



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U M F No. 9
ACAPULCO GRO.



**FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS
MAYORES DE LA UMF No. 22 DE TELOLOAPAN, GUERRERO.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ROSA ELENA NAVARRO ZAMORA.

ACAPULCO, GRO.

FEBRERO 2009



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.

**FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS
MAYORES DE LA UMF No. 22 DE TELOLOAPAN, GUERRERO.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ROSA ELENA NAVARRO ZAMORA

AUTORIZACIONES:



DR. ROGELIO RAMÍREZ RÍOS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9 ACAPULCO GRO.



DR. ULISES ROSADO QUIAB
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS



DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS



DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
COORDINADORA DELEGACIONAL DE
EDUCACION EN SALUD

ACAPULCO, GRO.

FEBRERO, 2009.

**FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS
MAYORES DE LA UMF No. 22 DE TELOLOAPAN, GUERRERO.**

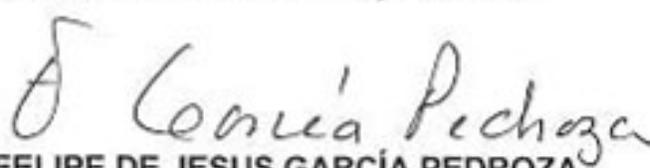
TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ROSA ELENA NAVARRO ZAMORA

AUTORIZACIONES.


DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.


DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.


DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

ACAPULCO, GRO.

FEBRERO, 2009.

Dedicatorias

A DIOS:

Gracias por permitirme realizar este sueño. Gracias señor.

A MIS PADRES:

A ti Feli gracias por ser fuerte, por alentarme a seguir adelante, por estar conmigo en las alegrías, tristezas y adversidades que se me han presentado, siempre estás ahí con tus palabras de aliento para levantarme y no dejarme caer.

A ti papi, gracias por estar conmigo, por ser incondicional en todo momento cuando te he necesitado. Doy gracias a Dios por habérmelos dado como padres.

A MI ESPOSO:

A ti Francisco gracias por tu paciencia, por tu apoyo incondicional, por tu optimismo, por tu comprensión, por compartir conmigo desvelos, alegrías, tristezas, angustias, y por tolerar sin quejarte el tiempo que no hemos pasado juntos, sobre todo por ayudarme a realizar este sueño. Gracias, te amo.

A MIS HIJOS:†

Francisco, Lupita y María, que aunque ya no están físicamente conmigo su recuerdo siempre me acompaña, los amo.

A MIS HERMANOS:

Juan y Neli gracias por apoyarme en todo momento, por alentarme a seguir adelante y no dejarme vencer por los adversidades, agradezco a Dios tenerlos como hermanos.

A MI CUÑADA.

Laura gracias por ser incondicional en todo momento, por tu cariño que siempre me has brindado.

A LAURITA:

A ti mi niña, que con tu alegría e inocencia has dado otro sentido a mi vida.

Agradecimientos

A la Dra. Victoria Cueva Arana:

Por su apoyo incondicional en la realización de tesis, por compartir sus conocimientos y tiempo en la enseñanza diaria para tratar de hacer de nosotros unos profesionales en la Medicina Familiar.

Al Dr. Ulises Rosado Quiab:

Por su asesoría, conocimientos y paciencia en la realización de tesis.

Al Dr. Jesús Fernando Olvera Guerra:

Por su tiempo y apoyo desinteresado otorgado para la terminación de tesis.

Al Dr. Rogelio Ramírez Ríos:

Por sus conocimientos, tiempo y apoyo otorgado en todo momento.

Al Dr. Mario S. Robles:

Por compartir su sabiduría en la enseñanza diaria, gracias.

A mis amigos y compañeros:

Verónica, Alemán, Carmen y Duane por los momentos compartidos llenos de anécdotas en los cuales compartimos, alegrías, tristezas y enojos, pero que son parte del diario convivir, lo cual nos hizo conocernos mas y por lo mismo llegar a estimarlos y considerarlos parte de mi vida que siempre recordare.

A mis amigos:

Cruz, Irais, Mari, Chuy y Jaime, gracias por su apoyo incondicional en todo momento.

Resumen

Título: factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de la UMF No. 22 de Teloloapan, Guerrero.

Objetivo: estimar los factores asociados a la violencia familiar (VF) en los adultos mayores de la UMF No. 22 de Teloloapan, Guerrero.

Material y métodos: estudio transversal, prospectivo que consideró a los adultos mayores de 60 a 90 años de edad usuarios de la UMF, 20 mujeres y 51 hombres. Se les aplicó un cuestionario, que incluyó los datos generales y sociodemográficos, la escala de conflictos tácticos de Strauss, la cédula para la detección de factores de riesgo para maltrato, el FACES III y el cuestionario Duke-UNC-11. Se obtuvo la prevalencia de VF y se realizó análisis bivariado para determinar la asociación a factores como la presencia de alguna patología, la dependencia económica y física, la funcionalidad familiar y la disfunción de la red social.

Resultados: la prevalencia de violencia familiar global fue de 32.4% ($IC_{95\%}=21.8-44.5$), en la física y psicológica fue igual. Las variables que incrementan las probabilidades de presentar VF son: la presencia de dos patologías incrementa 8 veces la probabilidad de presentar VF ($RM=8.0$; $IC_{95\%}=1.49-40.98$), presentar tres o más patologías incrementa 13.3 veces ($RM=13.3$; $IC_{95\%}=1.90-92.99$); el depender económicamente de alguien 3.6 veces ($RM=3.66$; $IC_{95\%}=1.00-13.09$); el depender físicamente algunas veces de alguien 5.7 ($RM=5.69$; $IC_{95\%}=1.89-17.00$); el poseer red social no funcional 48.4 ($RM=48.40$; $IC_{95\%}=5.96-393.23$). De acuerdo al FACES III la mayoría de las familias se encontró en el rango medio 46.5% y el 23.9% en el balanceado.

Conclusiones: las variables con asociación estadística significativa a la violencia familiar fueron: presencia de patologías, dependencia económica, dependencia física y red social no funcional. Lo anterior justifica la necesidad de pensar que adultos mayores con estas características son más expuestos a presentar diversas formas de daño.

Palabras clave: violencia familiar, adulto mayor.

Abstract

Title: Associated factors of risk to family violence in elderly of the UMF No 22 of Teloloapan, Guerrero

Objective: to consider the factors associated to the family violence (VF) in elderly adults of the UMF No 22 of Teloloapan, Guerrero

Methods: prospective cross-sectional study which to consider to the elderly of 60 to 90 years of age users of the UMF, 20 women and 51 men. A questionnaire was applied to them, that to include the general performances and sociodemographics, the scale of tactical conflicts of Strauss, the certificate for the detection of factors of risk to mistreatment, FACES III and the Duke-UNC-11 questionnaire. The prevalence of VF was obtained and beward analysis was made to determiner association to factors as the presence of some pathology, the economic and physical dependency, the family functionality and dysfunction of the social network.

Results: the prevalence of global family violence was of 32.4% (IC95%=21.8-44.5), in physics and psychological was the same. The variables that increase the possibilities of displaying VF are: the presence of two pathologies increases 8 times the probability of displaying VF (RM=8.0; IC95%=1.49-40.98), to present three pathologies increases 13.3 times (RM=13.3; IC95%=1.90-92.99); depending economically on somebody 3,6 times (RM=3.66; IC95%=1.00-13.09); depending physically some times on somebody 5.7 (RM=5.69; IC95%=1.89-17.00); having non-functional social network 48,4 (RM=48.40; IC95%=5.96-393.23). According to FACES III most of the families were in average to medium rank 46.5% and the 23.9% in the balanced.

