



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PLAN ÚNICO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE SALUD PÚBLICA
COORDINACIÓN DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A
VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES DEL
UNIVERSO DE TRABAJO DEL HOSPITAL RURAL
IMSS-OPORTUNIDADES DE OCOZOCOAUTLA,
CHIAPAS.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA
PRESENTA:

DRA. LICELY ANGÉLICA GÓMEZ RICÁRDEZ

**ASESORA:
DRA. GABRIELA RODRÍGUEZ ABREGO**

MÉXICO D.F, FEBRERO DE 2006



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).

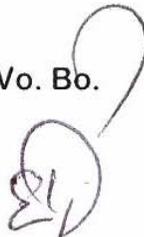
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

Vo. Bo.



Dr. Benjamín Acosta Cázares
Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología
Unidad de Salud Pública
Coordinación de Programas Integrados de Salud

Vo. Bo.



Dr. Ernesto Krug Llamas
Coordinador de Enseñanza
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Epidemiología
Unidad de Salud Pública
Coordinación de Programas Integrados de Salud

Vo. Bo.



Dra. Gabriela Rodríguez Abrego
Médico no Familiar Epidemiólogo
Unidad de Atención Médica
Coordinación de Planeación y Desarrollo

Gracias:

Siempre a mis padres

A mis hermanos por su confianza y apoyo incondicional

A José Alejandro y Diego Emiliano por ser fuentes constantes de motivación

A los Adultos Mayores que sin pedir nada a cambio abrieron sus corazones

A los profesores y compañeros del curso por sus enseñanzas

A Cristy por su atención y amabilidad

CONTENIDO

I. RESUMEN	2
II. MARCO TEÓRICO	3
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
IV. JUSTIFICACIÓN	20
V. OBJETIVOS	21
VI. MATERIAL Y MÉTODO	22
VII. RESULTADOS	34
VIII. DISCUSIÓN	37
IX. CONCLUSIONES	41
X. BIBLIOGRAFÍA	43
XI. ANEXOS	48

I. RESUMEN

Prevalencia y Factores Asociados a Violencia Familiar en Adultos Mayores del Universo de Trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas.

Introducción: El incremento de la población de adulto mayores, plantea la necesidad de abordar los problemas médico sociales que los afectan. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores.

Método: Estudio transversal realizado de marzo a junio de 2005, en adultos mayores del universo de trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas, seleccionados aleatoriamente y entrevistados en su domicilio. La variable dependiente se recabó usando la versión modificada de la Escala de Conflictos Tácticos de Strauss (alpha de Cronbach 0.867). Las variables independientes incluyeron: características sociodemográficas, funcionalidad de la red social, estado de salud, estado cognitivo y función física. El análisis incluye estadísticas descriptivas y medidas de asociación.

Resultados: Se entrevistaron 1,078 adultos mayores. La prevalencia de violencia familiar fue de 8.1% (IC_{95%} 6.4-9.7). El maltrato más frecuente fue el psicológico (7%; IC_{95%} 5.3-8.4). Los agresores en su mayoría son los hijos (66.7%). Los adultos mayores analfabetas, con dependencia de vivienda, una red social disfuncional, la presencia de alguna enfermedad y dependencia física (RMP 2.15, IC_{95%} 1.26-3.66; RMP 1.78, IC_{95%} 1.06-2.99; RMP 5.98, IC_{95%} 3.56-10.04; RMP 3.96, IC_{95%} 2.35-6.67 y RMP 1.66, IC_{95%} 0.99-2.80, respectivamente) tienen mayores probabilidades de ser víctimas de violencia familiar que aquellos sin estas características ($p < 0.05$).

Conclusiones: La magnitud de maltrato al adulto mayor encontrada en el estudio esta situada en el rango medio de lo observado en otros países. Su caracterización permite la identificación de las condiciones que son susceptibles de cambio y definen las funciones de las áreas que deberán involucrarse al desarrollar estrategias de prevención y control.

II. MARCO TEÓRICO

1. BASES TEÓRICAS

1.1 Introducción

El proceso de transición epidemiológica y demográfica ha modificado los perfiles de enfermedad, discapacidad y muerte; con una proporción cada vez mayor de enfermedades no transmisibles y lesiones (de orden físico, psicológico y sexual).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera adulto mayor a toda persona de 60 años y más, en la actualidad, existen en el mundo más de 416 millones de adultos mayores. Para el año 2025, los mayores de 60 años serán el 12% de los habitantes del planeta. De éste total de adultos mayores, el 72% vivirá en los países en desarrollo¹. Inmersa en los perfiles de los países subdesarrollados, la población mexicana vive un proceso acelerado de envejecimiento. Por ello, la atención de este grupo poblacional representa uno de los mayores retos para los servicios de salud.

Por otra parte, la crisis de la seguridad social ha afectado a la mayoría de las naciones del mundo, y México no es la excepción. Ante las insuficiencias de seguridad social, una parte importante de la responsabilidad de proteger a los adultos mayores en situación de dependencia tiende a recaer en los hogares y en las redes sociales y familiares de apoyo². La familia otorga apoyo a través de transferencias monetarias y materiales, arreglos de domicilio, y cuidados directos ante problemas de salud. En su contexto natural permite a sus miembros desplegar toda variedad de comportamientos, incluyendo la conducta agresiva. Esta última situación contribuye a deteriorar el papel de la familia como fuente de apoyo a los adultos mayores, al tiempo que señala la necesidad de diseñar mecanismos de atención para evitar que este hecho siga dándose. Considerando lo anterior, en las últimas décadas, para conocer el grado de bienestar del adulto mayor se ha puesto una mayor atención en las formas de apoyo que otorgan las redes sociales. Como apoyos de una red social entendemos a todas aquellas formas de ayuda que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en las diferentes etapas de su vida.

Es así que, considerado inicialmente como un problema de bienestar social y luego como un tema relacionado con el envejecimiento, la violencia en el ámbito familiar hacia los adultos mayores se vinculó con la salud pública.

Aunque la violencia familiar en adultos mayores se describió por primera vez en 1975 en los países desarrollados (donde se han realizado la mayoría de las investigaciones existentes), la información procedente de algunos países en desarrollo ha demostrado que se trata de un fenómeno universal³.

1.2 Conceptos

En la literatura el término violencia lleva implícito los conceptos de abuso y maltrato. En base a ello, se toma la definición emitida por Hudson en 1991 y publicada en la revista *Elder Abuse Neglect*, así como la emitida por la Secretaría de Salud de México.

"El Maltrato al anciano es una conducta destructiva que está dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad y/o frecuencia como para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y/o financiero de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida y/o violación de los derechos humanos y disminución en la calidad de vida para la persona mayor"⁴. Esta definición es la que conjuntamente adoptaron la organización Acción contra el Maltrato de los Ancianos en el Reino Unido; la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores y Organización Mundial de la Salud.

Para los fines de la Norma Oficial Mexicana de Prestación de Servicios de Salud, Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, se entenderá por: "Violencia familiar, al 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"⁵.

Asimismo, los diversos organismos gubernamentales coinciden en que este fenómeno atenta contra las garantías y derechos establecidos no solo en nuestra Constitución, sino en el marco legal que de ella se desprende. Por ello, todo ciudadano tiene la

obligación ética y legal de notificar a las autoridades los casos de sospecha. En este sentido, las instituciones del sector público, social y privado que otorgan atención médica, toman especial relevancia, ya que “deberán registrar e informar a la Secretaría de Salud de los usuarios afectados por violencia familiar”. Esto permitirá la codificación de los eventos a partir de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Códigos Y06 y Y07), con el fin de contribuir a la información que requiere el sistema de Vigilancia Epidemiológica para Accidentes y Lesiones (SIVEPAL). De forma simultánea, “los prestadores de servicios médicos tienen la obligación de informar y orientar al usuario afectado, sobre la posibilidad que tiene de denunciar su caso ante las autoridades correspondientes, con la finalidad de que el afectado reciba servicios jurídicos, médico-legales y de asistencia social”⁵.

1.3 Tipos de violencia familiar⁶

- a) Maltrato físico: está definido como el acto de agresión que causa dolor, daño o lesiones, deterioro o enfermedad, e incluye ataduras, empujones, alimentar o administrar medicamentos por la fuerza y que pueden manifestarse por desgarros, fracturas, traumatismos de tejido blandos, quemaduras o contusiones.
- b) Maltrato psíquico, psicológico o emocional: comprende la acción verbal u omisión manifestada a través de intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes y desprecio que provoca alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.
- c) Abuso sexual: es la acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales la persona tiene incapacidad para consentir.
- d) Abuso económico: es el abuso que implica el uso y control del dinero o bienes de la persona anciana de forma ilícita o sin su consentimiento.
- e) Negligencia: es el fallo de la persona que está al cuidado del anciano, para proveerle las necesidades básicas de la vida diaria, y esa negligencia puede ser física, emocional o financiera. La física puede ser el fallo para proveerle de los lentes, la dentadura, las medidas de seguridad y la higiene; la negligencia

emocional incluye aquellos fallos para proveer al anciano de estimulación social, como por ejemplo, dejarlo solo por largos períodos; y la negligencia financiera se produce con los fallos para usar los recursos disponibles para restaurar o mantener el bienestar del anciano. Evaluable más frecuentemente en las residencias geriátricas.

Por otra parte, es importante señalar que el abuso y el maltrato son intervenciones activas que van a causar daño, lesión o amenaza y también son actos intencionales de perpetración. De ahí que la principal diferencia en relación a la negligencia, radique en que mientras los primeros son acciones intencionales, la negligencia es un acto de omisión.

1.4 Causas

La mayoría de los investigadores y académicos están de acuerdo en que la violencia es un fenómeno multicausal; resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales⁷. Se ha recurrido a un modelo ecológico que ayuda a comprender la naturaleza de la violencia, que involucra cuatro niveles⁸:

- a. Individual: Identifica los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona. Centra su atención en las características del individuo que aumentan la probabilidad de ser víctima de actos de violencia: bajo nivel educativo, abuso de psicotrópicos, antecedente de maltrato, etc.
- b. De relaciones: Indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas (amigos, pareja y miembros de la familia) aumentan el riesgo de convertirse en víctima de actos violentos.
- c. De la comunidad: Examina los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales (escuela, lugar de trabajo, vecindario, etc.) y busca identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser víctimas de actos violentos.

- d. Social: Examina los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia (normas culturales, principalmente).

2. ANTECEDENTES

2.1 Magnitud del problema

La investigación sobre maltrato en personas mayores se inició hace aproximadamente tres décadas, a pesar de ello, hasta la fecha, las investigaciones en este ámbito aún son escasas⁹. Dados estos hechos, las fuentes consultadas para obtener información sobre la incidencia y la prevalencia de la violencia familiar en adultos mayores fueron de dos tipos:

a) Organismos Internacionales

La OMS, invitada por la Red Internacional de Prevención de Abuso del Anciano¹⁰, elaboró una estrategia mundial y su primer paso fue realizar un estudio en ocho países: Argentina¹¹, Austria¹², Brasil¹³, Canadá¹⁴, India¹⁵, Kenia¹⁶, Líbano¹⁷ y Suecia¹⁸. De este estudio se desprende que Austria, Canadá y Suecia, tienen entre un 6% y 10% de prevalencia de violencia familiar en adultos mayores. Kenia, Líbano y la India reportaron prevalencias alrededor del 4%. Finalmente, Argentina y Brasil reportaron prevalencias del 35% y 45%, respectivamente. Por otra parte, las principales limitaciones de estos estudios radican en que están basados en muestras pequeñas (50 participantes, en promedio), así mismo la selección de las muestras se realizaron por métodos no probabilísticos. Las distribuciones por tipo de violencia fueron las siguientes: Austria; Líbano, India y Kenia reportan mayores proporciones de abuso económico; para Argentina y Brasil los tipos más prevalentes fueron el abuso psicológico y el físico; finalmente para Suecia y Canadá las proporciones mayores correspondieron al abuso físico y la negligencia.

El más reciente Informe Mundial Sobre Violencia y Salud emitido por la OMS, en su capítulo “El Maltrato de las Personas Mayores”³ (basado en cinco encuestas realizadas en Estados Unidos, Canadá, Países Bajos, Finlandia y Gran Bretaña); indica que la prevalencia osciló entre 4% y 6%. Los problemas de comparabilidad identificados radican principalmente en: a) las diferencias temporales; los estudios de Estados Unidos¹⁹, Canadá²⁰ y Países Bajos²¹ hacen referencia al “año anterior”; el de Finlandia se enfoca a partir de la “edad de jubilación”; mientras que, el de Gran Bretaña se dirige hacia “los últimos años”; b) los

hallazgos: en los primeros estudios no hay diferencias por edad o sexo; en el de Finlandia se encontró una mayor proporción de víctimas femeninas (7%) que masculinas (2.5%); mientras que en el estudio Británico no se hizo el desglose por edad o sexo.

Ninguno de estos estudios está hecho sobre una base poblacional, por lo que los resultados no son extrapolables a la población general; por otra parte, tampoco hacen referencia a las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en la medición de violencia.

b) Investigaciones sobre Violencia Familiar

Existen algunos trabajos que han intentado aproximarse al estudio de la violencia familiar del anciano tanto desde el punto de vista epidemiológico como mediante la búsqueda de herramientas diagnósticas, así como de factores de riesgo. En una revisión de diez artículos publicados en tres países durante 1998 y 1999, Brandl y Cook-Daniels²², agrupan los hallazgos en tres categorías: a) abuso en la vejez, en los cuales las prevalencias encontradas se encuentran en un rango que va de 1.6% a 7.5%; b) abuso a lo largo de la vida, encontrando tasas de 19.1% a 59.1%; y c) incidencia de violencia familiar, encontrando un rango de 32 a 40 de cada 1000 adultos mayores víctimas de violencia familiar por año en Estados Unidos y Canadá, respectivamente. Identifican las principales limitaciones de los estudios señalando que, al ser realizados en las personas que entran en contacto con los servicios a la comunidad se subestima la verdadera prevalencia. Así mismo, la forma de conceptualizar la violencia familiar en los adultos mayores, provoca los grandes rangos de prevalencias encontradas. Así, los que evalúan la violencia a lo largo de la vida reportan las mayores tasas, mientras que los estudios centrados a partir de la edad en la que se considera a una persona como adulto mayor, reportan las tasas más bajas.

Comijs²¹ utiliza la *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2-R)*, el *Wife Abuse* y el *Violence Against Man*, para determinar la ocurrencia de cuatro tipos de violencia. Las prevalencias fueron estudiadas en una muestra de 1797 adultos de 65 años y más. La prevalencia global durante el período de estudio (1 año) fue de 5.6%. La distribución por tipo fue la siguiente: psicológica 3.2%, física 1.2%, económica 1.4%, y negligencia 0.2%. No se encontraron diferencias por sexo, mientras que en personas de más de 65 años se incrementan la física (de 1.2% a 3.9%) y económica (de 1.4% a 4.8%). Se evalúa además las consecuencias de la violencia ejercida hacia los adultos mayores,

señalando una amplia gama de respuestas que van desde responder con violencia hacia el agresor hasta aquellas que conducen a una hospitalización prolongada e incapacidad física. Señala que excluir a pacientes con alteraciones psicológicas representa una probable subestimación de la prevalencia y sus consecuencias, tal como lo demuestran otros estudios.

