



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO**

**PERCEPCION DE MALTRATO Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES DE LA UMF 20**

TESIS

Para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

PRESENTA:

DRA. CRISTINA BERENICE LEÓN CONTRERAS

TUTOR:

DR. RICARDO GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ.

ASESOR METODOLÓGICO:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

Generación 2014-2017

Ciudad de México 2016



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TUTOR

DR. RICARDO GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ.
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ALTA ESPECIALIDAD EN GERONTOLOGÍA MÉDICA

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR UMF 20

Vo.Bo.

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR UMF 20

Vo.Bo.

DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UMF 20

DEDICATORIA

A mis hijas:

Naomí y Zayurí, por ser el motor de mi vida y la razón para seguir adelante a pesar de cada prueba, porque a pesar de su pequeña edad entendieron a la perfección mis ausencias académicas, el cansancio diario, fueron muy fuertes y valientes, las admiro por eso, puedo decir que tengo a las dos mejores hijas del mundo creo que más de lo que puedo merecer, las amo con todo mi corazón y por ustedes seguiré luchando cada día mientras Él Altísimo me conceda la vida junto a ustedes.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a Dios por darme el aliento de vida para poder experimentar en este mundo y por ser mi fortaleza, mi pronto auxilio en la tribulación, por no soltar mi mano a pesar de todos mis defectos.

A mis padres Bonifacio y Concepción, por enseñarme a no darme por vencida, que la vida sigue pese la situación

A mis hijas Naomi y Zayuri, por quererme tal cual soy y porque simplemente a su lado soy muy feliz.

A Carlos Flores, pese a las circunstancias me impulso a iniciar este reto.

A mis coordinadoras: Dra. Carmen y Dra. Santa por su empeño y dedicación para mi formación, por transmitirme sus conocimientos, experiencias y virtudes.

Al Dr. Ricardo por su gran apoyo en este proyecto y por haber creído en mí.

A mis compañeros: Alonso, Leslie, Brenda, Claudia, Migue y Dana, por ser no solo amigos, sino por integrarme en una nueva familia, con quienes enfrenté y vencí cada obstáculo y reto que se nos ponía enfrente.

Por último gracias a Mony, Lili y Paco quienes estuvieron azarosamente a mi lado en el momento más crucial de mi vida, me apoyaron y no dejaron que me diera por vencida a pesar de las circunstancias.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
MARCO TEORICO.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
OBJETIVOS.....	14
HIPOTESIS.....	15
SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.....	16
DESCRIPCION DEL ESTUDIO.....	23
ANÁLISIS ESTADISTICO.....	24
RESULTADOS	25
DISCUSION.....	34
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	39
ANEXOS.....	42

RESUMEN

PERCEPCION DE MALTRATO Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF 20

Cristina Berenice León-Contreras¹, Ricardo González-Domínguez² y Santa Vega-Mendoza³

1. Médico Residente UMF20, IMSS.
2. Médico Familiar y Alta Especialidad en Gerontología Médica UMF20
3. Profesora adjunta Médico Familiar UMF20

El maltrato del adulto mayor produce desventaja e inferioridad como consecuencia de sus limitaciones siendo vulnerable y alterar su calidad de vida. **Objetivo:** Percepción de maltrato y su asociación con la calidad de vida en adultos mayores de la UMF 20. **Material y métodos:** Estudio transversal-analítico, en 380 adultos mayores de UMF20, noviembre 2016, bajo consentimiento informado se aplicó GMS de maltrato y COOP/WONCA para calidad de vida. Estadística descriptiva y χ^2 $p \leq 0.05$. **Resultados:** Media 72 ± 7.18 años, 9.7% reportó maltrato, tipo psicológico 86.4%(32), falta de respeto a decisiones 43% e indiferencia 40.5%. Con mala calidad de vida 16.3%(62), forma física 69.2%(263), estado de salud 65.5%(249) y presencia de dolor 22.6%(86). Percepción de maltrato en 71-75 años 32.4%(12) ($p=0.014$), actividades cotidianas 51.4%(19) ($p=0.00$), actividades sociales 70.3%(26), presencia de dolor 45.9% (17) ($p=0.027$) y mal estado de salud 78.4%(29) ($p=0.006$). Con mala calidad de vida en 66-70 años 21%(13) ($p=0.003$), femeninos 75.8%(47) ($p=0.00$), analfabetas 38.7%(24) ($p=0.00$) y dedicadas al hogar 85%(53) ($p=0.00$). **Conclusiones:** El sexo femenino se muestra más vulnerable a recibir maltrato y percibe menor calidad de vida respecto al masculino probablemente derivado de los roles familiares que se desarrollan dentro de la dinámica familiar.

Palabras clave: adulto mayor, maltrato, calidad de vida.

ABSTRAC

PERCEPTION OF ABUSE AND ITS ASSOCIATION WITH THE QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS OF THE UMF20

Cristina Berenice León- Contreras¹, Ricardo González-Domínguez² y Santa Vega-Mendoza³

1. Resident. UMF20 IMSS.
2. Family physician and high specialty in medical gerontology. UMF20
3. Adjunct profesor, Family physician. UMF20

Elder abuse causes disadvantage and inferiority as a result of their vulnerable limitations and alter their quality of life. **Objective:** Perception of maltreatment and its association with quality of life in the elderly UMF20. **Material and methods:** A cross-analytical study, in 380 elderly adults of UMF20, November 2016, under informed consent, GMS of abuse and COOP / WONCA were applied for quality of life. Descriptive statistics and X² $p \leq 0.05$. **Results:** Mean 72 ± 7.18 years, 9.7% reported maltreatment, psychological type 86.4% (32), lack of respect for decisions 43% and indifference 40.5%. With poor quality of life 16.3% (62), physical form 69.2% (263), health status 65.5% (249) and presence of pain 22.6% (86). Perception of maltreatment in 71-75 years 32.4% (12) ($p = 0.014$), daily activities 51.4% (19) ($p = 0.00$), social activities 70.3% (26), presence of pain 45.9% = 0.027) and poor health 78.4% (29) ($p = 0.006$). With poor quality of life in 66-70 years 21% (13) ($p = 0.003$), female 75.8% (47) ($p = 0.00$), illiterate 38.7% (24) ($p = 0.00$) (53) ($p = 0.00$). **Conclusions:** The female sex is more vulnerable to abuse due to perceived lower quality of life than the male sex probably derived from the family roles that develop within the family dynamics.

Key words: older adults, abuse and quality of life.

**PERCEPCION DE MALTRATO Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES DE LA UMF 20**

INTRODUCCION

Tomando en cuenta que actualmente la población de adultos mayores representa a nivel mundial el 10% poblacional y en México se tiene reportado una población de adultos mayores del 9% de acuerdo a los resultados estadísticos del INEGI 2011; por lo tanto México se encuentra en un proceso de transición demográfica progresiva, y con expectativas hacia un envejecimiento poblacional del 25% para el 2050 ubicándonos en el séptimo lugar a nivel mundial de población envejecida¹.

Por lo tanto el progresivo envejecimiento de la población en México, influye en adquirir mayor preocupación en los temas relacionados con el Adulto Mayor, entre ellos la incidencia de maltrato de toda índole que afecta este grupo etario, ya que actualmente en México y América Latina cuentan con pocos estudios relacionados con el maltrato en este grupo etario, lo cual la importancia de seguir realizando estudios relacionados con la identificación de maltrato en esta población altamente vulnerable a este tipo de afección de forma directa o indirecta y poder identificar la magnitud del problema, a la cual se enfrenta México en la actualidad debido al envejecimiento progresivo de la población, el cual se caracteriza por su invisibilidad y deficiente registro, ya que no se cuenta con sistemas de detección precoz o apropiada o simplemente existe una escasa comprensión de la dinámica de las relaciones de violentas y de las experiencias de las personas mayores afectadas.

Por lo que el creciente envejecimiento de la población actual, tanto a nivel mundial como nacional nos obliga a involucrarnos más en los aspectos que respectan a la salud integral del adulto mayor y así poder identificar de forma oportuna áreas vulnerables que pudieran afectar su calidad de vida y que caigan en el contexto del maltrato afectando directamente la integridad de nuestros adultos mayores; siendo del primer nivel de atención en salud el contacto directo e inicial con esta población, por lo cual es importante estar relacionados con estos temas.

De acuerdo a los diversos estudios realizados en México, se tiene reportado que el 16.3% de la población de adultos mayores han reportado algún tipo de maltrato, encontrando una mayor prevalencia en el sexo femenino, lo cual representa importancia dentro del sector social y de salud, adquiriendo mayor importancia en

el primer nivel de atención en salud, ya que el médico familiar dentro de las características de su perfil, adquiere todas las competencias en la atención a los adultos mayores y entre ellas se encuentra el trabajo en la comunidad para modificar en lo posible las condiciones adversas que pudieran afectar a un envejecimiento satisfactorio, esto por medio de la educación y sensibilización a la población en general y en particular a aquellos que conviven o que cuidan a un adulto mayor, proporcionando herramientas básicas y suficientes para mantener o mejorar la calidad de vida en nuestros adultos mayores².

MARCO TEORICO

ADULTO MAYOR Y ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

De acuerdo a la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 años se consideran grandes viejos o grandes longevos. Por lo que a todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta adulto mayor. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad de las personas mayores así como su participación social y su seguridad³.

De acuerdo a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de los servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores, define: Adulto Mayor, a la persona de 60 años de edad o más y adulto mayor en estado de abandono, a aquel que presenta cualquiera de las siguientes características: carencia de familia, rechazo familiar, maltrato físico o mental, carencia de recursos económicos⁴.

Los cambios demográficos y socioculturales experimentados en los últimos decenios en todo el mundo tienen que ver con la transición demográfica y epidemiológica. Es decir con el descenso de la mortalidad y la fecundidad más las variaciones asociadas a las pautas de morbilidad. De acuerdo a la OMS al 2002, hay a nivel mundial alrededor de 600 millones de personas de 60 años y más; indicando que esta cifra se duplicará para el año 2025 y llegará a casi dos mil millones para el año 2050, y la mayoría de ellos en países en vías de desarrollo. ³ De acuerdo al último reporte de la ONU, refiere que a nivel mundial asciende a casi 700 millones de personas de más de 60 años, presentando las mismas proyecciones al 2025 y 2050 en relación a la OMS⁵.

En base a la ONU, en América Latina y el Caribe las personas de 60 años y más suman alrededor de 63.6 millones, lo que representa el 10% de la población mundial total, lo cual se triplicara y llegara a 187 millones en 2050, que representara un 25% de la población total. Los países con mayor tasa de población sexagenaria en 2050 serán: Cuba con el 39.2%, Puerto Rico con el 31.5%, Chile con el 30.3%, Costa Rica con el 29.8% y Brasil con el 29%, ubicando a México en el séptimo lugar con el 24.4%, lo cual indica que México se encuentra en una transición demográfica avanzada^{6,7}.