Conclusions: the variables with significant statistical association to the family violence were: presence of pathologies, economic dependency, physical dependency and non-functional social network. The previous thing justifies the necessity to think that elderly with these characteristics more they are exposed to present diverse forms of damage.

Keywords: family violence, elderly

Índice

1. Marco teórico.....	1
2. Planteamiento del problema.....	17
3. Justificación.....	18
4. Objetivos.....	20
5. Metodología	
5.1 Tipo de estudio.....	20
5.2 Población, lugar y el tiempo de estudio.....	21
5.3 Tamaño de la muestra y técnica de muestreo.....	21
5.4 Criterios de selección.....	21
5.5 Definición y operacionalización de Variables.....	22
5.6 Descripción general del estudio.....	27
5.7 Análisis estadísticos.....	28
5.8 Consideraciones éticas.....	28
6. Resultados.....	29
7. Discusión.....	40
8. Conclusiones.....	43
9. Recomendaciones.....	44
10. Referencias.....	46
11. Anexos.....	50

1. Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS), 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 este total de adultos mayores, el 72% vivirá en los países en desarrollo.¹

Actualmente, alrededor del 7% de la sociedad mexicana tiene 60 años o más, en otros países de América Latina, la proporción de adultos mayores crecerán significativamente en las próximas décadas. Por ese motivo a medida que el número de adultos mayores aumente, se incrementará también los problemas con gran impacto en nuestra estructura social y el ambiente económico.¹

El maltrato de las personas mayores por los miembros de la familia se remonta a la antigüedad, sin embargo, hasta el advenimiento de las iniciativas para afrontar el maltrato de los menores y la violencia doméstica en los últimos 25 años del siglo XX, este tema se consideró como un asunto privado, que no debía ventilarse en público.²

Aunque la violencia familiar en adultos mayores se describió por primera vez en 1975 en las revistas científicas británicas empleando el término “granny battering”, que podría traducirse como “abuelita golpeada”; fue el Congreso de los Estados Unidos, el primero que abordó el tema en cuestión social y política. La información

procedente de algunos países en desarrollo ha demostrado que se trata de un fenómeno universal.²

La 49ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1996, reconoció a la violencia en sus diferentes formas como un problema de salud pública fundamental y creciente, e instó a los estados miembros a tomar medidas para su atención por parte de los sistemas y servicios de salud no sólo en el ámbito inmediato del tratamiento médico de las lesiones que resultan de la violencia física, sino en los efectos sobre la salud emocional, sexual y reproductiva, así como en las manifestaciones crónicas de enfermedades asociadas con la misma.³

La OMS en el año de 1996 define a la violencia como “el uso intencional de la fuerza o poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo de comunidad, que acuse o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.⁴

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”.^{5,6}

En el año de 1988 la OMS define el perfil de la víctima y el agresor en las situaciones de maltrato:

Perfil de la persona víctima de maltrato:

1. Mujer.
2. Mayor de 75 años.
3. Físicamente impedida.
4. Con disminución mental y comportamiento infantiloides.
5. Socialmente aislada.
6. Deprimida, con actitud hipercrítica.
7. Predisuesto/a a adoptar el papel de enfermo/a.
8. Repetidos intentos frustrados de recibir ayuda en su pasado.
9. Maltratado/a en el pasado por un progenitor.
10. Demasiado pobre como para vivir independiente.
11. Testarudo/a.⁷

Perfil de la persona que ejerce el maltrato:

1. Familiares que han estado cuidando de un anciano durante muchos años (promedio de 9 años y medio): de este grupo el 10% ha estado ocupándose de una persona mayor durante más de 20 años.
2. El 75% vive con la víctima.
3. Tipo de parentesco: 40% cónyuge, 50% hijos o nietos.
4. El 75% ha cumplido más de 50 años; el 20% más de 70.
5. Parientes extenuados por el estrés, el 48% necesita el dinero de sus víctimas, y/o el 50% necesita su casa.

6. Socialmente aislados y generalmente desempleados.
7. Antecedentes de arrestos y delitos contra la propiedad.
8. Problemas económicos.
9. Salud mental: antecedentes de deterioro reciente o de depresión o ansiedad (91%), alcoholismo (63%) o adicción a otra sustancia (68%).
10. Comunicación inexistente.
11. En la infancia hostilidades entre padres e hijos.⁷

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. 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”⁶.

A pesar de lo anteriormente mencionado, el maltrato a los ancianos es un asunto grave que recibe muy poca atención. Su reconocimiento y debate público ha seguido una trayectoria similar a la que siguió el maltrato infantil en los años sesenta, y a la progresiva aceptación de la existencia de la violencia familiar en los ochenta. Los primeros artículos médicos publicados describían casos de abusos a ancianos maltratados por sus familiares.⁷

Desde hace tiempo se reconoce que el impacto de la violencia sobre la población es múltiple; sólo en el ámbito laboral, la OMS distingue costos directos, indirectos e intangibles de la violencia que incluyen desde los años de vida saludables perdidos por discapacidad o muerte relacionada con eventos de violencia, el ausentismo laboral y escolar, los accidentes, enfermedades diversas, y la indudable disminución de la creatividad y la productividad de las personas que viven en situaciones de violencia.³

Tipos de violencia familiar

- 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.^{3, 6, 8, 9, 24}

La OMS, clasifica la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia.¹¹

La violencia autoinfligida: comprende el comportamiento suicida y autolesiones. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidios también llamados “parasuicidios” o “intento deliberarse de matarse” en algunos países y suicidios consumado. Por contraposición, el automaltrato incluye actos como la automutilación.¹¹

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:

- Violencia familiar o de pareja: esto es, la violencia que se produce sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja, y que por lo general, no siempre sucede en el hogar.
- Violencia comunitaria: es la que se produce entre las personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar.

En el primer grupo se incluyen formas de violencia, como el maltrato de los menores, la violencia contra la pareja y el maltrato de las personas mayores. El segundo abarca la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, la violencia ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.¹¹

La violencia colectiva: se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica. A diferencia de las otras dos categorías generales, las subcategorías de la violencia colectiva indican los posibles motivos de violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el estado.¹¹

Por otra parte, para la Organización Panamericana de Salud (OPS) el abordar el problema de violencia, implica que un planteamiento sobre la medición de la violencia pasa por una discusión conceptual sobre la casualidad, taxonomía y políticas para solucionarla.¹⁰

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 ambientales.¹⁰

Se ha recurrido a un modelo ecológico que ayuda a comprender la naturaleza de la violencia, que involucra cuatro niveles.¹¹

- 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).¹¹

El más reciente informe mundial sobre violencia y salud emitido por la OMS, en su capítulo “El maltrato de las personas mayores” (basado en cinco encuestas realizadas en Estados Unidos, Canadá, Países Bajos, Finlandia y Gran Bretaña; indica que la prevalencia osciló entre 4% y 6%.³ Los problemas de comparabilidad identificados radican principalmente en: a) las diferencias temporales; los estudios de Estados Unidos, Canadá y Países Bajos 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.²

Se estima que más de 2 millones de adultos mayores (personas mayores de 60 años de edad) son maltratadas anualmente en los Estados Unidos, y desde hace tiempo este hecho se ha convertido en materia de interés alrededor del mundo. Sin embargo, la escasa cantidad de reportes hace que sea desconocida su verdadera dimensión.

