



11226

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 1 NORTE DEL D.F.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**VIOLENCIA FAMILIAR EN LOS ADULTOS EN PLENITUD**

**TESIS DE POSGRADO  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:  
**DRA. LUZ MARÍA DE LOS ANGELES MÁRQUEZ REYES**

0352242

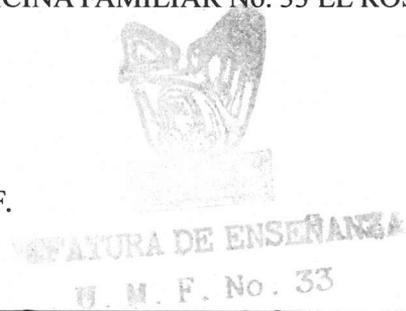
ASESORES: DRA. MARÍA ADELA LÓPEZ RAMÍREZ  
MÉDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No. 33 EL ROSARIO

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO



MÉXICO, D.F.

2005





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

AUTORIZACIÓN

  
DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
EN SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33 EL ROSARIO  
ASESOR DE TESIS

  
SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR

  
DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR

  
DRA. MARIA ADELA LOPEZ RAMIREZ  
MEDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
NO. 33 EL ROSARIO. ASESOR DE TESIS

  
DRA. LUZ MARIA DE LOS ANG. MÁRQUEZ REYES  
RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por tener la fortuna de contarme en su creación, por mostrarme un camino que me ha hecho mejor persona, por rodearme de gente valiosa y por todos los regalos que me ha dado.

A mis padres, por haberme dado la vida, sus enseñanzas, confianza y ejemplo.

A mis hijas, quienes son el aliciente y motivo que guía mi vida. Quienes supieron comprender cada ausencia y no dejaron de alentarme en cada momento.

A José, Letty y Luis, por su cariño y apoyo incondicional.

A Efraín, Eduardo, Paco, Juan y Elizabeth, por tener la oportunidad de coincidir, por su apoyo y por todos los momentos vividos, por esos Restos del Naufragio del Club de los Imposibles.

Al Dr. Arvizu, Dra. Mónica y Dra. Carmen, por introducirme al interesante mundo de la Medicina Familiar.

## INDICE

TITULO	1
ANTECEDENTES	2
JUSTIFICACION	8
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
PROGRAMA DE TRABAJO	11
RESULTADOS	17
ANALISIS DE RESULTADOS	19
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFIA	21
ANEXOS	22

**TITULO**

**VIOLENCIA FAMILIAR EN LOS ADULTOS EN PLENITUD**

## ANTECEDENTES

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar define a la violencia como:

El acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder - en función del sexo, la edad o la condición física -, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono.

De este enunciado podemos hacer dos reflexiones fundamentales: las repercusiones que en mayor o menor medida tiene en la salud cualquier tipo de maltrato, y el contexto de poder en el que se abusa o se es abusado. Este último aspecto supone un ejercicio abusivo del poder, práctica que sólo es posible entre individuos socialmente desiguales.

La familia es una institución histórica y dinámica fundamental, entre otras cosas, para la reproducción de las relaciones sociales, es decir, la familia es un espacio donde se gestan las sociedades democráticas, tolerantes, respetuosas de los Derechos Humanos, o por el contrario, abusivas y violentas.

La familia ha sido también un mundo de reflexión para el análisis de las relaciones de poder desde otras perspectivas: los estudios de Género por ejemplo, importante metodología científica impulsada por las ciencias sociales que ha aportado –entre otros- sustento para diferenciar cuáles conductas, habilidades, sentimientos, son innatos, por lo tanto naturales y cuáles otros son aprendidos en un marco sociocultural –como la violencia-, por lo tanto no naturales, por ello modificables. Cuando hablamos de conductas violentas aprendidas en un proceso de construcción social, la metodología de los estudios de Género nos aportan también elementos para romper las estructuras de abuso y violencia y construir nuevas formas de relación en un mundo constituido por igual de individuos del género femenino y del género masculino.

En la actualidad, todos los que vivimos en esta época, podemos y debemos reconocer, que en este tiempo y espacio en el que estamos inmersos, está caracterizado por la violencia, cuya expresión se refleja de forma social y que contribuye a modificar nuestro estilo de vida. Pero esta violencia no solo permanece en el ámbito público, sino que invade la intimidad de las familias a nivel mundial.

En las últimas décadas se ha puesto al descubierto las agresiones en todas sus formas hacia los miembros más débiles de la sociedad, entre los que podemos mencionar y cabe resaltar, a las mujeres, niños y ancianos. Facilitado por la inequidad que facilita el abuso del poder, exponiendo a los grupos vulnerables.

En una encuesta realizada por la OMS en América Latina, se encontró que el 70% de los ancianos y el 50% de las ancianas se sienten irrespetados por su familia o por las demás generaciones porque no atienden sus consejos u órdenes, por que se les niega la posibilidad de trabajar, de aprender nuevos oficios, de ser empleados en cuestiones en las que se consideran expertos, no hay garantías económicas como créditos o préstamos, no se les permite participar en programas políticos, son discriminados por la publicidad que exalta lo moderno, ágil, novedoso, y la comunidad en general no los tiene en cuenta pues no hay facilidades de movilización o acceso.

Según datos de la International Network for the Prevention of Elder Abuse (Inpea, un organismo con representaciones en todos los continentes), el 4% de los mayores de 60 años sufre abuso psicológico.

Si se observa que el 13% de la población argentina supera los 60 años, más de un millón y medio de personas estaría sometido, en mayor o menor medida, a este tipo de abuso. La Organización Mundial de la Salud lanzará este año el "Elder Abuse Study. Global Response Against Elder Abuse (Graea)", en conjunto con la Inpea, que pretende crear estrategias para prevenirlo.

Ya en los años 80, el Select Committee of Ageing de los Estados Unidos estimó que el 10% de la población anciana era víctima de las distintas clases de maltrato. "Los tipos más comunes son el físico, el sexual, el financiero, el psicológico y la negligencia. Las víctimas principales son las mujeres que viven con sus familiares. El National Center of Elder Abuse de los Estados Unidos registró en 1994 que el 62% de todas las denuncias de ancianos maltratados correspondía al sexo femenino."

A pesar de ello, se considera que el subregistro es alto debido al temor y la vergüenza que genera la posibilidad de hablar de este sufrimiento. Se estima que sólo 1 de cada 14 incidentes domésticos de maltrato en la vejez llega hasta las autoridades.

Los expertos suponen que el problema crecerá junto con el aumento de la expectativa de vida. Actualmente, viven en el mundo 580 millones de mayores de 60 y en 2020 la cifra llegará a 1000 millones. El Elder Abuse Study que propone la OMS pretende generar planes de acción para detener el abuso.

Los países elegidos para esta primera etapa de trabajo son la Argentina, Brasil, Kenya, India y Líbano. En términos generales, el abuso no distingue credos, clases, razas ni lugares.

Con respecto a los pacientes institucionalizados, afirmó la doctora Daichman que "una investigación americana sobre 557 enfermeras, publicada en *The gerontologist*, indicó que el abuso psicológico estaba presente en el 81% de los casos, seguido por el físico (36%)".

De acuerdo a la Fundación Santa Fé de Bogotá Colombia en un estudio publicado el 21/01/2004: En muchos de los casos se presentan abuso físico a los ancianos (agresión, desatención de sus necesidades e incumplimiento de las obligaciones por parte de los hijos), material o económico (asignación de cargas y labores, chantaje para la repartición de sus bienes o dineros), contra la libertad (obligación a vivir en hogares de sus familiares sin contar con ellos o en hogares geriátricos) y psicológico ( agresión verbal, amenazas, ridiculización, encierro, desatención. También se encontró que las cinco principales quejas de los Adultos Mayores en Colombia son: abandono, desprotección estatal, desatención en salud, falta de centros de atención y maltrato familiar. Entre abandono y maltrato son la mitad de las denuncias a instituciones que velan por los derechos humanos en el país.

