

Maltrato de personas mayores con multimorbilidad y su relación con la calidad de vida

Elder abuse with multimorbidity and its relationship with quality of life

Liliana Giraldo-Rodríguez¹,  Patricia Pavón-León² 

DOI: 10.19136/hs.a22n3.5634

Artículo Original

• Fecha de recibido: 28 de junio de 2023 • Fecha de aceptado: 23 de agosto de 2023 • Fecha de publicación: 18 de septiembre de 2023

Autor de correspondencia

Patricia Pavón León. Dirección postal: Calle 21 de agosto 9Bis,
Colonia Hidalgo C.P. 91140 Xalapa, Veracruz, México
Correo electrónico: ppavon@uv.mx

Resumen

Objetivo: Estimar la prevalencia del maltrato y de la multimorbilidad, así como, analizar si el maltrato con la presencia de multimorbilidad está asociado con la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores de Xalapa, Veracruz.

Material y métodos: Este es un estudio transversal a partir de datos recolectados en una encuesta representativa de las personas mayores (≥ 60 años) de Xalapa, Veracruz. La encuesta se realizó de septiembre de 2018 a enero de 2019 ($n = 993$). Se utilizó un cuestionario para recolectar datos demográficos, socioeconómicos y de salud. El maltrato se evaluó mediante la Escala Geriátrica de Maltrato (EGM-22 ítems) y la calidad de vida relacionada con la salud mediante el cuestionario de salud Short Form 36 (SF-36). Se realizaron análisis descriptivos para estimar las prevalencias y modelos de regresión logística para analizar la asociación.

Resultados: La prevalencia del maltrato de personas mayores fue 16,2%. Los tipos de maltrato fueron: psicológico (13,6%), económico (4,8%), físico (3,2%), negligencia (2,3%) y abuso sexual (0,5%). La prevalencia de multimorbilidad fue 43,2%. Las personas mayores con maltrato y multimorbilidad presentaron menor calidad de vida en las dimensiones de rol físico (OR 2,362 IC: 1,254-4,452), dolor corporal (OR 2,278 IC: 1,277-4,065) y salud mental (OR 2,94 IC: 1,499-5,766).

Conclusiones: El maltrato y la multimorbilidad son problemas comunes en las personas mayores de Xalapa, Veracruz, la presencia de estos dos eventos se asocia con una menor calidad de vida relacionada con la salud. La investigación futura debería concentrarse en mejorar la comprensión de las relaciones familiares de las personas mayores con multimorbilidad y, los servicios sociales y de atención médica deben tomar en cuenta estos hallazgos para atender el maltrato de personas mayores con multimorbilidad antes de que ocurran más situaciones adversas que impacten en su calidad de vida.

Palabras clave: Maltrato de personas mayores; Multimorbilidad; Calidad de vida; Persona mayor.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence of elder abuse and multimorbidity, as well as to analyze if elder abuse in the presence of multimorbidity is associated with self-perceived health-related quality of life in older adults from Xalapa, Veracruz.

Material and methods: Material and methods: This is a cross-sectional study based on data collected in a representative survey of older people (≥ 60 years) from Xalapa, Veracruz. The survey was conducted from September 2018 to January 2019 ($n = 993$). A questionnaire was used to collect demographic, socioeconomic, and health data. Elder abuse was assessed using the Geriatric Mistreatment Scale (GMS-22 items) and health-related quality of life using the short form 36 health survey questionnaire (SF-36). Descriptive analyzes were performed to estimate the prevalence and logistic regression models to analyze the association.

Results: The prevalence of elder abuse was 16.2%. The types of elder abuse were psychological (13.6%), economic (4.8%), physical (3.2%), neglect (2.3%) and sexual abuse (0.5%). The prevalence of multimorbidity was 43.2%. Older people with both elder abuse and multimorbidity presented lower health-related quality of life in the dimensions of physical role (OR 2,362 IC: 1,254-4,452), body pain (OR 2,278 IC: 1,277-4,065) and mental health (OR 2,94 IC: 1,499-5,766).

Conclusions: Elder abuse and multimorbidity are common problems in the older population in Xalapa, Veracruz, Mexico; the presence of these two events is associated with lower health-related quality of life. Future research should focus on improving understanding of the family relationships of older people with multimorbidity, and health care and social services should take these findings into account to address the elder abuse with multimorbidity before further adverse situations occur that impact their health-related quality of life.

Keywords: Elder Abuse; Multimorbidity; Quality of life; Older persons.

¹ Doctor en Ciencias en Salud Colectiva, Instituto Nacional de Geriátria, Xalapa, Veracruz, México.

² Doctor en Ciencias de la Salud, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.



Introducción

El rápido envejecimiento de la población en México ha hecho que el maltrato de personas mayores, la salud y la calidad de vida en la vejez, se conviertan en temas prioritarios. El maltrato de personas mayores es un grave problema de salud pública, éste incluye al maltrato físico, psicológico, económico, abuso sexual, así como, al abandono y a la negligencia. El maltrato de personas mayores se define 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 confianza¹. A nivel mundial se estima que la prevalencia del maltrato de personas mayores es de 15,7% (IC del 95%: 12,8-19,3), los tipos de maltrato más frecuentes son el psicológico con 11,6% (8,1-16,3), seguido del económico 6,8% (5,0-9,2), la negligencia 4,2% (2,1-8,1), el maltrato físico 2,6% (1,6-4,4) y el abuso sexual 0,9% (0,6-1,4)².

En algunos de los países de América Latina, desde hace un poco más de dos décadas, el maltrato de personas mayores no se considera un tema nuevo. Diversos estudios han estimado prevalencias que van desde 7,2 en Brasil³, 15,1% en Colombia⁴, 21,3% en Ecuador⁵ hasta 25,1 en Argentina⁶. Los estudios realizados en México han encontrado que aproximadamente entre 8,1% y 33,4% de la población adulta mayor mexicana residente en comunidad y sin deterioro cognitivo ha sido víctima de algún tipo de maltrato en el último año^{7,8,9}, asimismo, se ha encontrado que las personas mayores que experimentan factores de riesgo tales como la dependencia permanente de cuidados, presentan prevalencias más altas de maltrato¹⁰.