Se desconocen datos en este grupo de edad en nuestro país.¹²

En otra encuesta se estima que en Estados Unidos de Norte América 1 de cada 25 sujetos mayores de 60 años es maltratado, con cerca de 1'100,000 víctimas, cifra subestimada por la dificultad que existe para establecer un diagnóstico preciso, motivo por el cual se desconoce la prevalencia, incluyendo a México, y quizás en Canadá donde se han realizado el mayor número de estudios se estima que la prevalencia sea del 1 al 20%, en Inglaterra es de 3.2% y se refiere que al hacer el diagnóstico, en el 58% se encuentra el antecedente de abuso y en forma repetida se llega hasta el 70%, siendo los abusadores los miembros de la propia familia en especial el cónyuge (40%) y los nietos (50%).¹³

México inicia el siglo XXI con grandes avances y retos en el campo de la salud pública dentro de los cuales se encuentra el grave problema de la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones. En la actualidad, la cotidianeidad, la inseguridad y la impunidad ante este fenómeno han disminuido la capacidad de asombro y la credibilidad acerca de que es un problema que pueda prevenirse.³

Sin embargo, existen espacios donde la violencia se presenta fundamentalmente entre conocidos, en donde además el impacto de este problema en diversas esferas de la vida, se impacta en la confianza de y entre los integrantes de la sociedad.³

En México se puede anticipar un crecimiento de maltrato en razón del envejecimiento poblacional cuyas proyecciones ha establecido con gran precisión el Consenso Nacional de Población (CONAPO 1999).³

En los últimos años se ha hecho evidente el maltrato de que son víctimas las personas mayores, se empieza a reconocer como un fenómeno que afecta además a la familia, convirtiéndose, sin duda, en una problemática delicada que enfrenta la sociedad contemporánea.¹⁴

En la actualidad hay pocas fuentes directas para obtener información sobre la frecuencia del maltrato en ancianos. La información más específica, aunque sucinta, proviene de la Ciudad de México. Estos datos fueron obtenidos a partir de información recopilada por el grupo de trabajo para la atención y prevención de la violencia dirigidas a personas adultas mayores en el Distrito Federal (DF), donde sólo se registró 193 denuncias en el último año en la Red de Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar , (RUAPVI)³

Factores 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. Existen factores de riesgo para maltrato del adulto mayor mencionados por Lachs, Fulmer, O' malley, Mc Donald, Wolf y Hudson: la edad, sexo, familia, aportación económica, dependencia, ayuda para sus actividades, enfermedades, medicamentos, toxicomanías. Con estos factores de riesgo Figueroa-Velázquez y colaboradores elaboraron una cédula con 17 ítems para la detección de factores de riesgo para maltrato del adulto mayor, con tres puntos de corte, validado por consenso por un grupo de expertos. Entre las variables que presentaron asociación significativa se encontraron dependencia económica, pluripatología, necesidad de ayuda para atención médica, alcoholismo en el adulto mayor y en la familia, antecedentes de violencia transgeneracional y doméstica. Como variable agregada se identificó al cuidador, de los cuales se detectó en 57.5% los hijos y 26.5% el cónyuge.¹⁵

El papel de la familia

La familia es el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocia. En ella se satisfacen las necesidades que están en la base de la conservación, fomento y recuperación de la salud. Cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del

individuo, encargada de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de éste para su inserción en la vida social y la transmisión generacional de valores culturales, ético-morales y espirituales.¹⁶

El concepto de familia desde la perspectiva del Médico Familiar, es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique.¹⁷

Se puede tipificar la familia de acuerdo al ciclo vital; pueden ser tradicionales o modernas según sus hábitos, costumbres y patrones de compartimiento. Existen familias urbanas y rurales en base al enfoque demográfico; y desde el punto de vista psicosocial y según la dinámica de las relaciones intrafamiliares pueden ser funcionales o disfuncionales.¹⁸

De acuerdo a los instrumentos de medida para el estudio de la familia y del ciclo vital familiar se clasifican en:

Familia:

Con parentesco	Características
Nuclear:	Hombre y mujer sin hijos.
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos.
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.).

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.¹⁸

Existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia. Entre los más importantes se encuentran los siguientes: Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales (FACES III), en las áreas de adaptabilidad y cohesión.¹⁸

- 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.

Ponce, Gómez Clavelina y cols., realizaron un estudio para determinar la validez de constructo del Faces III en población mexicana, este instrumento contiene 20 preguntas planteadas como una actitud escala tipo Likert (10 para evaluar cohesión y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares, la calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en las preguntas nones y la adaptabilidad de la suma de los pares, es fácil de aplicar y calificar con una escala que incluye cinco opciones de valores (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, y tiene un valor

de puntuación del 1 al 5). FACES III en español es fiable (70%) y valido; 8 de los 12 criterios rebasaron satisfactoriamente los valores mínimos de referencia.^{18, 19}

El FACES III identifican 4 niveles de cohesión que se caracterizan en tipos de familia en una escala cualitativa ordinal: no relacionada, semirrelacionada, relacionada y aglutinada. Esta escala se relaciona con el nivel de cohesión, siendo el nivel más bajo el de las familias no relacionadas y el más alto el de las familias aglutinadas. Las familias semirrelacionadas y relacionadas tienen un nivel de cohesión intermedio.¹⁸

La adaptabilidad se clasifica en una escala cualitativa ordinal que identifica 4 tipos de familias: rígida, estructurada, flexible y caótica. El nivel más bajo de adaptabilidad corresponde a las familias rígidas, el más alto a las familias caóticas. Los niveles intermedios clasifican a las familias como estructuradas o flexibles.¹⁸

Puntuación de Cohesión y Adaptabilidad.

Dimensión	Familia	Puntuación	Dimensión	Familia	Puntuación
Cohesión	No relacionada	10-34 Pts	Adaptabilidad	Rígida	10-19 Pts
	Semirrelacionada	35-40 Pts		Estructurada	20-24 Pts
	Relacionada	41-45 Pts		Flexible	25-28 Pts
	Aglutinada	46-50 Pts		Caótica	29-50 Pts

De esta forma se puede tipificar en 16 tipos de familia, luego de sumar ambos puntajes de cohesión y adaptabilidad:

Rango balanceado.

1. Flexiblemente semirrelacionada : flexible (25-28)+semirrelacionada (35-40)
2. Flexiblemente relacionada : flexible (25-28)+ relacionada (41-45)
3. Estructuralmente semirrelacionada: estructurada (20-24)+ semirrelacionada (35-40)
4. Estructuralmente relacionada: Estructurada (20-24)+ relacionada (41-45)

Rango medio.

1. Flexiblemente no relacionada: flexible (25-28)+ no relacionada (10-34)
2. Flexiblemente aglutinada : flexible (25-28)+ aglutinada (46-50)
3. Caóticamente semirrelacionada: caótica (29-50)+ semirrelacionada (35-40)
4. Caóticamente relacionada: caótica (29-50)+relacionada (41-45)
5. Estructuralmente no relacionada: estructurada (20-24)+ no relacionada(10-34)
6. Estructuralmente aglutinada: estructurada (20-24)+ aglutinada(46-50)
7. Rígidamente semirrelacionada: rígida (10-19)+ semirrelacionada (35-40)
8. Rígidamente relacionada: rígida(10-19)+ relacionada (41-45)

Rango extremo.

