



Universidad Nacional Autónoma de México



**Facultad de Medicina
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE PSIQUIATRIA UNIDAD MORELOS.

***Frecuencia de violencia de pareja en mujeres adultas mayores de
la consulta externa del Hospital de Psiquiatría
Unidad Morelos.***

Tesis para obtener el grado de Médico Especialista en Psiquiatría.

Presenta:

DRA. ROCIO IBARRA MORENO

Residente de cuarto grado de la Especialidad en Psiquiatría.

Asesores:

DRA. MARGARITA BECERRA PINO.

DR. MIGUEL PALOMAR BAENA.

México, D. F. a junio del 2012.



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.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	IV
ABREVIATURAS.....	V
RESUMEN.....	VI
<u>INTRODUCCIÓN</u>	1
ANTECEDENTES.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
JUSTIFICACIÓN.....	11
OBJETIVOS	12
OBJETIVO GENERAL.....	12
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	13
TIPO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	13
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	14
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	15
VARIABLES.....	16
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	17
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO.....	22
<u>RESULTADOS</u>	24
<u>DISCUSIÓN</u>	31
<u>CONCLUSIONES</u>	34
<u>REFERENCIAS</u>	35
<u>ANEXOS</u>	38
I.CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	38
II.HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	40
III.ESCALA DE VIOLENCIA DE PAREJA.....	41
IV.MINI (Módulo A-C).....	42

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1.</i> Consecuencias de la violencia de género.....	9
--	---

AGRADECIMIENTOS:

A todos los que me apoyaron a lo largo de mi formación como médico especialista...

A mi familia,

A mis amigos y amigas,

A la Dra. Margarita Becerra Pino por el apoyo en la realización de esta investigación,

Al Dr. Miguel Palomar Baena por su orientación y tolerancia,

Y principalmente a todas las mujeres participantes, ya que sin ellas no lo hubiera podido llevar a cabo.

ABREVIATURAS

CE - consulta externa.

CIE 10 – Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión.

Cols – Colaboradores.

DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición.

etc – etcétera.

EV – Escala de Violencia de Pareja.

IMSS – Instituto Mexicano del Seguro Social.

INEGI - Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

MINI - Internacional Neuropsychiatric Interview, MINI – Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

NOM - Norma Oficial Mexicana.

SIDA – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences.

SVE – Severidad de Violencia Física.

SVP - Severidad de Violencia Psicológica.

SVS – Severidad de Violencia Sexual.

RESUMEN.

La violencia de pareja es un problema de salud a nivel mundial al cual se le ha prestado atención desde hace apenas 3 décadas; es más prevalente la ejercida contra la mujer por parte del cónyuge o pareja masculina. Ésta presente independientemente de la cultura, grupo etario, religión, estrato económico, escolaridad, raza entre otros factores.

Al relacionarla con el cambio en la dinámica de población; en la que actualmente se muestra que el grupo correspondiente a la tercera edad ocupa y ocupará un porcentaje representativo del total de la población de nuestro país, resulta alarmante.

En México el desconocimiento del tema y la transferencia intergeneracional que giran alrededor de la violencia de pareja así como los constructos sociales que se mezclan con el género del ser mujer y la adulta mayor, hacen de éste un grupo con mayor vulnerabilidad al cual se le debe prestar atención para controlar, manejar y evitar la *violencia*. Así como para reducir las complicaciones en la salud mental y los costos en los servicios de atención médica en general, que este grupo demanda; de ahí la importancia en la realización de este estudio.

Los objetivos de esta investigación son describir la frecuencia de violencia y tipos de violencia de pareja en mujeres adultas mayores que son portadoras de un trastorno afectivo de tipo depresivo dentro de una Unidad Psiquiátrica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES.