Las condiciones de dependencia y discapacidad funcional, mala salud física y mental, y deterioro cognitivo están asociadas con un mayor riesgo de maltrato de personas mayores¹¹. Sin embargo, la asociación entre múltiples condiciones crónicas y el maltrato de personas mayores está poco explorada. Un estudio realizado en India encontró una estrecha asociación entre la multimorbilidad y el maltrato de personas mayores, la prevalencia de maltrato de personas mayores sin enfermedades crónicas fue de 6,01% y aumentó a 22,7% en las personas mayores con cuatro o más enfermedades crónicas, y éstas tenían cinco veces más probabilidades de experimentar maltrato¹².

La multimorbilidad se define como la presencia simultánea de dos o más enfermedades crónicas en una persona, es un problema de salud pública que presenta cada vez mayores prevalencias en los servicios de salud de atención primaria^{13,14}. A nivel mundial, la prevalencia de la multimorbilidad en población adulta mayor oscila entre 55% y 98%^{13,15}, se prevé que continúe aumentando principalmente como resultado del envejecimiento de la población^{15,16}, y de las desigualdades e

inequidades en salud¹⁷. La mala calidad de vida junto con la discapacidad, el deterioro funcional y los altos costos de atención médica son las principales consecuencias de la multimorbilidad¹⁴.

Existe evidencia considerable que sugiere que la multimorbilidad está asociada con la dependencia funcional y, que la dependencia funcional de las personas mayores está relacionada con un mayor riesgo de maltrato¹⁸. La teoría de la vulnerabilidad establece que una persona mayor puede estar más expuesta a situaciones de maltrato (u omisiones), debido a un estado de vulnerabilidad física, emocional o social¹⁹. Algunos autores refieren que el riesgo de maltrato está fuertemente asociado con factores extrínsecos (como las características del perpetrador o el entorno), sin embargo, el concepto de vulnerabilidad también se puede centrar en las características intrínsecas de la víctima²⁰. Es decir, aquellos factores que colocan a la persona en mayor riesgo. La multimorbilidad puede considerarse como un factor de vulnerabilidad que pone a la persona mayor en mayor riesgo de maltrato.

La asociación entre multimorbilidad y la mala calidad de vida ha sido ampliamente explorada en la literatura científica²¹. Asimismo, algunos estudios han encontrado que experimentar maltrato se asocia con una menor calidad de vida²². Ambas condiciones multimorbilidad y maltrato, presentes al mismo tiempo en una persona mayor, pueden tener un impacto importante en su calidad de vida relacionada con la salud.

La calidad de vida es un concepto influido por la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencia y factores ambientales, se define como la percepción que un individuo tiene del lugar que ocupa en su contexto cultural y del sistema de valores en el que vive y tiene relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones²³. La calidad de vida en la vejez puede definirse como una combinación y complementariedad de aspectos subjetivos y objetivos, teniendo en cuenta las condiciones y circunstancias objetivas en que se desarrolla la vida de las personas, y la evaluación subjetiva que las personas realizan sobre ellas²⁴. Sin embargo, esta definición incluye tanto las causas (es decir, las condiciones de vida) como los efectos (es decir, las percepciones subjetivas). El maltrato de personas mayores y la multimorbilidad representan un binomio potenciador de una menor calidad de vida.

La calidad de vida de las personas mayores se ha vuelto relevante por el cambio demográfico que ha resultado en el envejecimiento de la población. El estado de Veracruz es la segunda entidad con mayor proporción de personas mayores, después de la Ciudad de México. Según proyecciones de población para el año 2022 el porcentaje de población con 60 años y más en la Ciudad de México era de 17,1% y en el

Estado de Veracruz de 13,6%, se espera que, en este Estado en el 2050, 24 de cada 100 personas tenga 60 años o más²⁵. El aumento de la población de personas mayores implicará un incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, así como, del maltrato de personas mayores, repercutiendo en la calidad de vida relacionada con la salud. Poco se sabe sobre cómo la presencia de estos dos problemas en una misma persona se asocia con la calidad de vida relacionada con la salud. Además, no existen estudios publicados sobre la prevalencia del maltrato de personas mayores, de multimorbilidad y de calidad de vida relacionada con la salud, en personas mayores de la ciudad de Xalapa, ubicada en el estado de Veracruz, México, además que utilicen muestras representativas de este grupo de la población. Los objetivos de este estudio fueron estimar la prevalencia del maltrato y de la multimorbilidad, y analizar si el maltrato con la presencia de multimorbilidad está asociado con la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores de Xalapa, Veracruz.

Materiales y métodos

El tipo de estudio fue cuantitativo, transversal y analítico. Los datos para el estudio fueron recolectados como parte del proyecto: Maltrato en la vejez: prevalencia y factores de riesgo. Un estudio de cohorte, realizado en la Ciudad de México y Xalapa, Veracruz. Ambas ciudades son áreas metropolitanas importantes, pertenecientes a dos de las entidades federativas del país con mayor proporción de personas con 60 años y más en 2020. Se realizó un diseño de muestreo probabilístico representativo de la población de 60 años y más, no institucionalizada de ambas ciudades. Se utilizó el marco de muestreo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Marco Nacional de Vivienda 2016, elaborado a partir de la información cartográfica y demográfica obtenida en el Censo de Población y Vivienda 2010²⁶. Se utilizó una muestra agrupada en varias etapas. La primera etapa consistió en una selección muestral aleatoria sistemática de secciones censales (Áreas Geográficas Estadísticas Básicas o AGEB) (unidades primarias de muestreo). La segunda etapa consistió en seleccionar una muestra aleatoria sistemática de manzanas censales con probabilidad proporcional al tamaño de las AGEB (unidades secundarias de muestreo). En la tercera y cuarta etapa se realizó una selección aleatoria simple de (a) hogares (unidades terciarias de muestreo) y (b) personas de 60 años o más que residían en dicho hogar (unidades cuaternarias de muestreo). El tamaño de muestra esperado era de 2.341 hogares, considerando una tasa de no respuesta del 15%, que garantizaba una potencia estadística del 85%. El diseño de muestreo aseguró una muestra representativa en ambas ciudades y representando todos los estratos socioeconómicos. En la ciudad de Xalapa, Veracruz, se realizó un total de 1.058 entrevistas personales directas (tasa de respuesta = 88,2%). Para los análisis actuales, se incluyó solo a Xalapa, Veracruz y

se excluyeron las respuestas de 65 participantes por contar con información incompleta. Así, la muestra analítica final estuvo compuesta por 993 personas.