En Estados Unidos, la violencia doméstica, es la mayor causa de lesiones a la mujer, mas que violaciones o accidentes de tránsito de vehículos. El mayor ingreso a las salas de emergencia es de mujeres entre 18 y 45 años de edad y en un lugar no menos importante se reporta a la gente mayor como víctimas de violencia doméstica. Se calcula que cada año, entre 1 y 2 millones de ancianos sufren cierta forma de violencia en Estados Unidos.

En Perú, el 70% de crímenes denunciados a la policía están relacionados con violencia doméstica (incluyendo los realizados contra los adultos mayores).

En Nicaragua, el 16% de mujeres entre los 49 y 69 años de edad, son víctimas de violencia física severa; de las cuales el 45% son mujeres que sufren amenazas, gritos, insultos, o ven la destrucción de sus bienes personales.

En México, el promedio es de un 67% de las víctimas de abusos físicos con un 12% aproximado de estos involucran a un adulto mayor sin importar el sexo de este. En la India, 8 de 10 personas son golpeadas, abusadas o asesinadas incluyendo en algún momento a una anciana violentada.

Para que se produzcan los malos tratos, no solo debe existir un agresor, sino también una víctima y una ocasión determinados. Siendo el violentado el que reúne ciertas características que lo hacen provocativo. La ocasión que desencadena la violencia suele ser una crisis familiar; las más comunes son por pérdida de empleo, hogar, disputas, cansancio.

En nuestro país como en otras naciones, la perspectiva menos desarrollada en nuestro medio, es la que aborda el problema desde el punto de vista de la Salud Pública, concibe la violencia contra miembros del entorno más íntimo, la familia y contra la propia persona, como expresión de patologías en la esfera de la Salud Mental, en tal sentido identifica los aspectos etiológicos y epidemiológicos del mal: un enfermo, que es al mismo tiempo el portador y agente transmisor del mal (el agresor) y por otro lado el resto de los miembros del medio familiar, como potenciales víctimas de violencia y como potenciales enfermos de violencia también, puesto que está probado que una gran mayoría de los agresores, en el pasado fueron víctimas.

Aunque ambas perspectivas, sugieren y de hecho ya se han presentado ciertas incompatibilidades, el pensamiento científico aconseja que tales incongruencias pueden y deben ser superadas en función a la resolución del problema.

Se ha estudiado con suficiente amplitud y profundidad el fenómeno de la violencia en general a partir de las ciencias de la salud y del comportamiento y entre otros aspectos se ha identificado a la frustración como uno de los principales elementos causales y/o desencadenantes. Erróneamente se ha considerado a la pobreza como causa, por su vínculo "natural" con la frustración, sin embargo, cabe tomar en cuenta que la frustración está más ligada con las ambiciones insatisfechas que con las carencias. En todo caso es necesario hacer una diferencia entre la violencia como medio para obtener algún beneficio, la violencia por placer y la violencia que se ejerce sobre sí mismo y sobre el entorno más íntimo, la violencia autodestructiva. La violencia intrafamiliar forma parte inseparable de esta última categoría y es, sin duda, la que tiene mayor incidencia en el entorno y por tanto se reproduce con mayor celeridad.

Los Adultos Mayores son considerados y tratados como menores de edad o como minusválidos, vulnerándose su derecho al reconocimiento como personas adultas sin otra esperanza que la de terminar sus días en la soledad, como se puede

concluir de los estudios realizados en los que se encontró que en el 88% de los casos de ancianos en hogares su familia no paga los servicios institucionales, medicamentos, ropa, regalos o dinero, el 53% nunca es visitado, el 30% recibe una visita semanal y el 83% nunca es llevado a su casa.

Es por eso que en encuestas se encontró que la expectativa frente a la vida del 70% es morir, 3% seguir viviendo, 1% volver con su familia y el 26% restante espera "lo que Dios quiera" o "no espera nada" y se encuentran en las instituciones porque sus familiares declaran que no los pueden cuidar, porque no los quieren o porque se consideran un estorbo. Dice Guadalupe Azuara, quien el año pasado colaboró con la UNICEF en un estudio sobre la atención a las víctimas.

Además al considerar el incremento en la expectativa de vida, donde, de acuerdo al Programa Nacional de Atención Integral del Adulto Mayor DIF Nov 2001, se tiene una proyección de población de adulto mayor para el 2020 de 15.6 millones y para el 2050 de 41 millones en nuestro país. Por lo que también cabe esperar un incremento de maltrato, predominando las víctimas femeninas por situación de género. Los homicidios dentro de los hogares y en vía pública en personas de la tercera edad, como consecuencia de interacciones violentas ya sea por el abuso físico o el abuso de bebidas alcohólicas se ha visto que tienen relación. Del mismo modo el suicidio por depresión en los ancianos, está tomando un renglón importante, pero aunado al abuso de estos se torna en un incremento importante del ya considerado Problema de Salud Pública.

Pionera en México, la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal se aprobó en 1996.

Hasta el año pasado, en 22 estados de la República existía algún tipo de reforma jurídica orientada en este sentido; además del DF, 12 estados (Coahuila, Colima, Chiapas, Durango, Guanajuato, Guerrero, Morelos, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco y Veracruz) tenían su propia ley en la materia, y en otros 12 (Aguascalientes, Baja California, Chihuahua, Jalisco, Nuevo León, Sinaloa, Yucatán, México, Nayarit, Querétaro, Sonora y Tlaxcala) estaba en proyecto. En la última década, se creó además el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) en el DF, el Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar (Pronavi), con 22 enlaces en los estados, y se emitió la Norma Oficial Mexicana contra la Violencia Intrafamiliar.

La violencia familiar se encuentra mediatizada por histórica aceptación social, dado que el hecho de violencia está fundamentado en un acto de poder aceptado, bajo la premisa "la ropa sucia se lava en casa", siendo esta una limitante para las acciones de detección o diagnóstico, ya que son pocas las personas que demandan la atención por cualesquiera de las formas de violencia en el seno familiar. Por lo que los médicos de atención primaria encuentran o sospechan situaciones de violencia familiar, doméstica o social durante el ejercicio profesional. Trayendo consigo responsabilidad moral y legal. Teniendo 3 responsabilidades: - Identificar el problema, - Comunicarlo y - Prevenirlo.

El médico puede ser el primer punto de contacto tanto de la víctima como del agresor. En muchos casos de violencia, la sospecha surge porque la lesión física o psicológica no tiene explicación o por que la explicación ofrecida es poco probable.

Aún cuando en nuestro país no se conoce de modo preciso y directo la magnitud y repercusiones de este problema de salud pública, no debe pasarse por alto. Dado que el espectro de daño a la salud física como psicológico y social repercute en el alto riesgo de perpetuación de conductas lesivas, desintegración familiar y social etc.

De acuerdo a las estadísticas reportadas por el INEGI 24 Nov 2004: "A Propósito del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer" se tiene que en nuestro México, 47 de cada 100 mujeres mayores de 15 años que viven con su pareja en el hogar, sufren violencia emocional, económica, física o sexual por parte de su compañero o esposo. Así como 9 de cada 10 mujeres mayores de 15 años de edad que viven con su pareja son objeto de agresiones físicas por parte de esta.

De acuerdo a la Encuesta Nal. De Violencia contra las Mujeres, aplicada en mujeres mayores de 15 años, usuarias de los servicios hospitalarios generales del IMSS, ISSSTE y SSA durante los meses de enero a marzo del 2003, se registró que poco más de 2 de cada 10 usuarios de estos servicios de salud sufrieron algún tipo de violencia inflingida por su pareja durante el año previo a la encuesta, así como 4 de cada 10 padeció algún tipo de agresión por personas cercanas a ellas. Lo anterior en un panorama general, pero en lo que respecta al grupo de edad que ocupa este trabajo se reporta que el porcentaje de mujeres que ha sufrido cualquier tipo de agresión o violencia al menos en una ocasión es del 32.2%, en el aspecto de violencia física el 4.4% y violentadas sexual 5.3%. De igual forma, en el grupo que nos interesa, reportan con violencia actual de los 61 a los 65 años el 14.2%, 66 a 70 años 15.4%, 71 a 75 años 9.8%, 76 a 80% 11.8% y más de 80 años 2.8%. Siendo las agresiones y el violentador no especificados.