En Canadá, Lanchs²³ evalúa los registros de 2668 adultos de 65 años y más, seguidos cada tres años por nueve años en el *State Elderly Protective Service Program*; encontrando que: el 30% de ellos denunciaron violencia familiar a la Oficina de Derechos Humanos de Connecticut, de los cuales únicamente el 1.6% se confirmaron; después de ajustar por edad, género, raza, ingreso económico y otros factores, las personas víctimas de violencia fueron las más viejas (RM 1.1, IC_{95%} 1.0-1.1), de raza blanca (RM 4, IC_{95%} 2.2-7.2), con mayor dependencia para las actividades de la vida diaria (RM 1.3, IC_{95%} 1.1-1.8). En contraparte las personas sin violencia fueron las que no tuvieron multipatología crónica (RM 0.6, IC_{95%} 0.4-0.8) y vivían solos (RM 0.3, IC_{95%} 0.1-0.8). Reconoce que el hecho de encontrar una cifra tan baja de violencia familiar puede deberse al haber tomado para su investigación únicamente a los casos denunciados, subestimando así la verdadera ocurrencia del evento.

Por otra parte, en Sri Lanka, Lekamwasaam y Hewage²⁴, estudian a una población admitida en un hospital durante 1 año. Plantean un diseño de casos y controles. La muestra estuvo integrada por adultos mayores de 65 años y más: 100 casos y 200 controles, pareados por edad y sexo. Los resultados que reportan demuestran que la violencia psicológica (28%) predominó sobre los otros tipos (física 14%; económica 10%; y sexual 4%). Las características para las que se encontró relación con la violencia fueron las siguientes: en calidad de protectoras, estar casado (a) [RM 0.19, IC_{95%} 0.09-0.4]; tener casa propia (RM 0.44, IC_{95%} 0.27-0.72); tener un ingreso económico regular (RM 0.31, IC_{95%} 0.15-0.85); y poseer propiedades (RM 0.3, IC_{95%} 0.17-0.59); y finalmente en calidad de riesgo, convivir con niños (RM 4.17, IC_{95%} 2.21-7.78).

Así mismo, en Barcelona, España²⁵, durante el año 2000, se realizó un estudio titulado "Violencia Doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a adultos mayores". La población estudiada comprendió adultos de 70 años y más (n=307) de una de las Áreas

Básicas de Salud de Barcelona. Como instrumento de recolección de datos se utilizó el *Test de Pfeitter*, enfocado principalmente hacia las características de asistencia social que reciben los adultos mayores y que en una de sus secciones evalúa la presencia de violencia familiar. Los resultados de esta investigación señalaron una prevalencia global de sospecha de maltrato del 12% (IC_{95%} 7.6-16.2); en el análisis bivariado se señalan como factores de riesgo: el sexo femenino (18%; p<0.01); recibir ayuda social (46%; p<0.001); ser viudo (a) [21%; p<0.01]; no tener un trabajo remunerado (20%; p<0.04); y tener residencia rotatoria (28%; p<0.003). En el análisis multivariado permanecieron como factores de riesgo el sexo femenino (RM 4.99; IC_{95%} 1.62-15.41) y recibir ayuda social (RM 7.65; IC_{95%} 2.19-26.7). Finalmente, reflejada en la amplitud de los intervalos de confianza, la precisión del estudio puede considerarse no adecuada.

La gravedad de la violencia familiar hacia los adultos mayores ha sido poco explorada. Una de las investigaciones realizada en Montreal durante el año 2001²⁶, encontró que en la población de 70 años y más (n=126) que acudió al *Hospital General Geriatric Phychiatry*, la prevalencia global de violencia familiar fue de 15.26%. La distribución por tipo de violencia señaló que la más frecuente fue la económica (12.7%); seguida por la negligencia y aquella en la que se presentó de forma múltiple (5.6%); quedando dentro de las menos frecuentes la psicológica y la física (4 y 2.4%, respectivamente). Al evaluar la severidad de la violencia se encontró que los grados leve y moderado (6.3%, en cada uno) predominó sobre el grave (3.2%). En el modelo de regresión propuesto, se encontraron asociados y en calidad de riesgo el ser mujer (RM 2.6%; IC_{95%} 0.45-14.4; p 0.289); el estar divorciado (a) [RM 2.4%; IC_{95%} 0.21-26.8; p 0.478]; y vivir solo (RM 1.6%; IC_{95%} 0.21-11.8; p 0.662). Como demuestran los intervalos de confianza amplios la precisión del estudio no es buena. Por otra parte con los intervalos pasando por la unidad permanecerían dudas al respecto de si son factores de riesgo, pero los consideran como tales al tener una amplitud mayor hacia el sentido de factores de riesgo.

La violencia del adulto mayor también ha llamado la atención de investigadores latinoamericanos. Es así que, Rodríguez y Olivera²⁷, desarrollaron una investigación de la cual se extraen los siguientes resultados: de 226 adultos de 60 años y más, el 80% reportó violencia familiar. Al grupo de edad de 60-79 años correspondió el 53.1%, y al de 80 y más

años correspondió 26.9%. Este estudio reporta las prevalencias más altas encontradas en la literatura. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que estas mediciones fueron llevadas a cabo en residencias geriátricas, por lo cual los hallazgos no se pueden extrapolar a la población general. Aún más la conceptualización y medición del maltrato fueron llevadas a cabo en base al criterio operacional de los investigadores y no en base a los criterios internacionales.

En México, el estudio de la violencia familiar encuentra sustento legal en las disposiciones establecidas por el gobierno federal⁵ y los gobiernos estatales. Señalando que debe realizarse en los grupos sociales más susceptibles. A pesar de ello, las investigaciones llevadas a cabo en México se han centrado en su mayor parte a la dirigida hacia las mujeres y los niños, dejando a los adultos mayores en un segundo plano²⁸.

El escenario actual de los adultos mayores de nuestro país presenta un contexto de vulnerabilidad para que se den situaciones de violencia: 700 mil no cuentan con ninguna forma de apoyo familiar, institucional o de otro tipo, 20% cuentan con una pensión que en la mayoría de los casos es precaria, 90% vive con un familiar y en el 50 % de los casos sus condiciones económicas son insuficientes para vivir bien².

Hasta el momento el estudio de la violencia familiar en la población mexicana de adultos mayores es incipiente, aunque, la ocurrencia de violencia en este grupo poblacional solo ha sido parcialmente explorada. De la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (1999)²⁹ llevada a cabo por la Secretaría de Salud de México en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, se resalta que en el Área Metropolitana de la ciudad de México, 18.6% de la población de 60 años y más vive en hogares con presencia de actos violentos y que de acuerdo con el total de denuncias registradas en las Unidades de Atención a la Violencia Intrafamiliar (UAVIF) durante 1999, nueve de cada 10 víctimas en el Distrito Federal eran mujeres y 2.7% tenía 60 ó más años. Entre la población masculina maltratada, cuyo porcentaje es del 6.8% respecto al total de la población víctima de maltrato, 44.8% son ancianos. De la Encuesta Nacional de Violencia de pareja en Usuarias de Servicios públicos de salud en México 2003³⁰, se puede extraer parcialmente la distribución de la violencia por grupos de edad; observándose que para los grupos de edad

que comprenden los adultos mayores las prevalencias no sobrepasaron el 2% y que fueron pobremente representados.

Por otra parte, la atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar estudiada por Hajar-Medina y cols.³¹, reporta en las distribuciones por grupo de edad una proporción de 2.17% para los adultos de 60 años y más de ambos sexos. Sin embargo, el grupo de adultos mayores estuvo nuevamente pobremente representado (N=6), además hay que considerar que esta proporción refleja de manera indirecta únicamente a los casos que por su gravedad requirieron atención médica.

Aunque, ciertamente la información rescatada no refleja la verdadera magnitud de la violencia en los adultos mayores, las cifras obtenidas no son despreciables. Se puede resumir que, sí bien la investigación sobre violencia familiar se ha realizado en el país, esta no se ha dirigido a uno de los grupos más vulnerables: los adultos mayores. En los casos en que este grupo de edad ha sido estudiado con frecuencia se refieren únicamente al sexo femenino; o bien, el número de adultos mayores incluidos es pequeño.

Finalmente, una encuesta en hogares realizada para determinar la ocurrencia de violencia familiar en los adultos mayores de los municipios de Villahermosa, Tabasco; Cuernavaca, Morelos; y Hermosillo, Sonora³²; se limita a mencionar lo siguiente: una prevalencia global de 8.2%; el sexo femenino es el más afectado (53%); no existieron diferencias por estrato socioeconómico ni por municipios; la depresión (45.2%), dolor de cabeza (38.7%), tristeza o aflicción (38.4%), angustia (32.3%) ansiedad (25.8%), son las principales consecuencias para la salud.

2.2 Factores de asociados

En distintos estudios se ha observado una asociación estadística entre violencia y algunas situaciones de vulnerabilidad que conllevan un mayor riesgo de padecer abuso o maltrato en la edad avanzada, aunque estos no han sido consistentes; a saber:

Sexo: el sexo femenino ha sido clásicamente relacionado a mayores prevalencias de maltrato^{25, 26, 33, 34}, en un rango de proporciones de 62% a 82.3%. Sin embargo, también hay datos que concluyen que no existen diferencias significativas en relación al sexo^{24,35}. En nuestro medio, de acuerdo a Rangel-López²⁸ y a otros investigadores²⁹, se señala que entre

los adultos mayores es el hombre quien sufre mayor maltrato, mientras que en otras investigaciones se señala a la mujer como la más afectada³².

Edad: algunas investigaciones^{21,23,27,28} coinciden que entre los adultos mayores, a mayor edad, mayor riesgo de maltrato. Mientras que Shugarman³⁵, no identifica diferencias por grupos de edad. Por otra parte, en la revisión llevada a cabo por Kleinschmidt³⁴, se confirman los hallazgos discrepantes entre los estudios, respecto a la relación del riesgo de maltrato y la edad.

Estado civil: en el análisis bivariado³⁵ no se han encontrado diferencias significativas entre el grupo de adultos con violencia familiar y aquellos en que el evento está ausente; a pesar de ello generalmente se reporta que no hay riesgo de abuso si la persona es viuda^{23,28}. Por otra parte, el vivir solo es considerado como un factor condicionado por el estado civil y que relacionado a la violencia en algunas ocasiones se encuentra como una situación protectora²³ y en otras como de riesgo^{25,26}.

Estado cognitivo: se ha identificado que tener alteraciones en la memoria reciente está fuertemente asociado con violencia en la vejez (RM 2.66; IC_{90%} 1.28-5.34)³⁵. En este mismo sentido, la OMS³ reporta que “las deficiencias cognoscitivas de las personas mayores están asociadas estrechamente con el riesgo de violencia familiar”.

Estado de salud: según Shugarman³⁵, al realizar análisis bivariado el sólo hecho de tener el diagnóstico de una enfermedad está relacionado con la presencia de violencia familiar; además señala que en el modelo de regresión los riesgos de maltrato por enfermedad permanecen significativos, apuntando que el mayor riesgo se observa en los diagnósticos psiquiátricos (RM 2.48, IC_{90%} 1.18-5.23). Estos hallazgos coinciden por los reportados por Cham^{Error! Marcador no definido.} y por los encontrados por Kleinschmidt^{Error! Marcador no definido.} en la revisión que realizó al respecto.

Función física: dentro de sus componentes (evaluados a través de las actividades de la vida diaria) se han reportado diferencias entre los adultos mayores con violencia familiar y aquellos sin ella, únicamente en higiene y vestido (18.2% vs 7.2%, $p < 0.05$; y 18.2% vs 8.1%, $p < 0.05$; respectivamente)³⁵. Sin embargo en el análisis multivariado ninguno de los componentes del funcionamiento físico permanece estadísticamente significativo como

factor de riesgo. Lanchs²³, señala que el funcionamiento físico dependiente durante las actividades de la vida diaria, es un factor de riesgo para ser violentado (RM 13; IC_{95%} 1.1-1.7).

Red social: analizada como un indicador, las variables que lo integran representan un riesgo para maltrato de aproximadamente 2 a 3 veces más en las personas con una red social pequeña que aquellos con una red social grande³⁵. Por otra parte, en una revisión de las publicaciones hechas referentes violencia familiar, se concluye que su papel aún no está claro, ya que hay estudios que no la reportan como factor de riesgo³⁴.

Dependencia económica: al respecto se menciona que la dependencia económica, puede ser considerada como riesgo para ser víctima de violencia familiar³⁶. Así mismo, Rangel-López²⁸ señala que depender de otras personas desde el punto de vista económico y/o físico facilita el abuso. Ruíz-Sanmartín²⁵ señala que un ingreso económico bajo genera dependencia, la cual conduce finalmente al maltrato.

Función familiar: se ha observado que la presencia de disfunción familiar incrementa el riesgo de maltrato (RM 2.3%; IC_{90%} 1.2-4-3)³⁵; ya que crea un ambiente de intolerancia y de tensión que ofrece el contexto ideal para que se genere la violencia²⁸.

Otro de los factores de riesgo señalados en relación a la violencia familiar en otros ámbitos es el nivel de escolaridad. Aunque esta variable ha sido poco explorada en relación a la violencia en los adultos mayores, los estudios que la han incluido no encuentran diferencias significativas entre el grupo de adultos con maltrato y aquellos libres de ella (35.5% vs 30.1%, $p > 0.05$)³⁵.

3. EL PAPEL DE LA FAMILIA

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas; es por ello que el conocimiento de las familias en su estructura y funcionamiento nos permite una aproximación más amplia, objetiva y dinámica de la violencia familiar³⁷.

La funcionalidad familiar se mide según el cuestionario *Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales* (FACES III), en términos de adaptabilidad y cohesión.

- **Cohesión:** es la vinculación emocional entre los miembros de la familia, e incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. Los niveles de cohesión son: desligada, separada, conectada, aglutinada.
- **Adaptabilidad:** es la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales o de desarrollo. Los niveles de adaptabilidad son: rígido, estructurado, flexible y caótico.

La funcionalidad se relaciona con los niveles intermedios de ambas dimensiones y la disfuncionalidad familiar con los niveles extremos de ambas dimensiones. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas funciones de la familia por alteraciones en algunos de los subsistemas familiares.

4. EL PAPEL DE LAS REDES SOCIALES

La participación de los adultos mayores en los grupos de socialización permite integrarlos en actividades laborales, de ocio y lúdicas. La posibilidad de verse integrado a un grupo de socialización depende de las redes sociales del sujeto. Un país subdesarrollado, como México, con amplias desigualdades, dispone de muy pocos recursos para la asistencia social. De esta manera, desde el punto de vista de la salud, las redes sociales pueden actuar como factor protector y se constituyen como una alternativa en medicina preventiva.