La recopilación de datos se llevó a cabo desde septiembre de 2018 hasta enero de 2019 mediante entrevistas en papel cara a cara realizadas en el hogar de los encuestados por entrevistadores capacitados. Los criterios de inclusión para participar en el estudio incluían tener 60 años o más, no tener deterioro cognitivo y ser residentes regulares del hogar seleccionado. Se completó la versión en español del Mini-Mental State Examination (MMSE)²⁷ para averiguar si los participantes mostraban signos de deterioro cognitivo. Aquellos con una puntuación < 24 fueron excluidos del estudio.

Se desarrolló un cuestionario integral para investigar las características demográficas, socioeconómicas y de salud de la población de estudio. Las variables que se incluyeron para este trabajo fueron: a). Características sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, estado civil, convivencia en el hogar, ocupación y autopercepción de la situación financiera; b). Maltrato; c). Multimorbilidad, y d). Calidad de vida relacionada con la salud.

Maltrato: para evaluar el maltrato de personas mayores se utilizó la Escala Geriátrica de Maltrato (EGM)²⁸. La EGM es un instrumento creado para evaluar el maltrato de personas mayores de habla hispana, se desarrolló en México y consta de 22 ítems agrupados en cinco subescalas, cada una de las cuales mide un tipo particular de maltrato: físico (cinco ítems); psicológico (seis ítems); negligencia (cuatro ítems); económico (cinco ítems) y abuso sexual (dos ítems). La consistencia interna de la EGM ha sido evaluada como adecuada (alfa de Cronbach = 0,83)²⁸. La puntuación de la escala se calculó utilizando un enfoque estándar que consiste en la suma de los elementos de cada subescala. Si la sumatoria da un valor igual o mayor a 1 se considera maltrato general, si es igual a 0 representa ausencia de maltrato.

Multimorbilidad: la presencia de enfermedades crónicas se obtuvo a partir del recuento de enfermedades con base en la pregunta ¿Me puede decir si algún médico le ha diagnosticado o le ha dicho que tiene alguna de las siguientes enfermedades: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Ataque o Infarto, Angina de pecho, Insuficiencia cardiaca, Cáncer, Embolia o infarto cerebral, colesterol alto (Hipercolesterolemia), Enfermedad pulmonar? Multimorbilidad se evaluó cuando existió la co-ocurrencia de dos o más enfermedades crónicas en una persona. Si la sumatoria de enfermedades da un valor igual o mayor a 2 se considera multimorbilidad, si es igual a 0 o 1 representa ausencia de multimorbilidad.

Calidad de vida relacionada con la salud: para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, se utilizó la versión 2 en español del Cuestionario de Encuesta de Salud Short Form 36 (SF-36, por sus siglas en inglés)^{29,30}. El SF-36 es una escala de 36 ítems agrupados en ocho dimensiones, cada una de las cuales representa un dominio relacionado con la salud: funcionamiento físico (diez ítems); limitaciones del rol físico (cuatro ítems); dolor corporal (dos ítems); percepciones generales de salud (cinco ítems); energía/vitalidad (cuatro ítems); funcionamiento social (dos ítems); limitaciones del rol emocional (tres ítems); salud mental (cinco ítems) y un único ítem que proporciona una indicación del cambio percibido en la salud. Las propiedades psicométricas del SF-36 (validez de constructo y consistencia interna) en la población adulta mayor mexicana refieren una estructura de cuatro factores—Función Física, Dolor Corporal, Rol Físico y Salud Psicológica— además de evidenciar una adecuada consistencia interna³¹. Para este estudio, la puntuación del SF-36 se calculó utilizando el enfoque estándar que consiste en la suma de los elementos de cada dimensión. Las respuestas de los ítems se transformaron para que cada dimensión presente valores entre 0 y 100, donde 0 representa el peor estado de salud posible y 100 representa el mejor estado de salud posible. Los valores faltantes no se imputaron como se recomienda en el Manual del usuario del SF-36, para informar las puntuaciones reales^{32,33}. Después de transformar la respuesta de cada ítem, se generaron las ocho dimensiones del SF-36³⁴.

Análisis estadístico

Para llevar a cabo el análisis estadístico, se examinó la distribución de los datos, la integridad, así como los datos fuera de rango. Mediante el uso de estadística descriptiva, se determinó el porcentaje de datos faltantes para cada elemento de las escalas de maltrato de personas mayores y para el cuestionario SF-36. Los valores faltantes no fueron imputados. Para evaluar las respuestas a cada uno de los ítems, se calculó la distribución, la media, la mediana y las desviaciones estándar (DE). En cuanto a la variable calidad de vida relacionada con la salud, se calculó la media aritmética de los participantes en cada una de las ocho dimensiones, a partir de esta media se categorizó en dos “por debajo de la media” y “por encima de la media”. Este procedimiento de categorización ha sido empleado en estudios previos sobre calidad de vida³⁵. Para analizar si el maltrato y la multimorbilidad influyen en la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud, en primer lugar, se creó una variable que incluía a las personas mayores que presentaban tanto maltrato como multimorbilidad. Posteriormente, se utilizó la prueba estadística exacta de Fisher para analizar las diferencias en la prevalencia de maltrato con y sin multimorbilidad. Por último, se llevó a cabo un modelo de regresión logística para examinar la asociación con la calidad de vida. Se consideró que existía

significancia estadística cuando $p < 0,05$. Los datos fueron analizados utilizando el programa R-Project versión 4.21.

