe aclarar por qué su objetivo es diferente a los contenidos del método. A partir de esta aclaración se podrá evaluar la pertinencia de comparar los resultados con la literatura revisada.

El documento es original, actualizado y especializado, aunque es ambiguo en su objetivo y diseño de investigación. En el método presenta con detalle escalas que miden rasgos psicológicos, situacionales o ambientales del adulto mayor sin relación soportada por una revisión de la literatura que previamente relacionó las variables en cuestión. Además, se presentan resultados que indican más la dispersión de las variables con respecto al objetivo el cual ambiguo y general.

Dictaminador 2

Título

El título se debe corregir, pero lo importante es que se debe clarificar bien el objetivo y concordar la metodología hacia alcanzar éste propósito, exponer los resultados concordantes con eso y limitar la discusión, hasta llegar conclusiones que respondan el objetivo del estudio, se percibe mucha dilución, aunque esta parte del trabajo se haya realizado en un contexto de una investigación más grande con otros objetivos (explorar maltrato, depresión, etc), lo que se presenta aquí según el objetivo (o lo que se entiende del propósito de este estudio) es sobre la aplicabilidad de los recursos electrónicos por parte del investigador para investigar a las persona adulta mayores y por eso plantea las limitaciones y fortalezas en el uso /se entiende para obtener información fiable de ellos). Pero la metodología no está escrita en este sentido, no se anota cómo obtuvo la información sobre el uso del recurso electrónico, si diseñó instrumentos estandarizados, etc. En el mismo sentido, los resultados (y la discusión) hay que ordenarlos y priorizar según el objetivo del estudio. La discusión es demasiado extensa y vuelve a exponer sobre asuntos que corresponden a aspectos introductorios, no discute sobre sus hallazgos y deben corregirse los párrafos de conclusiones.

Introducción

La introducción debe corregirse y puede acortarse. El objetivo al final de la introducción debe ser revisado y corregido.

Método

Debe revisarse toda la metodología, es omisa respecto a la forma de evaluación de las

variables que son precisamente el objetivo del estudio (entiéndase, por ejemplo, aplicar un Minimental mediante zoom no es el objetivo de este estudio)

Resultados

Debe corregirse. Sí hay confusión, divagaciones e inclusión de resultados no concordantes con el objetivo. Se registró información que no se entiende el sentido.

Discusión / Conclusión

Demasiado larga, no se centra en analizar los resultados obtenidos, divaga en asuntos que debieron ser considerados para la introducción. No expone limitaciones de este estudio ni aplicabilidad como aporte al conocimiento,

Atentamente,

UCR | Firmado
digitalmente

Dra. Flor Isabel Jiménez Segura
Directora
Revista Anales en Gerontología

AGS

C.
Archivo

7.1.4 Resumen del artículo

Solis Canal, R.J. et al (2022). Utilización de herramientas tecnológicas para la valoración...

RESUMEN

Objetivo: Utilizar las herramientas tecnológicas para la valoración gerontológica durante la pandemia por COVID-19. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal. Se incluyó a 30 personas mayores de 60 años que contaran con un dispositivo móvil o computadora, y conexión a internet. **Resultados:** Se identificaron fortalezas y limitaciones de las herramientas tecnológicas, los medios de comunicación más utilizados por las personas mayores durante la pandemia por COVID-19 y se obtuvieron resultados sobre las escalas de valoración geronto-geriátrica que evaluaron estado afectivo, estado cognitivo, funcionalidad familiar y maltrato. **Conclusiones:** Las herramientas tecnológicas son útiles para la investigación social, pero presentan limitaciones para la búsqueda de datos cualitativos y cuantitativos en personas mayores; sin embargo, se debe considerar esta modalidad para la identificación oportuna de diversas alteraciones en el estado funcional, cognitivo, afectivo, nutricional y del entorno.

PALABRAS CLAVE: Personas mayores, Herramientas tecnológicas, COVID-19.

ABSTRACT

Objective: To use technological tools for gerontological assessment during the COVID-19 pandemic. **Method:** A descriptive, quantitative, cross-sectional study was conducted. Thirty people over 60 years of age with a mobile device or computer, and internet connection were included. **Results:** Strengths and limitations of technological tools were identified, as well as the most used means of communication by the elderly during the COVID-19 pandemic, and results were obtained on the geronto-geriatric assessment scales that evaluated affective state, cognitive state, family functionality and mistreatment. **Conclusions:** Technological tools are useful for social research, but present limitations for the search of qualitative and quantitative data in elderly people, however, this modality should be considered for the timely identification of various alterations in the functional, cognitive, affective, nutritional and environmental status.

KEY WORDS: Aged, Digital technology, COVID-19.

7.2. Capítulo de libro aceptado y publicado

7.2.1 Título del capítulo del libro

Algunos dilemas bioéticos relacionados con la atención médica hacia las personas adultas mayores.

7.2.2 Libro

Ética y bioética: el camino de su aplicación práctica. Coordinadores: Octavio Márquez Mendoza y Andrés Sebastián Israel Galindo de la Mora. Editorial Torres Asociados. Primera edición, abril 2023.

7.2.3 Carta de aceptación



Universidad Autónoma del Estado de México

3 de noviembre de 2022

A QUIEN CORRESPONDA

Se hace constar que hemos aceptado para dictaminación y posterior publicación el capítulo de libro titulado **ALGUNOS DILEMAS BIOÉTICOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN MÉDICA HACIA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**, cuya autoría corresponde a la C. Raquel Judith Solís Canal.

Una vez cumplidos los trámites editoriales pertinentes, el capítulo será publicado en la antología titulada **Perspectiva Universitaria II: Una visión multidisciplinaria sobre la bioética, la ética y la realidad, durante el primer trimestre de 2023.**

Se extiende la presente para los fines legales que al interesado convengan.

Atentamente

Dr. Octavio Márquez Mendoza
Profesor e Investigador
Instituto de Estudios Sobre la Universidad
Universidad Autónoma del Estado de México

c.c.p. Consecutivo.



7.2.4 Resumen del capítulo

ALGUNOS DILEMAS BIOÉTICOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN MÉDICA HACIA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

RESUMEN

El envejecimiento de las poblaciones de nuestro entorno, debido a la baja natalidad y al aumento de la esperanza de vida, ha provocado un incremento considerable de las personas con problemas crónico-degenerativos, y por tanto dependientes, sobre todo en mayores de 85 años. Esta población de personas mayores es la más vulnerable en crisis físicas, mentales o financieras, y estos factores producen una mayor necesidad de cuidado por parte de sus familias o de la sociedad. A este aumento de la dependencia se le suman otros factores derivados de los cambios socioeconómicos y de la percepción social de la vejez y de sus consecuencias.