México ha experimentado una profunda transformación demográfica, paulatinamente ha acumulado una cantidad de personas de 60 y más, debido a la mayor esperanza de vida y el decremento de la tasa de natalidad. De acuerdo al

Censo de Población y Vivienda 2010 se contabilizó a 112.3 millones de habitantes como total poblacional, mientras el tamaño de la población de personas de 60 y más, en términos absolutos ha aumentado de manera sostenida⁸. En 1930 en México la población de personas de 60 y más, era inferior al millón de personas, lo que correspondía al 5.3% de la población total, y en el último Censo de Población y Vivienda 2010 se contabilizó a más de 10.1 millones de adultos mayores, que representa el 9% de la población total. Para 1990 la población de adultos mayores alcanzaba 5 millones de habitantes, de los cuales 52.9%, es decir, alrededor de 2.6 millones eran mujeres, y en un lapso de 20 años la población de adultos mayores ha aumentado de manera constante, prácticamente se duplicó a 10.1 millones, sobre todo para el grupo de mujeres ya que concentran 53.5%, que corresponde a 5.4 millones⁹.

El crecimiento porcentual del grupo de 60 años y más dentro de la población total se define como envejecimiento demográfico, para cada individuo el envejecimiento es un proceso de características particulares, lento y gradual que se manifiesta de manera diferente en cada uno de ellos. En la demografía se utiliza la edad cronológica para determinar quién es parte de la población envejecida y quien no: el criterio utilizado hasta el momento es cumplir 60 o 65 años de edad. La medida es objetiva ya que todas las personas nacidas en la misma fecha se pueden considerar parte de la población envejecida. La demografía de envejecimiento está firmemente sustentada en la teoría del crecimiento y estructura de la población. El envejecimiento demográfico y las condiciones de este grupo de población son explicados y las condiciones de este grupo de población son explicadas a través de los cambios de fecundidad, mortalidad y morbilidad¹⁰.

La transición demográfica que presenta México actualmente, responde a los cambios ocurridos en la fecundidad a partir de la década de los setenta. De acuerdo, al Censo de Población y Vivienda 2010, un total de 377 mil mujeres del país termina su vida reproductiva sin hijos nacidos vivos lo que representa el 7%, mientras que la mayoría de quienes tienen descendencia, 50% se declaró con 6 hijos o más. El Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM 2012) incluye una encuesta longitudinal que inició en 2001, habiendo entrevistado a 15 186 personas de 50 años de edad o más. Se realizó un seguimiento a la misma muestra en 2003 y una tercera entrevista más reciente en 2012. Al panel original ENASEM 2001 se agregó una muestra de 5 896 personas de 50 a 60 años de edad, con el fin de “refrescar” la muestra de estudio. La finalidad primordial del estudio es obtener información sobre el proceso de envejecimiento, el impacto de las enfermedades y la discapacidad en la población de 50 años y más en México. De manera general, estos fenómenos presentan diferencias en el tiempo, por subgrupos de edad y género. Los temas atendidos

por el estudio son: características sociodemográficas de los sujetos de estudio, medidas de salud, estado funcional, estilo de vida, depresión y estado cognitivo, atributos demográficos de los hijos, historial migratorio, ayuda en dinero o especie otorgado y recibido de familiares, datos económicos, ingresos laborales, pensiones y valor de bienes inmobiliarios y financieros^{9,11}.

ASPECTOS PSICOLOGICOS EN EL ADULTO MAYOR

Todos los seres humanos tenemos, alguna vez en la vida, experiencias de tristeza, luto o melancolía. Siendo esto normal, ya que sufrimos de forma constante pérdidas, crisis y dolor. Sin embargo hay momentos a lo largo de nuestras vidas, en donde estos sentimientos nos pasan en aproximadamente seis semanas y podríamos sufrir depresión. Cuando una persona tiene trastorno depresivo este interfiere con su vida cotidiana, su desempeño normal y ocasiona dolor y sufrimiento no solo a quien lo padece sino también a todos sus seres queridos. La depresión es una enfermedad: no es una cosa de voluntad, ni un proceso normal del envejecimiento. Es tan común en términos psiquiátricos que se equipara a un “resfriado”. No obstante es una enfermedad grave que trastorna vidas, familias y trabajo llegando a afectar la salud física, de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte¹⁰.

MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR

Según la OMS, “en general, se conviene que el maltrato hacia las personas mayores se puede cometer tanto en acción como en omisión, (en ese caso por lo común se denomina descuido), y que puede ser intencional o no. Además puede ser de carácter físico o psíquico (este último, incluye agresiones emocionales o verbales), o puede entrañar abuso económico u otros perjuicios materiales. Cualquiera que sea el tipo de maltrato, es indudable que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y de su deterioro de su calidad de vida. La calificación de una conducta como maltrato, descuido o explotación dependerá, probablemente de la frecuencia con que se produzca, su duración, gravedad y consecuencias, y sobre todo del contexto cultural¹².”

En otras palabras podemos definir al maltrato como un comportamiento del que pueda derivar consecuencias penales y morales ya que se trata de una conducta que lesiona los fundamentos éticos de las relaciones humanas, basadas en la confianza, ayuda mutua y socorro. Siendo el maltrato una conducta activa de la que se deriva un daño físico y moral, independientemente de la intencionalidad que persiga el agresor, tomando en cuenta que el maltrato se puede producir en cualquiera de las circunstancias vitales y situacionales en que se encuentre la

persona mayor: en el entorno y próximo del domicilio, en el medio institucional o en el contexto social más amplio. Siendo el maltrato entonces un atentado y vulneración de los derechos y de la dignidad de la persona, que se produce como consecuencia del abuso de poder hacia una persona al entender que se encuentra en situación de desventaja e inferioridad como consecuencia de sus limitaciones ya sea por razón de edad, de género o pérdidas de sus capacidades. Entonces podemos decir que la negligencia es una conducta que se caracteriza por dejar de hacer aquellas cosas que se deberían de hacer para garantizar la calidad de vida de la persona mayor atendida¹³.

El maltrato hacia las personas mayores se puede estudiar desde diversos ámbitos en los cuales se puede producir o desarrollar tales como a nivel social, institucional y a nivel domiciliario o familiar. De acuerdo al concepto de maltrato propuesto por la OMS, 2002 se asume que el maltrato es una acción única o repetida o falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación que exista donde exista una expectativa de confianza, siendo el ámbito familiar uno de los entornos en los que el nivel de confianza alcanza los niveles máximos^{14,15}.

Debido a que durante las dos últimas décadas varios investigadores encontraron complicaciones o dificultades para el estudio del maltrato en el adulto mayor por la diversidad de definiciones y tipologías (lo cual se ve influenciado por la diferencia de valores, actitudes y creencias individuales o de un grupo de personas) y por la diversidad de localización del maltrato (intrafamiliar, institucional o social), en noviembre de 2002, por iniciativa de la Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez (INPEA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se reunieron en Toronto expertos de diversos países y con base en el Plan Internacional de Acción de las Naciones Unidas, adoptado por todos los países en Madrid (abril de 2002), se elaboró una declaración denominada “Declaración de Toronto”, cuyo principal aporte fue el de lograr una definición consensuada sobre el maltrato de personas mayores: “El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”^{16,17}.

El maltrato puede ser de varios tipos de Maltrato por lo que se puede clasificar de la siguiente manera: Abuso o maltrato físico, abuso o maltrato psicológico, emocional o psicoafectivo, abuso económico o financiero, abuso sexual, negligencia, abandono y omisión de cuidados, autonegligencia y autoabandono.

Las personas de edad avanzada son vulnerables a los malos tratos ya que suelen ser personas con cierto grado de independencia y pérdida de la autonomía, por lo

que se encuentran en una situación de alto riesgo. Los individuos en situación de riesgo suelen padecer impedimentos psíquicos o físicos, debido a condiciones como demencia senil o discapacidad; entre otros factores incluyen pobreza, el no tener hijos, vivir solo, el aislamiento social y el desplazamiento, así también las personas adultas mayores con patologías físicas y mentales asociadas o que padezcan mala salud mental debido al uso indebido de medicamentos, alcohol o drogas, se encuentran en situación de alto riesgo^{18,19}.

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida, en general consiste en la valoración que el sujeto hace de su propia vida en relación a la satisfacción de los diversos componentes que la integran, tales como las que plantea la ONU, como la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida. De acuerdo a la propuesta planteada por la OMS en la que define la calidad de vida como la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto su estado psicológico su nivel de independencia sus relaciones sociales así como los elementos esenciales de su entorno, esta definición contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos. Se entiende como vejez, a la etapa final del proceso de envejecimiento, como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, que repercute en el sistema social y económico, que se inicia desde el nacimiento mismo; los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de envejecimiento constituyen una población particularmente vulnerable que requiere estrategias de atención que les garantice una calidad de vida digna^{10,20,21}.

El bienestar subjetivo es un concepto multidimensional, en el que se incluyen distintas evaluaciones que las personas realizan en sus vidas, las cosas que le suceden y las circunstancias en las que vive. En el concepto caben las emociones y estados de ánimo, la satisfacción con ámbitos específicos de la vida y los juicios globales de satisfacción. De este modo el bienestar subjetivo es un área general de interés científico dentro del cual caben los elementos cognitivos y emocionales del juicio acerca de la vida personal. La satisfacción con la vida es la calificación global que realiza un entrevistado de su vida como un todo, considerando como referencia algún umbral de comparación (expectativas). Por su parte, la satisfacción con el dominio consiste en las evaluaciones que las personas realizan

de ámbitos particulares de su vida como salud, trabajo, tiempo libre y familia. Los juicios cognitivos, como la satisfacción con la vida en general o con dominios particulares de esta, pueden no cuadrar perfectamente con las emociones con las personas²².

Derivado del reciente interés por conocer sobre la satisfacción de los adultos mayores con la vida, el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México ENASEM 2012 consideró una serie de preguntas vinculadas con el tema; de la información recabada destaca lo siguiente: El 83.7 por ciento de los hombres y el 79.8 por ciento de las mujeres se encuentran satisfechas con sus vidas, 79.6 de cada cien varones y 78 de cada cien mujeres consideran que han conseguido cosas que les son importantes en su vida. En cuanto a pensar que su vida está cerca del ideal, el 71.4 por ciento de los varones y el 67.8 por ciento de las mujeres lo consideran así. El 64.4 por ciento de los hombres y el 61.5 por ciento de las mujeres no cambiarían casi nada de sus vidas. Además, 59.8 de cada cien hombres y 54.6 de cada cien mujeres perciben que las condiciones de su vida son excelentes. Ante esta visión general positiva de la vida expresada por ambos sexos, es de notar que las mujeres sistemáticamente son menos optimistas que los varones. Además se aprecia que alrededor de 20 por ciento (21.8 por ciento mujeres y 17.5 por ciento hombres) no está de acuerdo con “no cambiaría nada a su vida”. Así también, 12.1 por ciento hombres y 17.7 por ciento mujeres no está de acuerdo con “sus condiciones de vida son excelentes”¹.

Para evaluar la calidad de vida de los pacientes es necesario trabajar con las percepciones de los propios pacientes y si son auto declaradas mejor. Existen diversos estudios validados en México para la valoración de la calidad de vida en México entre los principales destaca el FS-36 con reportes que indican que las mujeres tienen tres veces más riesgo de tener mala calidad en funcionamiento físico, emocional y de salud lo cual les genera un impacto de manera negativo en sus vidas. De acuerdo a las condiciones y comorbilidades con que llegan los pacientes a la etapa del adulto mayor, es importante que el personal de salud considere la evaluación de la calidad de vida como un objetivo esencial de los cuidados médicos. Otro de los instrumentos genéricos y fundamentales para ser empleados en la atención primaria son las viñetas o láminas de la COOP/WONCA, las cuales están diseñadas para ser empleadas en la consulta médica, además al ser un instrumento visual son de mayor practicidad para la aplicación dentro de la población de adultos mayores^{22,23}.