De forma legal en nuestro país dentro de las garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de hombres y mujeres, se establecen las condiciones de desarrollo de los individuos, las familias etc. Por lo que aún cuando se considera el derecho a la protección y la salud, con la finalidad de proteger la integridad, existe inequidad, que propician el maltrato y violencia hacia los miembros susceptibles en función de género, edad o condición física. La cual puede ocurrir en su núcleo familiar. Facilitando el abuso del poder y exponiendo situaciones de violencia. Las cuales, tienen a incrementar su intensidad y frecuencia con el tiempo.

Se ha estudiado con suficiente amplitud y profundidad el fenómeno de la violencia en general a partir de las ciencias de la salud y del comportamiento y entre otros aspectos se ha identificado a la frustración como uno de los principales elementos causales y/o desencadenantes. Erróneamente se ha considerado a la pobreza como causa, por su vínculo "natural" con la frustración, sin embargo, cabe tomar en cuenta que la frustración está más ligada con las ambiciones insatisfechas que con las carencias.

En todo caso es necesario hacer una diferencia entre la violencia como medio para obtener algún beneficio, la violencia por placer y la violencia que se ejerce sobre si mismo y sobre el entorno más íntimo, la violencia autodestructiva. La violencia intrafamiliar forma parte inseparable de esta última categoría y es, sin duda, la que tiene mayor incidencia en el entorno y por tanto se reproduce con mayor celeridad.

## JUSTIFICACION

La violencia familiar no es un acto privado, afecta a toda la sociedad. Sin embargo, su análisis representa un gran reto social, dado que se trata de un campo que se ha investigado parcialmente, pero aún estos estudios muestran el impacto que este fenómeno ocasiona en las personas. En forma general, se le ha dado más atención a la sanción del agresor que a las personas involucradas en situaciones de violencia familiar, las que finalmente quedan ocultas. En nuestro país, la violencia familiar se considera un problema de salud pública, por lo que es cada vez más apremiante marcar lineamientos con la finalidad de que los prestadores de servicios de salud atiendan y cuenten con los elementos necesarios para la prevención de este problema, de ahí el interés particular en investigar ¿ Cual es la frecuencia de la violencia familiar en los adultos en plenitud derechohabientes de la U. M. F. 33 ?

## **OBJETIVO GENERAL.**

- ❖ DETERMINAR LA FRECUENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS EN PLENITUD.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- ❖ DETERMINAR LA FRECUENCIA DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN ADULTOS EN PLENITUD.
- ❖ DETERMINAR LA FRECUENCIA DE VIOLENCIA FÍSICA EN ADULTOS EN PLENITUD.
- ❖ DETERMINAR LA FRECUENCIA DE ABANDONO EN ADULTOS EN PLENITUD.
- ❖ DETERMINAR LA FRECUENCIA DE MALTRATO SEXUAL EN LOS ADULTOS EN PLENITUD.
- ❖ DETERMINAR LA FRECUENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR PARENTAL EN EL SENTIDO: HIJOS - PADRES.
- ❖ DETERMINAR LA FRECUENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR CONYUGAL EN LOS ADULTOS EN PLENITUD.
- ❖ DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO.

## PROGRAMA DE TRABAJO

### MATERIAL Y MÉTODOS

**SITIO DE ESTUDIO:** Servicio de la Consulta Externa ambos turnos, de la U.M.F. No. 33 El Rosario, Delegación 1-2 La Raza IMSS. Ubicada en Av. Renacimiento y Av. De las Culturas de la Unidad del Rosario, delegación política de Azcapotzalco, DF,

La cual consta de 27 consultorios por turno: 1 turno matutino y 1 turno vespertino, teniendo como material humano por consultorio a un médico familiar y una asistente médica, los cuales se encargan de administrar y optimizar los recursos para la atención de la población derechohabiente. Para el funcionamiento adecuado, cada consultorio cuenta con un área física distribuida de acuerdo a las necesidades de los usuarios, es decir, dispone de un escritorio, una mesa de exploración, una báscula con estadímetro, una báscula pediátrica, un lavamanos, un biombo, un escritorio para recepción, anaqueles – archivero, sillas, esfigmomanómetro, termómetro, pinard, cintas métricas y abate lenguas.

Cuenta también esta unidad con 2 estacionamientos de fácil acceso por medio de transporte público y particular, de acuerdo a las vías de comunicación y su excelente ubicación geográfica.

Se realizará un estudio: **Descriptivo:** ya que selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una para describir los elementos que se investigan; **Prolectivo:** dado que el estudio se realizará y recolectará los datos en un momento específico; **Observacional:** debido a que es una técnica de recolección de datos mediante la exploración, descripción, comprensión e identificación de forma activa y reflexiva permanente de los eventos; y **Transversal:** ya que la medición del fenómeno de estudio no tendrá seguimiento. Sin presencia de grupo(s) control, dado que es solo un grupo de estudio.

Considerando al universo de trabajo a todos los adultos de 60 años o más, pero como población blanco a todos los usuarios de ambos sexos de 60 años o más de la U. M. F. No. 33, con o sin patología y de cualquier estrato socioeconómico, y siendo la muestra no estadística y progresiva.

**TOTAL:** 20 796 pacientes > 60 años, de los cuales 11 255 varones y 9 541 mujeres.

Con el objeto de determinar la violencia intrafamiliar en el adulto en plenitud, adscrito a esta unidad:

A los pacientes adultos en plenitud que cumplieron los criterios de inclusión, es decir una muestra determinada de forma intencional, se les realiza el Test, constituido por dos cuestionarios, que aportan datos en el eje conyugal y parental, Instrumento Validado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

El análisis estadístico de la información que se obtendrá, se realizará por medio de un procedimiento descriptivo, de una base de datos (STAT) se obtendrán promedios en porcentajes, para posteriormente representar estos resultados en tablas y gráficas.

Se espera comparar la información obtenida con la ya preexistente y poder dar alternativas a esta problemática de salud. La recolección de información se llevó a cabo en 4 meses ( Septiembre de 2004 - Diciembre de 2004 ) por medio de un cuestionario que se aplicó a los individuos en estudio. Aún cuando el riesgo de la investigación es mínimo se contó con carta de consentimiento informado, firmada por el paciente.

Se consideraron los siguientes parámetros para incluir o descartar a los individuos en el estudio:

#### Criterios De Inclusión:

- ❖ TODOS LOS USUARIOS DE AMBOS SEXOS DE 60 AÑOS O MÁS DE LA U. M. F. No. 33
- ❖ TODOS LOS USUARIOS DE AMBOS SEXOS DE 60 AÑOS O MÁS CON O SIN PATOLOGÍA.
- ❖ TODOS LOS USUARIOS DE AMBOS SEXOS DE 60 AÑOS O MÁS DE CUALQUIER ESTRATO SOCIOECONÓMICO.
- ❖ TODOS LOS USUARIOS DE AMBOS SEXOS DE 60 AÑOS O MÁS CON CAPACIDAD MENTAL INTEGRAL.

#### Criterios De Exclusión.

- ❖ USUARIOS MENORES DE 60 AÑOS.
- ❖ DERECHOHABIENTES NO USUARIOS.

#### Criterios De Eliminación.

- ❖ TODOS LOS USUARIOS DE AMBOS SEXOS DE 60 AÑOS O MÁS QUE SE NIEGUEN A PARTICIPAR O PROPORCIONEN DATO INCOMPELTOS.