Todo ello conlleva la aparición de nuevas demandas en salud. Frente a estas emergentes necesidades nos encontramos con sistemas sociosanitarios no preparados, ni conceptualmente ni en recursos. Es debido a este panorama que surge el interés por identificar cuáles son los principales dilemas desde la bioética relacionados con la atención de las personas adultas mayores en diversos entornos. Algunos dilemas comunes en el área gerontogeriatría son aquellos relacionados con la toma de decisiones que incluyen intervenciones médicas, la relación médico-paciente, la competencia, la capacidad de decisión y las decisiones anticipadas.

Otros más se pueden analizar en distintos contextos como la actitud paternalista, los costos de la atención de la vejez, el encarnizamiento terapéutico, las pocas relaciones generacionales, la poca capacidad de decisión, las competencias para la designación ética y legal, el consentimiento informado, la institucionalización y la asignación de recursos en la atención médica.

El derecho de las personas mayores a la salud también reivindica el elemento de la aceptabilidad de los servicios, bienes y servicios de salud, de acuerdo con las normas de la ética médica y el uso de enfoques culturalmente apropiados y con perspectiva de género. Para dar solución y poder llegar a la mejor decisión de los dilemas que se plantean en el envejecimiento, se han planteado diversas posturas, entre las que destaca la deliberación como un método para tomar decisiones con base en un análisis cuidadoso y reflexivo de los principios, valores implicados, circunstancias y consecuencias.

La determinación sobre las mejores elecciones en el campo de la gerontología debe estar sustentadas en un equipo multidisciplinario, que considere a la bioética como base fundamental para la toma de decisiones, priorizando las necesidades de las personas adultas mayores en sus diferentes entornos.

7.3 Artículo enviado

7.3.1 Título del artículo

Abuse, perception of family functioning, affective and cognitive status in older adults during the COVID-19 pandemic.

7.3.2 Revista

Journal of Elder Abuse & Neglect. FI: 1.9 (2022). ISSN impreso: 0894-6566 e ISSN electrónico: 1540-4129

7.3.3 Resumen

Abuse, perception of family functioning, affective and cognitive status in older adults during the COVID-19 pandemic

Objective: To evaluate the correlation between maltreatment, perception of family functioning, affective state, and cognitive state in older adults during the COVID-19 pandemic.

Methods: A quantitative, non-experimental, cross-sectional, descriptive, correlational, non-experimental study was conducted. A total of 198 people over 60 years of age participated and were administered scales for gerontological assessment to evaluate their cognitive status, affective state, perception of family functioning, and mistreatment.

Results: The results show increased cases of violence during confinement. Half of the elderly women participants admitted having suffered some type of mistreatment. In addition, it was observed that approximately one-third of the participants had depressive symptoms, which makes them more susceptible to being victims of violence.

Conclusions: Elder abuse is a public health problem that requires the participation of the whole society to raise awareness and promote an attitude of recognition, care, and protection in the family, society, and the community in general.

Keywords: mistreatment, elderly, affective state, cognitive state, COVID-19.

7.3.4 Evidencia del envío

Submission received for Journal of Elder Abuse & Neglect (Submission ID: 238098316)



journalshelpdesk@taylorandfrancis.com <journalshelpdesk@taylorandfrancis.com>
24/07/2023 08:03 p. m.

Para: raquel.solis@uan.edu.mx



Dear Raquel Judith Solis Canal,

Thank you for your submission.

Submission ID	238098316
Manuscript Title	Abuse, perception of family functioning, affective and cognitive status in older adults during the COVID-19 pandemic
Journal	Journal of Elder Abuse & Neglect

You can check the progress of your submission, and make any requested revisions, on the [Author Portal](#)

Thank you for submitting your work to our journal.
If you have any queries, please get in touch with journalshelpdesk@taylorandfrancis.com.

Kind Regards,
Journal of Elder Abuse & Neglect Editorial Office

Taylor & Francis is a trading name of Informa UK Limited, registered in England under no. 1072954.

Registered office: 5 Howick Place, London, SW1P 1W.

8. Discusión general

Los cambios demográficos, como el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de los miembros del hogar, junto con la presencia de tres o cuatro generaciones en las familias mexicanas, han sido factores significativos en la estructura y dinámica de las relaciones entre los integrantes que habitan en el mismo domicilio (Montes de Oca & Hebrero, 2008). En nuestra sociedad, hablar sobre el maltrato hacia las personas mayores es un desafío, ya que muchas de ellas han normalizado esta forma de abuso o violencia. Algunas lo experimentan en silencio, minimizando su importancia, lo que puede afectar su cuerpo y autoestima (Vázquez Palacios, 2018).

Durante la pandemia de COVID-19, el distanciamiento físico y social se ha convertido en un riesgo, ya que puede provocar que las personas mayores experimenten un deterioro en su salud física y mental. Además, la pérdida de contacto con familiares y amigos, que son sus principales redes de apoyo, puede aumentar su sensación de soledad, depresión y ansiedad (Tyrrell & Williams, 2020). Sin embargo, el hogar también ha sido identificado como el principal lugar donde se genera violencia hacia las personas mayores de 60 años (Friedman et al., 2017).

A pesar de que la familia ha sido la red social más cercana a este grupo de edad durante la pandemia, esto no significa que cuenten con el apoyo necesario para satisfacer sus necesidades económicas, afectivas, de seguridad y de reconocimiento. Las personas mayores que viven en hogares donde ya existen conflictos tienen más probabilidades de experimentar violencia (Chokkanathan, 2018).

En México, en 2006 se identificó una prevalencia del 8.6% de maltrato hacia las personas mayores (Giraldo Rodríguez, 2006). En la investigación más reciente de 2019, se obtuvo una prevalencia del 19.5% (Giraldo Rodríguez, 2020). En nuestro estudio, cerca de la mitad de la población que acudió a la Clínica de Atención al Adulto Mayor de Metepec informó haber sido víctima de algún tipo de maltrato en los últimos doce meses, predominando en el sexo femenino, lo que indica un aumento significativo de la violencia hacia las mujeres.