La violencia de pareja como violencia de género. La violencia contra la mujer, ejercida en función del género y de su situación de vulnerabilidad, ha sido tema de estudio desde hace al menos tres décadas en Europa y Estados Unidos, y a partir de 1990 en México; este tipo de violencia, ha sido producto de la búsqueda del dominio, control y poder sobre la mujer.¹

Se presenta en todos los países sin importar el grupo social, económico, religioso o cultural, ni la edad; desde hace varias décadas, las organizaciones de mujeres activistas han promovido la denuncia de este tipo de violencia, y han motivado la participación internacional al considerarla un atentado hacia los derechos humanos, desde antes del nacimiento y hasta la vejez; la violencia hacia la mujer es más frecuente que la ejercida hacia el hombre.²

La Declaración de las Naciones Unidas Sobre la Violencia Contra la Mujer, proporciona una amplia base para definir a la violencia basada en el género, la cual, incluye pero no está limitada, a la violencia física, sexual y psicológica, al abuso sexual de niñas, a la violación marital, a la violencia no conyugal, al acoso sexual, a la trata de mujeres y a la prostitución forzada.³

En México, la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres del 2006, reportó una prevalencia nacional de violencia de pareja actual, es decir, en los últimos 12 meses, de 33.3%; de 42.9% para la violencia de pareja de por vida, es decir, en cualquier momento de la relación de pareja y 60% para la violencia alguna vez en la vida que incluye a las mujeres que reportaron violencia de pareja actual, o de por vida o que hubieran sido golpeadas o maltratadas por familiares, y la violencia durante la niñez. Tres de cada 10 mujeres sufre de violencia de pareja actual. Cuatro de cada 10 ha sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida y seis de cada 10 mujeres han enfrentado violencia alguna vez en la vida.

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006 reporta las prevalencias para cada uno de los tipos de violencia actual y son: psicológica, 28.5%; física, 16.5%; sexual, 12.7%; y económica, 4.42%.⁴

La violencia de pareja se ve modificada al ser evaluada en relación a variables sociodemográficas, como lo es la edad. Las mujeres de 60 años y más tienen una prevalencia de violencia de pareja en el último año de 3.53% en el siguiente orden: psicológica, 18.7%; económica, 11%; física, 7.4% y sexual, 4.6%.⁵

La violencia de pareja así como el cambio en la dinámica poblacional es una situación que alarma a nivel mundial, incluye a los países desarrollados y los que se encuentran en vías de desarrollo. En México el Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en 2010 registró 10.1 millones de personas adultas de más de 60 años, de las cuales 53.4% son mujeres y 46.6% son varones.⁶

De acuerdo a el Consejo Nacional de Población, en los próximos años la población de 60 años y más tendrá un crecimiento demográfico importante, se estima que para el año 2020 sean 14 millones, lo que en términos relativos representa 12.1% de la población total. En México existen 7.4 millones de hogares con al menos un adulto mayor que representan 26.1% de los hogares del país. ⁷

Hay que aclarar que existen definiciones categóricas cuando se habla de viejo, tercera edad, adulto mayor; estas pueden variar de acuerdo a cada persona, sexo, cultura y país. La definición cronológica es la más empleada aunque no sea totalmente clara; en algunos países se encuentra relacionada con la edad de jubilación, en otros a la presentación de enfermedades y discapacidades crónicas, a las limitaciones físicas para trabajar, a los atributos sociales de la experiencia, el liderazgo y los constructos sociales del género. En nuestro país el ordenamiento civil no contempla el factor edad para que a alguien se le considere adulto mayor; las leyes dirigidas a este grupo definen 60 años de edad, como marco de referencia. ^{8,9.}

La *violencia de pareja* se refiere a cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que cause daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación. Este comportamiento incluye las *agresiones físicas*: abofetear, golpear con los puños, patear; *maltrato psíquico*: intimidación, denigración y humillación constante; *relaciones sexuales forzadas, otras formas de coerción sexual y diversos comportamientos dominantes* entre ellos se encuentran aislar a una persona de su familia, amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o asistencia. ⁹

En la Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores concluyó que “el maltrato a las personas mayores es un acto único o repetido, o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varias formas: físico, psicológico, emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar negligencia intencional o por omisión”.¹⁰