Los principios éticos fundamentales que sirven dan base para la conducta a seguir es la investigación biomédica en la que se involucra al hombre y en los que estas guías están fundamentadas son las de la Declaración de Helsinki de la Asociación médica Mundial revisados por la 2ª, Asamblea Médica Mundial celebrada en Tokio en 1975.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

La inclusión de los sujetos humanos en la investigación biomédica debe depender, siempre que esto sea posible, de su consentimiento libremente expresado. Cuando la persona así lo desee, puede dejar de participar en el estudio o bien negarse a colaborar en cualquier etapa del proyecto, sin que se coarte su libertad en ningún momento, evitando así temor o prejuicio. No existe otra alternativa para la protección efectiva de a libertad de elección del individuo que represente la seguridad de que la investigación encuentre aceptación de la opinión general. Idealmente cada sujeto potencial de la investigación debe poseer la capacidad intelectual y la visión para proporcionar un consentimiento informado válido, disfrutar de la independencia como para ejercer de una absoluta libertad de elección en lo referente a su colaboración.

Con la información ética suficiente, para reunir los requisitos que se requieren para realizar investigación en seres humanos, establecido en la Ley General de Salud, como el respeto a la aceptación voluntaria de cada paciente y la confidencialidad del mismo, se deben establecer:

- Los objetivos de la investigación estarán dirigidos a lograr un avance justificado del conocimiento biomédico y serán acordes a los intereses y prioridades que prevalecen en la comunidad.
- Las intervenciones serán justificadas pero exponiendo a los individuos a un mínimo de riesgos inconvenientes.
- El investigador responsable debe ser una persona calificada y experimentada, asegurando que todos los aspectos del estudio se realicen con discreción y precaución, protegiendo la seguridad de los individuos estudiados.
- Siempre se informarán las posibles consecuencias en su participación (en caso de haberlas), así como riesgos e inconvenientes que se puedan presentar.
- Se adoptarán las medidas apropiadas para asegurar la confidencialidad en cuanto a datos obtenidos durante la investigación.

## DECLARACIONES INTERNACIONALES:

1. La primera declaración internacional sobre la investigación en la que se involucra al hombre, fue el Código de Nuremberg de 1947, subproducto del juicio realizado a médicos por haber realizado experimentos crueles en prisioneros durante la 2ª. Guerra Mundial. Este código hace énfasis sobre el "Consentimiento Voluntario" (ahora Consentimiento Informado) del individuo y se establece como "absolutamente esencial".
2. En 1964 la Asociación Médica Mundial (AMM) en su 18 a. Asamblea Médica mundial adoptó la declaración de Helsinki (Helsinki I). La 29 a. Asamblea Médica Mundial en 1975, la AMM revisó esta declaración (Helsinki II): Los protocolos experimentales para investigación en la que se involucra al hombre "deben ser referidos a un comité independiente especialmente designado para su consideración, comentario y asesoría" (Artículos 1 y 2): donde los "experimentos que no concuerden con los principios asentados en esta declaración no deben ser aceptados para publicación".
3. Tanto el Código de Nuremberg como la Declaración de Helsinki de 1964, han sido superadas por Helsinki II. Este es un documento básico en su campo y ha sido ampliamente aceptado como tal.
4. Estas guías consideran la distinción hecha en Helsinki II, en lo referente a investigación médica combinada con atención profesional (investigación clínica) y la investigación biomédica de carácter no terapéutico.
5. Los individuos no deben ser utilizados en investigación médica a menos que haya sido solicitado el "consentimiento informado libremente otorgado",

## DECLARACIÓN DE HELSINKI:

Recomendaciones dadas a los médicos involucrados en investigación biomédica. Adoptada por la Asamblea Médica de Helsinki 1964 y revisada por lo XXIX Asamblea Mundial Médica, Tokio, Japón, 1975.

Es la misión de los médicos salvaguardar la salud de los individuos, su conocimiento y conciencia dedicados para lograr esta misión.

La declaración de ginebra de la Asociación Mundial Médica une la palabra de los médicos "La salud de mi paciente será mi primera consideración". Y el Código Internacional de Ética Médica declara que "Cualquier acto o recomendación que debilite la resistencia física o mental de un ser humano puede ser usada sólo en su interés."

## DECLARACIÓN DE HONG KONG DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE EL MALTRATO A ANCIANOS.

Adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong. Septiembre de 1989 u Revisada editorialmente en el Consejo Jerusalén, Israel, mayo 1990.

Los ancianos presentan patologías múltiples como problemas motores, psíquicos y de orientación, necesitan ayuda en sus actividades diarias, circunstancia que puede llevar a un estado de dependencia, situación que puede hacer que sus familias y la comunidad los consideren como una carga y limiten la atención a sus servicios a un mínimo. Es contra estos antecedentes que se debe considerar el tema del maltrato.

El maltrato a ancianos se puede manifestar de diversas maneras, como físico, psicológico, financiero, material, maltrato médico o auto abandono. Las diferencias en la definición de maltrato de anciano trae dificultades al comparar las causas y naturaleza del problema. Se han propuesto algunas hipótesis sobre la etiología del maltrato de ancianos. Incluidas: la dependencia de otros para prestar servicios por sus lazos familiares estrechos, violencia familiar, falta de recursos económicos, sicopatología de la personalidad, falta de apoyo comunitario y factores institucionales, como bajas remuneraciones y mala condiciones de trabajo que contribuyen a actitudes pesimistas de las personas a cargo, lo que trae como resultado el abandono de los ancianos.

El fenómeno de maltrato de ancianos es cada vez más reconocido por establecimientos médicos y sociales. El maltrato del anciano ha llamado la atención de la profesión médica recientemente. El primer paso para prevenir el abuso y el abandono para aumentar la conciencia y conocimiento entre los médicos y otros profesionales de la salud. Una vez detectado los casos de alto riesgo y sus familias, los médicos pueden participar en la prevención para evitar el maltrato, al referir dichos casos a centros de servicios sociales y comunitarios apropiados.

### Principios Generales:

1. Los ancianos deben tener los mismos derechos a atención, bienestar y respeto que los demás humanos
2. La Asociación Médica Mundial reconoce que es responsabilidad del médico proteger los intereses físicos y psíquicos de los ancianos.
3. El médico debe velar, si es consultado por el anciano directamente, el hogar o la familia por que el anciano reciba la mejor atención posible.
4. El médico que constate o sospeche de maltrato en el sentido de esta declaración debe disponer esta situación, con los encargados, sea la familia o el hogar. Si se confirma que existe el maltrato y se considera una muerte sospechosa, el médico debe informar a las autoridades correspondientes.

5. Para garantizar la protección del anciano en cualquier ambiente, no debe haber restricción al derecho de elegir libremente el médico, las asociaciones médicas nacionales deben luchar por dicha libre elección sea respetada en el sistema médico-social.

La Asociación Médica Mundial también presenta las siguientes recomendaciones a los médicos que tratan a los ancianos y exhorta a todas las asociaciones médicas nacionales a dar publicidad a la Declaración entre sus miembros y la opinión pública.

#### RECOMENDACIONES:

Los médicos que atiendan ancianos deben:

- Identificar al anciano que pueda haber sufrido maltrato y/o abandono.
- Proporcionar una evaluación y tratamiento médico por los daños producidos por el abuso y/o abandono.
- Permanecer objetivos y no emitir opinión.
- Intentar establecer o mantener una relación terapéutica con la familia (por lo general, el médico es el profesional que mantiene un contacto duradero con el paciente y la familia).
- Informar toda sospecha de casos de maltrato y/o abuso de ancianos, conforme a la legislación.
- Utilizar un equipo multidisciplinario de tratantes de las profesiones médica, servicio social y salud mental cada vez que sea posible.
- Estimular la generación y utilización de recursos comunitarios de apoyo que entreguen servicios de reposo y disminución de estrés, a las familias de alto riesgo.

## RESULTADOS:

Se aplicaron 680 encuestas a sujetos mayores de 60 años, de las cuales 457 (67%) fueron aplicadas a hombres y 223 (33%) a mujeres.

De acuerdo a la escolaridad se obtuvo que de los encuestados, el 10% (70= 32 h, 38 m) son analfabetas, 34% (230= 80 h, 50 m) cursaron primaria, el 15% (100= 64 h, 36 m) secundaria, 20.5% (140= 72 h, 68 m) preparatoria y el 20.5% (140= 103 h, 37 m) con escolaridad profesional.