Estos resultados reflejan un incremento en los casos de violencia durante el confinamiento. Algunos autores han identificado factores que influyen en este tipo de abusos, como ser mujer, viuda o divorciada, tener entre 60 y 65 años, bajo nivel socioeconómico, enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, mala relación con la familia y la falta de ésta, depresión moderada y severa, y haber sido diagnosticado con COVID-19 (Du & Chen, 2021; Filipaska et al., 2021).

La mitad de las mujeres mayores que participaron en este estudio reconocieron haber padecido algún tipo de maltrato, y presentaron características que coinciden con otras investigaciones (Bover et al., 2003; Ochoa, 2017). Por otro lado, se observó que aquellas mujeres que habían sido víctimas de maltrato también presentaban mayor probabilidad de desarrollar depresión. Estos hallazgos son consistentes con los resultados obtenidos por Santos y Carmona (2018), quienes identificaron una mayor prevalencia de depresión en mujeres, probablemente relacionada con factores como el estado de viudez, la sensación de soledad, la presencia de múltiples enfermedades, el aislamiento y el abandono.

En la población mexicana, se ha identificado deterioro cognitivo en personas mayores de 60 años, especialmente en mujeres (Durán-Badillo et al., 2013). En nuestra investigación, el 50% de la población femenina no presentó deterioro cognitivo. Sin embargo, en la mitad restante se pudo identificar posible deterioro cognitivo y demencia leve a moderada. Esto podría ser debido a que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor y a su bajo nivel de escolaridad, ya que la mayoría son analfabetas o solo cursaron la primaria, lo que puede influir en sus respuestas durante la evaluación cognitiva en sus diferentes secciones.

En relación con los hombres, el 60% informó no haber experimentado ningún tipo de maltrato, mientras que el 10% presentó depresión leve sin llegar a convertirse en una depresión establecida. Esto puede deberse a que los hombres no tienen un contacto directo con sus emociones y, por lo tanto, no las reconocen como síntomas de depresión, lo que puede impedir que busquen atención médica o psicológica. Además, el 35% de los participantes fueron clasificados con deterioro cognitivo o

demencia leve a moderada, posiblemente como resultado de mantenerse laboralmente activos, vivir en pareja y tener un nivel educativo mayor al de las mujeres.

En términos de la percepción del funcionamiento familiar, tanto hombres como mujeres consideraron que la familia funcionaba bien. Sin embargo, para las mujeres que informaron haber sufrido maltrato, la familia nuclear fue identificada como el principal responsable. Durante la pandemia, aunque tanto hombres como mujeres permanecieron en casa, las mujeres fueron víctimas de la violencia con más frecuencia que los hombres, posiblemente porque se considera que tienen menos capacidad para responder ante algún tipo de agresión.

Estos hallazgos nos llevan a reflexionar sobre la posibilidad de que las mujeres mayores, al permanecer más tiempo en casa y dedicarse a los quehaceres del hogar, sean más propensas a sufrir violencia intrafamiliar, especialmente de tipo psicológico, aunque también se observó que en algunos casos se reportaron más de dos tipos de maltrato. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que indican que el abuso psicológico es más prevalente en la población femenina mayor de 60 años (Honarvar et al., 2020).

Es importante reconocer que no solo los resultados mencionados son causas de maltrato, sino que también existen otros factores de riesgo relacionados con los patrones socioculturales de nuestra población mexicana, como la discriminación por edad, el sexismo, la naturalización de la violencia, la transformación de la dinámica familiar y social, así como las altas tasas de desempleo (Rodríguez, 2016).

Además, nuestra investigación evidenció que el edadismo fue el principal tipo de discriminación reportado por las mujeres, seguido de la discriminación por enfermedad y por sexo. Esto puede deberse a que la pandemia permitió visibilizar que, no solo en México, sino también en otros países, existe un desconocimiento sobre las necesidades de este sector de la población.

Por estas razones, se investigó si la población mayor tiene conocimiento sobre los derechos de las personas adultas mayores. Se encontró que el 80% de los participantes desconocen estos derechos, lo que puede contribuir a una mayor violencia hacia ellos. Conocer estos derechos no garantiza su ejercicio, pero puede ayudar a que se reconozcan como sujetos de derechos en lugar de personas vulnerables.

A nivel internacional, se ha trabajado en la promoción, protección y aseguramiento de los derechos de las personas mayores mediante la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que prohíbe la discriminación por edad en la vejez y por condición de vulnerabilidad (Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, 2015).

El maltrato hacia las personas mayores es un problema de salud pública que requiere la participación de toda la sociedad para generar conciencia y promover una actitud de reconocimiento, cuidado y protección ante el envejecimiento en la familia, la sociedad y la comunidad en general.

9. Conclusiones generales

A partir de los resultados obtenidos en la investigación, se puede concluir que la violencia hacia las personas mayores es un problema real y preocupante en México. Es especialmente alarmante el hecho de que la mayoría de las mujeres mayores encuestadas han sido víctimas de algún tipo de maltrato, principalmente psicológico, y que el principal responsable ha sido la familia nuclear. Además, durante la pandemia, las mujeres mayores han sido más vulnerables a la violencia intrafamiliar debido a su rol tradicional en el hogar y a la percepción de ser menos capaces de responder a la agresión.

Los resultados también evidencian la falta de conocimiento sobre los derechos de las personas mayores por parte de la población encuestada, lo que puede contribuir a la perpetuación de la violencia. Se destaca la importancia de promover el conocimiento y la aplicación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores para proteger a este sector de la población de la discriminación y la violencia.

Además, se resalta la importancia de reconocer otros factores de riesgo para la violencia contra las personas mayores, como la discriminación por edad, el sexismo, la naturalización ante la violencia, la transformación de la dinámica familiar y social, así como las altas tasas de desempleo.

En conclusión, es fundamental tomar medidas a nivel individual y colectivo para prevenir y erradicar la violencia hacia las personas mayores, promoviendo el conocimiento de sus derechos y fomentando una actitud de cuidado y protección hacia el envejecimiento en la familia, la sociedad y la comunidad en general.