La violencia de pareja hacia las personas de la tercera edad es categorizada como violencia interpersonal, intrafamiliar o doméstica, sin embargo, ha tenido serias limitaciones al ser evaluada debido: a definiciones poco claras entre maltrato y violencia; a la connotación mundial que tiene el hablar de viejo, tercera edad o adulto mayor; factores propios a este grupo etario: género, relación víctima-agresor, aislamiento social, discapacidad física y/ o mental del adulto mayor, dependencia, transmisión intergeneracional de la violencia; y a las implicaciones legales que esta tiene. En los Estados Unidos arriba del 9% de los adultos mayores han experimentado algún tipo de violencia por uno de los miembros de la familia.^{11, 12.}

Un estudio realizado en Túnez¹³ reportó que el 47,6% de las mujeres de entre 18 y 64 años han declarado haber sufrido alguna forma de violencia durante su vida. No existen diferencias significativas entre el medio urbano y rural. La prevalencia total es más elevada en las mujeres de más edad. Esta diferencia estadísticamente significativa puede explicarse por el carácter acumulativo de la prevalencia total, ya que la duración de la exposición es más larga entre las mujeres de más edad.

En España con anterioridad se describen estudios a nivel de comunidades independientes como: Barcelona 2001, prevalencia de maltrato de 11.9%; País Vasco, Andalucía y Canarias 2001, 4.7%. Es hasta el 2006 cuando se reporta el primer informe nacional del maltrato de personas mayores en la familia encontrándose que el 0.8% de las personas mayores entrevistadas fue víctima de maltrato por parte de algún familiar a lo largo del año 2005, siendo la pareja en el 50% de los casos el agresor; este porcentaje aumenta hasta el 1.5% entre los ancianos dependientes y el riesgo es proporcional al aumento de edad. Siendo este un problema de índole mundial otros países entre ellos Australia 1992, reportó una prevalencia de maltrato de 4.6%; China 2001, 21.4%; Israel 2004, 18.4%; Reino Unido 2007, 2.6%.¹⁴

A nivel mundial la prevalencia de maltrato en personas adultas mayores oscila entre el 3 y 27.4%. En México a través de la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores realizada en 14 Delegaciones del Distrito Federal en el 2006, revelo una prevalencia de 16.2% en personas adultas mayores con al menos un incidente de maltrato en los últimos 12 meses de las cuales 18.4% corresponde a mujeres y 12.6% a hombres. En relación al agresor se encontró que en el 11.8% de los casos se trataba del cónyuge o pareja. Dicha encuesta muestra que el incremento en el riesgo de maltrato se encuentra relacionado con el nivel de dependencia y la presencia de síntomas depresivos; sin embargo, la dificultad de discernir la sintomatología depresiva es si se trata del resultado de la situación de maltrato o si es que las personas mayores con estos problemas son más susceptibles de ser maltratadas.¹⁵

Consecuencias de la violencia de pareja. Desde 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, reconoció a la violencia como un problema de salud pública, por el impacto en términos de años de vida saludable perdidos a consecuencia de la violencia.¹⁶

La Organización Panamericana de la Salud, ha estimado que la mujer pierde en promedio de 1 a 5 años de vida saludable, durante su vida reproductiva a causa de la violencia de pareja.⁹ En la Ciudad de México se reportó que 38% de los años de vida saludable perdidos entre las mujeres se debe a violencia que se ejerce en su contra. Además de las lesiones físicas directas, las mujeres maltratadas corren mayor riesgo de sufrir problemas psicológicos y psicosomáticos de muy diversa índole, como la depresión.⁴

Kennedy y cols.,¹⁷ realizaron un estudio longitudinal que investigaba la relación entre ser testigo de violencia de pareja y la presencia de ansiedad, investigación basada en una muestra de 100 niños en edad escolar con un promedio de 9.9 años, de los cuales, el 39% eran del género femenino entre otras variables; los resultados reportaron la presencia de ansiedad, en niños que habían sido testigos de violencia de pareja en el hogar.