De acuerdo al estado civil, se encontró que se encuestaron 34 masculinos y 21 femeninas solteros, 359 casados masculinos y 146 femeninas, así como 64 viudos y 56 viudas.

De acuerdo al sitio de residencia de los usuarios, estos habitan en el área geográfica de Azcapotzalco el 73% (497), Naucalpan 25% (108) y Tlalnepantla 2% (15).

En el ámbito familiar, se aprecia que en el rubro de Violencia Psicológica, un 15% (102) de los encuestados tiene miedo a algún integrante de su familia, ya sea su pareja, hijos, nietos, nuera o yerno; de los cuales el 16% (73) son hombres y el 13% (29) mujeres. Siendo insultados el 12% de los encuestados y en una mayor proporción el sexo masculino con un 14.7% (68), sobre todo en el caso de los viudos y de baja escolaridad.

Disminuyendo su autoestima en un 12% (82) de los encuestados de ambos sexos, ya que se les reitera que no sirven para nada 8% (54) impactando de forma importante en el sexo masculino con un 7.87% (36) y femenino con un 8.07% (18). Siendo las mujeres quienes se sienten poco atractivas ante los comentarios familiares. El 9% (61) reconoce ser insultado o avergonzado públicamente o tomar un rol de sirviente dentro de la familia.

En cuanto la Violencia Física responden afirmativamente el 8% (54) de los encuestados, de los que el 7.43% (34) son del sexo masculino y el 8.96% (20) del sexo femenino, siendo amenazados y agredidos físicamente principalmente por su pareja en el caso femenino y por los hijos en el caso de los viudos.

En lo que respecta al Abandono, tenemos que los datos aportados indican que el 10% (68) de los encuestados sufren de este rubro ya sea por sus parejas o bien por sus hijos, nietos, nueras o yernos, principalmente al quedarse con el dinero que de alguna forma el adulto mayor percibe o no proveyéndolo de sus necesidades básicas, 10.5% hombres y 8.96% mujeres.

Por su parte la Violencia Sexual se hace patente de acuerdo a las encuestas en el 9% (61) ya que refieren ser obligados a realizar actividades sexuales que no desean o que no les son agradables, siendo el 8.75% (40) en el sexo masculino y el 9.41% (21) de las mujeres, Los primeros no refirieron por parte de quien sufren la agresión, pero en el caso de las mujeres señalan a sus parejas como los principales agresores.

En lo que respecta a la Violencia Parental, el temor ante expresar sus ideas y la reacción de estos ante la expresión de los sentimientos o ideas de los encuestados se manifiesta en el 12% (82) de los encuestados, mayormente en el sexo masculino 24.66% (55), agrediendo y afectando su autoestima, impactando al sexo femenino en un 12.1% (27) y un 7.43% (34) del sexo masculino. Disminuyendo su autoestima y avergonzándolos en público.

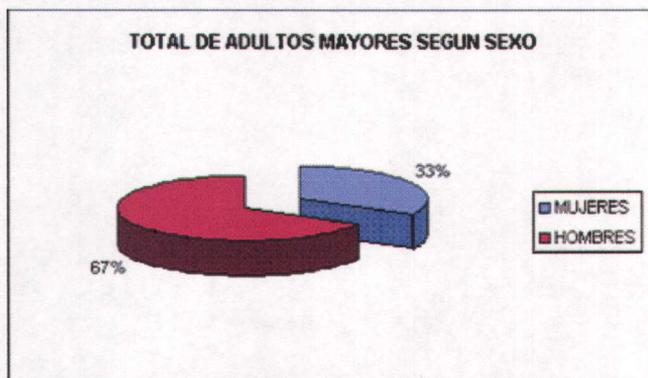
De acuerdo a lo manifestado como Violencia Conyugal, los celos de la pareja se hacen patentes en el 12% de los encuestados, no permitiéndole tener una vida social con un 6.28% (14) en los hombres y 14.87% (68) de las mujeres casadas, sin predominio de escolaridad en ambos casos. Teniendo un sentido de pertenencia por parte del violentador, buscando los defectos de su pareja y burlándose de esta por su físico o familia, siendo el 13.34% (61) en el hombre y 9.41% (21) en el femenino. El 8.96% (20) de las mujeres sufre de insultos y denigración por parte de su pareja, ignorándola y menospreciándola, así también como el 8.97% (21) es intimidada hasta la violencia física. Además de ejercer daño psicológico al culpar a la pareja de todo lo que pudiera suceder por parte del agresor.

## RESULTADOS

### TOTAL ADULTOS

SEXO	No. DE USUARIOS	PORCENTAJE
MUJERES	223	33,00%
HOMBRES	457	67,00%

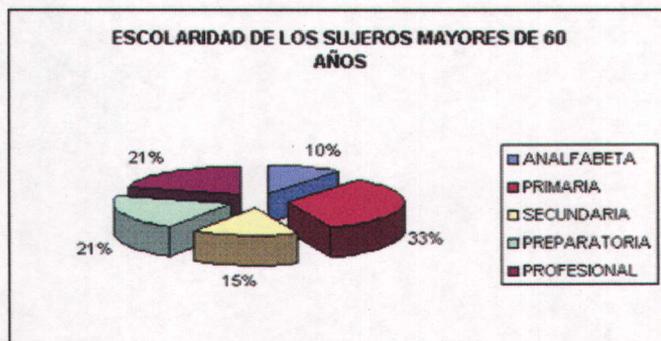
GRAFICO 1



FUENTE: ENCUESTA VIOLENCIA FAMILIAR U.M.F. 33

**TABLA 2**  
ESCOLARIDAD DE LOS SUJETOS  
MAYORES DE 60 AÑOS

ESCOLARIDAD	No. DE USUARIOS	PORCENTAJE
ANALFABETA	70	10,00%
PRIMARIA	230	34,00%
SECUNDARIA	100	15,00%
PREPARATORIA	140	20,50%
PROFESIONAL	140	20,50%



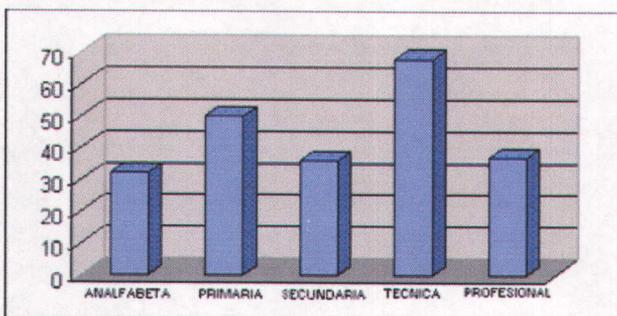
FUENTE: ENCUESTA  
VIOLENCIA FAMILIAR U.M.F.

ESCOLARIDAD DE LOS SUJETOS MAYORES DE 60 AÑOS SEGÚN SEXO.  
 TABLA 3

ESCOLARIDAD	MUJERES	HOMBRES
ANALFABETA	32	38
PRIMARIA	50	180
SECUNDARIA	36	64
TECNICA	68	72
PROFESIONAL	37	103

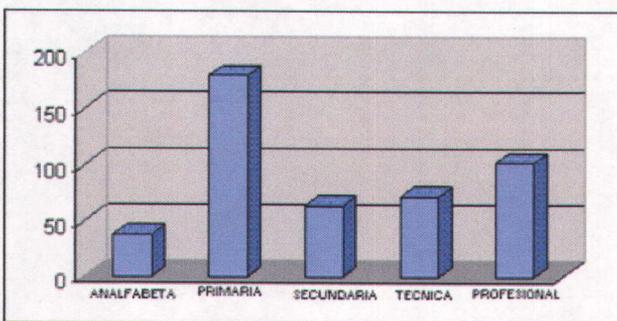
GRAFICO 3 Y 4 ESCOLARIDAD EN SUJETOS MAYORES DE 60 AÑOS  
 SEGÚN SEXO

ESCOLARIDAD DE MUJERES



FUENTE: ENCUESTA VIOLENCIA FAMILIAR U.M.F. 33

ESCOLARIDAD DE HOMBRES



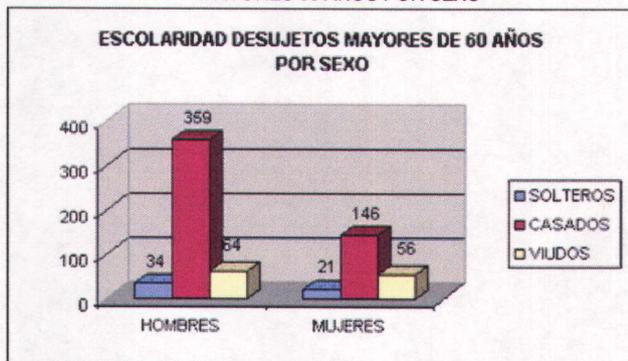
FUENTE: ENCUESTA VIOLENCIA FAMILIAR U.M.F. 33