Los primeros estudios sobre maltrato se realizaron a finales de los años sesenta con la publicación de algunos artículos británicos, entre ellos el del médico Isaacs B. A mediados de los setenta (1975) Baker publicó el artículo titulado “abuela golpeada” (granny bashing), donde denunció los malos tratos a personas mayores, específicamente el maltrato físico hacia mujeres mayores; ese mismo año Burston utilizó el término “abuela apaleada” (granny battering). En la década de los ochenta, M Eastman en Gran Bretaña contribuyó de manera importante al reconocimiento del problema y a partir de su publicación Old Age Abuse en 1984 se sustituyeron los términos “abuela golpeada” y “abuela apaleada” por el de “abuso a la tercera edad”. El Congreso de Estados Unidos fue el primero en abordar el tema y considerarlo en los aspectos sociales y políticos. Fue hasta la década de 1980 que se realizaron varias investigaciones científicas en diversos países como Australia, Canadá, China, Noruega y Suecia, mientras que en los años 90’s se extendió hacia países como India, Israel, Japón y Sudáfrica.^{14, 17,24}

Fue hasta el año de 2006 cuando se llevó a cabo un estudio en la población mexicana y que se propuso un instrumento con 49 ítems, esta escala preliminar se administró a 626 adultos mayores mediante una muestra probabilística en adultos mayores residentes de la Ciudad de México. Posteriormente se realizó un procedimiento estadístico para la reducción de ítems, comprobar sus consistencia interna y validez de constructo. El GMS de 22 ítems creado mediante una exhaustiva investigación documental, cualitativa 21 y cuantitativa tuvo una aceptable consistencia interna y adecuada validez predictiva, recomendable para la evaluación de los cinco diferentes tipos de maltrato en adultos mayores: maltrato físico, psicológico, negligencia, económico y abuso sexual. Reportando una prevalencia del 10.28% de maltrato reportado en la población de estudio que fue de 623 adultos mayores con una edad media de los participantes de 71.94% ± 8 años¹⁷.

En un estudio retrospectivo, descriptivo, realizado en el municipio de Nuevitas Camaguey, Cuba, por Lourdes Deocampo y cols. Reportó que la distribución de adultos mayores que sufrieron violencia, se observó que casi la mitad de los adultos entre 60 a 69 años, y en más de la mitad prevaleció el sexo femenino con un nivel de escolaridad de secundaria básica. Más de la tercera parte de los adultos mayores maltratados formaban parte de familias con características psicosociales y cultura sanitaria mala y regular. El mayor porcentaje de los adultos mayores maltratados correspondió a familias disfuncionales, siendo la negligencia el tipo de maltrato más frecuente en el adulto mayor de dicha población²¹.

Según Ruelas González y cols. Estudiaron los factores asociados con el auto reporte de maltrato en adultos mayores de México, publicado en la revista chilena

de Salud Pública en 2009, en el cual se ajustó un modelo multivariado de regresión logística binaria y la fuerza de asociación en el modelo fue expresado con razones de momios con intervalos de confianza al 95%, reportándose igualmente los valores de p. Los resultados mostraron que 16.3% de la población estudiada reportó maltrato, respecto al 83.7% de los encuestados no reportaron haber sido víctimas de maltrato, se encontró que entre los maltratados existe una mayor proporción en mujeres, con una mayor proporción ($p < 0.05$) en personas sin compañero, y ($p > 0.05$) en aquellos que viven con sus hijos, y una proporción menor ($p > 0.05$) en adultos mayores que trabajan y recibían apoyo económico. La media en número de enfermedades y número de lesiones fue mayor en los que reportaron maltrato y fue más alta a la proporción de ancianos maltratados, que presentaban lesiones evidentes a la observación, sintomatología depresiva y apoyo deficiente de maltrato, los resultados fueron consistentes a lo reportado por la encuesta sobre violencia intrafamiliar llevada a cabo en México hace 15 años, por lo que se encuentran bases sólidas, consistentes y reproducibles²¹.

Por lo tanto es importante recordar que el envejecimiento de la población en México es el resultado de la dinámica poblacional determinada fundamentalmente por las variables de fecundidad y mortalidad, por lo cual se ha visto un incremento ponderal de esta población siendo el blanco vulnerable menos conocido y mayor demandante hacia las cuestiones de salud; estadísticamente encontramos que la población de 60 años y más en México representa el 9%, colocándose como la undécima población más poblada del mundo y proyectándose en el séptimo lugar en América Latina y el Caribe con el 26.3% de adultos mayores para el 2020^{22,24}.

Las láminas COOP fueron diseñadas originalmente para un grupo de médicos investigadores de atención primaria en Estados Unidos: The Dearmount Primary Care Cooperative Information Project (COOP Project), Hanover, New Hampshire. Basándose en resultados preliminares, el grupo investigador diseñó un total de 9 láminas: cuatro focalizadas en las dimensiones específicas de funcionamiento (física, emocional, rol y función social), tres referidas a la salud general (salud global, cambio en la salud y dolor), dos concernían a la calidad de vida (calidad de vida y apoyo social). Cada lámina consta de un título, una cuestión referida al estado del paciente en las últimas dos semanas, y cinco posibles respuestas. Cada opción está ilustrada con un dibujo que representa un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo Likert de cinco puntos. Las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento. Las láminas pueden administrarse por un profesional sanitario o puede ser auto administrado¹⁴.

¹⁶.

La validez, viabilidad y posible utilidad clínica quedan contrastadas muy satisfactoriamente: No resulta difícil integrar las láminas en el proceso de recogida de información de la práctica diaria. Un grupo de 4 láminas cuesta 3 ó 4 minutos de administrar. El uso de las láminas descubre nueva información en aproximadamente uno de cada cuatro pacientes. Al 89% de los pacientes les agrada las láminas y al 93% les gusta las ilustraciones y 99% entiende perfectamente las cuestiones. Al menos 9 de cada 10 pacientes creen que las láminas proporcionan información importante para sus sanitarios. En 1998, basándose en la naturaleza del instrumento y los datos psicométricos publicados, la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies, and Associations of General Practitioners/Family Physicians) seleccionó este cuestionario como el más adecuado para llevar a cabo un sistema de medición del estado funcional a nivel internacional. Se decidió revisar las láminas COOP ampliamente: se eliminaron las correspondientes al apoyo social y la calidad de vida y se dejó la del dolor como opcional. El tiempo de referencia de las cuestiones se redujo de cuatro a dos semanas. El nuevo instrumento se denominó "COOP/ WONCA Charts" para diferenciarlo de las originales "COOP Charts". De esta forma substancialmente revisada, las COOP/ WONCA charts constituyen un nuevo instrumento de medida. La intención de la WONCA era proporcionar un instrumento genérico, breve y eficaz en la práctica diaria. Se considera que es útil para evaluar y monitorizar a los pacientes y mejorar la comunicación sanitario-paciente. Además, en teoría, se pueden establecer comparaciones internacionales una vez adaptado a la cultura propia del país ²⁵.

El cuestionario COOP/WONCA elegido para este trabajo, está formado por seis láminas con cinco viñetas cada una, indicativas de las actividades que inciden en la calidad de vida relacionada con la salud. En el encabezado de cada una se formula una pregunta sencilla, y el paciente debe mirar las viñetas, para señalar la que subjetivamente, considere que responde mejor a la pregunta del encabezamiento. Las respuestas van de mayor a menor intensidad. El cuestionario actividad física, pregunta qué ejercicio pudo realizar durante las dos últimas semanas. Las respuestas van desde una actividad muy intensa, reduciéndose a intensa, luego moderada, para ser luego ligera, hasta la mínima que sería muy ligera. Puntuaríamos desde 5 en orden decreciente hasta el 1. El cuestionario actividades cotidianas, para valorar el grado de dificultad que puede haber tenido el paciente para realizar sus tareas cotidianas, igualmente se puntuará de menor a mayor dificultad, así el 5 sería la respuesta de ninguna dificultad, para luego tener un poco de dificultad, dificultad moderada vendría a continuación, luego ya sería mucha dificultad y valoramos con un 1 la situación de incapacidad de hacer nada. El cuestionario actividades sociales mantenidas durante las dos últimas semanas, para ver el grado de limitación que puedan

haber tenido, así pues la respuesta nada en absoluto, sería la puntuación mejor 5, para en sentido decreciente ir a ligeramente, si estaba peor contestaría que moderadamente, los que se encontraban aún peor contestan que bastante, y aquellos que su calidad de vida es realmente mala responden que muchísimo, 1. El cuestionario cambio en el estado de salud, aquí las respuestas van del mucho mejor (valorado como 5), en orden decreciente un poco mejor, igual, por el estilo, un poco peor y por último mucho peor (1). El cuestionario estado de salud, para que el paciente valore cómo está su salud, y las respuestas van desde excelente (5), después muy buena, buena, regular y al final mala (1). El cuestionario del dolor, no siempre es aceptado para valorar la calidad de vida, por ser el más subjetivo de todos, pero lo que hemos incluido porque aporta datos interesantes, y las respuestas serían, nada de dolor (5), dolor muy leve, dolor ligero, dolor moderado y dolor intenso (1)^{24,25}.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los principales obstáculos del sistema de salud para dimensionar y enfrentar el problema de maltrato dentro de la población de 60 años y más es debido al desconocimiento de la verdadera magnitud de dicha situación, esto secundario a la falta del reporte e incluso ausencia de la denuncia por este tipo de delito, de la víctima hacia su agresor, sin embargo nos podemos estar enfrentando ante el efecto del iceberg, en el cual estemos viendo solo la punta del verdadero problema, esto debido a que el adulto mayor frecuentemente no reporta ser maltratado porque no sabe que cierta acción u omisión hacia su persona puede ser considerada como maltrato. Al ser los adultos mayores una población vulnerable a recibir algún tipo de maltrato dentro del ámbito familiar, por encontrarse en la última etapa del ciclo evolutivo la cual se caracteriza por una decadencia en los aspectos biopsicosociales, pudiendo esta situación mermar la calidad de vida percibida por los adultos mayores, se ha visto que existe mayor demanda de esta población hacia los servicios de salud, por el creciente envejecimiento de la población actual, siendo del primer nivel de atención en salud el primer contacto con esta población, por lo cual es importante saber identificar alguna situación de maltrato al cual pueda estar expuesto el adulto mayor.

Motivo por el cual es de suma importancia identificar a los adultos mayores que probablemente reciban o perciban maltrato de algún tipo dentro de su entorno familiar y si esto llega a afectar o no su calidad de vida, el conocimiento adquirido ayudara dentro del primer nivel de atención a entender a nuestros adultos mayores y sensibilizar al personal médico en relación a estos temas implicados en cada adulto mayor que acuda a su consulta diaria logrando realizar una intervención adecuada para ayudar a mejorar su calidad de vida, no solo en el ámbito de la salud, sino también, en las cuestiones sociales y psicológicas, ya que estos temas a investigar pueden llegar a ser un problema de salud pública, en el cual se ve involucrada a las familias, las comunidades y los países. Motivo por el cual nos planteamos la siguiente pregunta.

PREGUNTA A INVESTIGAR

¿Cuál es la percepción de maltrato reportado en adultos mayores de la UMF 20 y su asociación con la calidad de vida?