En un ambiente lleno de manifestaciones de violencia, puede llevarse a cabo la crianza de los hijos de éstas parejas; este tipo de disfunción familiar ha probado tener consecuencias serias en el desarrollo estos niños, quienes tienen riesgo de desarrollar características posteriores de agresores o de víctimas, probablemente por la internalización de la violencia como aceptable para la resolución de problemas.¹⁸

Al compararse con mujeres no maltratadas, las mujeres que sufren violencia, utilizan más los sistemas de salud, solicitan más ayuda en las salas de urgencias hospitalarias por causas relacionadas con la violencia u otras razones inespecíficas; toman más medicamentos y requieren de mayor atención psiquiátrica.¹⁹

Además de los síntomas depresivos, las mujeres víctimas de violencia de pareja pueden presentar trastornos de ansiedad. En relación con estos eventos, los rangos de trastornos por estrés postraumático en víctimas de violencia de pareja, van desde el 33% al 84% aproximadamente; las mujeres manifiestan recuerdos estresantes, intrusivos, pesadillas, insomnio y evitación de actividades que causan un deterioro en su calidad de vida.²⁰

Graham y cols.,²¹ reportaron que en las relaciones con violencia de pareja, el miedo más grande de las mujeres en los momentos de agresión era el terror de perder la vida; además, manifestaron la sensación de incapacidad de conocer cuando podrían ser atacadas o amenazadas nuevamente a través de golpes, humillaciones o amenazas con armas.

La violencia sexual también se vive dentro de la relación de pareja. Ramos Lira y cols.²² realizaron un estudio en población mexicana que buscó estimar la frecuencia de diferentes formas de violencia sexual y su asociación con sintomatología depresiva, ideación e intento suicida, y uso de alcohol y otras drogas alguna vez en la vida. El estudio estuvo constituido por 345 mujeres que en el momento del estudio, vivían con pareja. De las mujeres, 19% señaló haber sido objeto de tocamientos sexuales contra su voluntad al

menos alguna vez en su vida, en tanto 11% habían sido violadas y 5% fueron forzadas a tocar los órganos sexuales de otra persona contra su voluntad.

Una de cada cinco mujeres reportó haber experimentado alguna violencia sexual dentro de la relación de pareja. Se encontró una asociación significativa entre algunas formas de violencia sexual y la depresión, la ideación e intento suicida y el uso de psicofármacos.²³

Cinco de cada cien mujeres que alguna vez en su vida han experimentado violencia de pareja de cualquier tipo, han pensado en suicidarse y siete de cada cien lo ha intentado, situación que se agrava entre el grupo de quienes han enfrentado abuso sexual de su pareja. El 26% de las mujeres que sufren violencia de pareja son asesinadas por sus parejas, comparado con el 3% de hombres víctimas de homicidio por su pareja; generalmente, cuando esto último sucede, las mujeres refieren haber realizado el homicidio como una forma de defensa propia ante el temor de perder la vida.⁹

Además de ser considerada como un problema de salud pública mundial y una violación a los derechos humanos, la violencia contra la mujer, también genera altos costos sociales, económicos y en el área de la salud.²⁴

Las repercusiones en la salud no sólo física sino mental de las mujeres víctimas de violencia por parte de su cónyuge, pueden persistir por mucho tiempo, aún cuando el maltrato haya cesado, tienden a ser acumulativas y proporcionales al tiempo de abuso. En la Tabla 1, se resumen algunas de las consecuencias más frecuentes.²⁵

Tabla 1. Consecuencias de la violencia de género.

Salud física	Moretones, heridas, contusiones, desgarros musculares, esguinces, luxaciones, fracturas, síntomas gastrointestinales (ej. colon irritable, trastornos digestivos), infecciones, dolores crónicos en diversas partes del cuerpo, fibromialgia, traumatismos craneo encefálicos, etc.
Salud reproductiva y sexual	Enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado, aborto espontáneo o practicado sin consentimiento, complicaciones del embarazo y parto (parto prematuro), enfermedad pélvica inflamatoria, lesiones o infecciones vaginales y/o anales, etc. Trastornos sexuales: Disfunciones sexuales, aversión al sexo, dolor durante la realización de prácticas sexuales, etc.
Salud mental	Síntomas psicológicos: Baja autoestima, sentimientos de soledad, desesperanza, culpa, vergüenza, etc. Trastornos psiquiátricos: Trastornos depresivos, de ansiedad, del sueño, somatomorfos (múltiples malestares físicos), uso y abuso de alcohol y otras sustancias, ideación e intentos suicidas, etc.
Letales (mortales)	Muerte relacionada con SIDA, mortalidad materna y/o fetal o del recién nacido, suicidio consumado, homicidio de las mujeres, homicidio cometido por las mujeres.