ESTADO CIVIL DE LOS SUJETOS MAYORES DE 60 AÑOS POR SEXO

TABLA 4

ESTADO CIVIL	HOMBRES	MUJERES
SOLTEROS	34	21
CASADOS	359	146
VIUDOS	64	56

GRAFICO 5 ESTADO CIVIL MAYORES 60 AÑOS POR SEXO



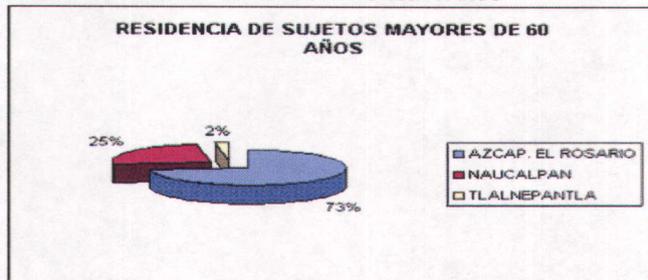
FUENTE: ENCUESTA VIOLENCIA FAMILIAR U.M.F. 33

RESIDENCIA DE LOS SUJETOS MAYORES DE 60 AÑOS

TABLA 5

RESIDENCIA	USUARIOS	PORCENTAJE
AZCAP. EL ROSARIO	497	73%
NAUCALPAN	168	25%
TLALNEPANTLA	15	2%

GRAFICO 6 RESIDENCIA SUJETOS MAYORES 60 AÑOS



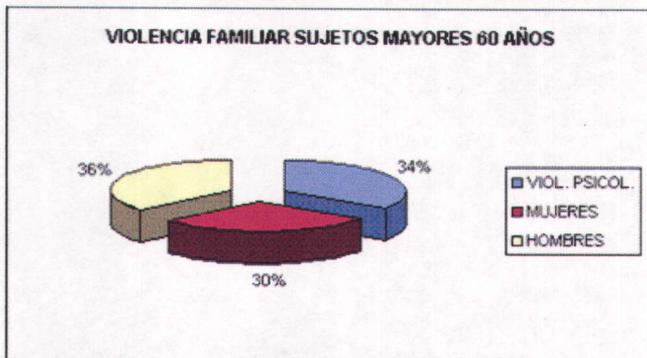
FUENTE: ENCUESTA VIOLENCIA FAMILIAR U.M.F. 33

VIOLENCIA FAMILIAR SUJETOS MAYORES 60 AÑOS

TABLA 6

VIOL. PSICOL.	MUJERES	HOMBRES
15%	13%	16%

GRAFICO 7 VILENCIA FAMILIAR SUJETOS MAYORES 60 AÑOS



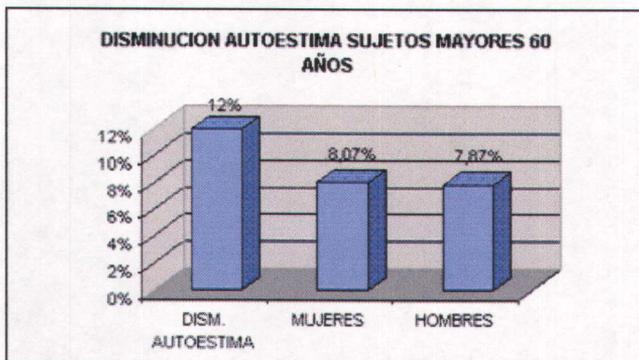
FUENTE: ENCUESTA VIOLENCIA FAMILIAR U.M.F. 33

DISMINUCION DE LA AUTOESTIMA SUJETOS MAYORES 60 AÑOS

TABLA 7

DISM. AUTOESTIMA	MUJERES	HOMBRES
12%	8,07%	7,87%

GRAFICO 8 DISMINUCION DE AUTOSTIMA SUJETOS MAYORES 60 AÑOS



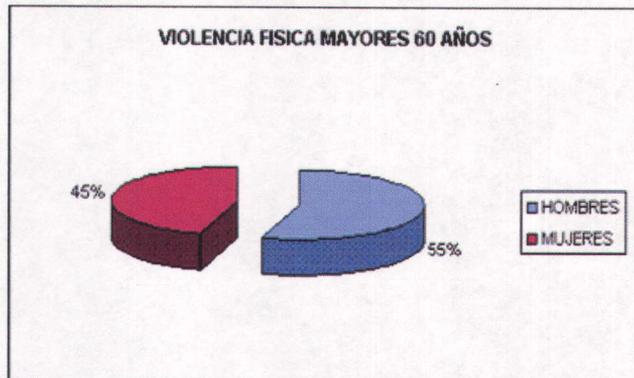
FUENTE: ENCUESTA VIOLENCIA FAMILIAR U.M.F. 33

VIOLENCIA FISICA MAYORES 60 AÑOS

TABLA 8

VIOLENCIA FISICA	HOMBRES	MUJERES
8%&	8,96%	7,43%

GRAFICO 9 VIOLENCIA FISICA MAYORES 60 AÑOS



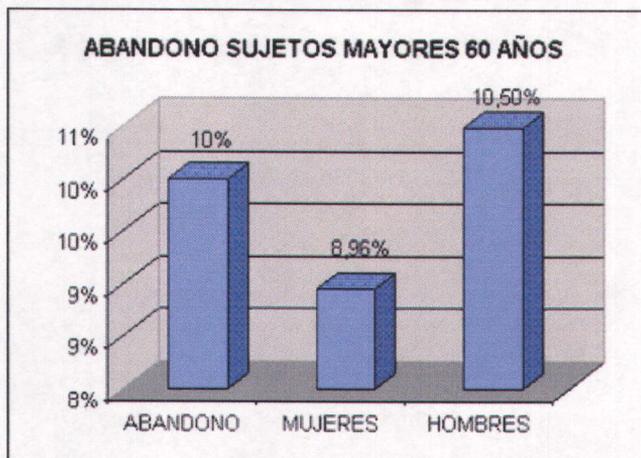
FUENTE: ENCUESTA VIOLENCIA FAMILIAR U.M.F. 33

ABANDONO SUJETOS MAYORES 60 AÑOS

TABLA 9

ABANDONO	MUJERES	HOMBRES
10%	8,96%	10,50%

GRAFICO 10 ABANDONO SUJETOS MAYORES 60 AÑOS



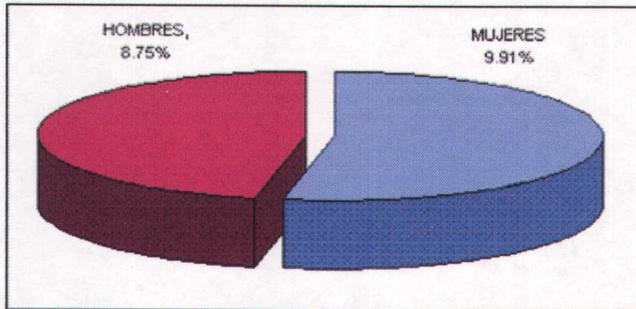
FUENTE: ENCUESTA VIOLENCIA FAMILIAR U.M.F. 33