Resultados

La muestra de trabajo estuvo conformada por 993 personas mayores (≥ 60 años), residentes habituales de Xalapa, Veracruz, 64% fueron mujeres y 36% hombres; 24,4% tenía entre 60 a 64 años, 20% 65 a 69 años, 20,8% 70 a 74 años, 16,5% 75 a 79 años y 18,2% 80 años y más. En cuanto a la escolaridad 58,2% contaba con educación básica (primaria/secundaria), 28,3% educación media/superior (bachillerato y universidad) y 13,5% no tenían escolaridad. El 45,5% estaba casado(a) o vivía en unión libre, 31,9% era viudo(a), 13,4% separado(a) o divorciado(a) y 9,2% se encontraba soltero(a); 20,9% vivía solo y 79,1% acompañado. Referente a la ocupación 24,7% trabajaba, 28,7% era jubilado(a) o pensionado(a), 29,3% se dedicaban a las labores del hogar y 17,3% no trabajaba. Respecto a su situación financiera/económica, 5,2% refirió que era muy mala, 18,3% mala, 47% regular, 12,9% buena, 0,6% muy buena y 0,1% la considera como excelente (Tabla 1).

Tabla 1. Características de la población de estudio, Xalapa, Veracruz (2018-2019)

	Total n=993	Porcentaje
Sexo		
Hombre	357	36,0
Mujer	636	64,0
Edad en grupos		
60 a 64	242	24,4
65 a 69	199	20,0
70 a 74	207	20,8
75 a 79	164	16,5
80 y más	181	18,2
Escolaridad		
Ninguna	134	13,5
Básica	578	58,2
Media/Superior	281	28,3
Estado conyugal		
Soltero (a)	91	9,2
Casado(a)/Unión libre	452	45,5
Separado (a)/Divorciado (a)	133	13,4
Viudo (a)	317	31,9
Convivencia en el hogar		
Solo	208	20,9
Acompañado	785	79,1

continuará...

continuación

Ocupación		
Trabaja	245	24,7
Jubilado (a)/Pensionado (a)	285	28,7
Se dedica a los quehaceres del hogar	291	29,3
No trabaja	172	17,3
Autopercepción de la situación financiera		
Excelente	1	0,1
Muy buena	6	0,6
Buena	128	12,9
Regular	467	47,0
Mala	182	18,3
Muy mala	52	5,2
No sabe/No responde	157	15,8

Fuente: Proyecto Salud y Condiciones de Vida de las Personas Mayores realizado en la Ciudad de México y Xalapa, Veracruz

Prevalencia de Maltrato de personas mayores y multimorbilidad

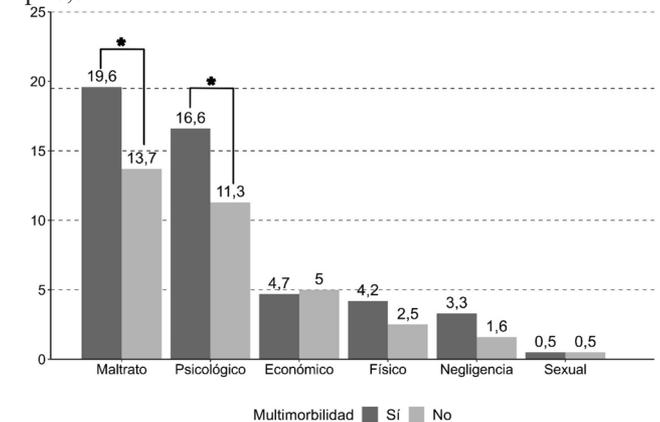
La prevalencia del maltrato de personas mayores fue 16,2%. Las prevalencias por tipo de maltrato fueron las siguientes: psicológico (13,6%), económico (4,8%), físico (3,2%), negligencia (2,3%) y abuso sexual (0,5%). Del total de personas mayores que reportaron maltrato 50,9% padecían dos o más tipos diferentes de maltrato; 62,1% fueron mujeres y 37,9% hombres.

La prevalencia de multimorbilidad fue 43,2% y de estos, 19,3% padecían tres o más enfermedades. Los padecimientos más frecuentes fueron los siguientes: hipertensión arterial con un 46,9%, diabetes mellitus 27%, colesterol alto (hipercolesterolemia) 21%, ataque o infarto 6,5%, cáncer 4,4%), insuficiencia cardiaca 3,9%, enfermedad pulmonar 3,8%, embolia o infarto cerebral 1,6%, angina de pecho 1,3%, y otras enfermedades 32%.

En la figura 1 se puede observar que la prevalencia de maltrato general es mayor cuando existe la presencia de multimorbilidad (19,6% frente a 13,7%, $p<0,05$). Específicamente, el tipo de maltrato que mostró diferencias estadísticamente significativas fue el psicológico (16,6% frente a 11,3%, $p<0,05$).

En la tabla 2 se analizó la presencia o ausencia de maltrato y multimorbilidad con las características sociodemográficas. Se encontró que las personas mayores que presentaban tanto maltrato como multimorbilidad, los porcentajes más altos se concentraron en el grupo de mujeres (67,9%), en los rangos de edad entre 65 a 69 años (25%) y 60 a 64 años (23,8), con educación básica (67,9%). Asimismo, se identificó que estaban casados o unión libre (41,7%), vivían acompañados (83,3%),

Figura 1. Prevalencia de maltrato con multimorbilidad. * $p<0,05$



Fuente: Proyecto Salud y Condiciones de Vida de las Personas Mayores realizado en la Ciudad de México y Xalapa, Veracruz

y 29,8% se encontraba trabajando, mientras que el 27,4% se dedicaba a las labores del hogar. Respecto a la percepción de su situación financiera, 31% la consideraba regular y 21,4% la percibía como mala.

Calidad de vida relacionada con la salud

Las dimensiones con puntajes promedios más bajos fueron salud general (57,2) y rol físico (65,8). Los puntajes más altos se registraron en función social (81,0) y rol emocional (80,8) (Tabla 3).

Los mayores porcentajes de personas mayores que obtuvieron puntajes por debajo de la media se registraron en las dimensiones salud general (50,5%), vitalidad (48,1%) y el dolor corporal (44,6%). Por encima de la media los porcentajes más altos se presentaron en las dimensiones de rol emocional (75,1%), rol físico (64,6%) y salud mental (59,3%) (Tabla 4).

Maltrato con multimorbilidad y su asociación con calidad de vida

En la tabla 5, se puede observar que las personas mayores que refirieron tanto maltrato como multimorbilidad mostraron una probabilidad más elevada de tener una calidad de vida deteriorada en las dimensiones de rol físico (OR 2.362 IC: 1.254-4.452), dolor corporal (OR 2.278 IC: 1.277-4.065) y salud mental (OR 2.94 IC: 1.499-5.766), en comparación con las personas mayores que no reportaron maltrato ni tampoco tenían multimorbilidad.