Existe evidencia comprobada de que una red social funcional protege a las personas de las enfermedades, actúan como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia, es decir es “salutogénica”³. El rol benéfico o protector de una red social funcional es claro para el caso de padecimientos crónicos. Sin embargo, tal como se ha señalado en párrafos anteriores, para el caso de la violencia familiar en el adulto mayor hay estudios que denotan que su papel aún no queda claro^{25,34}.

Por su parte, Shugarman³⁵ evidencia que algunos aspectos negativos de la red social están significativamente asociados con la violencia familiar en el adulto mayor:

interacción social difícil (RM 2.75; IC90% 1.21-6.21); conflictos familiares (RM 2.13; IC_{90%} 1.08-4.23); sensación de soledad (RM 3.49; IC_{90%} 1.70-7.18); red social pequeña (RM 3.76; IC_{90%} 1.58-8.93). Así mismo, Comijs³⁸ al examinar el estrés psicológico en víctimas de violencia familiar y el posible efecto benéfico de una red social funcional en la salud psicológica de las víctimas, concluye que las víctimas de violencia familiar obtienen más beneficios de las redes sociales que las no víctimas (RMP 3.13; IC_{95%} 2.245-6.83).

Hallazgos diferentes son los reportados por Kleinschmidt³⁴, quien señala que entre las características de las redes sociales de las víctimas de violencia y las no víctimas no existen diferencias. Por otra parte el reciente informe de la OMS³ sobre el maltrato de las personas mayores, señala que uno de los puntos importantes para explicarse este fenómeno es “entender la reestructuración de las redes básicas de apoyo de los adultos mayores”; la cuál en vista de los profundos cambios sociales deberá darse sobre el objetivo de desempeñar un papel protector para los adultos mayores.

5. DIAGNÓSTICO

La intervención de los profesionales de la salud para establecer el diagnóstico de violencia, debe inicialmente enfocarse hacia la identificación de los factores de riesgo y el reconocimiento de las situaciones de mayor vulnerabilidad para que se presente la violencia.

La *Preventive Services Task Force* de Estados Unidos y la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*, coinciden en que “respecto a la utilización rutinaria de instrumentos para la detección de maltrato en adultos mayores, no hay evidencias científicas suficientes en el momento actual que permitan aconsejar o rechazar su utilidad”, no obstante aconsejan “estar alerta ante signos y síntomas clínicos y de conducta relacionados al maltrato”³⁹.

Las investigaciones referentes a herramientas diagnósticas señalan que, es factible realizar el diagnóstico de violencia en los distintos escenarios (la comunidad, los clínicos, etc.)^{35,40} empleando los instrumentos validados⁴¹ y dirigidos a este grupo poblacional. De esta forma, el instrumento a utilizar en las investigaciones dependerá del escenario en el cual se pretende medir la violencia.

Recientemente, Fulmer⁴² revisó y evaluó los instrumentos disponibles para la detección de violencia familiar en los adultos mayores. Concluye que el valor y las limitaciones de los instrumentos dependen de las características de la investigación a realizar. Se presenta a continuación un cuadro resumen de ellos:

Autor (año)	Instrumento	Método	Psicometría del instrumento	Comentarios
Johnson D (1981)	Screening Protocols for the Identification of Abuse and Neglect in the Elderly	Lista de cotejo; entrevista; periodo de observación; 18 ítems	No	Escenario no especificado
Ferguson A (1983)	H.A.L.F.	Lista de cotejo; entrevista; periodo de observación; 37 ítems	No	Todos los escenarios clínicos; se requiere la historia social de la víctima; víctima y agresor
Rathbone-McCuan (1982)	Case Detection Guidelines	Lista de cotejo; examen físico	No	Todos los escenarios clínicos; no requiere experiencia; víctima y agresor
Tomita S (1982)	Elder Abuse and Neglect Protocol	Conceptualización de violencia	No	Servicios sociales; víctima y agresor
Hwalek M (1986)	Elder Abuse Screening Test	Cuestionario 15 ítems	Sí	Servicios de urgencias; víctima
Fulmer T (2000)	Elder Assessment Instrument	Lista de cotejo; 42 ítems	Sí	Todos los escenarios clínicos; requiere entrenamiento; versión español; víctima
Straus M (1979)	The Conflict Tactics Scale	Entrevista o autoaplicable; 28 ítems	Sí	Todos los escenarios; versión español; víctima
A.M.A. (1992)	AMA Assessment Protocol	Lista de cotejo; sospecha	No	Todos los escenarios clínicos; víctima
Reis M (1995 y 1998)	Brief Abuse Screen for the Elderly e Indicators of Abuse Screen	Lista de cotejo; 5 y 40 ítems	Sí	Escenario no especificado; víctima y agresor
Bass D (2000)	Screening Tools and Referral Protocol Stopping Abuse Against Older Ohioans: A Guide for Service Providers	Combinación de varios instrumentos; incluye protocolo de referencia	Sí	Todos los escenarios clínicos; víctima

Uno de los instrumentos más ampliamente utilizado es la CTS2-R⁴³. Ya que es aplicable en todos los escenarios (tanto en los clínicos, como en la comunidad), se dispone de una versión en español, consta de 28 preguntas a través de las cuales se puede determinar la presencia de violencia en las categorías de física, psicológica,

sexual y económica; además de proporcionar la información necesaria para clasificarla por grado de severidad. La escala ha sido reportada con una consistencia global (*alpha* de Cronbach) de 0.88 y una validez de contenido global de 0.80. Este fue el instrumento seleccionado para la realización de la investigación.

6. ESCENARIO DE INVESTIGACIÓN

Eventualmente, se describe a la pobreza como una de las características de la comunidad que se asocian con la presencia de violencia familiar en los adultos mayores⁴⁴. Trazando un vínculo entre estos dos hechos, se describe la manera en que una vida familiar disfuncional, la carencia de dinero para los artículos esenciales y la falta de educación y de oportunidades laborales contribuyen a que en este tipo de sociedades, los adultos mayores se conviertan en un blanco para ejercer violencia en su contra³.

El escenario planteado, es factible encontrarlo en poblaciones rurales. Desafortunadamente, no hay estadísticas disponibles sobre violencia familiar en adultos mayores de estas áreas geográficas. Sin embargo, el programa IMSS-Oportunidades, tiene presencia en este tipo de localidades. La consulta realizada para determinar el Hospital Rural con mayor población del grupo etario de interés, señaló al Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas (n=2236). Algunas de las características sociodemográficas del municipio se resumen en el cuadro siguiente⁴⁵.

Presidente municipal: Ing. Ledin Méndez Nucamendi	Filiación política: PRI
Juris. Sanitaria: I, Tuxtla Gutiérrez	Comunicación: Carretera Pavimentada
Ext. Territorial: 2,476.6 Km ²	Densidad de pob.: 27 Hab/Km ²
M.S.N.M.: 820	No. de localidades: 708
Población total: 65,673	Población oportunohabiente: 34,770
Población económicamente activa y ocupada (≥12 años): 21,492	Población ≥15 años analfabeta: 7,940
Grado promedio de escolaridad: 5º	Población ≥ 60 años: 3,658
Oportunohabientes ≥ 60 años del HR IMSS-"O": 2,236	Población ≥ 60 años con discapacidad visual: 106
Población ≥ 60 años con discapacidad mental: 19	Población ≥ 60 años con discapacidad motriz: 121
Población ≥ 60 años con discapacidad auditiva: 80	Población ≥ 60 años con discapacidad de lenguaje: 6

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que, posterior a su conceptualización como problema de salud pública, las investigaciones en el campo de la violencia familiar tienen gran auge; es frecuente observar que la mayoría de ellas están enfocadas a mujeres y niños. Aún así, las pocas investigaciones sobre adultos mayores han ayudado a comprender mejor la violencia familiar en este grupo etario. Sin embargo, se necesita una base de conocimientos más sólida para poder elaborar una estrategia con fines de prevención.

El análisis de los artículos seleccionados y la consulta de material especializado, reflejan las siguientes situaciones:

- La mayor parte de las investigaciones han tenido lugar en países desarrollados; en donde se considera como adulto mayor a las personas de 65 años y más.
- Una proporción muy pequeña de las investigaciones se ha realizado sobre bases poblacionales y casi ninguna en un escenario rural. La mayoría se ha enfocado a personas que acuden a servicios sociales de protección al adulto mayor.
- Existen factores para los cuales su relación con la violencia familiar al adulto mayor no está claramente establecida: sexo, ingreso económico, redes sociales, escolaridad, estado civil, entre otros.

Por otra parte, planteándose el problema de la violencia familiar al adulto mayor desde el enfoque preventivo de la salud pública, este resulta un fenómeno predecible, y por tanto, prevenible. De ahí que al obtener información sobre las poblaciones afectadas, así como de los factores asociados a ella en carácter de riesgo, se podrán identificar aquellos que son susceptibles de cambio y que por tanto merecen ser abordados. Sobre esta base, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia y cuáles son los factores asociados a violencia familiar en los adultos mayores del universo de trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas?

IV. JUSTIFICACIÓN

Ante los conocimientos actuales, el valor de la investigación consiste en apoyar o rechazar el papel de las variables de estudio en su vínculo protector o de riesgo con la violencia familiar; a la vez que producirá un incremento en el conocimiento y entendimiento del comportamiento de las variables clásicamente señaladas como de riesgo para violencia familiar en los adultos mayores.

Finalmente, la importancia social del trabajo radica en su contribución a la legitimación de la violencia familiar en el adulto mayor como un problema real. El beneficio que de la información, una vez difundida, se genere podrá ser aprovechado directamente por los adultos mayores, mediante la toma de consciencia de su situación de riesgo y la generación de una actitud positiva que contribuya a la modificación de la ocurrencia del evento. Indirectamente, los beneficios también podrán ser recibidos por el personal de salud; el cual tendrá las herramientas para formular y en un futuro ejecutar medidas y acciones orientadas a la prevención de este evento.

V. OBJETIVOS

1. Generales

- Estimar la prevalencia y los factores asociados a la violencia familiar en los adultos mayores del universo de trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas.

2. Específicos

- Determinar los tipos de violencia familiar más frecuentes en los adultos mayores.
- Determinar la relación entre el sexo y la violencia familiar en el adulto mayor.
- Determinar la relación entre ingreso económico y violencia familiar en el adulto mayor.
- Determinar la relación entre la variable funcionalidad de la red social y la violencia familiar en el adulto mayor.
- Determinar la relación entre la escolaridad y la violencia familiar en el adulto mayor.
- Determinar la relación entre el estado civil y la violencia familiar en el adulto mayor.
- Identificar los factores de riesgo sociales más relevantes que determinan la ocurrencia de la violencia familiar en el adulto mayor.
- Identificar los factores de riesgo demográficos más relevantes que determinan la ocurrencia de la violencia familiar en el adulto mayor.
- Identificar los factores de riesgo de la condición de salud más relevantes que determinan la ocurrencia de la violencia familiar en el adulto mayor.
- Determinar si existen diferencias significativas en las variables sociales, demográficas y de la condición de salud entre los adultos mayores víctimas de violencia familiar y los adultos mayores libres de este evento.

VI. MATERIAL Y MÉTODO

1. TIPO DE ESTUDIO

Transversal

2. PERÍODO DE ESTUDIO

Del 1 de marzo al 30 de junio de 2005 (Anexos, página 57).

3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

3.1 Universo y Muestra

3.1.1 Universo de estudio.

Adultos mayores oportunoahabientes del universo de trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas.

3.1.2 Unidad de muestreo y análisis.

Adultos mayores de 60 años y más del universo de trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas que cumplan con los criterios de selección.

3.2 Tamaño mínimo de muestra

Utilizando el programa EpiInfo6 y considerando:

- una prevalencia del 6% (P),
- un nivel de confianza del 95% (Z),
- una precisión de 0.020 (d),
- una razón de momios de prevalencia de 2, y
- una tasa de no respuesta del 20%;

el tamaño mínimo de muestra requerido fue de 1150 adultos mayores.

3.3 Tipo de muestreo

Se realizó un muestreo aleatorio simple.

3.4 Selección de la muestra

3.4.1 Se elaboró un censo de adultos mayores incluidos en el universo de trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas, para crear una lista con números de identificación de los sujetos.

3.4.2 A través una lista de números aleatorios generados por medio del paquete estadístico EpilInfo6, se eligió al azar un número de comienzo a partir del cual se seleccionaron los sujetos hasta completar el tamaño mínimo de muestra. En los casos en que no se localizó al sujeto seleccionado se sustituía por otro; elegido nuevamente mediante la lista de números aleatorios.

3.5 Criterios de restricción

3.5.1 Inclusión

3.5.1.1 Adultos mayores oportunoahabientes de ambos sexos.

3.5.1.2 Que aceptaron participar en el estudio y otorgaron su consentimiento informado verbal.

3.5.2 Exclusión

3.5.2.1 Adultos mayores que por condición de salud grave, alteraciones del lenguaje o auditivas no pudieran responder a la entrevista.

3.5.3 No inclusión

3.5.3.1 Cuestionarios con información incompleta en la variable dependiente.

4. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó un cuestionario administrado durante una entrevista personal.

4.1 Estructura y diseño del cuestionario (Anexos; página 58)

El cuestionario de recolección de datos se estructuró de la forma siguiente:

Sección	Variabes
Datos generales	Folio
	Fecha
Características demográficas	Sexo
	Edad
	Estado civil
	Escolaridad
	Ocupación
	Fuente de ingreso económico
	Ingreso económico
	Dependencia de vivienda
Habitantes (Densidad del hogar)	
Características sociales	Función familiar: FACES III (Ficha técnica 2)
	Red Social: Red social de Duke (Ficha técnica 3)
Condición de salud	Presencia de patologías
	Estado cognitivo: Mini-mental de Folstein (Ficha técnica 4)
	Funcionamiento físico: Índice de Katz (Ficha técnica 5)
Violencia familiar Escala de conflictos tácticos (Ficha técnica 1)	Maltrato físico
	Maltrato psicológico
	Abuso sexual
	Abuso económico

4.2 Definiciones operacionales de las variables

4.2.1 Variable dependiente

Violencia familiar (Ficha técnica 1; página 56)

Definición: Acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en contra de un adulto mayor integrante de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Operacionalización: Se construyó un indicador a partir de 28 ítems (Escala de conflictos tácticos de Strauss versión modificada: violencia física (12 ítems), psicológica (8 ítems), sexual (3 ítems) y económica (5 ítems). Inicialmente los ítems se interrogaron de forma tal que las respuestas tuvieran dos opciones (Sí y No). En caso de una respuesta afirmativa se

mencionaban opciones de respuesta gradadas en frecuencia (ocho opciones, que van de cero a siete). Las puntuaciones que se construyeron fueron las siguientes:

1. Prevalencia: Indica las conductas de las que fue víctima el adulto mayor a lo largo de su vida. Una puntuación de 1 indica que se llevaron a cabo una o más de las conductas durante el periodo de referencia. Se puntúo 1 cuando se marcaron las opciones de respuesta 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 en un ítem.
2. Gravedad: Se utilizó la severidad asignada a cada ítem, lo que permite clasificarla como de menor o grave.
3. Cronicidad anual: Es la suma del número de veces que se llevó a cabo cada uno de los actos de la escala. Considerar todas las respuestas 0 y 7 como datos perdidos.