Información tomada de: Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Desde hace tres décadas la violencia masculina ejercida hacia su pareja dentro del ámbito social, ha podido expresarse de manera abierta y en forma paulatina, por lo que se ha reconocido como un problema de salud pública mundial que requiere de mayor investigación para su abordaje. Las mujeres adultas mayores que han estado involucradas en una relación de pareja con violencia, basada en la inequidad, en el control y el abuso del poder, son una población susceptible para desarrollar alteraciones en la salud mental, física favoreciendo la pérdida de años de vida saludables.

Las repercusiones en la salud de las mujeres víctimas de violencia por parte de su cónyuge pueden persistir por mucho tiempo, aún cuando el maltrato haya cesado. Hasta este momento no se han realizado estudios en relación a la tercera edad y la violencia de pareja dentro de una Institución dedicada al manejo de la salud mental, por lo que, es conveniente formular la siguiente pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la frecuencia de violencia de pareja en mujeres adultas mayores de la consulta externa del Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos?

JUSTIFICACIÓN.

La violencia de pareja se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial; se produce en todos los países, independientemente del grupo etario, social, económico, religioso o cultural. Es una de las formas más comunes de violencia contra la mujer infligida por su marido o pareja masculina.

Al hablar de la tercera edad hablamos de un grupo etario en crecimiento y lleno de vulnerabilidades que le predisponen a la presencia de maltrato. La población correspondiente a las mujeres esta en ascenso gracias al incremento en la expectativa de vida, tal vez debido a los avances médicos y estilos de vida saludables; en el 2010 en México⁶ el Censo de Población y Vivienda del INEGI registró 53.4% de mujeres de más de 60 años de edad. Situación por la que se espera que haya un incremento en la violencia de pareja en este grupo etario.

Las repercusiones en la salud de las mujeres víctimas de violencia por parte de su cónyuge pueden persistir por mucho tiempo, aún cuando el maltrato haya cesado. Hasta este momento no se han realizado estudios en relación a la tercera edad y la violencia de pareja dentro de una Institución dedicada al manejo de la salud mental, por lo que, este estudio pretende detectar la frecuencia de la violencia de pareja en una muestra de mujeres de la tercera edad, permitiendo el desarrollo e implementación de estrategias dirigidas a mejorar y adecuar el manejo de la violencia en este grupo etario así como la detección de complicaciones y/o comorbilidades en la salud mental para brindar un manejo integral a las adultas mayores.

OBJETIVOS.

1. General.

- a) Describir la frecuencia de violencia de pareja de mujeres de la tercera edad de la Consulta Externa del Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Específicos.

- a) Describir los tipos de violencia de pareja sufridos por las mujeres de la tercera edad de la Consulta Externa del Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social de acuerdo a la Escala de Violencia de Pareja.

- b) Describir los trastornos depresivos presentes en las mujeres de la tercera edad de la Consulta Externa del Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social que sufren violencia de pareja a través de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Internacional Neuropsychiatric Interview).

MATERIAL Y MÉTODOS.

TIPO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN EN ESTUDIO.

1. Tipo Estudio.

Es un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal.

2.Lugar de estudio.

Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos del IMSS

3.Período de estudio.

Este estudio se llevará a cabo en el periodo comprendido entre el 15 de junio del 2012 al 14 de julio del 2012

4.Universo de estudio.

El estudio incluirá a pacientes mujeres de la tercera edad de la Consulta Externa del Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos del IMSS.

5.Población.

La muestra estará constituida por aquellas mujeres de la tercera edad de la Consulta Externa del Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos que deseen participar y que además cumplan con los criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación).

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se cuenta con el reporte de la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006, la cual arrojó una prevalencia de maltrato por parte del cónyuge o pareja en los últimos 12 meses, de 11.8%.