1. Caóticamente disgregada: caótica (29-50)+ disgregada (10-34)
2. Caóticamente aglutinada: caótica (29-50)+ aglutinada (46-50)
3. Rígidamente disgregada : rígida (10-19)+ disgregada (10-34)
4. Rígidamente aglutinada: rígida (10-19)+ aglutinada(46-50)

Balanceada: funcionalidad familiar.

Medio: funcionalidad familiar (antesala de la disfunción).

Extremo: disfunción familiar.¹⁸

2. Planteamiento del problema

En Estados Unidos de Norte América 1 de cada 25 sujetos mayores de 60 años es maltratado. En Canadá donde se han realizado el mayor número de estudios se estima que la prevalencia es del 1 al 20%.^{13.}

En México se puede anticipar un crecimiento de maltrato en razón del envejecimiento poblacional cuyas proyecciones ha establecido con gran precisión el Consenso Nacional de Población (CONAPO 1999).³

La preocupación por el maltrato de las personas de edad avanzada ha aumentado, pues se ha tomado conciencia que en los próximos decenios, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, se producirá un enorme aumento de la población de este grupo de edad. Según las predicciones para el año 2025 la población mundial de 60 o más años, aumentará al doble, de 542 millones en 1995 cerca de 1' 200 millones y la prevalencia de maltrato alrededor del mundo podría ser superior al 20%.²

A pesar de que la violencia familiar en el adulto mayor es un problema de salud, las investigaciones en el campo de la violencia familiar han presentado un gran

incremento enfocado en la mayoría de ellas a mujeres y niños. Aún así, las pocas investigaciones sobre adultos mayores han ayudado a comprender mejor la violencia familiar.²⁵

En cuanto a los factores de riesgo solamente un artículo en la literatura revisada valora y cuantifica la probabilidad de presentar maltrato de acuerdo a ciertas características, entre las que se encuentran pluripatología, dependencia económica y física entre otras, sin embargo como se menciona anteriormente los estudios son escasos y se requiere identificar los factores para evitarlos y prevenir que más ancianos sean maltratados.¹⁵

Por lo anteriormente planteado, surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a violencia familiar en los adultos mayores de la UMF. No. 22 de Teloloapan, Guerrero?

3. Justificación

La esperanza de vida al nacer se incrementa día con día, debido a mejores condiciones sanitarias, lo que repercute en el incremento de la población anciana en México y en el mundo.

México ocupa el séptimo lugar entre los países en envejecimiento acelerado, con un 7% de la población de 60 años y más. Lo que significa que enfrenta además de los problemas de los jóvenes, la pobreza y las consecuencias del envejecimiento (INEGI

2000). La morbilidad de la población envejecida representa una mayor complejidad respecto a otros grupos de edad, principalmente por que el estado de salud es un reflejo de su estilo de vida y en el se acumulan la presencia de factores de riesgo. Como resultado de ello el número de casos de abuso en el anciano se incrementará, y el impacto de éste abuso sobre los índices de salud pública crecerá.¹

La violencia familiar en el adulto mayor se trata de un fenómeno oculto ya que habitualmente se produce en el propio hogar, de manera privada, lo que hace que muchas víctimas por desconocimiento, temor a represalias o por vergüenza no se consideren con fuerza suficiente para denunciar el maltrato,¹⁴ estas situaciones hacen que actualmente el maltrato en personas mayores presente una prevalencia alta en los países desarrollados debido al progresivo envejecimiento de la población.

Es necesario realizar este estudio ya que el maltrato en el adulto mayor se da en el interior del seno familiar muy frecuentemente, relacionándose con factores de riesgo que pueden estar favoreciendo la violencia familiar. Las dimensiones de cohesión y adaptabilidad de una familia determinan las características que nos permiten clasificarlas como familias no relacionadas, semirrelacionadas, rígidas, estructuradas, etc., lo cual puede desencadenar violencia familiar en el adulto mayor.¹⁸

El Médico de Familia, juega un papel importante en la prevención y tratamiento de la violencia en el seno familiar. Identificar los factores asociados a la violencia, entre los que muy probablemente se encuentre la misma dinámica familiar, es pues, una

necesidad del Médico Familiar ya que es el personal de salud más capacitado para valorar la familia desde distintas perspectivas. Si además de ello conoce los factores asociados, la intervención que se tiene en este problema tendrá mejores resultados y se podrá lograr disminuir la violencia en esta población vulnerable.²⁴

El IMSS cuenta con excelentes Médicos Familiares y grupos de Trabajo Social consolidados que pueden apoyar en la solución de este problema mediante terapias familiares o con grupos que apoyen a nuestros derechohabientes mayores

En resumen, se desprende la necesidad de valorar en el aspecto más amplio, las circunstancias personales, familiares y sociales que rodean al anciano maltratado, lo que incluye el entorno doméstico y las instituciones públicas, lo cual tiene las lógicas implicaciones asistenciales y terapéuticas.

4. Objetivos

Objetivo general: identificar los factores asociados a la violencia familiar en los adultos mayores de la UMF No. 22 de Teloloapan, Guerrero.

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

Estudio transversal de asociación.

5.2 Población, lugar y tiempo de estudio

Para este estudio se consideró como población diana a los adultos mayores de 60 a 90 años de edad usuarios de la UMF No. 22 de Teloloapan, Guerrero. La población de este grupo etáreo es pequeña, 20 mujeres y 51 hombres. La investigación se realizó del 1 de septiembre de 2007 al 29 de febrero 2008.

5.3 Tamaño de la muestra y técnica de muestreo

Dado el tamaño de la población de referencia, no se consideró necesario tomar un tamaño muestral por lo que se consideró, a la totalidad de la población.

5.4 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 60 a 90 años de uno y otro sexo.
- Que acepten participar en el estudio y otorguen su consentimiento informado.
- Adultos mayores sin alteraciones del habla o auditivas.

Criterios de exclusión

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

Criterios de eliminación

- Adulto mayor que retire su consentimiento y se niegue a concluir la entrevista.
- Encuestas incompletas.

5.5 Definición y operacionalización de variables

Variable dependiente

Violencia familiar

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 construirá 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 interrogaran de forma tal que las respuestas tuvieran dos opciones (Sí y No).

Indicador:

	Tipo	Ítem	
a) Violencia familiar global y por tipo	Maltrato físico	01-12	
	Maltrato psicológico	13-20	
	Abuso sexual	21-23	
	Abuso económico	24-28	
	Calificación		
	0 = No	1-7 = Sí	
		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.		

Variable independiente

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.

Indicador: 0. Ninguna 2. Una 5. Tres o más

Dependencia económica

Definición: situación en la cual el adulto mayor requiere que le sean suministrados por otra persona recursos económicos para satisfacer sus necesidades.

Naturaleza de la variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Operacionalización: de acuerdo a lo reportado en el cuestionario.

Indicador: 5.Sí 1. No

Dependencia física

Definición: es la incapacidad que tiene el adulto mayor de desempeñar de manera autónoma las actividades de la vida diaria y obtener bienestar incluyen baño, vestirse uso del retrete, movilidad, control de esfínteres y alimentación, ya sea por alteraciones en su salud física y psicológica, en un estado funcional o por su situación socioeconómica-ambiental.