VIOLENCIA SEXUAL SUJETOS MAYORES 60 AÑOS

TABLA 10

VIOL. SEXUAL	MUJERES	HOMBRES
9%	9,91%	8,75%

GRAFICA 11 VIOLENCIA SEXUAL MAYORES 60 AÑOS



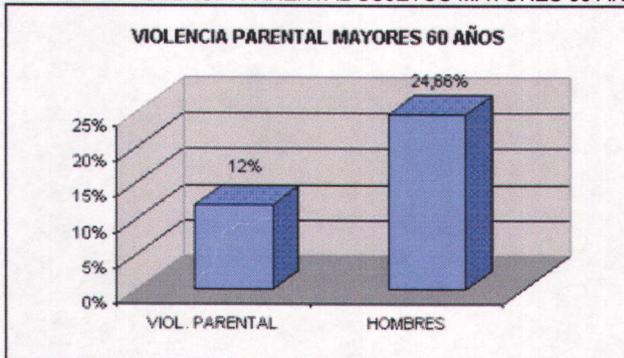
FUENTE: ENCUESTA VIOLENCIA FAMILIAR U.M.F. 33

VIOLENCIA PARENTAL SUJETOS MAYORES 60 AÑOS

TABLA 11

VIOL. PARENTAL	HOMBRES
12%	24,66%

GRAFICA 12 VIOLENCIA PARENTAL SUJETOS MAYORES 60 AÑOS



FUENTE: ENCUESTA VIOLENCIA FAMILIAR U.M.F. 33

VIOLENCIA CONYUGAL POR SEXO

TABLA 12

VIOL. CONYUGAL	MUJERES	HOMBRES
12%	14,87%	6,08%

GRAFICO 13 VIOLENCIA CONYUGAL MAYORES DE 60 AÑOS POR SEXO



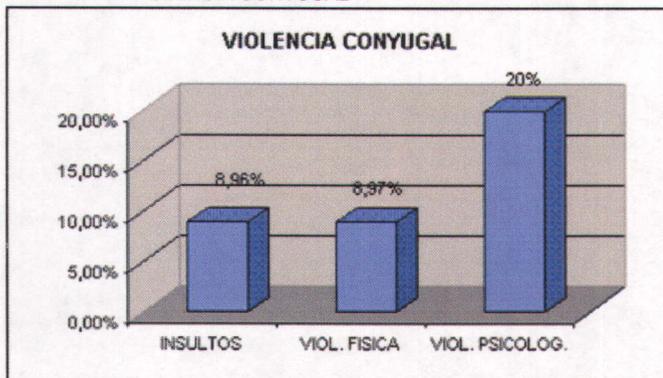
FUENTE: ENCUESTA VIOLENCIA FAMILIAR U.M.F. 33

VIOLENCIA CONYUGAL

TABLA 13

VIOL. CONYUGAL	INSULTOS	VIOL. FISICA	VIOL. PSICOLOG.
MUJERES VIOLENTADAS	8,96%	8,97%	20%

GRAFICA 14 VIOLENCIA CONYUGAL



FUENTE: ENCUESTA VIOLENCIA FAMILIAR U.M.F. 33

## ANÁLISIS DE RESULTADOS:

De acuerdo con las 680 encuestas aplicadas a adultos en plenitud, que correspondieron a 457 (67%) y 223 (33%), hombres y mujeres respectivamente. Podemos apreciar, que de acuerdo a lo reportado en el mes de Noviembre de los años 2003 y 2004, en las "Estadísticas a Propósito del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer" datos a nivel nacional por el INEGI:

En las usuarias de los servicios de salud IMSS, ISSSTE y SSA, 2 de cada 10 sufrieron algún tipo de violencia por su pareja durante el año previo a la encuesta. En el caso de las encuestas realizadas en la U.M.F. 33 El Rosario, la relación es de 1 de cada 11 usuarias que sufren violencia por sus parejas en insultos y denigración (8.96% = 20 usuarias), esta relación se conserva ante la violencia física y discretamente aumenta en el ámbito sexual (9.41% = 21 usuarias).

En lo que respecta al grupo de edad de individuos mayores de 60 años, específicamente en mujeres, tenemos que de acuerdo al INEGI en la ENDIREH (Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003). Se reporta con violencia actual el 14.2% entre los 61 y 65 años, el 15.4% en el rango de edad de 66 a 70 años y el 11.8% entre los 76 a 80 años. Contrastado con la encuesta aplicada en esta Unidad IMSS 33, donde se aprecia violencia en general en el 8.96% (20 usuarias) y conyugal del 9,41% (21 mujeres) física y sexual específicamente. Observando de un 3% aproximado menor en esta comunidad local, respecto a lo reportado nacionalmente. En cuanto a lo que se reporto en el 2004, por grupos etáreo de 55 años o más, la Violencia de Cualquier Tipo es del 32.2%, Física del 4.4% y Sexual de 5.3%. Con lo que observamos que las cifras reportadas nacionalmente son 3 veces mayores a lo encontrados en nuestras encuestadas mayores de 60 años, en el rubro de Violencia General, pero no así en la Física y Sexual, donde el porcentaje se duplica en las mujeres encuestadas en esta Unidad de Medicina Familiar. Por lo que podemos decir, que la principal violencia en este grupo de edad a nivel nacional es de tipo verbal, psicológica y de abandono. También debe considerarse el hecho de que a nivel nacional se consideraron áreas geográficas urbanas y rurales, siendo nuestra población en estudio de tipo urbano, principalmente de la delegación Azcapotzalco, seguida de los municipios de Naucalpan y Tlalnepantla, esta última de tipo industrial.

Dado que no se encuentran estudios suficientes respecto a la Violencia en Adultos en Plenitud, en ambos sexos, resulta difícil contrastar los resultados obtenidos en este estudio.

De acuerdo con el planteamiento del problema en este estudio se pudo conocer la frecuencia de violencia familiar en los adultos en plenitud derechohabientes de la U.M.F. 33. En los diferentes rubros de esta, es decir, psicológica, física, abandono y sexual. En forma parental y conyugal. Esperando que este sea el inicio de un seguimiento o un mayor estudio futuro para esta población en riesgo de esta patología social no solo local sino nacional.

## CONCLUSIONES:

La violencia familiar como fenómeno social y considerada un problema de salud pública por las dimensiones que ha tomado, a todos los niveles, socioculturales y económicos, donde los actos violentos y la situación de dominio de la que se vale para el sometimiento y control de la víctima, en sus diferentes formas, justificada de acuerdo al contexto familiar; no siendo la excepción en los adultos mayores, donde es expresada de forma abierta en un porcentaje discreto en la muestra y población encuestada, en forma de temor a sus familias ya sea de forma parental o conyugal, desde la imposibilidad de la simple expresión de ideas o sentimientos, hasta el abuso, llegando además a extremos tanto físicos como sexuales, disminuyendo con esto la autoestima del involucrado, en su rol de violentado, tratando este de cambiar sus conductas para evitar hacerse acreedor de las agresiones por parte de sus violentadores. Pasando por el rol de cuidador de otros integrantes de la familia o bien "sirvientes" en las tareas domesticas.

Además si la agresión viene de la propia pareja en el ámbito conyugal, la violencia desde el aspecto verbal se torna a física destruyendo la individualidad, integridad física y mental, dañando la autoestima de la parte violentada.

Si bien los resultados obtenidos en este estudio pudieran ser representativos de lo que ocurre en la población adscrita de la U.M.F. 33 El Rosario respecto a la Violencia Familiar, en las condiciones dadas, es evidente, que la mayor parte de los encuestados fueron del sexo masculino y valdría la pena, tener una muestra mayor del sexo femenino. Es de llamar la atención que en el caso de los encuestados masculinos que sufren de violencia en su mayoría son los viudos cuando se encuentran en relación parental. Así como sé continuo conservando el patrón de violencia familiar conyugal respecto a las mujeres siendo el cónyuge el violentador.