Bibliohemerografía

- AGE platform Europe. (2020). *AGE platform Europe COVID-19 and human rights concerns for older persons*. <https://nobodyleftoutside.eu/wp->
- American Psychiatric Association. (2017). *American Psychiatric Association*. Depression. <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- Anthony, J. C., LeResche, L., Niaz, U., Von Korff, M., & Folstein, M. F. (1982). Limits of the “Mini-Mental State” as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. *Psychological Medicine*, 12, 397–408. <https://doi.org/doi.org/10.1017/s0033291700046730>
- Aparicio, R. (2002). Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez. In Consejo Nacional de Población (Ed.), *La situación demográfica en México* (Primera ed, pp. 155–168). Consejo Nacional de Población.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna Del Castillo, J. D., & Lardelli, P. (1996). Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support. *Atención Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 18(4), 153–163. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-funcion-14357>
- CEPAL. (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*.
- Chokkanathan, S. (2018). Prevalence and correlates of elder mistreatment in Singapore. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 00(00), 1–13. <https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1471433>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019). *Informe especial sobre la situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México*.
- Consejo Estatal de Población. (n.d.). *Adultos Mayores*. Retrieved May 18, 2020, from https://coespo.edomex.gob.mx/adultos_mayores
- Corbi, G., Grattagliano, I., Sabbà, C., Fiore, G., Spina, S., Ferrara, N., & Campobasso,

- C. Pietro. (2019). Elder abuse: perception and knowledge of the phenomenon by healthcare workers from two Italian hospitals. *Internal and Emergency Medicine*, 15, 549–555. <https://doi.org/10.1007/s11739-019-02038-y>
- De Los Santos, P., & Carmona Valdés, S. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud En Mesoamérica*, 15(2), 1–24. <https://doi.org/https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>
- Dong, X., Chen, R., Chang, E.-S., & Simon, M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy - A mini review. *Gerontology*, 59(2), 132–142. <https://doi.org/10.1159/000341652>
- Dong, X., Chen, R., Wu, B., Zhang, N., Yuk-Sim, A., & Chi, I. (2016). The Association between elder mistreatment and suicidal ideation among community-dwelling chinese older adults in the U.S. *Gerontology*, 62(1), 71–80. <https://doi.org/10.1159/000437420>.The
- Du, P., & Chen, Y. (2021). Prevalence of elder abuse and victim-related risk factors during the COVID-19 pandemic in China. *BMC Public Health*, 21(1), 1096. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11175-z>
- Durán-Badillo, T., Aguilar, R. M., Martínez, M. L., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., & Vázquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria*, 10(2), 36–42. [https://doi.org/10.1016/s1665-7063\(13\)72627-7](https://doi.org/10.1016/s1665-7063(13)72627-7)
- Elman, A., Breckman, R., Clark, S., Gottesman, E., Rachmuth, L., Reiff, M., Callahan, J., Russell, L. A., Curtis, M., Solomon, J., Lok, D., Sirey, J. A., Lachs, M. S., Czaja, S., Pillemer, K., & Rosen, T. (2020). Effects of the COVID-19 outbreak on elder mistreatment and response in New York City: Initial lessons. *Journal of Applied Gerontology*, 39(7), 690–699. <https://doi.org/10.1177/0733464820924853>
- Ferreira-Alves, J., & Santos, A. (2011). *Prevalence Study of Violence and Abuse against Older Women. Results of the Portugal survey (AVOW Project)*. (Issue September). <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Prevalence+Study+of+Violence+and+Abuse+Against+Older+Women+Results+of+the+Portugal+Surv>

ey#4%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Prevalence+study+of+violence+and+abu

Filipska, K., Biercewicz, M., Wiśniewski, A., Jabłońska, R., Królikowska, A., Główniczewska-Siedlecka, E., Kędziora-Kornatowska, K., & Ślusarz, R. (2021). High rate of elder abuse in the time of covid-19 -a cross sectional study of geriatric and neurology clinic patients. *Journal of Clinical Medicine, 10*(19), 4532. <https://doi.org/10.3390/jcm10194532>

Flores-Padilla, L., Ramírez-Martínez, F. R., & Trejo-Franco, J. (2016). Depresión en adultos mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un programa social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. *Gaceta Médica de México, 152*(4), 439–443.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental State”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189–198. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

Friedman, L. S., Avila, S., Rizvi, T., Partida, R., & Friedman, D. (2017). Physical abuse of elderly adults: Victim characteristics and determinants of revictimization. *Journal of the American Geriatrics Society, 65*(7), 1420–1426. <https://doi.org/10.1111/jgs.14794>

García-Lara, J. M. A., Aguilar-Navarro, S., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Ávila-Funes, J. A. (2010). The metabolic syndrome, diabetes, and Alzheimer’s disease. *Revista de Investigación Clínica, 62*(4), 343–349.

Gert, L., Enzenhofer, E., Luoma, M., Koivusilta, M., De Donder, L., Verté, D., Reingarde, J., Tamutiene, I., Ferreira, J., Joao, A., & Penhale, B. (2011). *Prevalence study of abuse and violence against older woman. Results of the Austrian survey (AVOW project)*. (Issue September).

Giraldo, L. (2010). Maltrato de personas mayores. *El Residente, 5*(2), 85–91. [https://lookaside.fbsbx.com/file/Maltratado en el adulto mayor.pdf?token=AWx5gpz2oE0SkqOS1H2xYszPcdUlxKwUciD8wyEH8OZMcNlw](https://lookaside.fbsbx.com/file/Maltratado%20en%20el%20adulto%20mayor.pdf?token=AWx5gpz2oE0SkqOS1H2xYszPcdUlxKwUciD8wyEH8OZMcNlw)

3wBnmnBEmNwDXaVKphHkM5cYwIEgc_feTPTN__MJwcVFHPruXQZF5p2FxdOul
n7JgWITQEdBbyqpaOxST0AAz1kxXHL3izxXY3jOCMtDVVq7pFcegBbQvw30gWE
vnw

Giraldo, L. (2011). *Violencia y maltrato hacia las Personas Adultas Mayores en México: Resultados para la generación de Políticas Públicas*.

Giraldo, L., & Rosas, O. (2012). Development and psychometric properties of the Geriatric. *Geriatrics and Gerontology International*, 1–9.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x>

Giraldo Rodríguez, L. (2006). *Malos tratos hacia las Personas Adultas Mayores: Una caracterización sociodemográfica en la Ciudad de México*. El Colegio de México.