Discusión

El presente trabajo es un aporte al conocimiento del maltrato de personas mayores, la multimorbilidad y la calidad de vida relacionada con la salud, a partir de una muestra representativa

Tabla 2. Maltrato con multimorbilidad y características sociodemográficas de las personas mayores.

	No maltrato y No multimorbilidad		No maltrato y Sí multimorbilidad		Sí maltrato y No multimorbilidad		Sí maltrato y Sí multimorbilidad	
	n = 487		n= 345		n= 77		n= 84	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo								
Hombre	194	39,8	102	29,6	34	44,2	27	32,1
Mujer	293	60,2	243	70,4	43	55,8	57	67,9
Edad en grupos								
60 a 64	114	23,4	85	24,6	24	31,2	20	23,8
65 a 69	104	21,4	60	17,4	14	18,2	21	25,0
70 a 74	91	18,7	83	24,1	16	20,8	17	20,2
75 a 79	86	17,7	57	16,5	7	9,1	14	16,7
80 y más	92	18,9	60	17,4	16	20,8	12	14,3
Escolaridad								
Ninguna	69	14,2	46	13,3	8	10,4	11	13,1
Básica	272	55,9	208	60,3	46	59,7	57	67,9
Media/Superior	146	30,0	91	26,4	23	29,9	16	19,0
Estado conyugal								
Soltero (a)	51	10,5	26	7,5	9	11,7	5	6,0
Casado (a)/Unión libre	238	48,9	154	44,6	28	36,4	35	41,7
Separado (a)	58	11,9	35	10,1	20	26,0	20	23,8
Viudo (a)	140	28,7	130	37,7	20	26,0	24	28,6
Convivencia en el hogar								
Solo	105	21,6	71	20,6	18	23,4	14	16,7
Acompañado	382	78,4	274	79,4	59	76,6	70	83,3
Ocupación								
Trabaja	127	26,1	68	19,7	25	32,5	25	29,8
Jubilado(a)/Pensionado(a)	158	32,4	86	24,9	21	27,3	20	23,8
Se dedica a los quehaceres del hogar	134	27,5	118	34,2	19	24,7	23	27,4
No trabaja	68	14,0	73	21,2	12	15,6	16	19,0
Autopercepción de la situación financiera								
Excelente	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Muy buena	5	1,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Buena	76	15,6	40	11,6	4	5,2	8	9,5
Regular	230	47,2	172	49,9	39	50,6	26	31,0
Mala	80	16,4	66	19,1	18	23,4	18	21,4
Muy mala	16	3,3	20	5,8	2	2,6	14	16,7
No sabe/No responde	80	16,4	45	13,0	14	18,2	18	21,4

Fuente: Proyecto Salud y Condiciones de Vida de las Personas Mayores realizado en la Ciudad de México y Xalapa, Veracruz

Tabla 3. Datos normativos por dimensión del SF-36.

Dimensión	Media	Mediana	DS [*]	Mínimo	Q1 (25%)	Q2 (50%)	Q3 (75%)	Máximo
Función física	67,7	80,0	31,1	0,0	45,0	80,0	95,0	100,0
Rol físico	65,8	100,0	44,7	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0
Dolor corporal	69,5	74,0	31,0	0,0	42,0	74,0	100,0	100,0
Salud general	57,2	57,0	22,3	0,0	40,0	57,0	75,0	100,0
Vitalidad	67,1	70,0	22,0	0,0	50,0	70,0	85,0	100,0
Función social	81,0	88,9	22,7	0,0	66,7	88,9	100,0	100,0
Rol emocional	80,8	100,0	36,2	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Salud mental	75,8	80,0	19,7	0,0	64,0	80,0	92,0	100,0

^{*} Desviación estándar

Fuente: Proyecto Salud y Condiciones de Vida de las Personas Mayores realizado en la Ciudad de México y Xalapa, Veracruz

Tabla 4. Clasificación de las dimensiones del SF-36.

Dimensión	Por debajo de la media		Por encima de la media		Total
	Total	%	Total	%	
Función física	413	41,6	580	58,4	100
Rol físico	352	35,4	641	64,6	100
Dolor corporal	443	44,6	550	55,4	100
Salud general	501	50,5	492	49,5	100
Vitalidad	478	48,1	515	51,9	100
Función social	434	43,7	559	56,3	100
Rol emocional	247	24,9	746	75,1	100
Salud mental	404	40,7	589	59,3	100

Fuente: Proyecto Salud y Condiciones de Vida de las Personas Mayores realizado en la Ciudad de México y Xalapa, Veracruz

de la población adulta mayor de Xalapa, Veracruz. En este estudio se encontró que 16,2% de las personas mayores de Xalapa, Veracruz, estuvo expuesta a algún tipo de maltrato en el último año en el ámbito familiar, siendo más prevalente estas situaciones en el caso de las mujeres mayores. El maltrato psicológico fue el tipo más frecuente, y se observó que un gran porcentaje de personas mayores experimentaba dos o más formas de maltrato. Esta prevalencia es similar a la estimada a nivel mundial, que es del 15.7%². Estos hallazgos coinciden con investigaciones anteriores que también señalan que el maltrato psicológico es el más frecuente y que las mujeres son las más afectadas^{2,11}.

Otro hallazgo importante del presente estudio muestra que casi la mitad de las personas mayores se ven afectadas por la multimorbilidad, resultado que es consistente con otros estudios a nivel internacional. En una revisión sistemática se encontró que más del 50% de las personas de 65 años tenían multimorbilidad¹⁵. En el caso de México, existen resultados contrarios en cuanto a la prevalencia de multimorbilidad en población adulta mayor. Rojas-Huerta y colaboradores en una cohorte de estudio encontraron una prevalencia de multimorbilidad de 26.5% para las mujeres y 15.5% para

los hombres de 60 años y más³⁶. Sin embargo, cuando en el estudio se indaga por un mayor número de enfermedades la prevalencia cambia, Mino y colaboradores analizaron pacientes de unidades de medicina familiar de la Ciudad de México y encontraron que la mitad de los pacientes \geq 60 años atendidos por un médico de familia presentaban multimorbilidad³⁷. El resultado de nuestro estudio es relevante ya que no existen estudios de base poblacional en Xalapa, Veracruz que reporten prevalencias de multimorbilidad. Dado el envejecimiento de la población, es fundamental tener en cuenta las consecuencias de la multimorbilidad en los servicios de salud. La atención de la multimorbilidad requiere un enfoque complejo y multidisciplinario, que involucre a diversos profesionales de la salud³⁸.