Naturaleza de la variable: nominal.

Escala de medición: cualitativa.

Operacionalización: de acuerdo a lo reportado en la cédula de factores de riesgo.

Indicador: 10. Siempre, 5. Algunas veces, 0. Nunca.

Funcionalidad familiar

Definición: la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad.

Naturaleza de la variable: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Operacionalización: se aplicará el cuestionario FACES III para la evaluación de la funcionalidad familiar a cada paciente. Para obtener la cohesión se realiza la suma de todos los ítems impares, se definen cuatro tipos de cohesión: desligada, separada, conectada y amalgamada; para obtener la adaptabilidad se procede a realizar la suma de todos los ítems pares, hay cuatro tipos: rígidas, estructuradas, flexible y caótica; luego cada puntaje se ubica en el rango correspondiente a la dimensión medida. Combinando los cuatro niveles de cada dimensión se obtienen 16 tipos de sistemas familiares, agrupados a su vez en tres modos de funcionamiento familiar: tipo balanceado, rango medio y tipo extremo.

Indicador: 1) tipo balanceado, 2) rango medio, 3) tipo extremo.

Red social

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 con el cuestionario de Duke-UNC-11 evalúa el apoyo social (AS) confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el AS afectivo (demostraciones de amor, cariño, y empatía). Se integra de 11 ítems. El Perfil de Duke es una escala de apoyo social compuesta de 8 frases que se califican, según 5 categorías de escala de Likert, que van desde “mucho menos de lo que deseo” (que califica 1) a “tanto como deseo” (que califica 5). Para obtener las puntuaciones de la escala se suman los valores obtenidos a cada una de las frases y después se transforma a base 100. A mayor puntuación, mayor apoyo social.

Indicador: Funcionalidad de la red social

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

Otras variables

Edad

Definición: período de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la fecha de la entrevista.

Naturaleza de la variable: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Escala: nominal

Operacionalización: se clasificó a la familia de acuerdo a: si conviven padres e hijos es una familia nuclear, si en el mismo domicilio vive además del núcleo algún otro miembro consanguíneo es extensa, si además de vivir con familiares hay un miembro ajeno a la familia como padrinos o amigos es una familia extensa compuesta.

Indicador: 5) nuclear 6) extensa 7) compuesta

5.6 Descripción general del estudio.

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud de la UMF No. 9 se procedió, en primera instancia a revisar el censo poblacional de la UMF. No. 22 de Teloloapan, Guerrero, para posteriormente invitar a los adultos a acudir a dicha unidad con el fin de participar en el estudio. Cabe mencionar que se logró cubrir a toda la población, siendo invitados a participar en el estudio de manera libre y voluntaria, por medio de una carta de consentimiento informado. A quienes aceptaron, se les aplicó un cuestionario foliado, que incluyó los datos generales y sociodemográficos, la escala de conflictos tácticos de Strauss, la cédula para la detección de factores de riesgo para maltrato, FACES III y el cuestionario Duke-UNC-11.

5.7 Análisis estadístico

Una vez obtenidos los datos de las encuestas, se procedió a capturar la información con ayuda del software Statistical Package for the Social Sciences para Windows™ (SPSS™ v.15.0) para posteriormente realizar el análisis. En el análisis univariado se obtuvo la prevalencia con intervalo de confianza al 95% (IC_{95%}) violencia familiar, global y por tipo. De las otras variables estudiadas, no se calcularon medidas de tendencia central ya que éstas fueron cualitativas, o cuantitativas ordinales. En el análisis bivariado se obtuvieron las proporciones de violencia familiar global en relación a las variables estudiadas con IC_{95%}, se analizó las diferencias entre proporciones por medio de Ji cuadrada (χ^2) o prueba exacta de Fisher; a las variables que presentaron asociación estadísticamente significativa, se les calculó la razón de momios (RM) con IC_{95%}.

5.8 Consideraciones éticas de la investigación

Para la realización de este estudio no se contravino la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial”.²⁰ Esta investigación de acuerdo con la "Ley General de Salud" de México y con su "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción II, se considera como "investigación con riesgo mínimo" ya que se realizaron entrevistas que conllevaron respuestas muy personales y cuyo manejo es delicado, por ello se solicitó de forma escrita el consentimiento informado del paciente garantizando la confidencialidad de las encuestas y el mejor beneficio para el paciente que de ellas derivara.²¹

Además el desarrollo de la investigación se llevó a cabo considerando las recomendaciones éticas y de seguridad para investigación sobre violencia familiar establecidas por la OMS²¹

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).
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. 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.^{20, 21, 25}

6. Resultados

Se estudiaron 71 adultos mayores. La mayoría tuvo de 60 a 69 años (45.1%) y sólo el 15.5% fue de 80 o más años, fueron más varones (70.4%) y más del 70% refirió tener una o más patologías (Tabla 1).

En relación a las características de dependencia, el 71.8% refirió depender económicamente de alguien más, en cuanto a la dependencia física el 53.5% refirió no necesitar ayuda. En cuanto al parentesco del cuidador el 52.2% fue cuidado por sus hijos, llama la atención que el 16.9% refirió no ser cuidado directamente por

alguien. Así, en relación al conjunto de factores para maltrato el 83.1% de los estudiados presentó algún factor (Tabla 2).

En cuanto a las características de la familia se encontró la misma proporción entre la nuclear y extensa (46.5%) y sólo el 7% perteneció a una familia extensa compuesta. De acuerdo al FACES III la mayoría de las familias estaba en el rango medio 46.5% y el 23.9% en el balanceado. En cuanto a la red social, el 52.1% presentó una red no funcional (Tabla 3).

La violencia familiar global se encontró en 23 pacientes, lo cual indica que la prevalencia fue de 32.4% ($IC_{95\%}=21.8-44.5$), esta misma prevalencia se encontró en la física y psicológica. En la económica se encontró el 21.1% ($IC_{95\%}=12.3-32.4$) y el abuso sexual se encontró con 7.0% ($IC_{95\%}=2.33-15.7$) (Figura 1).

La prevalencia de violencia familiar fue de 39.3% en el grupo de 70 a 79 años, y de 27.3% en el de 80 y más años ($p=0.61$); en cuanto al sexo el 42.9% de las mujeres presentaron violencia familiar, sin encontrar diferencias estadísticas con el sexo masculino ($p=0.22$); en relación a la presencia de patologías el 62.5% de los que tuvieron tres o más patologías presentaron violencia familia, en contraste con el 11.1% de aquellos con ninguna ($p=0.02$) (Tabla 4).

El 39.2% de los pacientes que refirieron depender de alguien, presentaron violencia familiar, mientras que sólo el 15.0% la refirió entre los que no dependían de otra persona ($p=0.04$). En cuanto a la dependencia física el 50% de aquellos que siempre

dependían de alguien presentaron violencia familiar, en contraste sólo el 15.8% de aquellos que nunca dependían físicamente ($p=0.01$). En relación a la relación del cuidador con el anciano, se encontró que el único que dijo ser cuidado por alguien fuera de su familia, refirió violencia familiar, el 23.5% de los que eran cuidados por un conyugue también refirieron violencia ($p=0.20$). Así, de aquellos que fueron calificados en la escala con riesgo, el 39.0% presentó algún episodio de violencia ($p=0.01$) (Tabla 5).