Giraldo Rodríguez, L. (2020). Maltrato en la vejez: caracterización y prevalencia en la población mexicana. *Notas de Población*, 46(109), 119–145.
<https://doi.org/10.18356/338b1fce-es>

Gutiérrez-Robledo, L. M., & Arrieta-Cruz, I. (2015). Demencias en México : la necesidad de un plan de acción. *Gaceta Médica de Mexico*, 151, 667–673.
<http://repositorio.inger.gob.mx/jspui/handle/20.500.12100/17123>

Gutiérrez, L., García, M., Roa, P., & Martínez, A. (2017). *La Enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud* (S. A. de C. V. Intersistemas (ed.); Primera ed). Academia Nacional de Medicina de México (ANMM).

Hale, J. M., Schneider, D. C., Mehta, N. K., & Myrskyl, M. (2020). Cognitive impairment in the U.S.: Lifetime risk, age at onset, and years impaired. *SSM-Population Health*, 11, 100577. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100577>

Hernández-Chávez, L., Muñoz-Quintero, N. R., Gutiérrez-Leyva, M. M., Hernández-Mena, J. R., Chan-Zavala, M. J., & Cetina-Ceh, F. P. (2017). Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo. *Revista Salud Quintana Roo*, 9(35), 6–10.

Honarvar, B., Gheibi, Z., Asadollahi, A., Bahadori, F., & Khaksar, E. (2020). The impact of abuse on the equality of life of the elderly : A population-based survey in Iran.

Journal of Preventive Medicine and Public Health, 53(2), 89–97.

<https://doi.org/https://doi.org/10.3961/jpmpmh.19.210>

Huenchuan, S. (2020). *COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos.*

Iborra, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España.*

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, ENDIREH 2011. Marco conceptual.*

Instituto Nacional de Geriátrica. (2020). *Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral.*

http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_InstrumentosGeriatria_18-02-2020.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública. (2013). *Modelo de atención integral en salud para adultos mayores maltratados.*

Lachs, M., & Berman, J. (2011). *Under the Radar: New York State Elder Abuse Prevalence Study. Self-reported prevalence and documentes case surveys.* (Issue May). [https://ocfs.ny.gov/main/reports/Under the Radar 05 12 11 final report.pdf](https://ocfs.ny.gov/main/reports/Under%20the%20Radar%2005%2012%2011%20final%20report.pdf)

Laumann, E. O., Leitsch, S. A., & Waite, L. J. (2008). Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a nationally representative study. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(4), 1–13. <https://doi.org/10.1093/geronb/63.4.S248>

Les Jackson, & Sparkes, D. (2010). *Preeliminary Data Report for Lifeline Community Care Queensland's. World Elder Abuse Awareness Day (WEAAD).*

Libre Rodriguez, J., Ferri, C., Acosta, D., Guerra, Ma., Huang, Y., Jacob, K., Krishnamoorthy, E., Salas, A., Sosa, A., Acosta, I., Dewey, M., Gaona, C., Jotheeswaran, A., Li, S., Rodríguez, D., Rodríguez, G., Kumar, S., Valhuerdi, A., & Prince, M. (2008). Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *The Lancet*, 372, 464–474. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61002-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61002-8)

- Martínez, L., Cruz, L., Martínez, I., González, K., & Terry, E. (2013). Conocimiento sobre el maltrato al adulto mayor por un grupo de ancianos del Policlínico Bernardo Posse. *Revista de Ciencias Médicas*, 12(4), 671–679.
- Mawar, S., Pity, K., Smita, D., & Sanjay, G. (2018). Association of physical problems and depression with elder abuse in an urban community of North India. *Indian Journal of Community Medicine*, 43(3), 165–169. [https://doi.org/DOI: 10.4103/ijcm.IJCM_249_17](https://doi.org/DOI:10.4103/ijcm.IJCM_249_17)
- Mercado, A., Oudhof, H., & Robles, E. (2014). Visión existencial de la depresión en adultos mayores del Valle de Toluca, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 22(2), 64–71. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133938134008>
- Mercado, M., Sigales, S., Flores, M., & Muñoz, J. (2014). *Aportaciones desde la perspectiva de terapia familiar al estudio del maltrato Contributions to the study of elderly abuse from the perspective of family therapy*. 11(25), 55–69.
- Montes de Oca, V., & Hebrero, M. (2008). Family dynamics, aging, and functional impairment in Mexico. *Revista Kairós*, 11(1), 143–166.
- Morales, P. (2012). Tamaño necesario de la muestra : ¿ Cuántos sujetos necesitamos ? In Universidad Pontificia Comillas (Ed.), *Estadística aplicada a las Ciencias Sociales* (pp. 1–24). Facultad de Humanidades.
- Naughton, C., Drennan, J., Treacy, M. P., Lafferty, A., Lyons, I., Phelan, A., Quin, S., Delaney, L., & Ncpop. (2010). Abuse and Neglect of Older People in Ireland. ... of *Older People, Dublin*, 20(novembreR), 1–8. <http://www.ncpop.ie/userfiles/file/ncpop reports/Study 3 Prevalence.pdf>
- O’Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreadie, C., Scholes, S., Constantine, R., Tinker, A., Manthorpe, J., Biggs, S., & Erens, B. (2007). *UK Study of Abuse and Neglect of Older People*.
- OMS. (2019). *Demencia*. Demencia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Declaración de Toronto para la Prevención*

Global del Maltrato de las Personas Mayores Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores.

Organización Mundial de la Salud. (2020a). *La COVID-19 y el decenio del envejecimiento saludable*. 1–6.

<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>

Organización Mundial de la Salud. (2020b). *Organización Mundial de la Salud*. Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Peri, K., Fanslow, J., Hand, J., & Parsons, J. (2008). *Elder abuse and neglect: exploration of risk and protective factors: a report for the Families Commission* (Issue 1). <https://researchspace.auckland.ac.nz/handle/2292/21205?show=full>

Piña Escudero, S. D., Weinstein, C. A., & Ritchie, C. (2019). Contextualizing mistreatment in cognitive impairment in Latin America. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 31(3), 255–261. <https://doi.org/10.1080/08946566.2019.1584070>

Portellano, C., Garre, J., Calvó, L., & Conde, J. (2018). Depression and associated variables in people over 50 years in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(4), 216–226. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2016.10.002>

Real Academia Española. (2014a). *Definición de abusar*. Diccionario de La Lengua Española. <https://dle.rae.es/abusar>

Real Academia Española. (2014b). *Definición de maltratar*. Diccionario de La Lengua Española. <https://dle.rae.es/maltratar>