Indicador:

a) Violencia familiar global y por tipo	Tipo	Ítem	
	Maltrato físico	16-27	
	Maltrato psicológico	28-35	
	Abuso sexual	36-38	
	Abuso económico	39-43	
	Calificación		
	1-7 = Sí		
	0 = No	1 = una vez al año	
		2 = dos veces el año pasado	
		3 = 3-5 veces el año pasado	
4 = 6-10 veces el año pasado			
5 = 11-20 veces el año pasado			
6 = Más de 20 veces el año pasado			
7 = No el año pasado, pero lo ha hecho			
b) Gravedad	1 = Menor		
	2 = Grave		

4.2.2 Variables independientes

a. Demográficas

Sexo

Definición: Condición fenotípica que diferencian a la mujer del hombre.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Operacionalización: Durante la entrevista se observaron las características morfológicas de los individuos.

Indicador:

1. Masculino
2. Femenino

Ocupación

Definición: Actividad que a la que cotidianamente se dedica una persona y por la cual puede o no recibir una remuneración económica.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Operacionalización: Lo referido por el adulto mayor durante la entrevista. Se interrogó inicialmente la situación laboral actual; en el caso de las personas con una actividad laboral actual se continuó interrogando sobre el tipo de actividad desempeñada (con la posibilidad de agregar las no comprendidas en el cuestionario). La versión final esta variable quedo agrupada de acuerdo al Catálogo Mexicano de Ocupaciones⁴⁷.

Indicador:

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------|
| a) Actividad laboral actual | b) Tipo de actividad laboral | c) Remuneración |
| 1. No | 1. Ama (o) de casa. | 1. Sí |
| 2. Sí | 2. Jornalero (a). | 2. No |
| | 3. Obrero (a) | |
| | 4. Comerciante | |
| | 5. Otra _____ (especificar) | |

Fuente de ingreso económico

Definición: Procedencia de los recursos monetarios del adulto mayor para satisfacer sus necesidades.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Operacionalización: De acuerdo a lo reportado como la principal fuente de ingreso económico del adulto mayor.

- Indicador:** 1. No recibe ingresos 2. De su familia 3. De su jubilación
4. De programas sociales 5. De su trabajo

Ingreso económico

Definición: Bienes monetarios mensuales de los que dispone el individuo para la satisfacción de sus necesidades.

Naturaleza de la variable: Cuantitativa.

Escala de medición: Razón.

Operacionalización: Se obtuvo mediante la respuesta al cuestionamiento de cuánto dinero recibe en un mes, independientemente del origen.

Indicador: Lo referido por el individuo durante la entrevista expresado en pesos.

Dependencia de vivienda

Definición: Situación legal o de hecho en virtud de la cual el adulto mayor habita una vivienda que no le es propia.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Operacionalización: La construcción de esta variable se hizo interrogando al adulto mayor sobre a quien correspondía la propiedad de la vivienda que habita.

Indicador: Dependencia de vivienda

1. No (Propia)
2. Si (De un familiar, prestada o rentada)

Densidad del hogar (Habitantes en la vivienda)

Definición: Número de personas que habitualmente viven en el mismo domicilio.

Naturaleza de la variable: Cuantitativa.

Escala de medición: Razón.

Operacionalización: Se determinó interrogando al adulto mayor.

Indicador: Lo referido en la entrevista.

b. Sociales

Función familiar (Ficha técnica 2; página 56)

Definición: Suma de las relaciones al interior de la familia dada por la convivencia y el afrontamiento de situaciones de estrés.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Ordinal.

Operacionalización: Por medio de 20 ítems con gradación de respuestas. Se asignó un puntaje lineal posterior a la obtención del promedio de la suma de los ítems pares y nones, para finalmente clasificar a la familia de acuerdo a su funcionalidad.

Indicador: 1. Familia funcional

2. Familia disfuncional.

Red social (Ficha técnica 3; página 56)

Definición: Suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas y que le proporcionan apoyo para resolver conflictos.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Operacionalización: Esta variable exploró el apoyo estructural, como reflejo del tamaño de la red, y el apoyo funcional, como reflejo de la percepción de apoyo. Se integró a partir de 12 ítems. Para el apoyo estructural se solicitó información sobre el número de personas que el individuo conoce y frecuenta; con un punto de corte en 6 o más personas conocidas y frecuentadas para considerar una red social grande. El apoyo funcional se construyó a partir de la suma de las opciones seleccionadas por el individuo; con un punto de corte de 32 puntos para considerar a la red social como funcional.

Indicador: Tamaño de la red

1. Red social grande (de 6 y más)
2. Red social pequeña (de 5 y menos)

Funcionalidad de la Red Social

1. Red social funcional (de 33 y más)
2. Red social no funcional (de 32 y menos)

c. Condición de salud

Presencia de patologías

Definición: Circunstancia en que se encuentra un individuo en relación a la presencia o ausencia de una enfermedad.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Operacionalización: Se interrogó sobre la existencia enfermedades diagnosticadas por un médico, pidiéndose además especificar él o los diagnósticos,

Indicador: 1. Sin patología

2. Con patología _____ (especificar)

Estado cognitivo (Ficha técnica 4; página 56)

Definición: Circunstancia en la que se encuentran las funciones mentales de memoria y concentración de un individuo.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Operacionalización: Para la determinación de esta variable se aplicó el miniexamen cognitivo que evalúa orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria; y lenguaje y construcción. El punto de corte para deterioro cognitivo se estableció en 23. Se consideró la escolaridad y la edad del adulto mayor para obtener los estimados de puntuación máxima, y partiendo de ello recalcular proporcionalmente la puntuación y determinar la presencia o ausencia de deterioro cognitivo.

Escolaridad	Puntuación máxima de acuerdo a la edad en años					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>84
Analfabeta	23	23	23	23	23	23
Elementales	24	23	23	22	21	20
Primarios	27	27	26	26	26	24
Medios	29	29	28	28	26	26
Superiores	30	30	29	29	28	28

- Indicador:** 1. Sin deterioro cognitivo
2. Con deterioro cognitivo.

Funcionamiento físico (Ficha técnica 5; página 56)

Definición: Capacidad del individuo para llevar a cabo actividades cotidianas; cuyo grado refleja su conducta en las funciones sociobiológicas.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Ordinal.

Operacionalización: Esta integrada por 10 ítems, ordenados jerárquicamente, que evalúan las actividades de la vida diaria. Proporcionan un índice de autonomía-dependencia en la alimentación; el vestido; el arreglo y aseo personales; la continencia

vesical y continencia rectal; el uso del retrete; el traslado; la deambulaci3n, y el uso de escaleras. Se puntu3 de forma jer3rquica (m3ximo 100), de modo que el individuo pudiera ser clasificado en dos grupos (Ficha t3cnica 5).

Indicador: 1. Independiente (60 y m3s puntos)

2. Dependencia f3sica (59 y menos puntos)

5. PLAN DE AN3LISIS

Despu3 de codificar las variables y construir la base de datos se realizaron los siguientes an3lisis:

5.1 An3lisis univariado

a) Frecuencias simples, medidas de tendencia central y dispersi3n.

5.2 An3lisis bivariado

a) Se analizaron las diferencias entre proporciones, as3 como la asociaci3n y la magnitud de tal asociaci3n entre las variables independientes (nominales y ordinales) y los grupos con y sin violencia familiar, por medio del estad3stico χ^2 (χ^2 de Pearson, Prueba exacta de Fisher [cuando algunos de los valores en la celda fue menor al esperado] y χ^2 de Mantel y Haenszel).

b) Se compararon las medianas de las variables continuas independientes en los grupos con y sin violencia familiar por medio de la U de Mann-Whitney.

c) Se construyaron los intervalos de confianza al 95% de cada una de las estimaciones.

5.3 An3lisis multivariado

A partir del an3lisis bivariado se seleccionaron las variables independientes que resultaron significativamente asociadas a la violencia familiar para construir un modelo de regresi3n log3stica y obtener las probabilidades de ser v3ctima de violencia familiar.

6. IMPLICACIONES 3TICAS

En base a lo establecido en la Ley General de Salud en su T3tulo Quinto: Investigaci3n para la salud; y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigaci3n para la Salud, se trata de una investigaci3n sin riesgo. El protocolo de

investigación fue presentado a los directivos del Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas, para su aprobación y sometido a consideración de la Comisión Nacional de Investigación Científica del Instituto Mexicano del Seguro Social, quienes evaluaron y aprobaron el proyecto asignando el número de registro 2005-785-025.

El desarrollo de la investigación se llevo a cabo considerando las recomendaciones éticas y de seguridad para investigación sobre violencia familiar establecidas por la OMS⁴⁷:

1. Se informó al sujeto seleccionado sobre los objetivos de este estudio y se garantizó la confidencialidad y anonimato de la información recabada (Consentimiento informado por escrito; Anexos, página 65).
2. Se procuró establecer confianza y facilitar la expresión de los sentimientos.
3. Se utilizó un lenguaje claro y sencillo, con el objetivo de facilitar la comprensión de las preguntas del cuestionario.
4. Los adultos mayores identificados con alteraciones en el examen minimal, la función familiar y/o el funcionamiento físico, fueron derivados a servicios especializados presentes en la comunidad, quedando a consideración del adulto mayor la decisión de acudir o no a ellos.
5. En todas las entrevistas y con especial énfasis en los casos de violencia familiar, se abordó el tema y se informó sobre los servicios sociales y de protección al adulto mayor presentes en el municipio.

6. PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

- a) En el escenario de la investigación, se identificaron y se contactaron los servicios sociales y familiares presentes en Ocozocoautla, para dar a conocer el proyecto y solicitar su participación en el apoyo al adulto mayor cuando este así lo requirio.
- b) Posteriormente, se elaboró un censo de la población de 60 años y más del universo de trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades, para que en base a él y a una lista de números aleatorios se eligieran a los sujetos de estudio.

- c) Se contactó con los sujetos elegidos y aplicando los criterios de restricción se decidió si podían entrar al estudio.
- d) Si cumplían con los criterios de inclusión, se les informó sobre los objetivos de la investigación, aplicando las consideraciones hechas en el apartado de “Implicaciones éticas y legales”.
- e) Al término de la fase de recolección de información se construyó la base de datos para realizar el análisis planeado.
- f) Se entregaron resultados preliminares a las autoridades del Hospital Rural IMSS-Oportunidades (agosto 2005) y una vez concluida la investigación se elaboró el informe final de la tesis para finalmente continuar con la difusión y comunicación de los hallazgos.

VII. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE LA CONDICIÓN DE SALUD

La tabla 1 resume las características sociodemográficas y de la condición de salud de la muestra. Se seleccionaron 1150 adultos mayores, de los cuales 12 (1%) no aceptaron participar en el estudio y 50 (5.4%) fueron excluidos por información incompleta de las principales variables. Finalmente se incluyeron 1078 adultos mayores (94%), con edades comprendidas entre 60 y 98 años, con un promedio de edad de 70 años y una desviación estándar (DE) de ± 8 años; 50.3% pertenecen al sexo femenino y 49.7% al sexo masculino. El 69% de los encuestados estaba casado, 3% en unión libre y 28% divorciado/viudo o soltero. El 48.2% era analfabeta, mientras que el 51.8% reportó saber leer y escribir. De estos últimos ($n=558$), 91.6% recibió la instrucción en el sistema escolarizado, predominando el nivel primaria (83%); con un promedio global de escolaridad de 3.9 años (DE 2.9 años). Los adultos mayores que refirieron realizar alguna actividad laboral remunerada ($n=154$), se ocupan principalmente en actividades agrícolas en general (65%); comercio, artesanías, actividades fabriles y de mantenimiento (20%); y en servicios domésticos (15%). La principal fuente de ingresos económicos fueron los programa sociales (31.3%); el 30.3% son sostenidos por su familia, 15.4% sufraga sus gastos mediante una pensión y 14.3% recibe ingresos de su trabajo. El ingreso económico promedio fue de \$748.6 pesos (Rango de 100 a 4,500; DE \$669.7). Respecto a la vivienda, 75.4% de los adultos mayores son propietarios de ellas, mientras que el 22.6% habita en la vivienda de un familiar o en una vivienda prestada y únicamente el 2% se ve en la necesidad de rentar.

En el contexto de la composición de la estructura familiar, partiendo de las relaciones de parentesco o sin ellas, pero consideradas significativas por el adulto mayor, el promedio de habitantes por vivienda fue de 3.1 (Rango 1-12; DE ± 1.8). La media de la puntuación del cuestionario FACES III, fue de 5.08 con una DE de 0.038 (IC_{95%} 5.00-5.15); encontrándose 70.6% (IC_{95%} 67.9-73.3) de familias funcionales. En cuanto a la red social, la media del número de personas con las que cuenta el adulto mayor fue de 5.4 (DE 2.2; IC_{95%} 5.30-5.56). Al analizar esta variable desde el punto de vista estructural,

59.6% de los adultos mayores cuenta con una red social pequeña. De manera global, la puntuación media de la escala de DUKE fue de 41.32 (DE 7.31; IC_{95%} 40.88-41.76); mientras que con la dicotomización de esta variable se encontró 87.6% de adultos mayores con una red social funcional.

El 15.2% reportó ser portador de algún padecimiento diagnosticado por un médico; predominando las enfermedades crónico-degenerativas. El análisis desagregado de las patologías reportadas muestra a la hipertensión arterial sistémica (43.9%) como la más frecuente, seguida por la diabetes mellitus tipo 2 (28.7%). La puntuación promedio del “Minimental State Examination” fue de 26.8 (IC_{95%} 26.60-27.01; DE 3.5); caracterizando a la población en conjunto sin deterioro cognitivo. En términos de proporciones, se encontró 17.2% (IC_{95%} 14.91-19.41) de adultos mayores con algún grado de deterioro cognitivo (moderado 16.7% y grave 0.5%). La media poblacional en la evaluación de la funcionalidad física fue de 95.3 puntos (DE 9.84; IC_{95%} 94.74-95.91); caracterizando a la población con una dependencia física leve. Por otra parte, en el análisis desagregado se encontró al 33.7% de los encuestado con algún grado de dependencia física (32.7% leve; 0.6% moderada; 0.1% grave y 0.2% totalmente dependiente).

PREVALENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR

La prevalencia global de violencia familiar fue de 8.1% (IC_{95%} 6.4-9.7). Las prevalencias específicas por tipo de violencia se distribuyeron de la manera siguiente: física 3.4% (IC_{95%} 2.3-4.5), psicológica 7% (IC_{95%} 5.3-8.4), sexual 0.6% (IC_{95%} 0.11-1) y económica 2.2% (IC_{95%} 1.3-3.1) [Figura 1]. Tomando en cuenta únicamente a los adultos mayores que sufrieron algún evento de violencia familiar (n=87), al clasificar su severidad, encontramos que 57% fueron menores y 43% graves. Por otra parte, considerando la frecuencia de los eventos, este grupo de adultos mayores fueron víctimas de violencia familiar en 14 ocasiones en promedio (IC_{95%} 11-17). Se observó que quienes ejercen violencia hacia el adulto mayor son principalmente los hijos ([as] 66.6%), siguiéndole en frecuencia el esposo ([a] 32.2%) y los hermanos ([as] 1.2%). Gráficas 1 y 2. Las prevalencias de violencia familiar de acuerdo a las características sociodemográficas y de la condición de salud de los adultos mayores se resumen la tabla 2.