Se utilizó la siguiente fórmula para el cálculo de tamaño de muestra.²⁶

$$n = \frac{z^2 pq}{B^2}$$

$z = 1.96$ para el 95% de confianza = 3.8416

$p = 0.98$

$q = 1 - 0.98 = 0.02$

$B = 0.08^2 = 0.0016$

Resultado de n pacientes = 47

Se consideró la inclusión de un mínimo de 47 pacientes en el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

Criterios de inclusión.

- A. Ser derechohabiente de la Consulta Externa del Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social con algún diagnóstico del espectro de trastornos depresivos: Trastorno distímico, Trastorno Depresivo Mayor (episodio único o recurrente), con o sin comorbilidad con otros trastornos del Eje I.
- B. Aceptar participar en el estudio voluntariamente y que firmen el consentimiento informado. Este deberá ser firmado por la participante.
- C. Tener 60 años o más.
- D. Tener pareja (en relaciones de matrimonio, concubinato, noviazgo o extramaritales) o expareja (divorcio o separación) en el último año. –Periodo que evalúa la escala de violencia de pareja. –

Criterios de exclusión

- A. Tener algún grado de deterioro cognoscitivo que le impida resolver los instrumentos de evaluación.
- B. No saber leer o escribir.

Criterios de eliminación

- A. Pacientes que no concluyan las valoraciones o que contesten de manera incompleta la escala (50% de los reactivos).
- B. Pacientes que cumplan con los requisitos pero que no acepten participar en el estudio.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

1. Violencia de pareja.

- ❖ Definición conceptual: se refiere a cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que cause daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación. Este comportamiento incluye: *agresiones físicas* (abofetear, golpear con los puños, patear), *maltrato psíquico* (intimidación, denigración y humillación constante), *relaciones sexuales forzadas y otras formas de coerción sexual y diversos comportamientos dominantes* (aislar a una persona de su familia, amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o asistencia).⁹
- ❖ Definición operacional: la violencia de pareja será definida de acuerdo a los resultados obtenidos en la Escala de Violencia de Pareja (EV), evaluada de la siguiente forma la violencia psicológica: a través de los reactivos 8, 9, 12, 15 y 17; “no caso de violencia psicológica” de 0 a 5 puntos; “violencia psicológica” de 5.1 a 18.2 y “violencia psicológica severa” de 18.3 a 81. Violencia física: los reactivos 3, 5, 6, 13 y 19; violencia física severa: los reactivos 2, 4, 7, 10, 11 y 16; “no casos” de 0 a 2.4; “casos de violencia física” de 2.4 a 12, y “violencia física severa” >12. Violencia sexual: los reactivos 1, 14 y 18; “no violencia sexual” de 0 a 1; “violencia sexual” de 1.1 a 6; y “casos severos” >6.

VARIABLE DEPENDIENTE:

2. Trastorno depresivo.

- ❖ Definición conceptual: incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor el cual se mantiene por un período de tiempo en el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.²⁷
- ❖ Definición operacional: Conceptualizados a través de un espectro amplio de trastornos específicos. Obtenida a través de la suma de las puntuaciones de la subescala de la MINI en los módulos “A, B y C”.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

Escala de violencia de pareja (EV)²⁸

Constituye una escala autoaplicable para medir la violencia masculina ejercida en las relaciones de pareja, y los niveles de severidad para cada tipo de violencia explorada.

La Escala de Violencia de pareja incorpora reactivos seleccionados de dos instrumentos, los cuales, han demostrado su utilidad para medir la violencia masculina hacia las mujeres (Index Spouse Abuse y Severity of Violence Against Women Scale, este último diseñado por Marshall) en la relación de pareja, así como para medir el índice de severidad de dicha violencia.

Se compone de cuatro subescalas que miden la frecuencia de las acciones violentas (tomando en cuenta el daño físico y emocional de cada acción o comportamiento violento) en los últimos 12 meses, categorizando la frecuencia en: nunca, alguna vez, varias veces y

muchas veces. La escala de violencia, tiene la finalidad de medir los distintos grados de violencia en sus diferentes modalidades: violencia física, emocional y sexual.