Real Academia Española. (2014c). *Definición de violentar*. Diccionario de La Lengua Española. <https://dle.rae.es/violentar>

Rivera Navarro, J., Benito-León, J., & Pazzi Olazarán, K. A. (2015). La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. *América Latina Hoy*, 71, 103–118. <https://doi.org/DOI: http://dx.doi.org/10.14201/alh201571103118> LA

Ruelas-González, M. G., & Pelcastre Villafuerte, B. E. (2017). El hogar como receptáculo de doble violencia ejercida contra las personas adultas mayores. In

- Gedisa (Ed.), *Vejez y vulnerabilidad. Retratos de casos y perfiles de estudio en contextos diversos: grandes regiones, localidades rurales y territorios migrantes*. (1ra ed., pp. 73–92). Universidad Autónoma del Estado de México.
- Ruelas, M., & Salgado, N. (2009). Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. *Revista Chilena de Salud Pública*, 13(2), 90–99.
- Sandmoe, A., Wentzel-Larsen, T., & Kristian, O. (2017). *Violence and abuse against elderly people in Norway. A national prevalence study violence and abuse* (Issue 9). Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies.
- Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. (2015). *Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*.
- Senado de la República. (2014). Situación de los adultos mayores en México: salud, violencia y discriminación. *Mirada Legislativa*, 50, 1–28.
- Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Lowenstein, A., Manthorpe, G., Ulvestad Karki, F., Penhale, B., Bellis, M., & Marmolejo, I. I. (2011). *European report on preventing elder maltreatment*.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf
- Sharma Bhattarai, L. P. (2014). Neglect and Abuse of Older People in Nepal: A Commentary on “A Baseline Study on Reported Cases of Elder Abuse in Nepali Press.” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 26(3), 333–336.
<https://doi.org/10.1080/08946566.2013.830040>
- Suárez, M., & Alcalá, M. (2014). Apgar familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53–57.
- Tyrrell, C. J., & Williams, K. N. (2020). The Paradox of Social Distancing: Implications for Older Adults in the Context of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000845>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, D. for S. P. and D. (2013). *Neglect, Abuse and Violence of Older Women: Report of the Expert Group Meeting*.

United Nations.

Vázquez Palacios, F. (2018). El maltrato, la vulnerabilidad y la vejez. *Batey: Revista Cubana de Antropología Sociocultural*, 11, 121–133.

World Health Organization. (2018). *The Global Dementia Observatory Reference Guide*.

World Health Organization. (2019). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. World Health Organization.

Yesavage Jerome, Terence, R., Owen, L., Virginia, H., Michael, A., & Otto, L. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.

Anexo 1. Ficha de identificación



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta
Doctorado en Ciencias de la Salud



Anexo 1. Ficha de identificación

Nombre:	Edad:	Sexo: M () F ()	Fecha:
Nivel de escolaridad: Analfabeta () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura () Posgrado ()		Estado civil: Soltero/a () Casado/a () Unión libre () Divorciado/a () Viudo/a ()	
Municipio o país residencia:	Familiares con los que habita:	Religión:	
Enfermedades actuales en tratamiento:			
Recibe atención médica: IMSS () ISSSTE () ISSEMYM () SSA () PEMEX () SEDENA () SEMAR () Privada () Ninguna () Otro _____			
Alguna discapacidad: SI () NO () Tipo _____		Cuidador principal (en caso de requerirlo) _____	
Ocupación: Jubilado () Empleado () Hogar () Desempleado () Trabaja por su cuenta ()			
Tiene testamento actualmente: SI () NO ()		Recibe algún tipo pensión: SI () NO ()	
¿Conoce los derechos de las personas adultas mayores? SI () NO ()			
Lo han discriminado alguna vez por: SI () NO () Edad () Sexo () Preferencia sexual () Religión () Enfermedad () Partido político () Origen indígena () Otros ()			
¿Antes de la pandemia existía algún tipo de violencia en su hogar? SI () NO ()			
¿La pandemia ha generado más violencia en su hogar? SI () NO ()			
¿Se ha ejercitado físicamente durante la pandemia? SI () NO ()		¿Ha aumentado de peso durante la pandemia? SI () NO () Bajado ()	
¿Se ha enfermado por COVID durante la pandemia? SI () NO ()		¿Ha estado hospitalizado por COVID? SI () NO ()	
¿Qué actividades le han ayudado a mejorar su estado de ánimo durante la pandemia?			
¿Cómo se ha mantenido en contacto con su familia durante la pandemia? Llamadas telefónicas () Visitas en su domicilio () Facebook () WhatsApp () Videollamadas () Mensajes de texto () Otros		Vía de contacto para entrevista: WhatsApp () Messenger () Zoom () Entrevista presencial () Otro	
Se aplicó la vacuna SI () NO ()			



**Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta
Doctorado en Ciencias de la Salud**



Anexo 2. Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS versión reducida)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Fecha: _____ Puntuación: _____

Objetivo: Evaluar el estado afectivo en personas mayores de 65 años.

Instrucciones: Se trata de un cuestionario hetero administrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15. Las negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1.

		SI	NO
1.	En general, ¿está satisfecho con su vida?	0	1
2.	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0
3.	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.	¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
5.	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
6.	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
7.	¿Se siente feliz la mayoría del tiempo?	0	1
8.	¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	1	0
9.	¿Prefiere quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10.	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11.	En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	0	1
12.	¿Actualmente se siente un/a inútil?	1	0
13.	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14.	¿Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
15.	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0
	TOTAL		

Línea de corte:

- 0 a 5 Normal
- 6 a 9 Depresión leve
- >10 Depresión establecida

Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Arias Blanco MC. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. Aten Primaria 2005; 35 (1): 14-21.

Aplicador: Esp. Gerontología Raquel Judith Solís Canal Céd. prof. 11837014 Firma: _____

Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta
Doctorado en Ciencias de la Salud



Anexo 3. Mini - examen del Estado Mental (Minimental de Folstein)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Escolaridad (años): _____ Fecha: _____ Puntuación: _____
 Sabe leer: Si () No () Sabe escribir: Si () No ()

Objetivo: Establecer el estado cognoscitivo del paciente y poder identificar demencia.