VIOLENCIA FAMILIAR Y FACTORES ASOCIADOS

En la variable edad, tanto continua como categorizada, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones y las medianas en los grupos con y sin violencia familiar (tablas 2 y 3). En el caso de las variables años de estudio y número de habitantes, al comparar las medianas de los grupos con y sin violencia familiar se encontraron diferencias estadísticamente significativas (mediana de 2.2 vs 4.4 $p=0.001$ y mediana de 3.87 vs 3.05 $p=0.001$, respectivamente). Tabla 3.

La figura 2 muestra las razones de momios de prevalencia (RMP; estadístico de Mantel-Haenszel), correspondientes a los factores que en el análisis bivariado se asociaron significativamente a la violencia familiar; destacando: el sexo femenino (RMP 1.69; IC_{95%} 1.08-2.65), convivencia con más de 5 personas (RMP 2.40; IC_{95%} 1.37-4.21), no saber leer ni escribir (RMP 2.57; IC_{95%} 1.60-4.61), ≤ 2 años de estudio (RMP 5.2; IC_{95%} 1.51-17.96), actividades remuneradas (RMP 1.91; IC_{95%} 1.12-3.25), dependencia de vivienda (RMP 1.79; IC_{95%} 1.13-2.84), disfunción familiar y de la red social (RMP 3.14; IC_{95%} 2.01-4.89 y RMP 8.12; IC_{95%} 5.07-13.02, respectivamente), presencia de alguna patología (RMP 4.50; IC_{95%} 2.82-7.17), deterioro cognitivo (RMP 3.37; IC_{95%} 2.17-5.38), y dependencia física (RMP 1.76; IC_{95%} 1.13-2.74).

La tabla 4 presenta las RMP y los IC al 95% del modelo de regresión logística que incorporó únicamente a las variables que permanecieron significativamente asociadas a la violencia familiar, después de realizar un modelo saturado. En el modelo final permanecen como factores de asociados: analfabetismo, dependencia de vivienda, red social disfuncional, presencia de alguna patología y dependencia física. La prueba de Hosmer-Lemeshow demuestra que el modelo reducido ajusta mucho mejor que el modelo saturado ($\chi^2=0.50$, $p=0.919$ y $\chi^2=3.78$, $p=0.284$; respectivamente). La evaluación de este modelo mostró un valor predictivo negativo de 93.19% y un valor predictivo positivo de 71.43%; quedando 80% de las observaciones bajo la curva ROC y el 92.7% de los adultos mayores clasificados correctamente.

VIII. DISCUSIÓN

Es importante ubicar los resultados de este trabajo en el contexto de un estudio que explora la prevalencia de violencia familiar en el medio rural y específicamente en el universo de trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas; donde la población puede ser diferente a la que esta amparada por la seguridad social o la que cubren los servicios de salud ubicados en áreas urbanas; por lo que la generalización de los resultados debe hacerse con precaución.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Se calculó el coeficiente *alpha* de Cronbach para determinar la consistencia del cuestionario y garantizar la validez de la medición de violencia familiar a través de la Escala de Conflictos Tácticos, aceptando a priori como concordancia importante si el coeficiente obtenido era mayor de 0.6. El resultado fue un coeficiente de 0.86; muy similar a lo obtenido en otras poblaciones y a lo reportado por el autor del test⁴³.

PREVALENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR

La prevalencia de violencia familiar encontrada en este estudio, es superior a la señala por la OMS³ (entre 4% y 6%); rescatando así la importancia de este fenómeno en el ámbito rural. Por otra parte, la comparación de esta cifra (8.1%) con lo observado en escenarios clínicos^{24, 26}, resulta mucho menor (15%-28%); quizá como reflejo de las diferencias entre las poblaciones estudiadas. Aún así, es probable que la magnitud de la violencia familiar encontrada en el estudio este subestimada, ya que no se puede descartar la existencia de un sesgo de información (algunos adultos mayores pudieron negar que están experimentando violencia familiar). Por otra parte, el estudio no cuenta con información disponible sobre negligencia en el ámbito familiar, lo cual agrega otra fuente de subestimación.

Respecto al tipo de violencia más predominante, en la literatura internacional se ha señalado que el abuso económico es uno de los más frecuentes en este grupo de

edad^{21, 22, 26}. En este estudio el maltrato psicológico fue el más predominante, dando consistencia a los escasos reportes nacionales^{28, 32}.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En el análisis realizado, el efecto de la edad sobre la violencia familiar, no es tan claro, tal y como se ha reportado en algunos trabajos²¹; aunque podría explicarse en función de algunas normas culturales que aún prevalecen en el medio rural, en donde el sentimiento de deber filial aún es fuerte, también hay que considerar la posibilidad de mejorar algunos aspectos metodológicos del proceso de selección de sujetos. Respecto al sexo, aunque en el análisis bivariado demuestra asociación con la violencia familiar, su condición de factor de riesgo se pierde en el modelo multivariado; reforzando con ello la teoría de que entre los adultos mayores la llamada “violencia de género” no es un evento frecuente³ y que la ocurrencia del evento esta más en función de otras características del adulto mayor. Finalmente, tomando en cuenta lo descrito en la literatura, se decidió emplear a estas variables como control en el análisis multivariado³⁵.

La relación entre la escolaridad (específicamente la condición del alfabetismo) y la violencia familiar es un aspecto que ha sido poco estudiado^{22, 25, 35}. En este estudio la escolaridad como factor independiente (analfabetismo, instrucción no escolarizada y <2 años de estudio) presentó una asociación importante como factor de riesgo de violencia familiar. Posteriormente al realizar el análisis multivariado, dos de los componentes de la escolaridad (instrucción no escolarizada y <2 años de estudio) perdieron significancia estadística.; manteniéndose como factor de riesgo únicamente el analfabetismo. Hecho que es importante considerar al momento de proponer modelos de intervención en los casos de violencia familiar en el adulto mayor.

Así mismo, tal como ha sido reportado, es difícil que los adultos mayores continúen en el mercado laboral y por tanto carezcan de una fuente de ingresos que les asegure la independencia económica². En la población estudiada, una proporción significativa de adultos mayores con violencia familiar refirieron realizar alguna actividad remunerada. Sin embargo al analizar esta condición en el modelo multivariado se pierde su efecto,

quizá por que en su asociación influyan otros problemas como la situación financiera de los demás miembros de la familia que en determinado momento los llevan a extorsionar al adulto mayor. Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas entre los adultos mayores con y sin violencia familiar que reciben de 1-3 salarios mínimos (independientemente de la fuente de ingresos) y los que no reciben ingresos, reforzando así la hipótesis anterior y coincidiendo con lo señalado en algunos estudios³⁵.

La vivienda constituye uno de los satisfactores básicos para la supervivencia de la población, lo cual está asociado al ideal social que la concibe como un espacio que debe proveer a sus ocupantes protección, higiene, privacidad, comodidad y seguridad de encontrarse en una situación de propiedad que proporcione a sus ocupantes la certeza de disponer de ella en el presente y futuro. Por ello, la asociación encontrada entre dependencia de vivienda y violencia familiar nos habla del peso de las condiciones sociales en este tipo de hechos^{2, 28, 29}. El carácter de este tipo de dependencia, aunado a la densidad del hogar (número de habitantes), puede tornarse en falta de privacidad y más aún en disfunción familiar. Es posible que en función de ello, se enmascarara el verdadero efecto de estas últimas variables en relación a la violencia familiar y quedará únicamente como principal factor la dependencia de vivienda.

Por último, el rol benéfico de una red social funcional es claro para los padecimientos crónicos^{3, 38, 48} y podría incluso extenderse a los casos de violencia familiar: sustentando porque los adultos mayores con una red social disfuncional tienen más probabilidad de ser víctimas de violencia familiar ya que los exentan de contar con herramientas que los ayuden a evitar o resolver esta situación.

CONDICIÓN DE SALUD

Entre los adultos mayores es frecuente que un mismo individuo presente uno o varios padecimientos así como la combinación de enfermedades crónicas, además de que junto con la pérdida de la funcionalidad se genere dependencia física. Considerando estos hechos, la evidencia científica más reciente ha sugerido que tanto la salud como

la funcionalidad pueden ser preservadas hasta edades avanzadas por medio de acciones preventivas⁴⁹. Por ello y desde el punto de vista clínico, las asociaciones entre dependencia física y la presencia de alguna patología con la violencia familiar en adultos mayores encontrada en este estudio, dan soporte a las más recientes recomendaciones de considerar a las personas con estas características, como susceptibles de violencia familiar y no como una característica “normal” del envejecimiento^{3, 35}.

Por otra parte, si bien, en la literatura esta documentado que el deterioro cognitivo está asociado a la violencia familiar²³, son pocas las investigaciones que deciden incluir en sus protocolos a los sujetos con esta condición^{35, 50} o en su caso deciden utilizar como fuente de información a un segundo reconociendo que esta medición es poco fiable⁵¹. En este estudio se optó por lo primero; con el objetivo de evaluar y controlar su efecto, ya que también es una de las condiciones se ha relacionado con el proceso de envejecimiento.

Finalmente, ante las limitantes que implica un diseño transversal sobre la causalidad, se brindan elementos importantes para que en futuras investigaciones se aborde este problema y se logre un equilibrio entre la participación del sector salud y de otras disciplinas en su prevención, detección y tratamiento.

IX. CONCLUSIONES

La gran bondad del enfoque de salud pública radica en su aproximación empírica, basada en la observación de los factores de riesgo operantes en un momento dado y en una situación específica. Es claro del análisis realizado que no existe una solución única ni sencilla para resolver el complejo problema de la violencia familiar.

De acuerdo a los objetivos planteados y a los resultados del estudio, es evidente la importancia que toma la prevalencia encontrada. Más aún si consideramos que el problema de la violencia familiar en el adulto mayor puede incrementarse cuando aumente el número de adultos mayores. Citando a Gerry Bennet: *“sería una grave ironía que el extraordinario incremento de la esperanza de vida que se ha conseguido en el último siglo simplemente nos aportara para éste una amplia cohorte de gente desprotegida y vulnerable frente la violencia”*⁵².

Las variables con asociación a la violencia familiar fueron: sexo, escolaridad, actividad remunerada, densidad de habitantes en el hogar, la dependencia de vivienda y física, la disfunción familiar y de la red social, el deterioro cognitivo y la presencia de alguna enfermedad. Por otra parte, las variables que se identificaron como factores de riesgo en el modelo multivariado fueron: analfabetismo, la dependencia física y de vivienda, la disfunción de la red social y la presencia de alguna patología. La relevancia de este hallazgo esta en justificar la necesidad de pensar que adultos mayores con estas características son los más propensos a experimentar diversas formas de daño por acción u omisión de terceros y su conjunción permiten crear perfiles más o menos aproximados de los factores sobre los que habrá que incidir y de las acciones que debemos emprender.

La vulnerabilidad de los adultos mayores a la violencia familiar puede reducirse ayudándolos a desarrollarse, a mantenerse activos y productivos para poder seguir contribuyendo a la sociedad, la comunidad y la familia; lográndose únicamente a través de la participación de toda la sociedad. Así mismo, es importante señalar que todo el

personal de salud se encuentra bajo la reglamentación de la NOM-190-SSA1-1999, por lo tanto del conocimiento y la práctica que se adquiriera en el manejo de ella facilitará al profesional de la salud su enfrentamiento con este fenómeno. En este mismo contexto, los programas de sensibilización y educación de los adultos mayores acerca de la violencia familiar, suelen ser más eficaces cuando abordan este problema como parte de un tema más amplio, como puede ser la atención integral de la salud. Por otra parte, la evaluación de la Escala de Conflictos Tácticos como herramienta de detección y diagnóstico de violencia familiar demuestra que fue útil, con un coeficiente de consistencia alto en la población rural estudiada.

Así mismo, es importante resaltar que institucionalmente se cuenta con una infraestructura establecida para el proceso de la atención preventiva integral y para los procesos educativos tanto del personal de salud como de la población. Estas representan dos grandes fortalezas que aunadas al cumplimiento de Norma Oficial Mexicana Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, y a la coordinación con los organismos sociales que atienden este tipo de eventos contribuirían a la atención integral de las familias con violencia familiar en cualquier escenario. Es indiscutible que el universo de trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades claramente no representa a los sectores mas favorecidos de la sociedad, en los cuales las condiciones sociales podrían actuar de forma diferente en la prevalencia de la violencia familiar al adulto mayor. Por ello la participación de equipos multidisciplinarios adquiere un papel relevante. En el ámbito de la atención primaria, el papel del personal de enfermería y de trabajo social es básico en la detección de la violencia familiar, ya que es este el personal que mantiene un mayor y más constante contacto con los adultos mayores y su familia. De forma general, la actuación los equipos multidisciplinarios debe darse a tres niveles: a) Hacia el adulto mayor y su familia (valoración integral médica y social); b) En la atención comunitaria (reforzar o crear las iniciativas que potencien y sostengan las redes sociales de apoyo funcionales, o bien utilizar estrategias como el empoderamiento); y c) Estrategias sociopolíticas e institucionales (políticas en materia de salud que propicien la capacitación del equipo multidisciplinaria y compromiso institucional para la implantación de la Norma Oficial Mexicana).

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría de salud. Secretaría de prevención y protección de la salud. Programa de Acción: Atención al Envejecimiento. México: Secretaría de salud. Secretaría de prevención y protección de la salud; 2001.
2. Tuirán R. Desafíos del envejecimiento demográfico en México. En: Prevención de la Violencia, Atención a Grupos Vulnerables y los Derechos Humanos. Los derechos de las personas de la tercera edad. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 2003. p. 15-34.
3. World Health Organization. Abuse of the Elderly. En: World Health Organization. World Report on Violence and Health 2003. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 125-145.
4. Hudson MF. Elder mistreatment: a taxonomy with definitions by Delphi. J Elder Abuse Neglect 1991;3(2):1-20.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA-1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios Para la atención Médica de la Violencia Familiar (Diario Oficial de la Federación, miércoles 8 de marzo de 2000).
6. National Association of Adult Protective Services Administrators. Elder Abuse Awareness Kit. USA: National Center of Elder Abuse; 2001.
7. Concha-Eastman A. Medición de Violencia: Problemática conceptual y práctica. En: Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud. Crimen y Violencia: Causas y Políticas de Prevención. Bogotá, Colombia: Universidad de Los Andes-Banco Mundial; 2001. p. 1-11.
8. World Health Organization. La violencia, un problema mundial de salud pública. En: World Health Organization. World Report on Violence and Health 2003. Ginebra: World Health Organization; 2003. p. 1-23.
9. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid 2002.
10. World Health Organization Ageing and Life Course Unit, International Network for the Prevention of Elder Abuse (WHO/INPEA). Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse. Geneva: World Health Organization; 2002.
11. Daichman L, WHO/INPEA Argentina (from Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse). Geneva: World Health Organization; 2001.
12. Horl J, WHO/INPEA. National Report on Elder Abuse in Austria (from Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse). Geneva: World Health Organization; 2002.