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la percepción de maltrato reportado en adultos mayores adscritos a la UMF 20 y su asociación con la calidad de vida.

ESPECÍFICOS

1. Identificar los diferentes tipos de maltrato que prevalece en la población en estudio
2. Evaluar la calidad de vida de los adultos mayores de la UMF 20
3. Buscar la relación maltrato con calidad de vida y las variables sociodemográficas

HIPÓTESIS

Hipótesis Nula

Ante la presencia de maltrato en adultos mayores NO se ve afectada su calidad de vida

Hipótesis Alternativa

Ante la presencia de maltrato en adultos mayores SI se ve afectada su calidad de vida

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS:

LUGAR DEL ESTUDIO:

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No 20, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Calzada Vallejo No 675 Col. Magdalena de las Salinas, Delegación, Gustavo A Madero, y que corresponde al primer nivel de atención en salud, cubriendo a la población derechohabiente vigente y adscrita a la unidad, en el cual la población acude a recibir atención médica, en los horarios establecidos para otorgarles consulta externa, por medio de una cita previa y/o en su defecto de ficha u horario concertado.

POBLACION DE ESTUDIO: Adultos de 60 años o más adscritos a la UMF20.

PERIODO DE ESTUDIO: Noviembre del 2016

DISEÑO DEL ESTUDIO: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico.

CRITERIOS DE ESTUDIO.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad 60 años o mas
- Ser de sexo femenino o masculino
- Ser derechohabientes de la UMF20
- Que acuda a la Consulta Externa
- Que desee participar en el estudio bajo consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Padecer alguna discapacidad física o psicológica, deterioro neurológico que le limite contestar el cuestionario
- No haber firmado el consentimiento informado
- No contar con tiempo suficiente para la aplicación del cuestionario

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Encuestas incompletas
- Pacientes que posteriormente deseen retirarse del estudio

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se calculó con un universo de 32,447 adultos mayores adscritos a la UMF20 mediante la siguiente fórmula para población finita.

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Z= 1.96

d=0.05

p=0.5

q=0.5

Nivel de confianza y precisión 95%

Sustitución

$$n = \frac{(32,447)(1.96)^2 [(0.5)(0.5)]}{(0.05)^2(32,447-1) + (1.96)^2 [(0.5)(0.5)]}$$

n= 379.8

Cerrando a un total de 380 adultos mayores a encuestar.

MUESTREO.

El muestreo será no probabilístico por conveniencia durante el mes de Noviembre del 2016 se capturara a los pacientes adultos mayores que acudan a la consulta externa en la sala de la UMF 20.

Variable de interés:

Calidad de vida:

Definición conceptual: La percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses.

Definición operacional: Durante la entrevista se aplicaran láminas COOP/WONCA, referentes a la calidad de vida, valorando la forma física, actividades cotidianas, sentimientos, actividades sociales, dolor y estado de salud.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de Medición: 1. Buena y 2. Mala

Forma Física:

Definición conceptual: Actividad física que realiza, en un determinado tiempo y con periodicidad.

Definición operacional: Durante la entrevista se aplicara láminas COOP/WONCA mostrando la viñeta que evalúa la máxima actividad física realizada por el adulto mayor en al menos en 2 minutos, durante las últimas dos semanas.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de Medición: 1. Buena, 2. Regular, 3. Mala.

Actividades sociales:

Definición conceptual: Conjunto de acciones organizadas en grupo con el fin de establecer relaciones interpersonales.

Definición operacional: Durante la entrevista se aplicara láminas COOP/WONCA mostrando la viñeta que evalúa la relación de la salud física y el estado emocional, del adulto mayor que haya limitado sus actividades sociales, ya sea con sus familiares, vecinos, amigos o grupos, durante las últimas dos semanas.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de Medición: 1. Buena, 2. Regular, 3. Mala.

Actividades cotidianas:

Definición conceptual: Conjunto de acciones que se realizan cada día

Definición operacional: Durante la entrevista se aplicara láminas COOP/WONCA mostrando la viñeta que evalúa la dificultad que ha tenido el adulto mayor para hacer sus actividades, o tareas habituales, dentro y fuera de su casa a causa de su salud física o problemas emocionales, durante las dos últimas semanas.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de Medición: 1. Buena, 2. Regular, 3. Mala.

Sentimientos

Definición conceptual: Estado afectivo del ánimo producido por causas que lo impresionan vivamente

Definición operacional: Durante la entrevista se aplicara láminas COOP/WONCA mostrando la viñeta que evalúa la medida en la que le han molestado al adulto mayor problemas emocionales, tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y de ánimo, durante las últimas dos semanas.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de Medición: 1. Buena, 2. Regular, 3. Mala.

Dolor:

Definición conceptual: Sensación molesta y aflictiva de alguna parte del cuerpo por causa interior o exterior.

Definición operacional: Durante la entrevista se aplicara láminas COOP/WONCA mostrando la viñeta que evalúa el dolor que ha tenido el adulto mayor durante las últimas dos semanas.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de Medición: 1. Buena, 2. Regular, 3. Mala.

Estado de salud:

Definición conceptual: Condición física en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones en determinado tiempo

Definición operacional: Durante la entrevista se aplicara láminas COOP/WONCA mostrando la viñeta que evalúa cómo califica el adulto mayor su estado de salud en general, durante las últimas dos semanas.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de Medición: 1. Buena, 2. Regular, 3. Mala.

Variables descriptoras:

Edad:

Definición conceptual: Periodo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la fecha de la última consulta

Definición operacional: Años cumplidos del paciente en el momento de la entrevista

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Continúa de intervalo

Unidad de Medición: 1=60-65-años, 2=66-70 años, 3=71-75 años, 4=76-80 años, 5=81-85 años, 6=86-90 años

Sexo:

Definición conceptual: Condición fenotípica que diferencia al hombre de la mujer

Definición operacional: Género biológico que refiere el paciente al momento de la entrevista

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal dicotómica

Unidad de Medición: 1. Hombre 2. Mujer

Estado civil:

Definición conceptual: Forma de cada individuo en relación con su pareja o sentido de pertenencia, para cumplir sus derechos y obligaciones civiles.

Definición operacional: Condición civil ante la sociedad que refiere el paciente al momento de la entrevista

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal politómica

Unidad de Medición: 1=soltero, 2= casado, 3=viudo, 4=divorciado.

Ocupación:

Definición conceptual: Actividad diaria o laboral en que el paciente desarrolla la mayor parte de su tiempo y le permite mantenerse activo además de obtener ingresos económicos en la mayoría de los casos

Definición operacional: Actividad o labor que realiza en este momento el adulto mayor al momento de la entrevista.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal politómica

Unidad de Medición: 1=pensionado, 2= hogar, 3=comerciante, 4= otros

Escolaridad:

Definición conceptual: Estudios realizados en un centro docente con título certificado por alguna Institución Educativa avalada por la SEP.

Definición operacional: Grado máximo de estudios referido por el adulto mayor al momento de la entrevista

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de Medición: 1=Analfabeta, 2=Primaria Incompleta 3= primaria completa, 4=Secundaria Incompleta 5=secundaria completa, 6=Preparatoria, 7=Carrera técnica, 8=Licenciatura

Maltrato:

Definición conceptual: Acción única o repetida o falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación que exista donde exista una expectativa de confianza.

Definición operacional: Se solicitará al paciente de acuerdo al cuestionario GMS 22 items sobre malos tratos en el adulto mayor, el cual evalúa el área psicológica, física, negligencia, económico y sexual, en el cual se representa si ha presentado o no maltrato

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal dicotómica

Unidad de Medición: 1. Presente 2. Ausente

Maltrato psicológico:

Definición conceptual: Palabras e interacciones que denigran al adulto mayor y que hieren y disminuyen su identidad, dignidad y autoestima.

Definición operacional: Se aplicara el cuestionario GMS 22 items sobre maltrato en el adulto mayor el cual indaga la presencia de humillación, burlas, indiferencia, resta de autoridad y/o prohibiciones, referido por el adulto mayor, dependiendo de las veces ocurridas, el tiempo de evolución o presentación, parentesco del agresor y sexo del agresor.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal dicotómica

Unidad de Medición: Si o no

Maltrato Físico:

Definición conceptual: Es el uso de fuerza física no accidental para coaccionar. Y se aprecia por la presencia de heridas, golpes, moretones etc.

Definición operacional: Se aplicara el cuestionario GMS 22 items sobre maltrato en el adulto mayor el cual indaga la presencia de agresión física recibida por el adulto mayor, dependiendo de las veces ocurridas, el tiempo de evolución o presentación, parentesco del agresor y sexo del agresor.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal dicotómica

Unidad de Medición: Si o no

Negligencia:

Definición conceptual: Es el descuido malicioso o depravación de las necesidades básicas de servicios de un adulto mayor por la persona que los cuida.

Definición operacional: Se aplicara el cuestionario GMS 22 items sobre maltrato en el adulto mayor el cual indaga la presencia de negligencia percibida por el adulto mayor, ya sea en la proporción de vestimenta, salud, protección y habitación, dependiendo de las veces ocurridas, el tiempo de evolución o presentación, parentesco del agresor y sexo del agresor.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal dicotómica

Unidad de Medición: Si o no

Maltrato económico:

Definición conceptual: Es la forma inapropiada o ilegal de usar el dinero, propiedades u otros bienes, ocultándoselos y/o apropiándoselos.

Definición operacional: Se aplicara el cuestionario GMS 22 items sobre maltrato en el adulto mayor el cual indaga la presencia de abuso sobre las percepciones económicas y pertenencias del adulto mayor, dependiendo de las veces ocurridas, el tiempo de evolución o presentación, parentesco del agresor y sexo del agresor.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal dicotómica

Unidad de Medición: Si o no

Maltrato sexual:

Definición conceptual: Todo contacto sexual sin consentimiento, incluido la violación, el atentado al pudor y el acoso sexual.

Definición operacional: Se aplicara el cuestionario GMS 22 items sobre maltrato en el adulto mayor el cual indaga la presencia de la agresión sexual percibida por el adulto mayor, dependiendo de las veces ocurridas, el tiempo de evolución o presentación, parentesco del agresor y sexo del agresor.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal dicotómica

Unidad de Medición: Si o no

DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Se aplicaron los instrumentos seleccionados a los adultos mayores de la UMF 20, que se encontraban en sala de espera, de la Consulta Externa, se dio información sobre el estudio y se les solicitó su participación bajo consentimiento informado. Se les entregó la encuesta y se les explicó las partes en que está conformada que es datos generales, instrumento de maltrato y el de calidad de vida. Al terminó se verificó que las encuestas estuvieran bien llenadas y se les daré agradecié por su par su participación.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Ficha de identificación

Que consta de características básicas para la identificación del paciente a encuestar, tales como folio, edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad.

GSM Cuestionario final para la detección de malos tratos en el adulto mayor 22 items. Para evaluar el maltrato percibido por el adulto mayor se aplicara el cuestionario final para la detección de malos tratos en el adulto mayor, el cual consta de 22 items, y abarca las siguientes variables a investigar, tipos de maltrato: psicológico, físico, negligencia, económico y sexual. En este estudio se va a considerar maltrato con la presencia de un solo rubro contestado por el adulto mayor como “si” calificado como si o no, de acuerdo al periodo de ocurrencia, tiempo de presentación, responsable y finalmente si es hombre o mujer, independientemente del área afectada, posteriormente se evaluara la magnitud del maltrato dependiendo de la cantidad de casillas contestadas, así como la frecuencia y tiempo de exposición y tipo de maltrato.