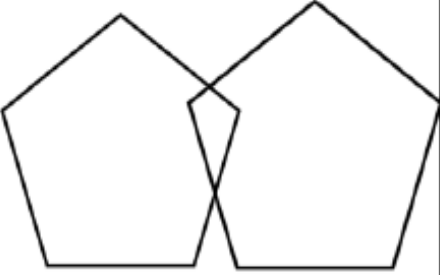
Instrucciones: En todos los casos, las respuestas de la persona adulta mayor se califican con el número 1 cuando son correctas y con cero, cuando son incorrectas. Las calificaciones deben anotarse en cada espacio y al final sumartas y anotar en la casilla derecha. Finalmente sume todas las calificaciones de cada apartado para obtener la puntuación total en el espacio destinado para la calificación total.

ORIENTACIÓN					
Máximo 5. Tiempo			Máximo 5 Tiempo		
	Correcto	Incorrecto		Correcto	Incorrecto
¿En qué año estamos?			¿En dónde estamos ahora?		
¿En qué mes estamos?			¿En qué piso estamos?		
¿Qué día del mes es hoy?			¿Qué colonia es esta?		
¿Qué día de la semana es hoy?			¿Qué ciudad es esta?		
¿Qué hora es aproximadamente?			¿En qué país estamos?		
Total correcto _____			Total correcto _____		

MEMORIA		
<p>LE VOY A DECIR 3 OBJETOS. Cuando yo termine quiero que por favor usted los repita. Máximo 3 Papel Correcto () Incorrecto () Bicicleta Correcto () Incorrecto () Cuchara Correcto () Incorrecto () Total correcto _____</p>		
ATENCIÓN Y CÁLCULO		MEMORIA DIFERIDA
<p>Escolaridad > 8 años Máximo 5</p> <p>Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100</p> <p>93 () 86 () 79 () 72 () 65 ()</p> <p>Total correcto _____</p>	<p>Escolaridad < 8 años Máximo 5</p> <p>Reste de 3 en 3 a partir de 20</p> <p>17 () 14 () 11 () 8 () 5 ()</p> <p>Total correcto _____</p>	<p>Máximo 3</p> <p>Dígame los objetos que le mencioné al principio.</p> <p>Papel () Bicicleta () Cuchara ()</p> <p>Total correcto _____</p>
LENGUAJE		

<p>Máximo 2</p> <p>Muestre un reloj y pregunte ¿Qué es esto? ()</p> <p>Muestre un lápiz y pregunte ¿Qué es esto? ()</p> <p>Total correcto _____</p>	<p>Máximo 1</p> <p>Repetición de una frase</p> <p>Ahora le voy a pedir que repita esta frase, solo la puede repetir una sola vez.</p> <p>“NI NO, NI SI, NI PERO ()”</p> <p>Total correcto _____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Máximo 3</p> <p>Comprensión</p> <p>Tome este papel con la mano derecha () Dóblelo a la mitad () Y déjelo en el suelo ()</p> <p>Total correcto _____</p>	<p>Máximo 1</p> <p>Comprensión escrita</p> <p>(muestre la orden abajo escrita)</p> <p>CIERRE LOS OJOS</p> <p>Total correcto _____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Máximo 1</p> <p>Escritura de una frase:</p> <p>Quiero que escriba una frase que tenga sentido (en área para escribir la frase) ()</p> <p>Total correcto _____</p> <hr/> <p>Área para escribir la frase:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Máximo 1</p> <p>Copia de un dibujo</p> <p>Muestre al entrevistado el dibujo.</p> <p>Con dos pentágonos que se cruzan. La acción es incorrecta, si los dos pentágonos se entrecruzan debe tener 10 ángulos.</p> 
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Línea de corte

Entre 30 y 27: Sin Deterioro.
 Entre 26 y 25: Dudoso o Posible Deterioro.
 Entre 24 y 10: Demencia Leve a Moderada.
 Entre 9 y 6: Demencia Moderada a Severa.
 Menos de 6: Demencia Severa.

Puntaje total

Orientación: _____
 Memoria: _____
 Atención y cálculo: _____
 Memoria diferida: _____
 Lenguaje: _____

Psychological Assessment Resources (PAR), Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, Mini Mental State Examination, by Marshal Folstein & Susan Folstein, Copyright 1975, 1998, 2001 by Mini Mental LLC, Inc. Published 2001 by Psychological Assessment Resources, Inc.

Aplicador: Esp. Gerontología Raquel Judith Solis Canal Céd. Prof.:11837014 Firma _____

Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta
Doctorado en Ciencias de la Salud



Anexo 4. Apgar Familiar

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____ Puntuación: _____

Objetivo: Establecer el nivel de percepción personal del funcionamiento de la familia en un momento determinado.
Instrucciones: Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia es definida como el (los) individuos (s) con quien (es) usted usualmente vive. Si usted vive solo, su "familia" consiste en la (s) personas con quien (es) usted tiene ahora un lazo emocional más fuerte. Seleccione con una "X" la respuesta que corresponda a lo que usted considere se relaciona más con su familia.

No.	Pregunta	0	1	2	3	4
		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema y/o necesidad.					
2.	Me satisface cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
3.	Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
4.	Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
5.	Me satisface cómo compartimos en familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero.					
6.	¿Usted tiene algún amigo (a) cercano (a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
7.	Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigas o amigos.					
	Total					

Línea de corte (preguntas 1-5):

- De 17 – 20 puntos = Buena función familiar
- De 13 – 16 puntos = Disfunción familiar leve
- De 10 – 12 puntos = Disfunción familiar moderada
- De 9 o menos puntos = Disfunción familiar severa

Preguntas 6 y 7

- De 7- 8 Buen soporte de amigos
- De 4 - 6 Soporte regular de amigos
- De 0 – 3 Mal soporte de amigos

Fuente: Secretaría de Salud (2012), "Principios del Abordaje Gerontológico en la Persona Adulta Mayor e Intervenciones Básicas", México, disponible en: http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/principios_abordaje.pdf [accesado el día 10 de mayo del 2020].

Aplicador: Esp. Gerontología Raquel Judith Solis Canal Céd. Prof.:11837014 Firma _____

Anexo 5. Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta
Doctorado en Ciencias de la Salud



ANEXO NO. 5 ESCALA GERIÁTRICA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____ Puntuación: _____

INSTRUCCIONES: Se sabe que hay situaciones difíciles que normalmente no se platican pero que afectan mucho a las personas adultas mayores, conocer lo que pasa permitirá tomar las medidas necesarias para que en un futuro ya no suceda. Dígame si usted ha vivido alguno de los siguientes problemas en el último año. Coloque el número al que corresponda su respuesta en cada casilla de acuerdo a lo que se solicita en cada columna.