13. Machado L, Gómez R, Xavier E, WHO/INPEA Report on Elder Abuse in Brazil. Geneva: World Health Organization; 2001.
14. Podnieks E, WHO/INPEA. Global Response Against Elder Abuse Report from Canada. Geneva: World Health Organization; 2001.
15. Soneja S, WHO/INPEA. Elder Abuse in India Country Report for World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2001.
16. Help Age International-Africa Regional, Development Centre and Help Age Kenya, WHO/INPEA. Elder Abuse in the Health Care Services in Kenya. Geneva: World Health Organization; 2001.
17. Social Welfare Institutions, Omr al Madid Institution for Elderly, WHO/INPEA. National Report of Elder Abuse Study-Beirut, Lebanon. Geneva: World Health Organization; 2001.
18. Berg, A, Erlingsson C, Saveman B, WHO/INPEA. Global Response Against Elder Abuse Report from Sweden. Geneva: World Health Organization; 2001.
19. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: a random simple survey. *The Gerontologist* 1988; 28:51-57. Citado por: World Health Organization. Abuse of the Elderly. En: World Health Organization. World Report on Violence and Health 2003. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 125-145.
20. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *J Elder Abuse Neglect* 1992;4:5-58. Citado por: World Health Organization. Abuse of the Elderly. En: World Health Organization. World Report on Violence and Health 2003. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 125-145.
21. Comijs HC, Pot AM, Smith JH, Bouter LM, Jonker C. Elder Abuse in the Community: Prevalence and Consequences. *J Am Geriatr Soc* 1998;46(7):885-888.
22. Brandl B, Cook-Daniels L. Domestic Abuse in the Later Life: Prevalence and Incidence. En: National Clearinghouse on Abuse in Later Life/WI Coalition Against Domestic Violence/National Center on Elder Abuse. USA; 2002.
23. Lanchs MS, Williams C, O'Brien S, Hurts L, Horwitz R. Risk Factors for Reported Elder Abuse and Neglect: A Nine-Years Observational Cohort Study. *Gerontologist* 1997;37:469-474.
24. Lekamwasam S, Hewage C. Risk Factors of Elder Abuse. *Age & ageing* 2002;31 Supl 1:4.

25. Ruíz-Sanmartín A, Altet-Torner J, Porta-Martí N, Duaso-Izquierdo P, Coma-Solé M, Requesens N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Prim* 2001;27(5):331-34.
26. Vida S, Monks RC, Des Rosiers P. Prevalence and Correlates of Elder Abuse and Neglect in a Geriatric Psychiatry Service *Can J Psychiatry* 2002;47(5):459-67.
27. Rodríguez-Miranda E, Olivera-Álvarez A, Garrido-García R, García-Roqué R. Maltrato a los ancianos. Estudio en el Consejo Popular de Belén, Habana Vieja. *Rev Cub Enfermer* 2002;18(3):144-53.
28. Rangel-López LE. El anciano maltratado. En: *Prevención de la Violencia, Atención a Grupos Vulnerables y los Derechos Humanos. Los derechos de las personas de la tercera edad.* México: Comisión Nacional de Derechos Humanos;2003. p. 35-41.
29. Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática. INEGI. Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar, 1999. En: INEGI, Estadísticas a propósito del Día Internacional para la eliminación de la Violencia contra las Mujeres. México, D.F. 2003.
30. Rico B, Del Río A, Olaiz G, López P, Valdez R, Franco A. Encuesta Nacional de Violencia de pareja en Usuarias de Servicios públicos de salud en México (ENVIUS). Programa Mujer y Salud. SSA Mexico; 2003. En: INEGI, Estadísticas a propósito del Día Internacional para la eliminación de la Violencia contra las Mujeres. México, D.F. 2003.
31. Híjar-Medina M, Flores-Regata L, MSP, Valdez-Santiago R, Blanco J. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. *Salud Publica Mex* 2003;45:252-258.
32. Márquez M, Riquer F, Aracena B. La Violencia Familiar en los Adultos Mayores en tres municipios. XIII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública [en línea] 2003 [Consultado 18/03/2004]; disponible en: [http://www.insp.mx/congreso/ponenciasTL112\[1\].ppt](http://www.insp.mx/congreso/ponenciasTL112[1].ppt)
33. Cham GWM, Seow E. The Pattern of Elderly Abuse Presenting to an Emergency Department. *Singapore Med J* 2000;41(12):571-574.
34. Kleinschmidt KC. Elder Abuse: A review. *Ann Emer Med* 1997;30(4):463-472.
35. Shugarman LR, Fries BE, Wolf R, Morris JN. Identifying Older People at Risk of Abuse During Routine Screening Practices. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(1):24-31.

36. McDonald L, Collins A. Risk Factors Abuse. En: Family Violence Prevention Unit, Health Canada. Abuse and Neglect of Older Adults: A Discussion Paper. Canadá: The National Clearinghouse on Family Violence;2000. p. 33-36.
37. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Terán-Trillo M, Irigoyen-Coria AE, Landgrave-Ibañez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Prim 2002;30(10):624-630.
38. Comijs HC, Pennix BW, Knipscheer KP, Tilburg W. Psychological Distress in Victims of Elder Mistreatment: The Effects of Social Support and Coping. J Geront Psy Sci 1999;54B(4):240-245.
39. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement. Ann Intern Med 2004;140:382-386.
40. Fulmer T, Paveza G, Abraham I, Fairchild S. Elder neglect assessment in the emergency department. J Emerg Nurs 2000;26(5)436-43.
41. Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force [Clinical Guidelines]. Ann Intern Med 2004;140(5):387-396.
42. Fulmer T, Guadagno L, Bitondo DC, Connolly MT. Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments. J Am Geriatr Soc 2004;52(2):297-304.
43. Straus MA, Hamby SL. The Revised Conflicts Tactics Scale (CTS2-R). Family Research Laboratory University of New Hampshire. Journal of Marriage and the Family 1992;54:346-357.
44. Gerald JJ, Jeffrey DD, Arthur JH, John WE, Schweitzer L. Community Characteristics Associated with Elder Abuse. J Am Geriatr Soc 2000; 48(5):513-518.
45. Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática. INEGI. SIMBAD: Sistema Municipal de Bases de Datos. XII Censo General de Población y Vivienda 2000 [en línea] 2000 [Consultado 10/02/2005]; disponible en: http://www.inegi.gob.mx/lib/usuarios/default.asp?система=simbadweb&s=prod_serv.
46. Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática. Catálogo Mexicano de Ocupaciones [en línea] 2000 [Consultado 12/10/2005]; disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/endireh/leame.asp?c=5729>

47. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones éticas y de seguridad para investigación sobre violencia familiar. Informe técnico No. OMS/EIP/GPE/99. Ginebra: Organización Mundial de la Salud,1999.
48. Tuesca-Molina R, Fierro-Herrera N, Molinares-Sosa A, Oviedo-Martínez F, Polo-Arjona Y, Polo-Cueto J, et al. Los Grupos de Socialización como Factor Protector contra la Depresión en Personas Ancianas. Barranquilla, Colombia. Rev Esp Salud Publica 2003;77(5):595-604.
49. Ostir G, Carlson J, Black S, Rudkin L, Goodwin J, Markides K. Disability in Older Adults 1:Prevalence, Causes, and Consequences. Behavioral. Medicine 1999; 24(4):147-156.
50. Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The High Prevalence of Depression and Dementia in Elder Abuse or Neglect. J Am Geriatr Soc 2000;48(2):205-208.
51. New England States Consortium. Designing Effective Survey Methods for Frail Elders. EEUU: The Robert Wood Johnson Foundation Medicare/Medicaid Integration Program/University of Maryland Center on Aging; 2001. MMIP Technical Assistance Paper No. 11.
52. Bennett G. Elder Abuse. Doctors must acknowledge it, look for it, and learn how to prevent it. BMJ 1999; 318: 278.

XI. ANEXOS

I. TABLAS	
▪ Tabla 1. Características sociodemográficas y de la condición de salud de los adultos mayores	49
▪ Tabla 2. Prevalencias de violencia familiar según las características sociodemográficas y de la condición de salud de los adultos mayores	52
▪ Tabla 3. Asociación entre violencia familiar y las variables continuas estudiadas	54
▪ Tabla 4. Variables asociadas a violencia familiar en los adultos mayores	55
II. FIGURAS	
▪ Figura 1. Prevalencias global y específicas de violencia familiar en los adultos mayores	51
▪ Figura 2. Probabilidades de violencia familiar según las variables estudiadas	54
III. GRÁFICAS	
▪ Gráfica 1. Parentesco entre el agresor y los adultos mayores con violencia familiar	51
▪ Gráfica 2. Severidad del evento en adultos mayores con violencia familiar	51
IV. FICHAS TÉCNICAS	56
V. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	57
VI. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO	65

Tabla 1. Características sociodemográficas y de la condición de salud de los adultos mayores del universo de trabajo del Hospital Rural IMSS-OPortunidades de Ocozocoautla, Chiapas. Marzo-Junio 2005 (N=1078)

VARIABLES	N	%
Sexo		
Masculino	536	49.7
Femenino	542	50.3
Edad		
	69.8 ^a	± 8.1 ^b
	68 ^c	60-98 ^d
Estado civil		
Casado (a)	735	68.2
Unión libre	37	3.4
Divorciado (a)/Viudo (a)/Soltero (a)	306	28.4
Escolaridad		
Sabe leer y escribir		
Sí	558	51.8
No	520	48.2
Nivel de instrucción (n=558)		
No asistió a la escuela ^e	47	8.4
Primaria ^f	459	82.3
Secundaria ^f	28	5.0
Bachillerato o similares ^f	16	2.9
Profesional ^f	8	1.4
Años de estudio (n=511)		
	3.9 ^a	± 2.93 ^b
	3 ^c	1-17 ^d
Ocupación		
Actividad laboral remunerada		
Sí	154	14.3
No	924	85.7
Actividad laboral (n=154)^g		
Comerciantes, artesanos, fabriles y actividades de mantenimiento	30	19.5
Actividades agrícolas en general	101	65.6
Trabajadores en servicios domésticos	23	14.9
Fuente de ingresos		
De su trabajo	154	14.3
De su jubilación	166	15.4
De programas sociales	337	31.3
De su familia	327	30.3
No recibe ingresos	94	8.7
Ingreso económico		
	748.5 ^a	± \$669.7 ^b
	600 ^c	\$100-4,500 ^d

a: Media

b: Desviación estándar

c: Mediana

d: Rango

e: No escolarizada

f: Escolarizada

g: Agrupadas de acuerdo al Catálogo Mexicano de Ocupaciones

... Continuación tabla 1. Características sociodemográficas y de la condición de salud de los adultos mayores del universo de trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas. Marzo-Junio (N=1078).

Variables	N	%
Dependencia de vivienda		
No	813	75.4
Sí	265	24.6
Densidad del hogar (Habitantes en la vivienda)		
	3.1 ^a	± 1.8 ^b
	3 ^c	1-11 ^d
Función familiar		
Familia funcional	761	70.6
Familia disfuncional	317	29.4
Tamaño de la Red social		
Red social grande	436	40.4
Red social pequeña	642	59.6
Funcionalidad de la Red Social		
Red social funcional	944	87.6
Red social no funcional	134	12.4
Presencia de patologías		
No	914	84.8
Sí	164	15.2
Patologías reportadas (n=164)		
	Clave CIE-10^h	
Hipertensión arterial esencial	I10-I15	72 43.9
Diabetes mellitus	E10-E14	47 28.7
Otras ⁱ	—	29 17.7
Poliartropatías inflamatorias	M05-M14	14 8.5
Enfermedades del ojo y sus anexos	H00-H59	10 6.1
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	J40-J47	8 4.9
Estado cognitivo		
Sin deterioro cognitivo	—	893 82.8
Deterioro cognitivo moderado	F03	180 16.7
Deterioro cognitivo grave	F03	5 0.5
Funcionamiento físico		
Independiente	715	66.3
Dependiente	363	33.7

a: Media

b: Desviación estándar

c: Mediana

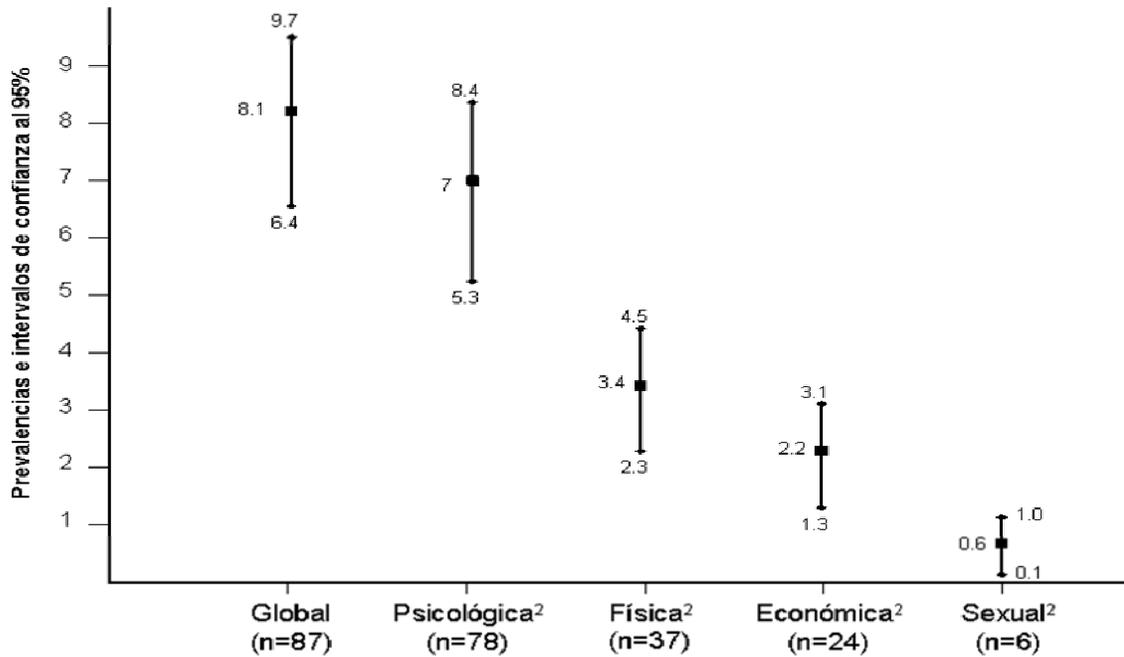
d: Rango

g: Agrupadas de acuerdo al Catálogo Mexicano de Ocupaciones

h: CIE 10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10a revisión. La suma de los casos y los porcentajes exceden el total ya que algunos adultos mayores tenían más de una patología

i: Otras: Colitis no infecciosa (n=4), Gastritis y duodenitis (n=4), Prolapso genital femenino (n=4), Lipemias (n=3), Insuficiencia cardíaca (n=2), Hernia inguinal (n=2), Hiperplasia de la próstata (n=2), Anemias nutricionales (n=2), Enfermedades de las venas (2), Secuelas de enfermedad cerebrovascular (n=2), Tuberculosis respiratoria (n=1), Vitiligo (n=1).