En lo que se refiere a las características familiares se encontró lo siguiente: la prevalencia de violencia en los ancianos pertenecientes a una familia extensa fue de 45.5% mientras que en aquellos pertenecientes a nucleares o extensas-compuestas fue alrededor de 20% ($p=0.09$). En relación al FACES III, el 42.9% de aquellos con familias de tipo extremo presentaron violencia, mientras que sólo el 17.6% la presentó en aquellas con familias de tipo balanceado. En cuanto a la red social la violencia se presentó en el 59.5% de aquellos que presentaron una red no funcional, contrastando con el 2.9% en aquellos con red funcional ($p<0.01$) (Tabla 6).

Las razones de momios crudas que se calcularon en las variables que resultaron con asociación estadísticamente significativa se muestran en la tabla 7. La funcionalidad de la red social fue el factor que presentó mayor asociación, seguida de la presencia de patologías. Los pacientes con red social no funcional presentaron 48.40 veces más probabilidad de presentar violencia familiar que aquellos con red funcional. En cuanto a las patologías se observa, que los pacientes con una enfermedad tienen

3.05 y aquellos con dos 8.00 veces más probabilidades de presentar violencia que aquellos que no presentan ninguna patología.

6.2 Tablas y gráficas

Tabla 1. Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores del universo de trabajo de la UMF No. 22 de Teloloapan, Guerrero (N=71).

Variables	n	%
Edad		
60 a 69	32	45.1
70 a 79	28	39.4
80 y más	11	15.5
Sexo		
Femenino	21	29.6
Masculino	50	70.4
Presencia de patologías		
Ninguna	18	25.4
Una	29	40.8
Dos	16	22.5
Tres o más	8	11.3

FUENTE: Encuesta estructurada.

Tabla 2. Características de dependencia de los adultos mayores del universo de trabajo de la UMF No. 22 de Teloloapan, Guerrero (N=71).

Variables	n	%
Dependencia económica		
No	20	28.2
Sí	51	71.8
Dependencia física		
Nunca	38	53.5
Algunas veces	31	43.7
Siempre	2	2.8
Parentesco del cuidador		
Conyugue	17	23.9
Hijos	37	52.2
Otro familiar	4	5.6
No familiar	1	1.4
Nadie	12	16.9
Factores para maltrato		
Sin riesgo	12	16.9
Con riesgo	59	83.1

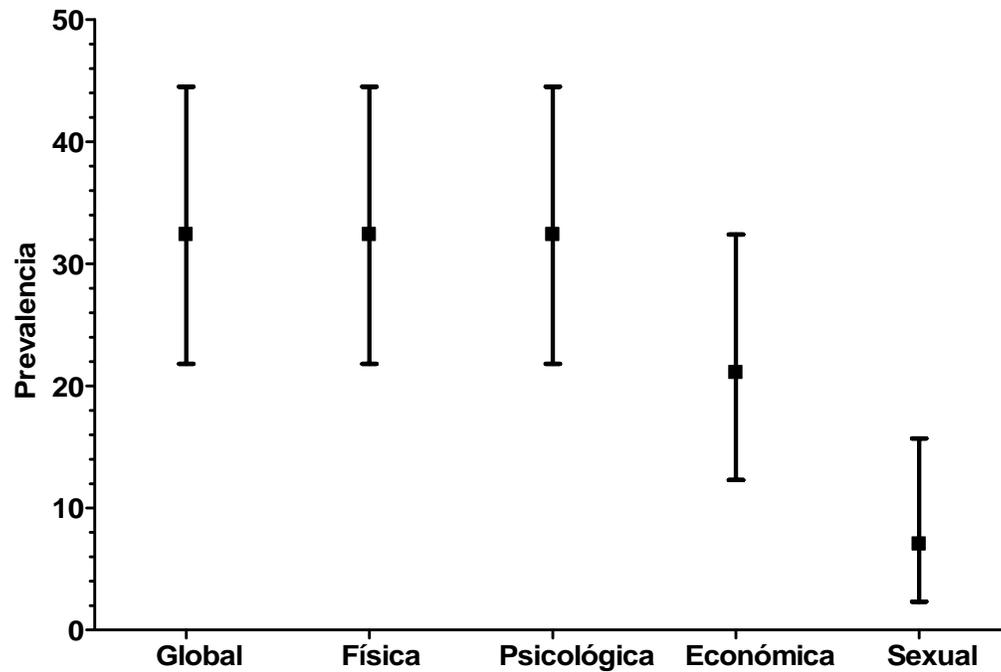
FUENTE: Encuesta estructurada.

Tabla 3. Características de la familia y de la red social de los adultos mayores del universo de trabajo de la UMF No. 22 de Teloloapan, Guerrero (N=71).

Variables	n	%
Estructura familiar		
Nuclear	33	46.5
Extensa	33	46.5
Compuesta	5	7.0
Funcionalidad familiar		
Tipo balanceado	17	23.9
Rango medio	33	46.5
Tipo extremo	21	29.6
Red social		
Funcional	34	47.9
No funcional	37	52.1

FUENTE: Encuesta estructurada, FACES III y Duke-UNC11.

Figura 1. Prevalencia con intervalos de confianza al 95% de violencia familiar global y específica encontrada en los adultos mayores del universo de trabajo de la UMF No. 22 de Teloloapan, Guerrero (N=71).



FUENTE: Encuesta estructurada.

Tabla 4. Prevalencia de violencia familiar (PVF) según las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores del universo de trabajo de la UMF No. 22 de Teloloapan, Guerrero (N=71).

Variables	N	(PVF) n=23	%	p*
Edad				
60 a 69	32	9	28.1	
70 a 79	28	11	39.3	
80 y más	11	3	27.3	0.78
Sexo				
Femenino	21	9	42.9	
Masculino	50	14	28.0	0.35
Presencia de patologías*				
Ninguna	18	2	11.1	
Una	29	8	27.6	
Dos	16	8	50.0	
Tres o más	8	5	62.5	<0.01

FVF: Frecuencia de violencia familiar.

p de χ^2

* Con asociación estadística significativa.

FUENTE: Encuesta estructurada.

Tabla 5. Prevalencia de violencia familiar (PVF) según las características de dependencia de los adultos mayores del universo de trabajo de la UMF No. 22 de Teloloapan, Guerrero (N=71).

Variables	N	(PVF) n=23	%	P*
Dependencia económica*				
No	20	3	15.0	
Sí	51	20	39.2	0.04
Dependencia física*				
Nunca	38	6	15.8	
Algunas veces	31	16	51.6	
Siempre	2	1	50.0	<0.01
Parentesco del cuidador				
Conyugue	17	4	23.5	
Hijos	37	15	40.5	
Otro familiar	4	0	0.0	
No familiar	1	1	100.0	
Nadie	12	3	25.0	0.83
Factores para maltrato*				
Sin riesgo	12	0	0.0	
Con riesgo	59	23	39.0	<0.01

FVF: Frecuencia de violencia familiar.

p de χ^2

* Con asociación estadística significativa.

FUENTE: Encuesta estructurada.

Tabla 6. Prevalencia de violencia familiar (PVF) según las características de la familia y la red social de los adultos mayores del universo de trabajo de la UMF No. 22 de Teloloapan, Guerrero (N=71).