VIÑETAS COOP/WONCA: Para la evaluación de la calidad de vida

La escala muestra una serie de dibujos para ilustrar una posible opción de respuesta, el cuestionario consta de 9 escalas de un único ítem, intenta medir la dimensión de la calidad de vida, cada lámina consta de un título, una cuestión referida al estado del paciente en las últimas 2 semanas y 5 respuestas alternativas. Cada opción esta ilustrada por un dibujo que representan un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo likert de 5 puntos, las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento. Los tiempos de las láminas y las preguntas se modificaron y los dibujos se simplificaron al máximo presentando una ventaja única, para ser utilizadas en la consulta diaria, utilizando un único ítem para medir una dimensión de funcionamiento, 6 ítems en total más una opcional²⁸.

Para este estudio se calificara de acuerdo a cada viñeta; en la forma física (1=Muy intensa, 2=Intensa, 3=Moderada, 4=Ligera, 5=Muy ligera) y se considera mala con 4 a 5 puntos, regular 2 a 3 puntos y buena 1 punto, en actividades cotidianas (1=Nada, 2=Ligeramente, 3=Moderadamente, 4=Bastante, 5=Muchísimo) en donde se considera mala con 4 a 5 puntos, regular 2 a 3 puntos y buena 1 punto,

en sentimientos (1=Nada, 2=Poco, 3=Moderadamente, 4=Bastante, 5=Intensamente) en donde se considera, mala 4 a 5 puntos, regular 2 a 3 puntos y buena 1 punto, actividades sociales (1=ninguna, 2=poca, 3=moderada, 4=mucha, 5=toda) y se considera mala 4 a 5 puntos, regular 3 puntos y buena 1 a 2 puntos, en dolor (1=Nada, 2=Muy leve, 3=Ligero, 4=Moderado, 5=Intenso) y se considera mala 4 a 5 puntos, regular 3 puntos y buena 1 a 2 puntos, por último el estado de salud (1=Excelente, 2=Muy buena, 3=Buena, 4=Regular, 5=Mala) con mala 4 a 5 puntos, regular 3 puntos y buena 1-2 puntos. Posteriormente se considerará como afección de la calidad de vida global a aquellos que presenten un puntaje total mayor de 19, colocando el punto de corte en 17 puntos, con un mínimo de 1 y un máximo de 30 puntos, considerando la calidad de vida global como mala a partir de 19 puntos en la suma total de las 6 viñetas a encuestar y buena con un puntaje de 1 a 19 tomando en cuenta las categorías regular de 11 a 18 puntos y buena de 0 a 10 puntos, de cada viñeta a encuestar.

Finalmente al tener todas las variables con sus puntajes correspondientes se procedió al cálculo de las frecuencias de cada variable y posteriormente al cruce de las variables de maltrato y calidad de vida para obtener la relación entre ellas, descargando los datos en el programa SPSS 21.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para el almacenamiento, captura y análisis de la información recolectada se utilizó el programa SPSS 21. Se realizó el empleo de porcentaje, así como cuadros comparativos para descarga de la información obtenida. Para valorar la asociación entre la presencia de maltrato y la calidad de vida se utilizó el cálculo de la Chi² cuadrada (X^2) y así poder apreciar la asociación entre estas dos variables. OR e IC al 95% considerando significancia estadística cuando $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

Se entrevistaron a 380 adultos mayores en la sala de espera de la UMF 20 adscritos a la unidad, turno matutino y vespertino. Encontrando una media de 72 \pm 7.18 años, una moda de 69 años y una mediana de 72 años, con un rango mínimo de 60 años y máximo de 89 años, 89 pacientes con un intervalo de edad entre 66-70 años (23.4%) seguido de 84 pacientes con un intervalo de edad entre 71-75 años (22.1%), 179 pacientes fueron masculinos (47.1%) y 201 femeninas (52.9%), 266 casados (70%), seguido de 92 viudos (as) (24.2%), en escolaridad predomino primaria completa 134 pacientes (26.6%) y 101 con primaria incompleta (26.6%), 202 dedicados al hogar (53.2%) seguido de 132 pensionados (32.7%) Tabla 1.

TABLA 1. DATOS GENERALES DE ADULTOS MAYORES DE LA UMF 20

DATOS GENERALES	N (380)	%
EDAD		
60-65 AÑOS	77	20.3
66-70 AÑOS	89	23.4
71-75 AÑOS	84	22.1
76-80 AÑOS	62	16.3
81-85 AÑOS	51	13.4
86-90 AÑOS	17	4.5
SEXO		
MASCULINO	179	47.1
FEMENINO	201	52.9
ESTADO CIVIL		
SOLTERO (A)	20	5.3
CASADO (A)	266	70
VIUDO (A)	92	24.2
SEPARADO (A)	2	0.5
ESCOLARIDAD		
ANALFABETA	57	15
PRIMARIA INCOMPLETA	101	26.6
PRIMARIA COMPLETA	134	35.3
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	0.3
SECUNDARIA COMPLETA	46	12.1
PREPARATORIA	17	4.5
TECNICO	12	3.2
LICENCIATURA	12	3.2
OCUPACION		
PENSIONADO (A)	132	34.7
HOGAR	202	53.2
COMERCIANTE	17	4.5
OTRO	29	7.6

Fuente: Encuestas UMF20

De acuerdo al maltrato solo el 9.7% (37) de los adultos mayores lo reportaron, un 35.1% (13) reporta a los hijos como el maltratador más frecuente, seguido del 24.3% (9) que reporta a los vecinos, el 70.3%(26) lo identifican del sexo femenino y solo el 29.7% (11) del masculino, el 81% (30) presentan maltrato leve, en el 59.4% (22) se presentó el maltrato en un lapso de 1-3 años seguido del 21.6% (8) con un lapso menor de 1 año, el 59.4% (22) lo reportan como pocas veces y el 24.3% (9) lo reportaron una vez Tabla 2.

TABLA 2. ASPECTOS DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR UMF 20

MALTRATO	N (380)	%
PRESENCIA DE MALTRATO		
SI	37	9.7
NO	343	90.3
ASPECTOS DEL MALTRATO	N (37)	%
MALTRATADOR		
CONYUGUE	3	8.2
HIJOS	13	35.1
NIETOS	6	16.2
VECINOS	9	24.3
OTROS	6	16.2
SEXO DEL MALTRATADOR		
MASCULINO	11	29.7
FEMENINO	26	70.3
GRADO DE MALTRATATO		
LEVE	30	81.1
MODERADO	7	18.9
TIEMPO DEL MALTRATO		
MENOS DE 1 AÑO	8	21.6
1-3 AÑOS	22	59.4
3-5 AÑOS	3	8.2
MAS DE 5 AÑOS	4	10.8
EVENTOS OCURRIDOS		
UNA VEZ	9	24.3
POCAS VECES	22	59.4
MUCHAS VECES	6	16.3

Fuente: Encuestas UMF20

Para los tipos de maltrato estudiados el 86.4% (32) reportan maltrato de tipo psicológico seguido del 16.2% (6) con maltrato por negligencia, 8.2 % (3) maltrato de tipo físico con el mismo porcentaje el maltrato por negligencia. En cuanto a las áreas vulnerables de cada tipo de maltrato en el psicológico 43.2% (16) no se respetaban sus decisiones, seguido del 40.5% (15) los trataban con indiferencia y el 35.1% (13) presento alguna humillación o burla; en el físico el 10.8% (4) reporto jalones y solo el 2.7% (1) le han aventado algún objeto; para el de por negligencia el 8.1% (3) no se les proporcionaba ropa y el 5.4% (2) no se les suministraban medicamentos; finalmente para el económico el 11.7% (4) reportó manejo de su dinero sin su consentimiento de igual manera con el 11.7% (4) se le quitaba su dinero Tabla 3.

TABLA 3. AREAS VULNERABLES EN LOS TIPOS DE MALTRATO UMF 20

MALTRATO	N (37)	%
TIPO DE MALTRATO		
PSICOLOGICO	32	86.4
FISICO	3	8.2
NEGLIGENCIA	3	8.2
ECONOMICO	6	16.2
AREAS VULNERABLES		
MALTRATO PSICOLOGICO		
HUMILLACION	13	35.1
INDIFERENCIA	15	40.5
HACER SENTIR MIEDO	7	18.9
NO RESPETAR SUS DECISIONES	16	43.2
MALTRATO FISICO		
JALONES	4	10.8
AVENTAR OBJETOS	1	2.7
MALTRATO POR NEGLIGENCIA		
NO PROPORCIONAR ROPA	3	8.1
NO SUMINISTRAR MEDICAMENTO	2	5.4
MALTRATO ECONOMICO		
MANEJO DE DINERO SIN CONSENTIMIENTO	4	10.8
QUITAR SU DINERO	4	10.8
QUITAR PROPIEDADES	1	2.7
PRESIONAR A DEJAR SU PROPIEDAD	1	2.7
PRESIONAR A VENDER SU PROPIEDAD	1	2.7

Fuente: Encuestas UMF20

Respecto a la calidad de vida en la población estudiada se reportó que el 83.7% (318) de los pacientes perciben buena CV mientras que el 16.3% (62) la perciben como mala CV. Para cada una de áreas de la calidad de vida que se valoraron se reportó para la forma física el 2.4% (9) como buena CV, el 28.4% (108) como regular CV y el 69.2% (263) como mala CV. En las actividades cotidianas el 57.9% (220) como buena CV, el 33.9% (129) como regular CV, y el 8.2% (31) como mala CV. Para el área de sentimientos el 83.4% (317) como buena CV, seguido del 10.5% (40) como regular CV y el 6.1% (23) como mala CV. En las actividades sociales el 83.4% (351) lo reportan como buena CV, el 5.8% (22) como regular CV, y el 1.8% (7) como mala CV. Para el dolor el 65.8% (250) como buena CV, el 11.6% (44) como regular CV y el 22.6% (86) como mala CV. Finalmente para el estado de salud el 7.1% (27) lo reportan como buena CV, el 27.4% (104) como regular CV y el 65.5% (249) como mala CV Tabla 4.

TABLA 4. CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF 20

CALIDAD DE VIDA	No. (380)	%
NIVEL		
BUENA	318	83.7
MALA	62	16.3
AREAS		
FORMA FISICA		
BUENA	9	2.4
REGULAR	108	28.4
MALA	263	69.2
ACTIVIDADES COTIDIANAS		
BUENA	220	57.9
REGULAR	129	33.9
MALA	31	8.2
SENTIMIENTOS		
BUENA	317	83.4
REGULAR	40	10.5
MALA	23	6.1
ACTIVIDADES SOCIALES		
BUENA	351	92.4
REGULAR	22	5.8
MALA	7	1.8
DOLOR		
BUENA	250	65.8
REGULAR	44	11.6
MALA	86	22.6
ESTADO DE SALUD		
BUENA	27	7.1
REGULAR	104	27.4
MALA	249	65.5

Fuente: Encuestas UMF20

De acuerdo a la relación de los datos generales con el maltrato percibido, para la edad encontramos mayor incidencia en el intervalo de 71-75 años con 32.4%(12), seguido del intervalo de 76-80 años con el 27% (10) con maltrato. Para el sexo masculino 37% (14) con maltrato, mientras para el femenino 62.2% (23) con maltrato. Respecto al estado civil se reportaron con maltrato 54.1% (20) casados (as), seguido del 32.4% (12) viudos con maltrato. En relación a la escolaridad con la presencia del maltrato 37.8% (14) tienen primaria incompleta, seguido del 24% (9) con primaria completa. En la ocupación y la relación de maltrato 51.4% (19) son dedicados al hogar, seguido del 35.1 (13) que son pensionados Tabla 5.