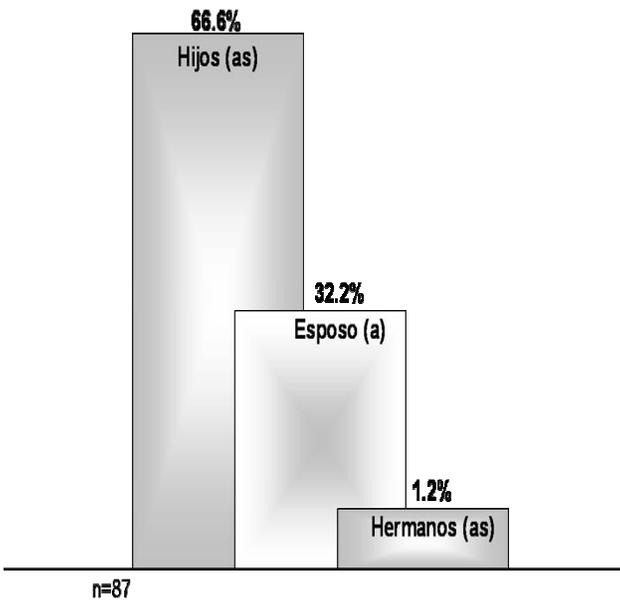
Figura 1. Prevalencias global y específicas de violencia familiar en los adultos mayores del universo de trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas¹



¹N=1078

²La suma del número de casos de las categorías específicas excede el número total de casos porque algunos adultos mayores tuvieron más de un tipo de violencia familiar

Gráfica 1. Parentesco entre el agresor y los adultos mayores con violencia familiar



Gráfica 2. Severidad del evento en adultos mayores con violencia familiar

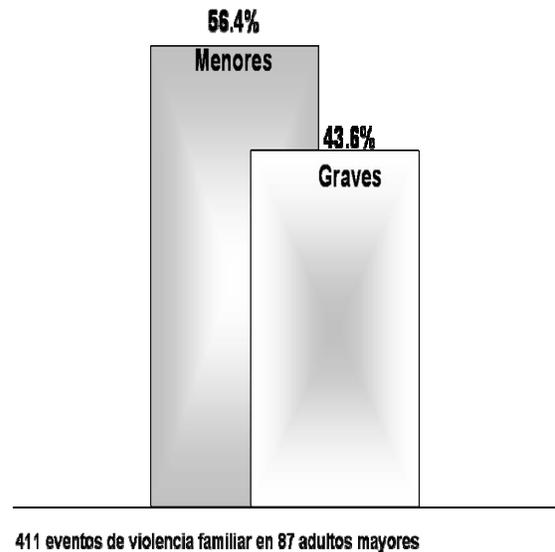


Tabla 2. Prevalencias de violencia familiar según las características sociodemográficas y de la condición de salud de los adultos mayores del universo de trabajo Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas.

Variables	N 1078	Violencia familiar n=87	Prevalencia	IC_{95%}
Sexo				
Masculino	536	33	6.2	4.12-8.19
Femenino	542	54	10.0 ^a	7.44-12.48
Edad				
60-69	581	47	8.0	5.77-10.13
70-79	338	28	8.3	5.35-8.28
>80	149	12	8.1	3.68-12.42
Estado civil				
Casado (a)	735	50	6.8	4.98-8.62
Unión libre	37	14	37.8	22.21-53.46
Divorciado (a)/Viudo (a)/Soltero (a)	306	23	8.0	4.56-10.47
Escolaridad				
<i>Sabe leer y escribir</i>				
Sí	558	27	4.8	3.06-6.62
No	520	60	11.5 ^a	8.78-14.28
Por tipo de instrucción (n=558)^b				
Escolarizada	511	23	4.5	2.70-6.30
No escolarizada	47	4	8.5	0.005-16.49
Años de estudio (n=511)				
≥3 años	217	2	0.9	0.004-2.19
≤2 años	294	16	5.4 ^a	2.85-8.04
Ocupación				
<i>Actividad laboral remunerada</i>				
No	924	67	7.3	5.58-8.92
Sí	154	20	13.0 ^a	7.68-18.30
Actividad laboral (n=154)^c				
Comerciantes, artesanos, fabriles y actividades de mantenimiento	30	4	13.3	1.17-25.50
Actividades agrícolas en general	101	14	13.9	7.12-20.60
Trabajadores en servicios domésticos	23	2	8.7	2.82-20.21
Fuente de ingresos				
De su trabajo	154	20	13	7.68-18.30
De su jubilación	166	7	4.2	1.16-7.27
De programas sociales	337	31	9.2	6.11-12.28
De su familia	327	17	5.2	2.79-7.60
No recibe ingresos	94	12	12.8	6.02-19.51
Ingreso económico^d				
De 1-3 salarios mínimos	984	75	7.6	5.96-9.28
No recibe ingresos	94	12	12.8	6.02-19.51

a: Ji² de Pearson p<0.05

b: Escolarizada: Primaria, Secundaria, Bachillerato, Profesional; No escolarizada: Programas de alfabetización

c: Agrupadas de acuerdo al Catálogo Mexicano de Ocupaciones

d: De acuerdo a lo estipulado por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos para 2005: Área geográfica C \$44.05 al día.

... Continuación tabla 2. Prevalencias de violencia familiar según las características sociodemográficas y de la condición de salud de los adultos mayores del universo de trabajo Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas.

Variables	N 1078	Violencia familiar n=87	Prevalencia	IC _{95%}	
Dependencia de vivienda					
No	813	56	6.9	5.15-8.63	
Sí	265	31	11.7 ^a	7.83-15.57	
Densidad del hogar (Habitantes en la vivienda)					
De 1-5 personas	963	69	7.2	5.54-8.79	
Mas de 5 personas	115	18	15.7 ^a	9.01-22.29	
Función familiar					
Familia funcional	761	40	5.5	3.88-7.22	
Familia disfuncional	317	47	14.8 ^a	10.91-18.74	
Tamaño dela Red Social					
Red social grande	436	30	6.9	4.50-9.26	
Red social pequeña	642	57	8.9	6.68-11.08	
Funcionalidad de la Red Social					
Red social funcional	944	47	5.0	3.59-6.37	
Red social no funcional	134	40	29.9 ^a	22.10-37.60	
Presencia de patologías					
No	914	52	5.7	4.19-7.19	
Sí	164	35	21.3 ^a	15.07-27.61	
Patologías reportadas (n=164)					
	Clave CIE-10^e				
Hipertensión arterial esencial	I10-I15	72	7	9.7	2.9-16.6
Diabetes mellitus	E10-E14	47	9	19.1	7.8-30.4
Otras ^f	—	29	12	41.4	23.5-59.3
Poliartropatías inflamatorias	M05-M14	14	3	21.4	0.07-43
Enfermedades del ojo y sus anexos	H00-H59	10	3	30.0	1.6-58.4
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	J40-J47	8	2	25.0	5-55
Estado cognitivo					
Sin deterioro cognitivo	—	893	54	6.0	4.48-7.61
Deterioro cognitivo moderado	F03	180	31	17.2	11.7-22.7
Deterioro cognitivo grave	F03	5	2	40.0 ^a	2.94-82.9
Funcionamiento físico					
Independiente		715	47	6.6	4.76-8.39
Dependiente		363	40	11.0 ^a	7.80-14.24

a: Ji² de Pearson p<0.05

e: CIE 10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10a revisión. La suma de los casos y los porcentajes exceden el total ya que algunos adultos mayores tenían más de una patología

f: Otras: Colitis no infecciosa (n=4), Gastritis y duodenitis (n=4), Prolapso genital femenino (n=4), Lipemias (n=3), Insuficiencia cardíaca (n=2), Hernia inguinal (n=2), Hiperplasia de la próstata (n=2), Anemias nutricionales (n=2), Enfermedades de las venas (2), Secuelas de enfermedad cerebrovascular (n=2), Tuberculosis respiratoria (n=1), Vitiligo (n=1).

Tabla 3. Asociación entre violencia familiar y las variables continuas estudiadas en los adultos mayores del universo de trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas

Variable	Violencia familiar		U de Mann-Whitney	Z	P
	Si	No			
Edad (años)	^a 87 ^b 69.89 (8.39) ^c 70.5 (60-83) ^d 539.6	991 69.78 (8.06) 68 (60-98) 539.5	43096.0	-0.004	0.996
Años de estudio (n=511)	23 2.22 (1.09) 2 (1-7) 160.6	488 4.01 (2.97) 3 (1-11) 260.5	3418.5	-3.018	0.001
Ingreso económico (n=984)	75 \$690.53 (\$550.05) \$500 (165-2,500) 481.5	909 \$753.33 (\$678.62) \$600 (\$100-\$4,500) 493.4	33263.0	-0.350	0.727
No. de habitantes	87 3.87 (2.24) 2 (1-5) 639.8	991 3.05 (1.75) 3 (1-17) 530.7	34385.0	-3.253	0.001

a: Número de casos
b: Media y desviación estándar
c: Mediana y valores mínimo y máximo
d: Media del rango

Figura 2. Razones de momios de prevalencia (RMP) de violencia familiar según las variables estudiadas en los adultos mayores del universo de trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas.

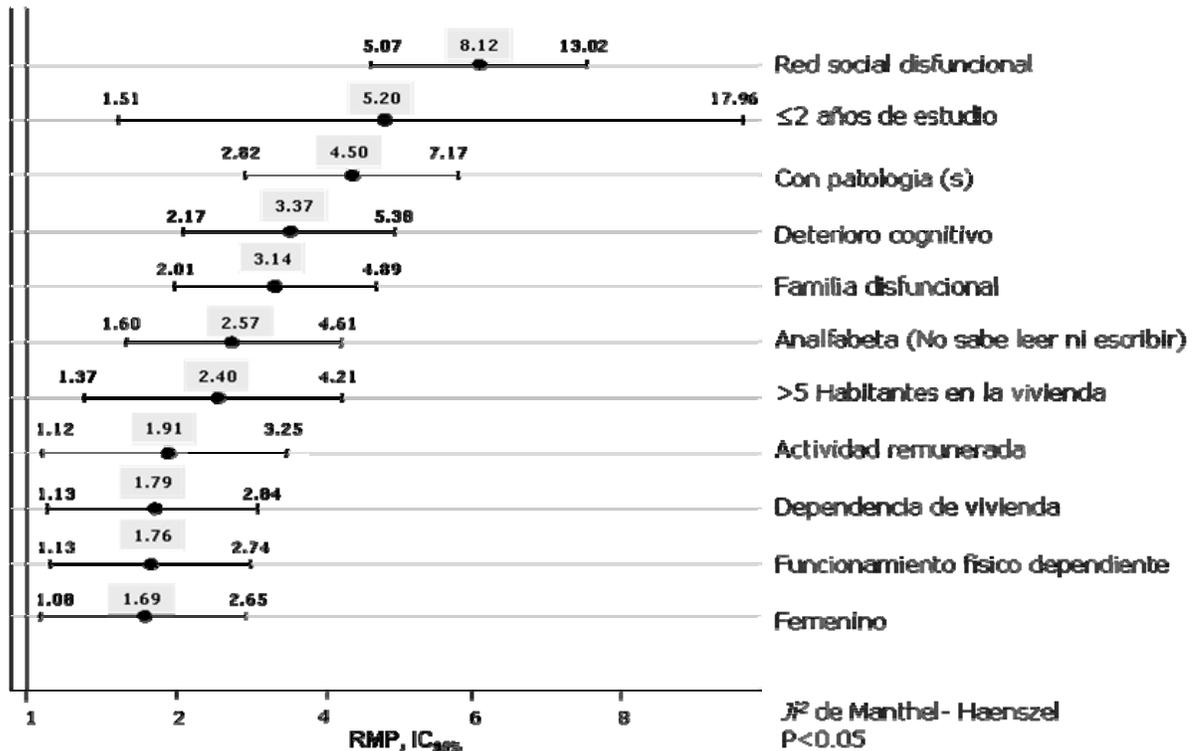


Tabla 4. Variables asociadas a violencia familiar en los adultos mayores del universo de trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas.

Variables	RMP^a	IC_{95%}	Valor de p
Sabe leer y escribir			
Sí	1		
No	2.15	1.26-3.66	0.005
Dependencia de vivienda			
No	1		
Sí	1.78	1.06-2.99	0.030
Funcionalidad de la Red social			
Red social funcional	1		
Red social disfuncional	5.98	3.56-10.04	<0.001
Funcionamiento físico			
Independiente	1		
Dependiente	1.66	0.99-2.80	0.055
Presencia de alguna patología			
No	1		
Sí	3.96	2.35-6.67	<0.001

^aRazones de momios de prevalencia. Modelo de regresión logística reducido. Controlado por sexo, edad y estado cognitivo. Ji² Hosmer-Lemeshow=0.50; p=0.919. Curva ROC=0.9276.