Se obtuvo un índice de severidad a partir de dos procedimientos: Procedimiento 1: análisis de confiabilidad, validez y factorial a partir de las respuestas de las mujeres a la escala de violencia. Los resultados del Procedimiento 1 (confiabilidad y validez), usando todos los reactivos, arrojaron un Alpha de Cronbach cuyos resultados indican una consistencia interna muy alta de 0.99. Por otro lado, el análisis factorial con rotación Varimax, arrojó una solución de cuatro factores con cargas factoriales de cada reactivo mayores a 0.40, que se identificaron como:

Factor I Violencia psicológica: evaluada a través de los reactivos 8, 9, 12, 15 y 17, (ver escala en anexos). Factor II Violencia física: evaluada a través de los reactivos 3, 5, 6, 13, 19, (ver escala en anexos). Factor III Violencia física severa: evaluada a través de los reactivos 2, 4, 7, 10, 11 y 16, (ver escala en anexos). Factor IV Violencia sexual: evaluada a través de los reactivos 1, 14 y 18, (ver escala en anexos).

La combinación de los cuatro factores explicó el 62.2% del total de la varianza.

Procedimiento 2: realización de un jueceo para asignar pesos diferenciales a cada reactivo de la escala. Los resultados de dicho jueceo se obtuvieron en una tabla de pesos asignados a cada acción evaluada. Inicialmente, existían 27 reactivos en el cuestionario de la escala de violencia, se eliminaron ocho como resultado del análisis factorial y otros dos correspondientes a violencia económica, quedando un total de 19 reactivos a los que se les aplicaron los pesos obtenidos en el jueceo (reactivos que conforman la *Escala de Violencia –EV-*). La escala de violencia demostró ser un instrumento útil y confiable para medir la violencia masculina ejercida en las relaciones de pareja.

Los valores de Severidad de Violencia Psicológica (SVP), serán calificados con los siguientes puntos de corte:

SVP: se consideraron como “no caso de violencia psicológica” los valores de 0 a 5 puntos; como “caso de violencia psicológica” los valores ubicados de 5.1 hasta 18.2 y, por último, “caso de violencia psicológica severa” los valores de 18.3 hasta 81.

Los valores de Severidad de Violencia Sexual (SVS) serán calificados con los siguientes puntos de corte:

SVS: se consideraron como “no casos de violencia sexual” los valores de 0 a 1; “casos no severos de violencia sexual” los valores entre 1.1 a 6; y como “casos severos” de este tipo de violencia los valores por arriba de 6.

Los valores de Severidad de Violencia Física (SVF) serán calificados con los siguientes puntos de corte: Se consideraron como “no casos” los valores de 0 a 2.4; “casos de violencia física” los valores de 2.4 a 12, y “casos de violencia física severa” los valores por encima de 12.

Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) (Internacional Neuropsychiatric Interview).²⁹

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente

alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18.7 - 11.6 minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados.

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un **recuadro gris**, una o varias preguntas «**filtro**» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Todas las preguntas deben ser codificadas y la anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

RECOLECCION DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

PROCEDIMIENTO.

La investigación se realizará dentro de las instalaciones del Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos. Se invitará a participar a las pacientes adultas mayores, que se encuentren en la consulta externa, se valorará si cumplen con los criterios de selección de la investigación. Esto ocurrirá en el mes de junio de 2012.

Se les explicará a ellas los objetivos del estudio así como su modo de participación. Se les pedirá que lean y firmen la carta de consentimiento informado (Anexo I) y se les aclarará cualquier duda al respecto. Se investigarán a través de un cuestionario breve, las características sociodemográficas de las pacientes (Anexo II). Se utilizarán formatos impresos en papel de los siguientes instrumentos: Escala EV 2003 (Escala de Violencia de Pareja) y M.I.N.I. (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW) en su Versión en Español (Anexo III y IV).