Variables	N	(PVF) n=23	%	p*
Estructura familiar				
Nuclear	33	7	21.2	
Extensa	33	15	45.5	
Compuesta	5	1	20.0	0.21
Funcionalidad familiar				
Tipo balanceado	17	3	17.6	
Rango medio	33	11	33.3	
Tipo extremo	21	9	42.9	0.10
Red social*				
Funcional	34	1	2.9	
No funcional	37	22	59.5	<0.01

FVF: Frecuencia de violencia familiar.

p de χ^2

* Con asociación estadística significativa.

FUENTE: Encuesta estructurada, FACES III y Duke-UNC11.

Tabla 7. Razones de momios de las variables que resultaron asociadas significativamente a violencia familiar en los adultos mayores del universo de trabajo de la UMF No. 22 de Teloloapan, Guerrero.

Variables	RM	IC_{95%}		p*
Presencia de patologías				
Ninguna	-	-	-	-
Una	3.05	0.63	14.28	0.28
Dos	8.00	1.49	40.98	0.02
Tres o más	13.33	1.90	92.99	0.01
Dependencia económica				
No	-	-	-	-
Sí	3.66	1.00	13.09	0.04
Dependencia física				
Nunca	-	-	-	-
Algunas veces	5.69	1.89	17.00	<0.01
Siempre	5.33	0.29	97.48	0.32
Red social				
Funcional	-	-	-	-
No funcional	48.40	5.96	393.23	<0.01

p de χ^2

FUENTE: Encuesta estructurada.

7. 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; donde la población puede ser diferente a la que está amparada por la seguridad social que cubren los servicios de salud ubicados en áreas urbanas; por lo que la generalización de los resultados debe hacerse con precaución.

La prevalencia de violencia familiar encontrada en este estudio, es superior a la señala por la OMS² (32.4% vs 4% a 6%); rescatando así la importancia de este fenómeno en el ámbito rural. Por otra parte, la comparación de la prevalencia encontrada (32.4%) con lo observado en escenarios clínicos (12%- 44%) resulta estar en el rango de los hallazgos.⁸

La edad predominante de maltrato a los ancianos ejercida por sus cuidadores en un estudio realizado en Cuba en el año 2003 predominó la edad de 70 a 74 años, siendo similar con nuestro estudio donde predominó la edad comprendida entre 70 a 79 años, en cuanto al género predominó el sexo femenino que el masculino, siendo similar el resultado en nuestro estudio.⁸

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 preventivas.²³ 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.²

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 estando en el rango de 13% a 35%,^{8, 23} mientras que en este estudio se encontró en 21.1 %, esto es, dentro del rango, pero sin ser la principal. El tipo de violencia ocupó el primer lugar en esta investigación fue la física y la psicológica, esta última de consistencia a los escasos reportes nacionales presentados por Hija y Figueroa.^{5, 15}

Martínez y Pérez, en un estudio realizado en la Ciudad de la Habana, en el año 2003 reportaron que el parentesco del cuidador que infringe el maltrato con mayor frecuencia son los hijos que cuidan a sus padres ancianos⁸, de forma análoga se presentó en nuestro estudio.

En el Hospital General de Zona no.27 del Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó un estudio 1997-1998 donde se observó que predominó la familia extensa en un 45%, lo que refleja el mismo resultado en nuestro estudio y en cuanto a la

dependencia económica se encontró en este estudio un 60.5% menor al encontrado en nuestros resultados que fue de 71.8%.¹⁵

En cuanto al funcionamiento familiar solo Martínez C y colaboradores refieren que en el 18% de los casos de maltrato, la familia esta clasificada como disfuncional,⁸ cifra inferior a la encontrada en esta investigación, donde observamos que el 39% de los casos de violencia se presentaron en una familia de tipo extremo.

Por último, el rol benéfico de una red social funcional es claro para los padecimientos crónicos²³ 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.²³

En cuanto a las Razones de Momios (RM) encontradas, solamente un estudio de los revisados reportó igualmente estos cálculos. En nuestro estudio se encontró RM para dependencia económica de 3.66 la cual es menor a la encontrada en ese estudio (10.72); con respecto a las patologías ellos encontraron en los pacientes con pluripatología RM de 3.53, en tanto que en esta investigación encontramos con dos patologías RM de 8.00 y con tres o más de 13.33, en ese estudio se reporta RM de 4.11 en relación a la necesidad de ayuda para atención médica y en nuestro estudio se encontró una RM de 5.69 para dependencia física.¹⁵ La estructura familiar no presento en nuestro estudio asociación estadística significativa, mientras que en el

estudio de Figueroa se encontró que el pertenecer a una familia extensa incrementa la probabilidad de violencia. ¹⁵

8. Conclusiones

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 a la violencia”.¹

Las variables con asociación a la violencia familiar fueron: presencia de patologías, dependencia económica, dependencia física y red social no funcional. La relevancia de este hallazgo está en justificar la necesidad de pensar que adultos mayores con estas características ya que 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.

9. Recomendaciones

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 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 de 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).

Aún falta mucho por hacer, sin embargo el IMSS ha dado pasos gigantescos al juzgar que la salud es integral y con ello ha formado estrategias que nos encaminan hacia ella. La salud de los adultos mayores, es muy importante, recordemos que aunque no queramos el proceso de envejecimiento, tarde o temprano nos alcanzará, por lo que es momento de emprender acciones, es momento de prevenir nuestro futuro y mejorar el presente de esta población vulnerable.

10. Referencias

1. Tapia R. Programa de Acción, atención al envejecimiento. México: Secretaría de salud. Secretaría de Prevención y Protección de la Salud; 2001.
2. World Health Organization. Abuse of the Elderly. En:World Health Organization.World Reporto n Violence and Health 2003. Geneva: World Health Organization;2003; 125-145.
3. Informe Nacional Sobre Violencia Familiar, Secretaria de Salud. 2006.
4. Calzada A. Aproximación a los correlatos biológicos de la agresividad y de la violencia humana. Rev Neurol Neurocir Psiquiat 2007; 40(4):114-121.
5. Hijar M, Flores L, Valdez R. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. Salud Pub Mex 2003; 45(4):252-258.
6. 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).
7. González M, Buján I, López G, Longa I, Cacho L. Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. Arch Ger Esp 2003; 4:1-15.

8. Martínez C, Pérez V, Cardona Y, Inclán L. Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. Rev Cub Med Gen Integra 2005;21(1-2):1-7.
9. National Association of Adult Protective Services Administrators. Elder Abuse Awareness Kit. National Center of Elder Abuse. En: <http://www.elderabusecenter.org/>
10. Concha A. Medición de Violencia: Problemática conceptual y práctica. Documento presentado en la mesa redonda durante la Conferencia Internacional de la Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud "Crimen y Violencia: Causas y Políticas de Prevención". Bogotá, Colombia, 2001 mayo 4-5: Universidad de Los Andes-Banco Mundial.
11. 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; 1-23.
12. Martínez D, Gutiérrez RF, Gómez C, Cabazos JC. El adulto mayor y la violencia. Arch Ger 2002; (5); 47-52.
13. Vidales JA, Pichardo A. Escala para diagnosticar el síndrome de abuso (maltrato) al adulto mayor. Arch Ger 2003; 6(6):13-17.