	A	B	C	D	E
	Si su respuesta es SI pase a B	Esto ocurrió →	¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	¿Quién fue el responsable? PARENTESCO	¿Es hombre o mujer?
¿Durante los últimos 12 meses a usted...	0 No 1 Si *No respondió	1. una vez? 2. pocas veces? 3. muchas veces? 99. no respondió	01 un año y menos 98. no recuerda	<i>Registre el parentesco que tiene con la persona mayor.</i>	1. Hombre 2. Mujer
FISICO					
1. ¿Le han golpeado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2. ¿Le han dado puñetazos o patadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. ¿Le han aventado algún objeto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
PSICOLOGICO					
6. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8. ¿Le han aislado o le han corrido de casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9. ¿Le han hecho sentir miedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10. ¿No han aceptado sus decisiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	A	B	C	D	E
	Si su respuesta es Si pase a B	Esto ocurrió	¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	¿Quién fue el responsable? PARENTESCO	¿Es hombre o mujer?
¿Durante los últimos 12 meses a usted...	0 No 1 Si *No respondió	1. una vez? 2. pocas veces? 3. muchas veces? 99. no respondió	01 un año y menos 98. no recuerda	Registre el parentesco que tiene con la persona mayor.	1. Hombre 2. Mujer
11. ¿Le han prohibido salir o que lo visiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
NEGLIGENCIA					
12. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14. ¿Le han negado protección cuando la necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15. ¿Le han negado acceso a la casa que habita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ECONÓMICO					
16. ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
17. ¿Le han quitado su dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
18. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
19. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
20. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
SEXUAL					
21. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /22			Maltrato: SI 1 NO 0	

Puntos de corte: Cada ítem permite una respuesta dicotómica (0-no ocurre y 1-si ocurre), se considera que cada pregunta incluye una acción de maltrato en el último año, de esta forma si la persona responde al menos un "si" a un ítem, se considera maltrato.

Fuente: Giraldo L, Rosas O. (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. Geriatric Gerontology Int., Abril 13(2):466-74

Aplicador: Esp. Gerontología Raquel J. Solís Canal

Ced. Prof.: 11837014

Firma: _____

Anexo 6. Carta de Consentimiento Informado

Estimado(a) Señor/Señora:

Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación titulado, "Maltrato, depresión, deterioro cognitivo y funcionalidad familiar en personas adultas mayores durante la pandemia por COVID 19", el cual es desarrollado por la Universidad Autónoma del Estado de México. El estudio se realizará en el Centro de Salud con Atención al Adulto Mayor Metepec. Mi nombre es Raquel Judith Solis Canal, estudiante del Doctorado en Ciencias de la Salud de la Facultad Ciencias de la Conducta de Universidad Autónoma del Estado de México.

El propósito del presente estudio es correlacionar el maltrato, deterioro cognitivo, depresión y funcionamiento familiar en personas adultas mayores durante la pandemia por COVID 19. La Organización Mundial de la Salud define al maltrato como un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza. Puede adoptar diversas formas, como el maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, y el abuso de confianza en cuestiones económicas. También puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencional o no. Se puede relacionar con deterioro cognitivo, depresión o alteración en la funcionalidad familiar.

La investigación consistirá en aplicarle los instrumentos: Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor, Escala Geriátrica de Depresión, Mini-mental del Estado Mental y Apgar familiar, esto se llevará a cabo dentro de las instalaciones del Centro de Salud con Atención al Adulto Mayor Metepec. La duración de la aplicación de los instrumentos se estima en 30 minutos por usuario. Es importante que sea de su conocimiento que el procedimiento antes descrito no implica ningún riesgo para la salud, de igual forma, no tendrá ningún costo.

La participación que usted tenga en esta investigación es totalmente voluntaria, puede elegir participar o no, la decisión que usted considere no afectará en los servicios que recibe por parte de la institución. Usted podrá retirarse del estudio y dejar de participar aun cuando haya aceptado previamente. Este estudio de acuerdo con la Ley General de Salud se considera sin riesgo.

Para finalizar, toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a). Una vez evaluados los cuestionarios, en caso de ser necesario y si está de acuerdo, se le podrá canalizar al área correspondiente dentro de la misma clínica de atención geriátrica.

En caso de que usted tenga alguna duda o comentario sobre la investigación, puede comunicarse al número 311-166-82-60 con la M.S.P. Raquel Judith Solis Canal investigadora principal de la investigación y a quien puede localizar en la Facultad de Ciencias de la Conducta.

Yo C. _____ he sido invitado (a) a participar en la investigación "Maltrato, depresión, deterioro cognitivo y funcionalidad familiar en personas adultas mayores durante la pandemia por COVID 19".

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han aclarado satisfactoriamente los cuestionamientos que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo derecho a retirarme del estudio en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

Nombre y firma del participante _____

Fecha ____/____/____

Anexo 7. Carta de Aprobación del Comité de Ética de la Investigación



Universidad Autónoma del Estado de México
Instituto de Estudios sobre la Universidad

Toluca, México a 28 de septiembre de 2021.

Carta de aprobación

Mtra. Raquel Judith Solís Canal

Presente

Investigador responsable del protocolo de Tesis de Doctorado en Ciencias de la Salud No. 2020 P10 **"MALTRATO, DETERIORO COGNITIVO, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19"**.

Por este conducto se le comunica que fue revisado y **aprobado** por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Estudios sobre la Universidad, ya que cumple con los aspectos éticos y metodológicos acorde a la investigación científica, quedando registrado con el número **2020/P10**. Dicha investigación se desarrollará bajo su responsabilidad, con el compromiso de informar anualmente sus avances; así como hacer llegar al término de esta un informe a este Comité.

PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

"2021, Celebración de los 65 años de la Universidad Autónoma del Estado de México"

Comité de Ética en Investigación
Instituto de Estudios sobre la Universidad

Dra. Marcela Veytia López
Vocal Secretaría del CEI

c.c.p. Archivo.

Paseo Tollocan N° 1402 Poniente, Ciudad Universitaria
Puertas "F1" y "F2",
C.P. 50110, Toluca; Estado de México
Tel. +52 722-2145351 y +52-722-2831516 Ext. 3710
Correo electrónico:
direccioniesu@uaemex.mx