IV. FICHAS TÉCNICAS

No. de ficha técnica	1	2	3	4	5
Instrumento	Escala de Conflictos Tácticos	FACES III	Red Social de Duke	Mini-Mental Examination de Folsteins	Índice de Katz de Actividades de la Vida Diaria
Autores:	Strauss M	Olson D, Portner J, Lavee Y	Broadhead WE y cols.	Folsteins MF y cols.	Katz S. y cols.
Lugar:	Universidad de Minnesota	Universidad de Minnesota			
Año:	1978 y 1990	1985	1988	1975	1959
Número de Escalas:	4 (Física, psicológica, económica y sexual)	Dos	Dos	Una	Una
Número de Ítems:	Veintiocho	Veinte	Doce	Catorce	Diez
Consistencia interna:	Física r=0.86 Psicológica r=0.79 Sexual r=0.87 Económica r=0.89 Global r=0.88	Cohesión r=0.77 Adaptabilidad r=0.62 Global r=0.68	r=0.82	r=0.90	r=0.73
Validez: (Correlación entre escalas)	r= 0.80	r=0.78	r=0.82	r=0.85	Fundamentalmente de contenido y de constructo
Utilidad Clínica:	Muy buena	Buena	Muy buena	Muy buena	Muy buena
Original:	The Revised Conflicts Tactics Scale (CTS2-R). Family Research Laboratory University of New Hampshire. Journal of Marriage and the Family 1992;54:346-357	Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Prim 2002;30(10):624-630	The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. Med Care 1988;26:709-723	Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-198	Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963;185:914-919

V. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tarea a desarrollar	Persona responsable	Tiempo
Contactar con autoridades de municipio y del hospital	Responsable del proyecto	Marzo 2005
Realización de entrevistas	Responsable del proyecto	Marzo-Junio
Codificación y captura de datos	Responsable del proyecto	Julio
Análisis de la información	Responsable del proyecto y asesor	Septiembre- Noviembre
Redacción del informe final	Responsable del proyecto	Diciembre-Enero
Informe al comité de investigación	Responsable del proyecto	Febrero
Retroalimentación autoridades	Responsable del proyecto	Febrero
Difusión	Responsable del proyecto y asesor	Febrero

VI. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD
PREVALENCIA Y FACTORES DE ASOCIADOS A VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES

Hoja 1

FOLIO

DATOS GENERALES		Códigos
Fecha		<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> Día Mes
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		Códigos
1. Sexo	1. Masculino 2. Femenino	1. <u> </u>
2. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	<u> </u> <u> </u> Años	2. <u> </u> <u> </u>
3. ¿Cuál es su estado civil?	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión libre 4. Divorciado (a) o separado (a) 5. Viudo (a)	3. <u> </u>
<u>Escolaridad</u>		
4. ¿Sabe leer y escribir?	1. Sí 2. No (Si la respuesta es 2, pase a preg. 5)	4. <u> </u>
4.1. Máximo nivel educativo aprobado	1. No asistió a la escuela 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato o similares 5. Profesional (Si la respuesta es 1, pase a preg. 5)	4.1 <u> </u>
4.2 Años aprobados	<u> </u> <u> </u> Años	4.2 <u> </u> <u> </u>
<u>Ocupación</u>		
5. Actualmente tiene alguna actividad laboral	1. Si (Pase a la pregunta 5.1) 2. No (Pase a la pregunta 6)	5. <u> </u>
5.1 ¿Cuál es su actividad laboral actual?	1. Ama (o) de casa 2. Jornalero (a) 3. Obrero (a) 4. Comerciante 5. Otra _____	5.1 <u> </u>
5.2 ¿Su trabajo es remunerado?	1. Sí (Pase a la pregunta 7) 2. No (Pase a la pregunta 6)	
<u>Dependencia e Ingreso económico</u>		
6 ¿De dónde recibe sus ingresos económicos?	1. No recibe ingresos 2. De su familia 3. De su jubilación 4. De sus ahorros de trabajo 5. De sus amigos 6. De programas sociales 7. De su trabajo	6 <u> </u>
7. ¿De cuánto es su ingreso económico mensual?	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> Pesos	7. <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
8. La casa donde usted vive es:	1. Propia 2. Rentada 3. De un familiar 4. Prestada	8. <u> </u>
9. ¿Cuántas personas viven con usted?	<u> </u> <u> </u> No. de personas	9. <u> </u>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD
PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
FACES III

Hoja 2

FOLIO |_|_|_|

CARACTERÍSTICAS SOCIALES						Códigos
Función familiar (Ficha técnica 2)						
10. En su familia	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	
10.1 Se apoyan entre sí	1	2	3	4	5	10.1 _
10.2 Se toman en cuenta las sugerencias de todos para resolver los problemas	1	2	3	4	5	10.2 _
10.3 Se aceptan las amistades de los demás miembros	1	2	3	4	5	10.3 _
10.4 Todos pueden opinar en cuanto a la disciplina	1	2	3	4	5	10.4 _
10.5 Les gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.	1	2	3	4	5	10.5 _
11.6 Cualquier miembro de ella puede tomar la autoridad	1	2	3	4	5	10.6 _
10.7 Se sienten más unidos entre ustedes que con personas que no son de la familia.	1	2	3	4	5	10.7 _
10.8 Cambian la manera de hacer las cosas	1	2	3	4	5	10.8 _
10.9 Les gusta pasar el tiempo libre juntos	1	2	3	4	5	10.9 _
10.10 Todos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	1	2	3	4	5	10.10 _
10.11 Se sienten muy unidos	1	2	3	4	5	10.11 _
10.12 Los hijos toman las decisiones	1	2	3	4	5	10.12 _
10.13 Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente	1	2	3	4	5	10.13 _
10.14 Las reglas cambian.	1	2	3	4	5	10.14 _
10.15 Con facilidad se planean actividades en conjunto	1	2	3	4	5	10.15 _
10.16 Intercambian los quehaceres del hogar	1	2	3	4	5	10.16 _
10.17 Consultan unos con otros para tomar decisiones	1	2	3	4	5	10.17 _
10.18 Es difícil identificar quien tiene la autoridad	1	2	3	4	5	10.18 _
10.19 La unión familiar es muy importante	1	2	3	4	5	10.19 _
10.20 Es difícil decir quien hace que las labores del hogar	1	2	3	4	5	10.20 _



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD
PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
CUESTIONARIO DE RED SOCIAL DE DUKE

Hoja 3

FOLIO I _ I _ I _ I

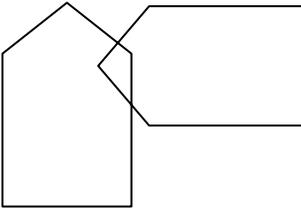
CARACTERÍSTICAS SOCIALES						Códigos
1.1.1. Red social						
11. ¿Con cuántas personas puede usted contar realmente para que le ayuden cuando tiene un problema o dificultad.	I _ I No. de amigos íntimos o familiares					11. I _ I
12. La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?						
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	Códigos
12.1. Recibe visitas de sus amigos y familiares	1	2	3	4	5	12.1 I _ I
12.2. Recibe ayuda en asuntos relacionados con su casa	1	2	3	4	5	12.2 I _ I
12.3 Recibe elogios y reconocimientos cuando hace bien sus actividades	1	2	3	4	5	12.3 I _ I
12.4 Cuenta con personas que se preocupan por lo que le sucede	1	2	3	4	5	12.4 I _ I
12.5 Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5	12.5 I _ I
12.6 Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas de casa	1	2	3	4	5	12.6 I _ I
12.7 Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares	1	2	3	4	5	12.7 I _ I
12.8 Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos	1	2	3	4	5	12.8 I _ I
12.9 Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas	1	2	3	4	5	12.9 I _ I
12.10 Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida	1	2	3	4	5	12.10 I _ I
12.11 Recibe ayuda cuando está enfermo en la cama	1	2	3	4	5	12.11 I _ I



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD
PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
MINIMENTAL DE FOLSTEIN

Hoja 4

FOLIO I _ I _ I _ I

CONDICIÓN DE SALUD		Códigos
Estado de salud		
13. ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada por un médico? 13.1 Si afirma, mencionar que enfermedad fue diagnosticada.	1. No 2. Sí _____	13. _ 13.1 _
Estado cognitivo (Ficha técnica 4)		
14. Evaluación cognitiva		Puntuaciones
14.1 Orientación ¿En que día estamos? _____ ¿En que fecha estamos? _____ ¿En que mes estamos? _____ ¿En que año estamos? _____ ¿En dónde estamos? _____		1 Punto por cada respuesta correcta. 14.1 _ _
14.2 Memoria inmediata Repetir: "árbol", "puente", "farol" hasta que aprenda las tres palabras y considerar el número de ensayos		3 Puntos al primer ensayo. Disminuir una unidad por cada ensayo. 14.2 _ _
14.3 Atención y cálculo Restar 3 a partir de 30 (Como alternativa deletrear "mundo" al revés)		5 puntos si realiza la acción correctamente 14.3 _ _
14.4 Recuerdo diferido Repetir los tres nombres aprendidos antes		1 punto por cada palabra recordada 14.4 _ _
14.5 Lenguaje y construcción 14.5.1 Mostrar un lápiz y un reloj. El individuo debe nombrarlos 14.5.2 Repetir la frase "Ni sí, ni no, ni peros" 14.5.3 Realizar correctamente las órdenes siguientes: "Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y colóquelo en la mesa" 14.5.4 Que el individuo lea y ejecute la frase "Cierre los ojos" 14.5.5 Escribir una frase con sujeto y predicado 14.5.6 Copiar el siguiente dibujo: 		1 punto por cada acción realizada correctamente 14.5 _ _



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD
PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
ÍNDICE DE KATZ DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Hoja 5

FOLIO I _ I _ I _ I

CONDICIÓN DE SALUD		Códigos
Función física (Ficha técnica 5)		
15. Actividades	Situación del paciente	
15.1 Comer	1. Totalmente independiente 2. Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc. 3. Dependiente	15.1 I _ I
15.2 Vestirse	1. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos 2. Necesita ayuda 3. Dependiente	15.2 I _ I
15.3 Arreglo	1. Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. 2. Dependiente	15.3 I _ I
15.4 Aseo personal	1. Entra y sale solo del baño 2. Dependiente	15.4 I _ I
15.5 Continencia vesical	1. Continencia normal, o es capaz de cuidar solo su sonda 2. Un episodio máximo de incontinencia al día o necesita ayuda para cuidar su sonda 3. Incontinencia	15.5 I _ I
15.6 continencia rectal	1. Continencia normal 2. Un episodio máximo de incontinencia al día o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas 3. Incontinencia	15.6 I _ I
15.7 Uso del baño	1. Independiente para ir al baño, quitarse y ponerse la ropa 2. Necesita ayuda para ir al baño pero se limpia solo 3. Dependiente	15.7 I _ I
15.8 Traslado	1. Independiente para ir de una silla a la cama 2. Mínima ayuda física o con supervisión para hacerlo 3. Necesita gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado solo 4. Dependiente	15.8 I _ I
15.9 Deambulación	1. Independiente, camina solo 50 metros 2. Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros 3. Independiente en silla de ruedas, sin ayuda 4. Dependiente	15.9 I _ I
15.10 Uso escaleras	1. Independiente para subir y bajar escaleras 2. Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo 3. Dependiente	15.10 I _ I



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD
PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
ESCALA DE CONFLICTOS TACTICOS

Hoja 6

FOLIO

VIOLENCIA FAMILIAR (Preg. 16-43 Ficha técnica 1)										
No importa que tan bien la familia se entienda, hay tiempos cuando no están de acuerdo con decisiones mayores, se fastidian de algo que uno hace, o simplemente se tienen desacuerdos o peleas. También se utilizan diferentes maneras para tratar de resolver sus diferencias. Voy a leer una lista de algunas cosas que un familiar pudo haber hecho cuando tuvieron alguna diferencia. Se le asegura que la información recabada es estrictamente confidencial. Quisiera que por favor primero me diga si ha estado ante las situaciones que se le enunciaran y posteriormente que me diga para cada una cuántas veces le ocurrió el año pasado.										
¿Alguno de sus familiares:	0= No 1 = una vez al año 2 = dos veces el año pasado 3 = 3-5 veces el año pasado 4 = 6-10 veces el año pasado 5 = 11-20 veces el año pasado 6 = Más de 20 veces el año pasado 7 = No el año pasado, pero lo ha hecho							Severidad 1=Menor 2=Grave	Códigos	
Maltrato físico										
16. Le ha aventado objetos?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	16. <input type="checkbox"/> 16. <input type="checkbox"/>
17. Le ha torcido el brazo o jalado los cabellos?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	17. <input type="checkbox"/> 17. <input type="checkbox"/>
18. Le ha empujado a propósito?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	18. <input type="checkbox"/> 18. <input type="checkbox"/>
19. Le ha sacudido o jaloneado?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	19. <input type="checkbox"/> 19. <input type="checkbox"/>
20. Le ha dado cachetadas?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	20. <input type="checkbox"/> 20. <input type="checkbox"/>
21. Le ha agredido con alguna navaja, cuchillo o machete?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	21. <input type="checkbox"/> 21. <input type="checkbox"/>
22. Le ha golpeado con el puño o la mano?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	22. <input type="checkbox"/> 22. <input type="checkbox"/>
23. Le ha tratado de ahogar o asfixiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	23. <input type="checkbox"/> 23. <input type="checkbox"/>
24. Le ha empujado contra la pared a propósito?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	24. <input type="checkbox"/> 24. <input type="checkbox"/>
25. Le ha golpeado el estómago?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	25. <input type="checkbox"/> 25. <input type="checkbox"/>
26. Le ha quemado a propósito?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	26. <input type="checkbox"/> 26. <input type="checkbox"/>
27. Le ha pateado?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	27. <input type="checkbox"/> 27. <input type="checkbox"/>

VIOLENCIA FAMILIAR										
<p>No importa que tan bien la familia se entienda, hay tiempos cuando no están de acuerdo con decisiones mayores, se fastidian de algo que uno hace, o simplemente se tienen desacuerdos o peleas. También se utilizan diferentes maneras para tratar de resolver sus diferencias. Voy a leer una lista de algunas cosas que un familiar pudo haber hecho cuando tuvieron alguna diferencia. Se le asegura que la información recabada es estrictamente confidencial. Quisiera que por favor primero me diga si ha estado ante las situaciones que se le enunciaran y posteriormente que me diga para cada una cuántas veces le ocurrió el año pasado.</p>										
¿Alguno de sus familiares:	0= No 1 = una vez al año 2 = dos veces el año pasado 3 = 3-5 veces el año pasado 4 = 6-10 veces el año pasado 5 = 11-20 veces el año pasado 6 = Más de 20 veces el año pasado 7 = No el año pasado, pero lo ha hecho								Severidad 1=Menor 2=Grave	Códigos
Maltrato psicológico										
28. Lo ha insultado?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	28. 28.
29. Lo ha encerrado?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	29. 29.
30. Lo ha amenazado con correrlo de la casa durante una discusión?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	30. 30.
31. Le ha dicho que le guarda rencor?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	31. 31.
32. Le ha dicho que es poco atractivo (a) o feo (a)?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	32. 32.
33. Ha destruido cosas de usted?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	33. 33.
34. Le ha dicho que es una persona despreciable?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	34. 34.
35. Le ha amenazado con golpearlo?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	35. 35.
Abuso sexual										
36. Le ha insistido en tener sexo cuando usted no quiere (pero no utiliza la fuerza física)?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	36. 36.
37. Utiliza amenazas para hacer que tengan relaciones sexuales?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	37. 37.
38. Utiliza la fuerza física para hacer que tengan relaciones sexuales?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	38. 38.
Abuso económico										
39. Ha utilizado su dinero inapropiadamente?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	39. 39.
40. Lo ha obligado a hacer compras en contra de sus deseos?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	40. 40.
41. Le impide disponer libremente de su ingreso	0	1	2	3	4	5	6	7	2	41. 41.
42. Le ha robado dinero?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	42. 42.
43. Le ha obligado a firmar un poder, un testamento u otro documento en contra de su voluntad?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	43. 43.

VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE ACEPTACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

“Prevalencia y Factores Asociados a Violencia Familiar en los Adultos Mayores del Universo de Trabajo del Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas”. Registrado ante la Comisión Nacional de Investigación Científica del IMSS, con el número: 2005-785-025.

Por medio de la presente, yo _____, una vez que se me ha informado de los objetivos del estudio y de que mi participación consistirá en proporcionar información, la cual se me ha asegurado se manejará confidencialmente y de que conservo el derecho de renunciar al estudio en cualquier momento que yo lo determine. Así mismo, se me ha informado de que en caso de requerirlo y si así lo deseo, podré ser derivado a la institución pertinente para recibir la atención que necesite.

Ratifico que no se me ha obligado o inducido a tomar la decisión de participar. Por lo cual manifiesto a través de este documento mi ACEPTACIÓN DE PARTICIPACIÓN.

En la localidad de _____, a los ____ días del mes de ____ del año 2005.

Firma del investigador/encuestador

Firma del participante

Localización del investigador:
Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla, Chiapas
Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología
Tel. 019 680 080 577