TABLA 5. DATOS GENERALES CON MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES	MALTRATO		*p
	SI N(37)	NO N(243)	
EDAD			
60-65 AÑOS	5 (13.5%)	72 (21%)	.013
66-70 AÑOS	2 (5.45%)	87 (25.4%)	
71-75 AÑOS	12 (32.4%)	72 (21%)	
76-80 AÑOS	10 (27%)	52 (15.2%)	
81-85 AÑOS	7 (18.9%)	44 (12.8%)	
86-90 AÑOS	1 (2.7%)	16 (4.7%)	
SEXO			
MASCULINO	14 (37.8%)	165 (48.1%)	.299
FEMENINO	23 (62.2%)	178 (52.9%)	
ESTADO CIVIL			
SOLTERO (A)	5 (13.5%)	15 (4.4%)	.074
CASADO (A)	20 (54.1%)	246 (71.7%)	
VIUDO (A)	12 (32.4%)	80 (23.3%)	
SEPARADO (A)	0 (0.0%)	2 (0.6%)	
ESCOLARIDAD			
ANALFABETA	5 (13.5%)	52 (15.2%)	.417
PRIMARIA INCOMPLETA	14 (37.8%)	87 (25.4%)	
PRIMARIA COMPLETA	9 (24.3%)	125 (36.4%)	
SECUNDARIA INCOMPLETA	0 (0.0%)	1 (0.3%)	
SECUNDARIA COMPLETA	5 (13.5%)	41 (12%)	
PREPARATORIA	3 (8.1%)	14 (4.1%)	
TECNICO	1 (2.7%)	11 (3.2%)	
LICENCIATURA	0 (0.0%)	12 (3.5%)	
OCUPACION			
PENSIONADO (A)	13 (35.1%)	119 (34.7%)	.839
HOGAR	19 (51.4%)	183 (53.4%)	
COMERCIANTE	1 (2.7%)	16 (4.7%)	
OTRO	4 (10.8%)	25 (7.3%)	

Fuente: Encuestas UMF20

En cuanto a las áreas de la calidad de vida estudiadas se relacionan con maltrato las siguientes: para la forma física el 35.1% (13) con regular CV perciben maltrato y el 64.9% (24) con mala CV perciben maltrato, en actividades cotidianas el 51.4% (19) con buena CV perciben maltrato y el 43.2% (12) con regular CV perciben maltrato, en sentimientos el 56.8% (21) con buena CV perciben maltrato y el 43.2% (16) con regular CV perciben maltrato, en actividades sociales 70.3% (26) con buena CV perciben maltrato, el 21.6% (8) con regular CV perciben maltrato y el 8.1% (3) con mala CV perciben maltrato, para el estado de salud el 13.5% (5) con buena CV perciben maltrato, el 8.1% (3) con regular CV perciben maltrato, y 78.4% (29) con mala CV perciben maltrato. Para la calidad de vida global el 73% (27) pacientes con buena CV perciben maltrato y el 27% (10) pacientes con mala CV perciben maltrato Tabla 6.

TABLA 6. AREAS DE LA CALIDAD DE VIDA CON MALTRATO EN ADULTOS DE LA UMF20

AREAS DE LA CALIDAD DE VIDA	MALTRATO		*P
	SI N(37)	NO N(343)	
FORMA FISICA			
BUENA	0 (0.0%)	9 (2.6%)	.27
REGULAR	13 (35.1%)	95 (27.7%)	
MALA	24 (64.9%)	239 (69.7%)	
ACTIVIDADES COTIDIANAS			
BUENA	19 (51.4%)	298 (86%)	.00
REGULAR	12 (32%)	28 (8.2%)	
MALA	6 (16%)	17 (5.0%)	
SENTIMIENTOS			
BUENA	21 (56.8%)	199 (58%)	.26
REGULAR	16 (43.2%)	113 (32.9%)	
MALA	0 (0.0%)	31 (9%)	
ACTIVIDADES SOCIALES			
BUENA	26 (70.3%)	325 (94%)	.00
REGULAR	8 (21.6%)	14 (4.15%)	
MALA	3 (8.1%)	4 (1.2%)	
DOLOR			
BUENA	17 (45.9%)	233 (67.9%)	.027
REGULAR	8 (21.6%)	36 (10.5%)	
MALA	12 (32.4 %)	74 (21.6%)	
ESTADO DE SALUD			
BUENA	5 (13.5%)	22 (6.4%)	.006
REGULAR	3 (8.1%)	101 (29.4%)	
MALA	29 (78.4%)	220 (64.1%)	

Fuente: Encuestas UMF20

De acuerdo a la relación de la calidad de vida con las variables estudiadas, se percibe una buena calidad de vida, en el grupo de edad que va de los 60-75 años con un 68.8% (219), predominando el sexo masculino con el 51.6%, y el 48.4% (154) para el femenino, mientras el 71.4% (227) son casados, el 38.1% (121) con escolaridad de primaria completa seguido del 25.8% (82) con primaria incompleta, dedicados al hogar con el 46.9% (149), seguido del 39% (124) como pensionados. En la relación del maltrato y la calidad de vida se reportan con buena calidad de vida el 8.5% (27) de los pacientes con maltrato de los cuales se desglosa con el 7.2% (23) del maltrato psicológico, el 0.3% (1) del maltrato físico, el 0.9% (3) del maltrato por negligencia, el 1.3% (4) del maltrato económico, finalmente se reportó que el 91.5% (291) de los pacientes sin maltrato y con buena calidad de vida. Para las características del maltratador y el maltrato se reporta con buena calidad de vida: cuando el maltratador corresponde a los hijos con un 3.5% (11), el 6.9% (22) con maltratador del sexo femenino, el 5.3% (17) cuando ocurre pocas veces, el 7.2% (23) con maltrato leve Tabla 7 y 8.

Para la relación de la calidad de vida con las variables estudiadas se reportaron con mala calidad de vida: en el rango de edad de 66-80 años con 58.4% (36), el 75.8% (47) del sexo femenino, el 62.9% (39) son casados, el 38.7% (24) son analfabetas, el 85% (53) dedicados al hogar. En la relación del maltrato y la calidad de vida se reportan con mala calidad de vida el 16.1% (10) del maltrato general de los cuales se desglosa el 14.5% (9) con maltrato psicológico, el 3.5% (2) con maltrato físico y 3.5% (2) con maltrato económico, el 11.3% (7) con maltrato leve. Para las características del maltratador y el maltrato se reporta con buena calidad de vida: el 9.7% (6) a los maltratados por vecinos, el 9.7% (6) con maltratador del sexo femenino, el 8.1% (5) cuando ocurre pocas veces y el 11.3% (7) cuando ocurre en un tiempo de 1-3 años Tabla 7 y 8.

TABLA 7. DATOS GENERALES CON CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES	CALIDAD DE VIDA		*P
	BUENA N(318)	MALA N(62)	
EDAD			
60-65 AÑOS	71 (22.3%)	6 (9.2%)	.003
66-70 AÑOS	76 (23.9%)	13 (21%)	
71-75 AÑOS	72 (22.6%)	12 (19.4%)	
76-80 AÑOS	51 (16%)	11 (17.7%)	
81-85 AÑOS	40 (12.6%)	11 (17.7%)	
86-90 AÑOS	8 (2.5%)	9 (14.5%)	
SEXO			
MASCULINO	164 (51.6%)	15 (24.2%)	.000
FEMENINO	154 (48.4%)	47 (75.8%)	
ESTADO CIVIL			
SOLTERO (A)	16 (5.0%)	4 (6.5%)	.451
CASADO (A)	227 (71.4%)	39 (62.9%)	
VIUDO (A)	73 (23%)	19 (30.6%)	
SEPARADO (A)	2 (0.6%)	0 (0.0%)	
ESCOLARIDAD			
ANALFABETA	33 (10.4%)	24 (38.7%)	.000
PRIMARIA INCOMPLETA	82 (25.8%)	19 (30.6%)	
PRIMARIA COMPLETA	121 (38.1%)	13 (21%)	
SECUNDARIA INCOMPLETA	1 (0.3%)	0 (0.0%)	
SECUNDARIA COMPLETA	40 (12.6%)	6 (9.7%)	
PREPARATORIA	17 (5.3%)	0 (0.0%)	
TECNICO	12 (3.8%)	0 (0.0%)	
LICENCIATURA	12 (3.8%)	0 (0.0%)	
OCUPACION			
PENSIONADO (A)	124 (39%)	8 (12.9%)	.000
HOGAR	149 (46.9%)	53 (85%)	
COMERCIANTE	17 (5.3%)	0 (0.0%)	
OTRO	28 (8.8%)	1 (1.6%)	

Fuente: Encuestas UMF20

TABLA 8. MALTRATO CON LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF 20.

MALTRATO	CALIDAD DE VIDA		*p
	BUENA N(318)	MALA N(62)	
MALTRATO			
SI	27 (8.5%)	10 (16.1%)	.097
NO	291 (91.5%)	52 (83.9%)	
TIPOS DE MALTRATO			
PSICOLOGICO			
SI	23 (7.2%)	9 (14.5%)	.077
NO	295 (92.8%)	53 (85.5%)	
FISICO			
SI	1 (0.3%)	2 (3.2%)	.070
NO	317 (99.7%)	60 (96.8%)	
NEGLIGENCIA			
SI	3 (0.9%)	0 (0.0%)	1.00
NO	315 (99.1%)	62 (100%)	
ECONOMICO			
SI	4 (1.3%)	2 (3.2%)	.254
NO	314 (98.7%)	60 (96.8%)	
GRADO DE MALTRATO			
LEVE	23 (7.2%)	7 (11.3%)	0.81
MODERADA	4 (1.3%)	3 (4.8%)	
MALTRATADOR			
CONYUGUE	3 (0.9%)	0 (0.0)	0.025
HIJOS	11 (3.5%)	2 (3.2%)	
NIETOS	5 (1.5%)	1 (1.6%)	
VECINOS	3 (0.9%)	6 (9.7%)	
OTROS	5 (1.6%)	1 (1.6%)	
SEXO DEL MALTRATADOR			
MASCULINO	8(2.5%)	4 (6.5%)	0.18
FEMENINO	22 (6.9%)	6 (9.7%)	
EVENTOS OCURRIDOS			
UNA VEZ	6 (1.9%)	3 (4.8%)	0.23
POCAS VECES	17 (5.3%)	5 (8.1%)	
MUCHAS VECES	4 (1.3%)	2 (3.2%)	
TIEMPO DEL MALTRATO			
MENOS DE 1 AÑO	7 (2.2%)	1 (1.6%)	0.036
1-3 AÑOS	15 (4.7%)	7 (11.3%)	
3-5 AÑOS	2 (0.6%)	1 (1.6%)	
MAS DE 5 AÑOS	3 (0.9%)	1 (1.6%)	

Fuente: Encuestas UMF20

DISCUSION

La transición demográfica que nos ayuda a comprender el envejecimiento de la población, se ha visto que va en incremento progresivo, lo cual nos explica la demanda de la población de adultos mayores al primer nivel de atención, por lo que es importante por parte del personal de salud tener en cuenta la integridad de estos pacientes que son vulnerables a presentar maltrato siendo este un fenómeno observado desde tiempos remotos y hoy día es muy poco identificado o poco denunciado ya sea por vergüenza o factores educacionales y sociales, por lo que al poder detectar signos de maltrato en algunos pacientes de forma oportuna se hará la intervención y derivación a los servicios adecuados, para contribuir con el mantenimiento o mejora de su calidad de vida, ya que la preocupación en la calidad de vida de los adultos mayores en México y diversos países ha ido en aumento y se ha diversificado en múltiples áreas que cada día nos permiten profundizar y complejizar los temas relacionados al envejecimiento.