Adicionalmente, en este estudio se encontró que la prevalencia de maltrato aumenta con la presencia de multimorbilidad. Se observó un incremento principalmente en el tipo de maltrato psicológico. Este hallazgo concuerda con lo reportado en otros estudios, en donde se encontró una asociación positiva entre la multimorbilidad y el maltrato en personas mayores^{12,39,40}. La multimorbilidad aumenta el riesgo de dependencia funcional, y la dependencia de las personas mayores, tanto funcional

Tabla 5. Regresión logística de maltrato con multimorbilidad y autopercepción de la calidad de vida.

Dimensiones	B	EE	Wald	gl	Sig.	OR	IC95.00%
Función física							
Por debajo de la media	-0.222	0.3085	0.519	1	0.471	0.801	0.437 1.466
Por encima de la media	(ref.)						
Rol físico							
Por debajo de la media	0.860	0.323	7.081	1	0.008	2.363	1.254 4.452
Por encima de la media	(ref.)						
Dolor corporal							
Por debajo de la media	0.823	0.295	7.771	1	0.005	2.278	1.277 4.065
Por encima de la media	(ref.)						
Salud general							
Por debajo de la media	0.113	0.301	0.142	1	0.706	1.120	0.621 2.019
Por encima de la media	(ref.)						
Vitalidad							
Por debajo de la media	-0.109	0.341	0.103	1	0.749	0.896	0.459 1.750
Por encima de la media	(ref.)						
Función social							
Por debajo de la media	0.241	0.328	0.542	1	0.462	1.273	0.670 2.420
Por encima de la media	(ref.)						
Rol emocional							
Por debajo de la media	0.331	0.272	1.481	1	0.224	1.393	0.817 2.374
Por encima de la media	(ref.)						
Salud mental							
Por debajo de la media	1.078	0.344	9.838	1	0.002	2.940	1.499 5.766
Por encima de la media	(ref.)						
Constante	-4.094	0.311	173.824	1	0.000	0.017	

Fuente: Proyecto Salud y Condiciones de Vida de las Personas Mayores realizado en la Ciudad de México y Xalapa, Veracruz

como financiera, aumenta la vulnerabilidad, lo que a su vez puede contribuir a un mayor riesgo de maltrato de personas mayores.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, se encontró que la población adulta mayor de Xalapa, Veracruz tenía bajos niveles de calidad de vida principalmente asociados a la salud general, que se refiere tanto a la salud actual como a la futura; a la vitalidad, que se reflejó en un sentimiento de cansancio y agotamiento; así como, al dolor corporal, el cual se manifestó tanto en la intensidad del dolor como en su impacto en las actividades habituales, tanto fuera de casa como en el hogar. Estudios realizados en México que utilizan el SF-36, han encontrado que la población adulta mayor presenta menor calidad de vida principalmente en las dimensiones de Salud General, vitalidad, dolor corporal y salud mental^{41,42}.

Finalmente, en nuestro estudio las personas mayores que sufren maltrato y tienen multimorbilidad presentaron un mayor

riesgo de tener baja calidad de vida relacionada con la salud en las dimensiones de rol físico y dolor corporal. Además, en la dimensión de salud mental, que incluye la presencia de depresión, ansiedad y dificultades en el control de la conducta y de las emociones. Posibles explicaciones a estos hallazgos pueden ser que como el dolor crónico es una condición de salud compleja que se cree que es una interacción entre los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino, ha demostrado tener un impacto en calidad de vida y a su vez estar asociado tanto con el maltrato como con las enfermedades crónicas⁴³. Asimismo, se ha encontrado que los síntomas depresivos son considerados tanto causa como consecuencia del maltrato de personas mayores, además de tener una fuerte correlación con la multimorbilidad. En un estudio realizado en Japón se encontró que el maltrato de personas mayores puede generar ansiedad y sentimientos de desesperación que contribuyen a la aparición de síntomas depresivos. También encontraron que las personas mayores que ya tenían síntomas depresivos eran más propensas a percibir cualquier acción agresiva como

maltrato, lo que podría conducir a un mayor reporte de estas situaciones⁴⁴. En consecuencia, la presencia de enfermedades crónicas y el maltrato de personas mayores son reconocidos como determinantes fuertes e inversos de la calidad de vida⁴⁵.

Fortalezas y limitaciones

La principal fortaleza de este estudio es que involucra una muestra grande y representativa de personas mayores que viven en comunidad en una ciudad caracterizada por un importante envejecimiento de la población en México. La estimación de las prevalencias y el análisis de la calidad de vida relacionada con la salud constituye un aporte relevante. Los esfuerzos por disponer de información cuantitativa y representativa son importantes ya que permite evidenciar las diferentes problemáticas y necesidades de grupos específicos de la población para la toma de decisiones en materia de política pública.

El presente estudio también tiene algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. Primero, si bien el estudio utiliza una muestra representativa de personas mayores de una ciudad de México, las localidades son en su mayoría urbanas y, por lo tanto, los resultados no pueden generalizarse a áreas rurales. En el futuro, la investigación debe extenderse a otras regiones del país, incluidas las zonas rurales, para obtener similitudes y posibles diferencias en el comportamiento del maltrato de personas mayores, la multimorbilidad y la calidad de vida relacionada con la salud. En segundo lugar, dado que este fue un estudio transversal, no se pueden establecer vías causales entre el maltrato de personas mayores con multimorbilidad y la calidad de vida relacionada con la salud. Por lo tanto, los datos presentados en este estudio representan simplemente asociaciones. Se necesitan futuros estudios longitudinales para explorar las relaciones temporales entre los temas tratados en el presente estudio. En tercer lugar, las personas mayores en abandono extremo a menudo permanecen aisladas y rechazan participar en encuestas o estudios. Finalmente, la información sobre maltrato y multimorbilidad se obtuvo a través del auto reporte de los participantes, por lo que puede existir sesgo de recuerdo.