14. González JC. Violencia, maltrato y derechos humanos en los adultos mayores. Desarrollo Social. En: <http://www.imss.gob.mxNR/rdonlyres/5B2C86B7-7B9B-4527-86A8-8DEAF91753AB/0/violenciamaltratoCS57.pdf>.
15. Figueroa S, Alvarado LE, Amozurrutia V, Gómez G. Factores de riesgo para maltrato del adulto mayor. Arch Ger 2003; 6(6);4-8.
16. Louro I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cub Salud Pub 2003; 29(1):48-51.
17. La Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud (PRCAMF) Conceptos Básicos para el Estudio de la Familia. Arch Med Fam 2005; 7 (1):15-19.
18. Huerta J. Estudio de Salud Familiar. 1º Edición. Editorial Alfil México D.F 2005; 37, 98-101.
19. Ponce ER, Gómez FJ, Terán M, Irigoyen AE, Landgrave S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Prim 2002; 30 (10):624-630.
20. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Gac Méd Méx 2001;4;(137):387-390.

21. Santillán P, Cabral A, Soto L. El Consentimiento Informado en la práctica clínica y en la investigación médica. *Rev Invest Clin* 2003; 55(3): 322-338.
22. Soriano S, De la Torre R, Soriano L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Med de Familia (And)* 2003; 4(2): 130-135.
23. Vida S, Monks RC, Des Rosiers P. Prevalence and Correlates of Elder Abuse and Neglect in a Geriatric Psychiatry Service. *Can J Psychiatry* 2002; 47:459-67.
24. Campillo R. Violencia con el anciano. *Rev Cub Med* 2002; 4:1-5.
25. 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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
DE LA UMF No. 22 DE TELOLOAPAN GUERRERO.

Hoja 3
I_I_I_I_I

FOLIO

CEDULA PARA LA DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PARA MALTRATO DEL ADULTO MAYOR		Códigos
17. ¿ CUANDO USTED NECESITA AYUDA LA RECIBE CON OPORTUNIDAD Y EN FORMA AMABLE?	Siempre (0) Algunas veces (5) Nunca (8)	17. I_I

PUNTOS DE CORTE:

≥ A 89 PUNTOS ALTO RIESGO.

46 Y 88 PUNTOS BAJO RIESGO.

≤ A 45 PUNTOS SIN RIESGO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
DE LA UMF No. 22 DE TELOLOAPAN GUERRERO
FACES III

Hoja 4
 |_|_|_|

FOLIO

CARACTERÍSTICAS SOCIALES						Códigos
Función familiar (Ficha técnica 2)						
Describa su familia	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	
1. Los miembros de la familia Se apoyan Entre si.	1	2	3	4	5	1 _
2. Se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.	1	2	3	4	5	2 _
3. Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5	3 _
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	1	2	3	4	5	4 _
5. Les gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.	1	2	3	4	5	5 _
6. Cualquier miembro de ella puede tomar la Autoridad.	1	2	3	4	5	6 _
7. Se sienten más unidos entre ustedes que con personas que no son de la familia.	1	2	3	4	5	7 _
8. Cambian la manera de hacer las cosas	1	2	3	4	5	8 _
9. Les gusta pasar el tiempo libre juntos	1	2	3	4	5	9 _
10. Todos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.	1	2	3	4	5	10 _
11. Se sienten muy unidos	1	2	3	4	5	11 _ _
12. Los hijos toman las decisiones	1	2	3	4	5	12 _ _
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente	1	2	3	4	5	13 _ _
14. Las reglas cambian.	1	2	3	4	5	14 _ _
15. Con facilidad se planean actividades en conjunto.	1	2	3	4	5	15 _ _
16. Intercambian los quehaceres del hogar	1	2	3	4	5	16 _ _
17. Consultan unos con otros para tomar desiciones.	1	2	3	4	5	17 _ _
18. Es dificil identificar quien tiene la la autoridad.	1	2	3	4	5	18 _ _
19. La unión familiar es muy importante	1	2	3	4	5	19 _ _
20. Es dificil decir quien hace que las labores del hogar	1	2	3	4	5	20 _ _

Calificación: Rígida: 10 a 19 puntos.
 Estructurada: 20 a 24 puntos.

Flexible: 25 a 28 puntos.
 Caótica: 29 a 50 puntos.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
CUESTIONARIO DE RED SOCIAL DE DUKE

Hoja 5
|_|_|_|_|

FOLIO

CARACTERÍSTICAS SOCIALES						Códigos
1.1.1. Red social						
	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo	Códigos
1. Recibe visitas de sus amigos y familiares	1	2	3	4	5	1 _
2. Recibe ayuda en asuntos relacionados con su casa	1	2	3	4	5	2 _
3. Recibe elogios y reconocimientos cuando hace bien sus actividades	1	2	3	4	5	3 _
4. Cuenta con personas que se preocupan por lo que le sucede	1	2	3	4	5	4 _
5. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5	5 _
6. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas de casa	1	2	3	4	5	6 _
7. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares	1	2	3	4	5	7 _
8. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos	1	2	3	4	5	8 _
9. Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas	1	2	3	4	5	9 _
10. Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida	1	2	3	4	5	10 _
11. Recibe ayuda cuando está enfermo en la cama	1	2	3	4	5	11 _

Funcionalidad de la red social

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
ESCALA DE CONFLICTOS TACTICOS

Hoja 6
 I I I I I

FOLIO

VIOLENCIA FAMILIAR (Preg. 01-28 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										
1. Le ha aventado objetos?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	1. I I	
2. Le ha torcido el brazo o jalado los cabellos?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	2. I I	
3. Le ha empujado a propósito?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	3. I I	
4. Le ha sacudido o jaloneado?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	4. I I	
5. Le ha dado cachetadas?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	5. I I	
6. Le ha agredido con alguna navaja, cuchillo o machete?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	6. I I	
7. Le ha golpeado con el puño o la mano?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	7. I I	
8. Le ha tratado de ahogar o asfixiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	8. I I	
9. Le ha empujado contra la pared a propósito?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	9. I I	
10. Le ha golpeado el estómago?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	10. I I	
11. Le ha quemado a propósito?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	11. I I	
12. Le ha pateado?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	12. I I	

VIOLENCIA FAMILIAR										
¿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										
13. Lo ha insultado?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	13. _ _
14. Lo ha encerrado?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	14. _ _
15. Lo ha amenazado con correrlo de la casa durante una discusión?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	15. _ _
16. Le ha dicho que le guarda rencor?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	16. _ _
17. Le ha dicho que es poco atractivo (a) o feo (a)?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	17. _ _
18. Ha destruido cosas de usted?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	18. _ _
19. Le ha dicho que es una persona despreciable?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	19. _ _
20. Le ha amenazado con golpearlo?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	20. _ _
Abuso sexual										
21. 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	21. _ _
22. Utiliza amenazas para hacer que tengan relaciones sexuales?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	22. _ _
23. Utiliza la fuerza física para hacer que tengan relaciones sexuales?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	23. _ _
Abuso económico										
24. Ha utilizado su dinero inapropiadamente?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	24. _ _
25. Lo ha obligado a hacer compras en contra de sus deseos?	0	1	2	3	4	5	6	7	1	25. _ _
26. Le impide disponer libremente de su ingreso	0	1	2	3	4	5	6	7	2	26. _ _
27. Le ha robado dinero?	0	1	2	3	4	5	6	7	2	27. _ _
28. 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	28. _ _

VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE ACEPTACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

“Factores asociados a violencia familiar en los adultos mayores de la UMF.No. 22 de Teloloapan, Guerrero.

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 2007.

Firma del investigador/encuestador

Firma del participante

Localización del investigador:
Unidad de Medicina Familiar No. 22
Teloloapan, Guerrero.
Tel. 017363660508