Es esencial e importante que el Médico Familiar tenga el conocimiento y la capacidad de reconocer las diferentes expresiones de violencia familiar, particularmente en el adulto mayor, población en riesgo y vulnerable de padecerla en el mismo entorno familiar en el cual se encuentran inmersos.

No podemos permanecer ajenos, por la responsabilidad que tenemos como personal de salud, siendo importante nuestra intervención en la prevención, detección y tratamiento, así como orientación de esta compleja pero común problemática, ya que el abordaje debe ser de forma integral e interdisciplinaria. Para fortalecer la autoestima de forma individual y colectiva familiar, dado que se genera un desequilibrio en la salud mental de victimas y familiares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población.- **“Los Servicios de Salud Ante la Violencia Doméstica.** - México 1999.
2. Secretaría de Salud. NOM 190 SSA 1 – 1999. **Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar** DOF 8 de marzo 2000.
3. NOM-167-SSA1-1997. Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social a Menores y Adultos Mayores.
4. Tovar López, Lorena. **“México y las Convenciones Internacionales en Materia de Derechos Humanos.** - México 1994
5. NOM-173-SSA1-1997, para la atención integral a personas con discapacidad.
6. Guía Metodológica Básica para la atención Médica Familiar. DGRSS/SSA, 1997.
7. Hajar Medina, Martha et.al. **Violencia y lesiones.** Rev. Salud Mental V, 15, no. 1. México, marzo 1992.
8. Valdéz, Rosario y Hume, Patricia. **Violencia doméstica.** Cidhal Centro para Mujeres. México, 1998. Valdéz Santiago, Rosario. **“Panorama de la Violencia Doméstica en México: antecedentes y perspectivas”.** Ponencia presentada en el VII Congreso de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. México 1998.
9. “Estadísticas a Propósito del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres”. Datos Nacionales. INEGI. 25 Nov 2003. 24 Nov 2004.
10. Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato a Ancianos. <http://www.wma.net/s/policy/s4.htm>
11. Eisenstat S, Bancroft L. Primary care: Domestic violence. N Eng J Med 1999;341(12):886-92.
12. Violencia Domestica en los Ancianos.  
<http://www.cndh.org.mx/principal/document/liberal/violenciaintrafamiliar.pdf>
13. Centro de información de las Naciones Unidas para México. Cuba y Rep. Dominicana. Nov. 6 1998: (98):124.
14. Estadísticas OMS. Violencia Intrafamiliar en Ancianos.  
<http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/2003>.

**A N E X O S**

## CARTA DE CONSENTIMIENTO

México, D.F. a        de                    del 200 .

Por medio de la presente, me dirijo a usted, con la finalidad de solicitarle su aceptación, para la participación voluntaria en el proyecto de investigación, el cual tiene como objetivo:

Conocer la Frecuencia de Disfunción Familiar en los Adultos en Plenitud.

El estudio consta de responder 2 cuestionarios:

- Con datos generales, los cuales no incluyen el nombre por ser anónimo.
- Las preguntas con un SI cuando la situación sea semejante o igual a la propia, ó NO en el caso contrario.

Todos los datos obtenidos, serán manejados con absoluta confidencialidad y discreción, en ningún momento se utilizarán datos personales para otros fines que no sean los del proyecto.

Después de haber leído y comprendido el objeto del proyecto, doy mi consentimiento para participar.

**ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO.**

-----

CUESTIONARIO (S).

Edad:                                  Sexo:                                  Escolaridad:                                  Ocupación:

Estado Civil:                                  Residencia:

CUESTIONARIO DE VIOLENCIA FAMILIAR PARA ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS.

	SI	NO
• <i>Tengo miedo a mi pareja, mis hijos, nietos, nuera o, yerno.</i>	( )	( )
• <i>No puedo expresar mis sentimientos o ideas sin sentir temor ante la reacción de mis familiares.</i>	( )	( )
• <i>Les tengo que pedir permiso para ver a mis familiares o amigos.</i>	( )	( )
• <i>Constantemente estoy preocupada (o) para que las cosas estén tal como le gustan a mi familia.</i>	( )	( )
• <i>Siempre trato de complacer a mi familia.</i>	( )	( )
• <i>Me critican mucho.</i>	( )	( )
• <i>Me insultan.</i>	( )	( )
• <i>Estoy confundida (o) por las diferencias enormes con las que mi pareja y yo vemos nuestra relación.</i>	( )	( )
• <i>Estoy comenzando a creer las cosas desagradables que mi familia dice de mí.</i>	( )	( )
• <i>He cambiado mi manera de ser para no tener problemas.</i>	( )	( )
• <i>Se enojan si no les obedezco.</i>	( )	( )
• <i>Me dicen, frecuentemente, que no sirvo para nada.</i>	( )	( )
• <i>Me dicen que: ¿qué voy a hacer sin él (ella) o ellos?</i>	( )	( )
• <i>Me hacen realizar actos sexuales que no deseo, ni me gustan.</i>	( )	( )
• <i>Se enojan y me regañan si la comida, las tareas de la casa o el lavado de la ropa no están hechos cuando supone que deberían de estarlo.</i>	( )	( )
• <i>Es muy celoso (a) y sospecha de todo mundo. No me permite salir o tener vida social.</i>	( )	( )
• <i>Me dicen que soy fea y sin atractivos.</i>	( )	( )
• <i>Actúan como si yo fuera su sirviente (a) personal. Me insultan y me avergüenzan delante de otras personas.</i>	( )	( )
• <i>No puedo expresar mis sentimientos o ideas sin sentir temor ante la reacción de mi familia.</i>	( )	( )
• <i>Se enojan mucho si no acepto sus puntos de vista.</i>	( )	( )
• <i>Él, ella o ellos controlan todo el dinero.</i>	( )	( )
• <i>Me exigen que me quede en casa para cuidar a los niños.</i>	( )	( )

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

Ocupación:

Estado Civil:

Residencia:

### CUESTIONARIO DE VIOLENCIA FAMILIAR PARA PAREJAS MAYORES DE 60 AÑOS.

- |   | SI  | NO  |
|---|-----|-----|
| • <i>Considera que su pareja le pertenece y que es lógico que usted sea quien mande y él o ella que obedezca?</i>   | ( ) | ( ) |
| • <i>Por lo general, cree que sus opiniones, argumentos y razones son más importantes y mejor fundamentados que las de su pareja?</i>   | ( ) | ( ) |
| • <i>Busca los defectos de su pareja, se burla de ella de su físico, familia u otros aspectos de su persona?</i>  | ( ) | ( ) |
| • <i>Le molesta cuando no le dan la razón, no gana en una discusión o contradicen sus opiniones?</i>  | ( ) | ( ) |
| • <i>Denigra o insulta a su pareja llamándola con apodos, groserías, ignorándola, menospreciando sus opiniones y/o sentimientos?</i>  | ( ) | ( ) |
| • <i>Es propenso a amenazar o intimidar a su pareja, con actitudes prepotentes como: miradas, tonos de voz, "fintas" agresivas, con abandonarla o golpearla o hacerlo con sus hijos/as, si no hace lo que quiere?</i> | ( ) | ( ) |
| • <i>Continuamente se elogia y se siente superior a los demás?</i>  | ( ) | ( ) |
| • <i>Culpa a su pareja por todo lo malo que sucede, le cuesta trabajo reconocer ante ella sus errores o darle la razón?</i>   | ( ) | ( ) |
| • <i>Es de los que exige mucho y no se compromete al cuidado o a cooperar en la casa?</i>   | ( ) | ( ) |
| • <i>Le incomoda que su pareja tenga éxito, gane más o minimiza sus logros sabiendo en el fondo que posee cualidades?</i>   | ( ) | ( ) |
| • <i>Cuándo le crítica se enoja y contesta ¿y? o ¿y qué?, frecuentemente está a la defensiva o se enoja de cualquier cosa?</i>  | ( ) | ( ) |
| • <i>Recurre frecuentemente a los celos, el chantaje, no permites que su pareja salga o tenga vida social; es de los que dicen "te prohíbo que....."?</i>   | ( ) | ( ) |