Para Ruelas González y cols²³, en su estudio del 2009 “Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México” reportó el 16.3% de pacientes con maltrato de acuerdo la población estudiada, el sexo femenino encabezó el reporte de maltrato con un 70.3%, la media en número de enfermedades y número de lesiones fue mayor en los que reportaron maltrato y fue más alta a la proporción de ancianos maltratados, que presentaban lesiones evidentes a la observación, sintomatología depresiva y apoyo deficiente de maltrato, en comparación a nuestro estudio se reportó solo el 9.7% con maltrato, con mayor porcentaje en el sexo femenino, casados, con primaria completa, pensionados, sin encontrar lesiones físicas solo jalones y/o empujones, siendo el área psicológica la más afectada, no podemos decir que presentaran nuestros pacientes síntomas depresivos debido a que no se aplicó algún instrumento para ello.

De igual manera el GMS de 22 ítems²⁷ aplicado a población mexicana para la evaluación de los cinco diferentes tipos de maltrato en adultos mayores: maltrato físico, psicológico, negligencia, económico y abuso sexual, reportó una prevalencia del 10.28% de maltrato reportado en la población de estudio que fue de 623 adultos mayores con una edad media de los participantes de 71.94% \pm 8 en comparación a nuestro estudio donde se encontró el 9.7% siendo aún menor al anterior, siendo nuestra media de 72 \pm 7.18 años, una moda de 69 años y una mediana de 72 años, con un rango mínimo de 60 años y máximo de 89 años, en donde las áreas de maltrato más afectada fue el maltrato psicológico con un 86.4%, seguido del económico con el 16.4%, sin reportar en el área sexual, dentro

del maltrato psicológico encontramos que el 43.2% no se les respeta sus decisiones seguido del 40.5 llega a recibir trato con indiferencia.

Para Lourdes De Ocampo y colaboradores²² realizado en Camagüey, en donde se observó que más de la mitad de los pacientes estudiados se encontraban en el intervalo de 60 a 69 años, en donde además se encontró en que más de la mitad prevaleció el sexo femenino con un nivel de escolaridad de secundaria básica y más de la tercera parte de los adultos mayores maltratados formaban parte de familias con características psicosociales y cultura sanitaria mala y regular. El mayor porcentaje de los adultos mayores maltratados correspondió a familias disfuncionales, siendo la negligencia el tipo de maltrato más frecuente en el adulto mayor de dicha población, en nuestro estudio al intervalo de edad lo encontramos entre los 71-80 con un 59.4% el cual discrepa relativamente con el de De-Ocampo, siendo en el nuestro la población más anciana la que se reporta con maltrato, con menor escolaridad y dedicados al hogar, aunque en nuestro estudio no evaluamos la funcionalidad familiar, da lugar a que se evalúe en otras investigaciones, ya que es importante la interacción familiar en la atención de nuestros adultos mayores.

De acuerdo a Acosta Q Christian y cols³¹. En su artículo “Confiabilidad y validez del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores” se estudió a un grupo de adultos mayores del sur del estado de Sonora en el 2013, para evaluar la depresión y el bienestar subjetivo, así como la validez discriminante de sus variables sociodemográficas, estado de salud y síntomas depresivos, ellos encontraron mayor calidad de vida en el sexo masculino, con un promedio de edad de 83 años, en el grupo de 60-70 años, con un nivel educativo alto sin enfermedades y sin datos de depresión; en comparación con nuestro estudio se reportó buena calidad de vida en el 83% de los pacientes estudiados, igual que Acosta fueron mayormente del sexo masculino (51.6%) en el grupo de edad de 60-80 años, con estado civil casado, con primaria completa (38.1%), dedicados al hogar (46.9%), en nuestro estudio instrumento utilizado (LAMINAS COOP/WOCA) abarca igualmente las áreas de sentimientos y estado de salud, de lo cual se reportó mayormente mala calidad de vida áreas de estado de salud y forma física, mientras para las áreas de sentimientos se reporta buena calidad de vida con solo el 6.7% con mala calidad de vida, sin detección de síntomas depresivos, igualmente como en las actividades cotidianas, y sociales se reportó mayormente buena calidad de vida.

CONCLUSIONES

En este estudio se encontró una edad media de 72 años ± 7.18 años, con un rango de 66-70 años, femeninas, casados, dedicados al hogar y con primaria completa.

Se obtuvo un 9.7% de reporte de maltrato, el rango de edad se encuentra entre los 71-75 años seguido de los de 76-80 años, siendo más de la mitad del sexo femenino, con escolaridad de primaria incompleta y dedicada al hogar.

Las características del maltratador principal fueron los hijos, de sexo femenino, con un tiempo de maltrato de 1-3 años, con eventos ocurridos pocas veces, de las 5 áreas estudiadas solo se reportaron maltrato de tipo psicológico, físico, negligencia y económico, predominando el maltrato psicológico con mayor incidencia respecto a no respetar sus decisiones, seguido de la indiferencia y la humillación.

Respecto a la calidad de vida el 83.7% se reportan con buena calidad de vida mientras el 16.3% con mala calidad de vida.

Dentro de la percepción de la forma física y el estado de salud fue de mala calidad de vida en más del cincuenta por ciento, mientras que en los sentimientos, actividades sociales, dolor y actividades cotidianas más de la mitad de los encuestados reportan buena calidad de vida.

Se reporta con mala calidad de vida en el intervalo de edad entre los 71-75 años, con predominio del sexo femenino, estado civil casado (a), con escolaridad analfabeta y ocupación al hogar.

Respecto al maltrato reportado y su relación con la calidad de vida se apreció que el 16.1% de los pacientes con maltrato se reportaron con mala calidad de vida mientras que el 83.9% de los pacientes con mala calidad de vida no reportaron ningún tipo de maltrato, observando que no hay relación significativa ($p= 0.97$) entre el maltrato y calidad de vida dentro de la población estudiada.

Podemos concluir que se reporta menor calidad de vida en el sexo femenino en casi dos terceras partes de la población estudiada, así también mayor reporte de maltrato en comparación con el sexo masculino, es posiblemente a la interacción de los roles en la pareja, como vimos el 70% de nuestra población estudiada son casados, motivo por el cual el rol de la mujer en cuanto al cuidado del hogar y el cuidado de su conyugue evidencian que el varón no perciba tanto maltrato y perciba mejor calidad de vida en comparación con sus parejas. Además podemos observar que entre menor escolaridad se percibió más mala calidad de vida, y

mayor reporte de maltrato, en relación a las pacientes que se mantienen activos (1%) refirió percibir mala calidad de vida sin maltrato.

A pesar que nuestro estudio no fue significativo por el tamaño de la muestra limitada, pudimos encontrar que 16.3% de los pacientes estudiados que percibieron maltrato además reporto mala calidad de vida, esto nos abre nueva línea de investigación para el estudio de la calidad de vida y el maltrato en el adulto mayor y en base a estudios previos mencionados, hacia la búsqueda de la relación con las interacciones familiares, aspectos médicos y psicológicos, con el fin de conocer y dimensionar la problemática del maltrato en el adulto mayor para así poder proporcionarle al personal de salud nuevos panoramas de cuidado dentro de esta población vulnerable.

RECOMENDACIONES

Concientizar al adulto mayor para el reporte del maltrato hacia su persona por cualquier individuo dentro de su entorno, por medio de la enseñanza sobre los tipos de maltrato que pudieran generarse dentro de su entorno para así ellos puedan identificarlo y frenar esa incidencia por medio de orientación jurídica, social y familiar.

Sensibilizar a los familiares y cuidadores primarios sobre la fragilidad del adulto mayor y su vulnerabilidad que adquieren por el proceso de envejecimiento, más sus factores sociodemográficos que influyen en dichos aspectos, lo cual reduce su calidad de vida y esta última pudiera afectarse ante la presencia de maltrato.

Integrar a los adultos mayores a un grupo social en donde se pueda expresar libremente sobre sus necesidades y donde reciban la orientación para que puedan identificar signos o síntomas de maltrato dentro de su entorno donde se desenvuelve.

Implementar nuevas técnicas dentro de los procesos de salud tales como consulta externa, medicina preventiva, trabajo social entre otros, para la identificación de adultos mayores con alta probabilidad de maltrato con el fin de orientarlos y proporcionarles alternativas posibles para que no se continúe su situación.

Sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de la vigilancia del reporte de maltrato percibido en los adultos mayores, teniendo en cuenta cómo afectaría su calidad de vida.

Educar a la población derechohabiente sobre la trascendencia demográfica del envejecimiento poblacional con la importancia de los cuidados básicos que implica un adulto mayor y su vulnerabilidad para ser blanco fácil de recibir maltrato con el fin de sensibilizar a la población sobre la incidencia del maltrato en la población de adultos mayores y así poder crear conciencia en dicha población a reportar y/o no incurrir en dichos actos.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre salud y envejecimiento en México 2012 (ENASEM 2012) Informe Operativo 2012.
2. Wolf R, Daichman L, Bennett G. El maltrato de las personas mayores. En: Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi y Rafael Lozano. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, E.U.A, 2003.
3. Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas. Comisión de Desarrollo Social Constituida en Comité Preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Examen del proyecto de documento final de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial Segundo período de sesiones, Nueva York, 25 de febrero a 1° de marzo de 2002.
4. Norma Oficial Mexicana NOM 167-SSA-1997, para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores. México, 1-26 pp.
5. Kin-Moon B. La sustentabilidad y la inclusión de las personas mayores en el entorno humano. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. 2015
Disponibile en:
http://ww/es/events/olderpersonsday_w.un.org/
6. Juárez RC, Márquez-Serrano M, Salgado N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas-González MG, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. Rev Panam Salud Pública. 2014; 35(4):284–290 pp.
7. Guzmán JM, Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población, Serie Población y Desarrollo N° 28, Naciones Unidas, CEPAL, ECLAC, Santiago de Chile. 2002; 1: 10pp.
8. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (2011). Censo de Población y Vivienda 2010. Resultados preliminares. México: INEGI
9. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Perfil Sociodemográfico de adultos mayores. México 2014. INEGI