Conclusión

El maltrato y la multimorbilidad son problemas comunes en las personas mayores de Xalapa, Veracruz, la presencia de estos dos eventos en una persona se asocia con una menor calidad de vida relacionada con la salud. La investigación futura debería concentrarse en mejorar la comprensión de las relaciones familiares de las personas mayores con multimorbilidad y los factores que aumentan la vulnerabilidad, con el fin de crear estrategias de intervención preventivas. Las víctimas de maltrato con multimorbilidad utilizan los servicios sociales y de atención médica con mayor frecuencia que el resto de

la población, por lo tanto, los hallazgos del presente estudio deben servir para identificar a los grupos en mayor riesgo de maltrato e intervenir antes de que ocurran más situaciones adversas que impacten en su calidad de vida relacionada con la salud. Las guías de práctica clínica que se aplican a pacientes con comorbilidad y pluripatología deberían de contemplar el riesgo que tienen las personas mayores de sufrir maltrato. En este sentido, la prevención, el diagnóstico y el control de la multimorbilidad y del maltrato de personas mayores tendrán un impacto en la calidad de vida de este grupo de la población.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

Consideraciones éticas

El protocolo fue evaluado y aprobado por los Comités de Investigación y Ética en Investigación del Instituto Nacional de Geriátrica (registro DI-PI-007/2018). Cada persona mayor que fue invitada a participar recibió una hoja informativa sobre el proyecto y tuvo la oportunidad de hacer preguntas al respecto. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todas las personas que aceptaron participar. Se garantizó la participación voluntaria y el anonimato de las personas mayores que participaron.

Contribución de autores

Conceptualización y diseño, L.G.R.; Metodología, L.G.R.; Adquisición de datos, L.G.R.; Análisis e interpretación de datos, P.P.L., L.G.R.; Redacción del manuscrito—Preparación del borrador original, PPL, L.G.R.; Redacción revisión y edición del manuscrito, PPL, L.G.R.; Adquisición de fondos, L.G.R.

Financiamiento

El proyecto fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACyT) en la Convocatoria de Investigación Científica Básica (CB-2016/287302).

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Maltrato de las personas mayores [Internet]. Estados Unidos: OMS; 2022 [citado 2023 Jun 15] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
2. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017 Feb;5(2):e147-e156. DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2

3. Andrade F, et al. Patrones de maltrato a las personas mayores en Brasil: análisis de las notificaciones. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;39.
4. Curcio CL, Payán-Villamizar C, Jiménez A, Gómez F. Maltrato en adultos mayores colombianos y su asociación con condiciones socioeconómicas y funcionalidad. *Colomb. Med.* [Internet]. 2019 Jun [citado 2023 Ago 18]; 50(2): 77-88. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342019000200077&lng=es.
5. Vinuesa-Veloz MF, Nuñez-Rivero Y, Leyva-Montero MLÁ, Montero-López IL, Mera-Segovia CM. Determinantes sociodemográficos de violencia en adultos mayores ecuatorianos [Socio-demographic determinants of violence in older people in Ecuador]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021;56(1): p.41-46. DOI:10.1016/j.regg.2020.06.003
6. Salas M, Buedo P. ¿Cómo perciben las personas mayores el maltrato hacia ellas?. *Revista Iberoamericana De Bioética*. 2022;19:p.1-11.
7. Giraldo L, Agudelo M. Elder Abuse in Mexico. En Shankardass M, editor. *International handbook of elder abuse and mistreatment*. India: Springer; 2020. p. 73-88.
8. Vilar-Compte M, Giraldo-Rodríguez L, Ochoa-Laginas A, Gaitan-Rossi P. Association Between Depression and Elder Abuse and the Mediation of Social Support: A Cross-Sectional Study of Elder Females in Mexico City. *J Aging Health*. 2018 Apr;30(4):559-583. DOI: 10.1177/0898264316686432.
9. Giraldo L. Maltrato en la vejez: caracterización y prevalencia en la población mexicana. *Notas de Población*. 2020; 109:119-46.
10. Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O, Mino-León D. Abuse in Mexican Older Adults with Long-Term Disability: National Prevalence and Associated Factors. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Aug;63(8):1594-600. DOI: 10.1111/jgs.13552
11. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*. 2016 Apr;56 Suppl 2(Suppl 2):S194-205. DOI: 10.1093/geront/gnw004
12. Sathya T, Nagarajan R, Selvamani Y. Multimorbidity as a Risk Factor of Elder Abuse/Mistreatment in India: A Cross-Sectional Study. *J Interpers Violence*. 2022 Jun;37(11-12):NP9191-NP9213. DOI: 10.1177/0886260520980391
13. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Meinow B, Fratiglioni L. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011 Sep;10(4):430-9. DOI: 10.1016/j.arr.2011.03.003
14. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. 2009 Jul-Aug;7(4):357-63. DOI: 10.1370/afm.983
15. Nguyen H, Manolova G, Daskalopoulou C, Vitoratou S, Prince M, Prina AM. Prevalence of multimorbidity in community settings: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Comorb*. 2019 Aug 22;9:2235042X19870934. DOI: 10.1177/2235042X19870934
16. Afshar S, Roderick PJ, Kowal P, Dimitrov BD, Hill AG. Multimorbidity and the inequalities of global ageing: a cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys. *BMC Public Health*. 2015 Aug 13;15:776. DOI: 10.1186/s12889-015-2008-7
17. PLOS Medicine Editors. Multimorbidity: Addressing the next global pandemic. *PLoS Med*. 2023 Apr 4;20(4):e1004229. DOI: 10.1371/journal.pmed.1004229
18. Kshatri JS, Bhoi T, Barik SR, Palo SK, Pati S. Is multimorbidity associated with risk of elder abuse? Findings from the AHSETS study. *BMC Geriatr*. 2021 Jul 3;21(1):413. DOI: 10.1186/s12877-021-02347-y. PMID: 34217225; PMCID: PMC8255025
19. Goergen T, Beaulieu M. Critical concepts in elder abuse research. *Int Psychogeriatr*. 2013 Aug;25(8):1217-28. DOI: 10.1017/S1041610213000501. Epub 2013 Apr 11. PMID: 23575191
20. Fulmer T, Paveza G, VandeWeerd C, Fairchild S, Guadagno L, Bolton-Blatt M, Norman R. Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect. *Gerontologist*. 2005 Aug;45(4):525-34. DOI: 10.1093/geront/45.4.525. PMID: 16051915
21. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2019 Aug;53:100903. DOI: 10.1016/j.arr.2019.04.005
22. Chokkanathan S, Natarajan A. Perceived Quality of Life following Elder Mistreatment in Rural India. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2018 Jun 14;73(5):e69-e80. DOI: 10.1093/geronb/gbx043

23. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Programme on mental health [Internet] Ginebra: WHO; 2012 [citado 2023 Jun 15] Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
24. Fernández-Mayoralas G. Pérez F. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*. 2005; 5:117-135.
25. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México y de la Entidades Federativas 2016-2050 [Internet] México: CONAPO; 2018 [citado 2023 Jun 1] Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/conciliacion-demografica-de-mexico-1950-2015-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>
26. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Inventario Nacional de Viviendas [Internet] México: INEGI; 2016 [citado 2023 Jun 1] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/80/related_materials?idPro
27. Villaseñor-Cabrera T, Guàrdia-Olmos J, Jiménez-Maldonado M, Rizo-Curiel G, Peró-Cebollero M. Sensitivity and specificity of the Mini-Mental State Examination in the Mexican population. *Qual Quant*. 2010;44, 1105–1112.
28. Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatr Gerontol Int*. 2013 Apr;13(2):466-74. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x
29. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, Santed R, Valderas JM, Ribera A, Domingo-Salvany A, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac. Sanit*. 2005;19:135–150.
30. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Versión española de SF-36v2™ Health Survey © 1996, 2000 adaptada por J. Alonso y cols 2003. [citado 2023 Jun 15] Disponible en: <https://ginvestigaciontmo.files.wordpress.com/2018/07/sf-36-cuestionario.pdf>
31. Aguirre SI, Ornelas M, Blanco H, et al. Quality of Life in Mexican Older Adults: Factor Structure of the SF-36 Questionnaire. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(2):200. Published 2022 Jan 20. DOI:10.3390/healthcare10020200
32. Ware JE Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol*. 1998 Nov;51(11):903-12. DOI: 10.1016/s0895-4356(98)00081-x
33. Ware JE Jr, Gandek B. The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *Int J Ment Health*. 1998;23(2):49-73. DOI: 10.1080/00207411.1994.11449283
34. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83.
35. Pavón-León P, Cigarroa Cuevas I, Zapata-Lamana R, Herrera CA, Guzmán Muñoz E. Variables predictoras de la calidad de vida durante la pandemia por COVID-19 en adultos latinoamericanos. *Salud Uninorte*. 2022;38(3):804-18. DOI: doi.org/10.14482/sun.38.3.614.592
36. Rojas-Huerta A, Giraldo-Rodríguez L, Agudelo-Botero M, Mino-León D. Differences by Sex in the Presentation of Multimorbidity: Longitudinal Study in Mexican Adults Living in the Community, 2001-2018. *J Womens Health (Larchmt)*. 2022 Dec;31(12):1742-1750. DOI: 10.1089/jwh.2021.0599
37. Mino-León D, Reyes-Morales H, Doubova SV, Pérez-Cuevas R, Giraldo-Rodríguez L, Agudelo-Botero M. Multimorbidity Patterns in Older Adults: An Approach to the Complex Interrelationships Among Chronic Diseases. *Arch Med Res*. 2017 Jan;48(1):121-127. DOI: 10.1016/j.arcmed.2017.03.001
38. Van Oostrom SH, Picavet HS, van Gelder BM, Lemmens LC, Hoeymans N, van Dijk CE, Verheij RA, Schellevis FG, Baan CA. Multimorbidity and comorbidity in the Dutch population-data from general practices. *BMC Public Health*. 2012 Aug 30;12:715. DOI: 10.1186/1471-2458-12-715
39. Wolde A, Wolancho W, Belay Y, Alemu A, Asefa A, Gebremedhin T. A Community-Based Exploratory Cross-Sectional Study of Elder Abuse Perpetration or Victimization Among Elders in Ethiopia, 2022. *Clin Interv Aging*. 2022 Jun 15;17:957-969. DOI: 10.2147/CIA.S360548
40. Kshatri JS, Bhoi T, Barik SR, Palo SK, Pati S. Is multimorbidity associated with risk of elder abuse? Findings from the AHSETS study. *BMC Geriatr*. 2021 Jul 3;21(1):413. DOI: 10.1186/s12877-021-02347-y.



41. Zúniga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México [Evaluation of health status using Survey SF-36: preliminary results in Mexico]. *Salud Publica Mex.* 1999 Mar-Apr;41(2):110-8.
42. Durán L, Salinas G, Gallegos K. Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. En: Muñoz O, García C. y Durán L. editores. *La salud del adulto mayor, temas y debates.* México: IMSS; 2004. p. 155-89.
43. Yunus RM, Hairi NN, Choo WY, Tan MP, Hairi F, Sooryanarayana R, Ismail N, Kandiben S, Peramalah D, Ali ZM, Ahmad SN, Razak IA, Othman S, Mydin FH, Chinna K, Bulgiba A. Elder Abuse and Chronic Pain: Cross-Sectional and Longitudinal Results from the Preventing Elder Abuse and Neglect Initiative. *J Am Geriatr Soc.* 2018 Jul;66(6):1165-1171. DOI: 10.1111/jgs.15370. Epub 2018 Mar 30. PMID: 29601084.
44. Koga C, Tsuji T, Hanazato M, Suzuki N, Kondo K. Elder Abuse and Depressive Symptoms: Which is Cause and Effect? Bidirectional Longitudinal Studies From the JAGES. *J Interpers Violence.* 2022;37(11-12):NP9403-NP9419. DOI:10.1177/0886260520967135
45. Honarvar B, Gheibi Z, Asadollahi A, et al. The Impact of Abuse on the Quality of Life of the Elderly: A Population-based Survey in Iran. *J Prev Med Public Health.* 2020;53(2):89-97. DOI:10.3961/jpmph.19.210