10. Gutiérrez LM, Gutiérrez JH. Envejecimiento Humano: Una visión transdisciplinaria. Instituto de Geriátría, Secretaría de Salud México. 2010; 50-120 pp.
11. OMS, Informe mundial sobre la violencia y salud, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003; 135-168 pp.
12. Rueda D. El maltrato a las personas mayores: Bases Teóricas para el estudio. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e igualdad de Oportunidades. Gráficas Varona Salamanca. 2008; 2-8pp.
13. Moya BA y Barbero GJ. Malos tratos personas mayores. Guía de Actuación. Colección Manuales y Guías. Serie Personas Mayores IMSERSO, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) y Organización Mundial de la Salud (OMS). 2006.
Disponible en:
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imsersomalost ratos-01.pdf>.
14. Aguilar-Navarro SG, Marques-Días BC, Gutiérrez-Robledo LM. Maltrato al adulto mayor y sus implicaciones en la salud. México, Manual Moderno 2009; 791-800 pp.
15. Tabueña M, Daichman LS. Los malos tratos a las personas mayores. Una realidad oculta: un tema de la salud, la ética y los derechos humanos. España. Caixa Catalunya. 2009; 23-41pp.
16. Giraldo RL. Maltrato de personas mayores. Medigraphic 2010; 5 (2): 85-91.
17. Hudson MF. El der mistreatment: a taxonomy wiht definitions by Delphy. Journal of Abuse and Neglect 1991; 3:1-20 pp.
18. OMS/OPS. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Capítulo 5. El Maltrato de las personas Mayores. Washington, DC. Octubre 2002; 135-158pp.
19. Duran L, Salinas G. Estudio sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. CMN SXXI IMSS 2000; 155-189pp.
20. Ortiz D. Aspectos sociales del envejecimiento. UNAM Facultad de Medicina. Publicación original. México 2012; 1: 1-22 pp.
21. Esteban y Peña M, Jiménez R. Calidad de vida en relación con la salud, medidas por las láminas COOP/WONCA en la ciudad de Madrid. España Medicina de Familia SEMERGEN. 2010.187-195 pp.
22. De Ocampo L, Barreto R. Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. AMC Camagüey 2009; 13 (16) 2-9 pp.
23. Ruelas-González MG y Salgado-De Zinder VN. Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. Rev Chil Salud Pública 2009; 13 (2): 90-99pp.
24. Giraldo RL. Análisis de la información estadística. Encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores en el Distrito Federal 2006; 2-17pp.

25. Lizan L, Reig A, Richart M. Cuestionarios en atención primaria. La evaluación de la calidad relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria* 2002; 29 (6) 378-384pp.
26. Barrón-Tirado MT, Sánchez-Hernández A y Méndez-González G. Factores que influyen en el maltrato al adulto mayor. *VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud*. 2002; 5 (2): 21-24pp.
27. Giraldo-Rodríguez L y Rosas-Carrasco O. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatr Gerontol Int* 2013; 13: 466–474 pp.
28. Lizán L, Reig A, Richart M y Cabrero J. “Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante láminas COOP/WONCA”. *Med. Clinic*. 2000; 114 (3) 76-80 pp.
29. Alonso MV, Gonzalo MJ. Estudio de la calidad de vida de los pacientes de cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Virgen de la Vega de Salamanca. España 2010; 35-61 pp.
30. González P, Bousourio M. Evaluación de la Calidad de Vida. España. *Rev Psiquiatría* 1993; 5 (6): 20-32 pp.
31. Acosta QC, Vales GJ, Echavarría CB. Confiabilidad y validez del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores. *Psicología y salud* 2013; 23 (2): 241-250 pp.

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
COMISIÓN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

Anexo 1

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Percepción de maltrato y su asociación de la calidad de vida en adultos mayores de la UMF 20
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 20 col. Vallejo Gustavo A Madero Ciudad de México 2016
Número de registro:	En Trámite. Ciudad de México 2016.
Justificación y objetivo del estudio:	El creciente envejecimiento de la población actual, tanto a nivel mundial como nacional nos obliga a involucrarnos más en los aspectos que respectan a la salud integral del adulto mayor y así poder identificar de forma oportuna áreas vulnerables que pudieran afectar su calidad de vida y que caigan en el contexto del maltrato afectando directamente la integridad de nuestros adultos mayores; siendo del primer nivel de atención en salud el contacto directo e inicial con esta población, por lo cual es importante estar relacionados con estos temas. Motivo por el cual el objetivo general de este estudio es identificar la presencia de maltrato en adultos mayores de la UMF20 y así ver su asociación con la calidad de vida y poder involucrar la participación del médico familiar dentro de su atención integral.
Procedimientos:	Aplicación de encuestas, identificando datos generales, calidad de vida y el maltrato en el adulto mayor
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Individual, ninguno. Global, valorar la identificación oportuna de la presencia de maltrato en nuestros adultos mayores para proponer a los médicos familiares y resto del personal de salud involucrado en la atención de esta población, con medidas preventivas y así otorgar atención oportuna con el fin de no declinar su calidad de vida.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le explica a cada paciente al momento de la encuesta, que si requieren o solicitan sus resultados obtenidos dentro del estudio, se le otorgara de forma individual y confidencial al final del análisis estadístico, por medio del folio otorgado a cada paciente al momento de aplicación de la encuesta.
Participación o retiro:	Se solicita personalmente a cada encuestado mediante consentimiento informado, su participación en el estudio mediante la contestación de encuestas que abarcan datos generales, área de maltrato y calidad de vida, previa información personalizada, así como se comenta que si en algún momento no desean continuar con las encuestas pueden retirarse sin presentar ninguna represaría en su contra, desechando dicha encuesta por medio de la eliminación definitiva de la encuesta.
Privacidad y confidencialidad:	Basándonos en los lineamientos de privacidad y confidencialidad, se le explica a cada participante que los resultados son para fines de investigación y los resultados individuales no serán publicados, solo los resultados a nivel global.

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

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:	Individual, ninguno. Global, valorar la identificación oportuna de la presencia de maltrato en nuestros adultos mayores para proponer a los médicos familiares y resto del personal de salud involucrado en la atención de esta población, con medidas preventivas y así otorgar atención oportuna con el fin de no declinar su calidad de vida.
------------------------------------	--

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

Investigador Responsable: Dra. León Contreras Cristina Berenice R3MF. Residente de Tercer Año de Medicina Familiar. Matricula: 99167063. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20. Calzada Vallejo 675, Col. Nueva Vallejo, CP 07750 México, D.F. Mail: zoar_pequea@yahoo.com.mx.

Colaboradores:

Dr. Ricardo González Domínguez MBMF. Médico Especialista en Medicina Familiar y Alta Especialidad en Gerontología Médica. Matrícula 99359238. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20 turno vespertino. Calzada Vallejo 675Col. Magdalena de las Salinas Delg. GAM México DF, CP 06760 Tel: 55874422 ext. 15368 Mail: rgdo_31@yahoo.com.mx

Dra. Santa Vega Mendoza MBMF. Médico Especialista en Medicina Familiar. Matrícula 11660511. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20 turno vespertino. Calzada Vallejo 675Col. Magdalena de las Salinas Delg. GAM México DF, CP 06760 Tel: 55874422 EXT 15368 Mail: drasanta.vega0473@yahoo.com.mx santa.vega@imss.gob.mx

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



Anexo 2

Cuestionario final para la detección de malos tratos en el adulto mayor 22 items GMS

FICHA DE IDENTIFICACION:

Folio: _____

Edad: _____ sexo: femenino ___ masculino ___ estado civil: _____

Ocupación actual: _____ escolaridad: _____

Tipos de maltrato	A		B ¿Esto ocurrió..?		C ¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	D Parentesco de quien realiza la acción: Esposo (a) Hijo (a) otro	E ¿Es hombre o mujer?	
	1 Si 2 No 99 No responde		1 una vez? 2 pocas veces 3 muchas veces 99 No responde				H	M
PSICOLOGICO								
1. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	Si	No					H	M
2. ¿Le ha tratado con indiferencia o le han ignorado?	Si	No					H	M
3. ¿Le ha aislado o le han corrido de la casa?	Si	No					H	M
4. ¿Le han hecho sentir miedo?	Si	No					H	M
5. ¿No ha respetado sus decisiones?	Si	No					H	M
6. ¿Le ha prohibido salir o que lo (la) visiten	Si	No					H	M
FISICO								
7. ¿Le ha golpeado?	Si	No					H	M
8. ¿Le han dado puñetazos o patadas?	Si	No					H	M
9. ¿Le han empujado o jalado el pelo?	Si	No					H	M
10. ¿Le han aventado un objeto?	Si	No					H	M
11. ¿Le ha agredido con algún cuchillo o navaja?	Si	No					H	M

NEGLIGENCIA							
12. ¿Le ha dejado de proporcionar la ropa?	Si	No				H	M
13. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	Si	No				H	M
14. ¿Le ha negado protección cuando la necesita?	Si	No				H	M
15. ¿Le han negado el acceso a la casa que habita?	Si	No				H	M
ECONOMICO							
16. ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?	Si	No				H	M
17. ¿Le han quitado su dinero?	Si	No				H	M
18. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	Si	No				H	M
19. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?	Si	No				H	M
20. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	Si	No				H	M
SEXUAL							
21. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	Si	No				H	M
22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	Si	No				H	M

Total: /22

Anexo3

VIÑETAS COOP/WONCA

Forma física

Durante las dos últimas semanas...

¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, dos minutos?

Muy intensa
(p.ej.: correr de prisa)



Intensa
(p.ej.: correr con suavidad)



Moderada
(p.ej.: caminar a paso rápido)



Ligera
(p.ej.: caminar despacio)



Muy ligera
(p.ej.: caminar lentamente o no poder caminar)



Anexo3

VIÑETAS COOP/WONCA

Actividades cotidianas

Durante las dos últimas semanas....

¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de su casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad



Un poco de dificultad



Dificultad moderada



Mucha dificultad



Toda, no he
podido hacer nada



Anexo3

VIÑETAS COOP/WONCA

Sentimientos

Durante las dos últimas semanas....

¿En que medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y de ánimo?

Nada, absoluto



Un poco



Moderadamente



Bastante



Intensamente



Anexo3

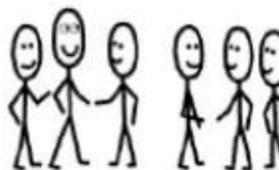
VIÑETAS COOP/WONCA

Actividades sociales

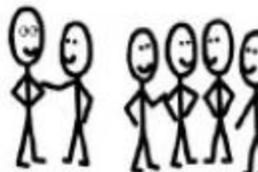
Durante las dos últimas semanas....

¿Su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

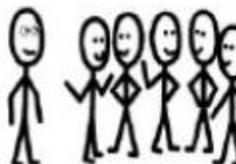
No, nada en absoluto



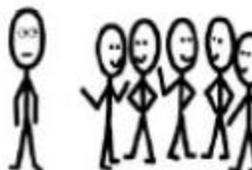
Ligeramente



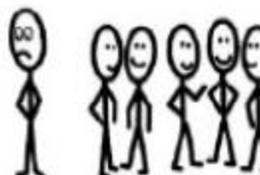
Moderadamente



Bastante



Muchísimo



Anexo3

VIÑETAS COOP/WONCA

Dolor

Durante las dos últimas semanas....
¿Cuánto dolor has tenido?

Nada de dolor



Dolor muy leve



Dolor ligero



Dolor moderado



Dolor intenso



Anexo3

VIÑETAS COOP/WONCA

Estado de salud

Durante las dos últimas semanas...
¿Cómo calificaría su salud, en general?

Excelente



Muy buena



Buena



Regular



Mala