En todas aquellas que acepten participar y que cumplan con los criterios de selección, se procederá a la aplicación del MINI por la Dra. Rocio Ibarra Moreno, Residente de cuarto año de la Especialidad en Psiquiatría para corroborar el diagnóstico de un trastorno depresivo. Además se les pedirá que llenen la Escala de Violencia de Pareja (EV), la cual es autoaplicable y se les acompañará en el proceso con la finalidad de aclarar cualquier duda. Los instrumentos se calificarán el mismo día de la evaluación y se vaciarán los resultados en una base de datos electrónica. Al concluir la recolección de la muestra, se realizará el análisis estadístico correspondiente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Debido a que se trata de un estudio observacional, sin involucrar cualquier tipo de tratamiento, puede considerarse una investigación con *riesgo mínimo*, la cual consiste en la posible presencia de síntomas ansiosos o depresivos, que pudieran presentarse durante la aplicación de la escala de violencia de pareja o de la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional, síntomas que pudieran relacionarse con el recuerdo de eventos traumáticos, asociados con su situación actual o pasada. En caso de que se presente alguno de estos síntomas se brindará contención verbal.

A todas las pacientes se les invitará a participar voluntariamente en el estudio y se les entregará una carta de consentimiento informado (ver Anexo I). Se les asegurará la completa confidencialidad de la información obtenida. Los instrumentos estarán en poder del investigador principal quien será el encargado de calificarlos y evaluarlos.

Las medidas para proteger la confidencialidad de los instrumentos, serán las mismas que se siguen con el expediente clínico. Este proyecto de investigación no interferirá en lo absoluto con las rutas de tratamiento establecidas para el manejo del padecimiento.

En aquellas en las que se detecte violencia de pareja (de cualquier tipo) se les informará lo obtenido en la evaluación y la posibilidad que tienen de recibir atención para el manejo de dicha violencia en nuestra Institución de forma gratuita así como brindarles información de las diversas instituciones públicas dedicadas a ofrecer servicios gratuitos (que incluyen asesoría y atención legal y psicológica, talleres, grupos de reflexión, cursos de sensibilización y capacitación, redes ciudadanas de mujeres, etc.).

El estudio se apegará en todo momento a la *Declaración de Helsinki* de la asamblea general más reciente (59a) de Seúl, Corea (octubre de 2008), toma en consideración la autonomía de las participantes, así como los principios de justicia, respeto y confidencialidad. Para la realización de este estudio, primero deberá ser aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos.

Los beneficios para las participantes, consistirán en la detección de la violencia de pareja. Buscando la rehabilitación de las víctimas y la prevención de futuros eventos de violencia, se les dará una cita de seguimiento para saber si acudieron a la CE de Psiquiatría o a alguna de las instituciones en las que se brinda atención para la violencia de pareja. De presentar alguna lesión física reciente que ponga en peligro su integridad física (por ejemplo en aquellas pacientes que han sido receptoras de violencia física de pareja severa), se le informará la o el medica/o tratante correspondiente para su referencia al hospital general de zona más cercano para su atención y tratamiento inmediato.

El estudio seguirá lo establecido por la *Norma Oficial Mexicana 046 NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, en su apartado 6.2 PARA LA DETECCION DE PROBABLES CASOS Y DIAGNOSTICO.*³⁰

Párrafo acerca del conflicto de intereses. No hay conflictos de intereses que alteren el juicio del investigador principal o de los participantes, mismos que, pudieran modificar la integridad de la investigación, es decir, no existen intereses económicos o personales secundarios.

RESULTADOS

TABLA 1. EDAD

Edad	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	47	60	84	70.36	6.787

En la muestra obtenida hubo una participación de 47 mujeres adultas mayores, con rangos de edad que fueron desde los 60 años hasta los 84 años; con una media de 70.4 años y una dispersión entre los datos de 6.7 años. (DE \pm 6.7)

TABLA 2. CONVIVENCIA EN EL HOGAR

Número de personas con las que convive	Frecuencia	Porcentaje
1	12	25.5
2	11	23.4
3	3	6.4
4	12	25.5
5	9	19.1
Total	47	100.0

Se encontro que el 25.5% de las mujeres adultas mayores conviven solo con su pareja, en igual proporción el 25.5% conviven con 4 integrantes de la familia; el 23.4% conviven con 2 integrantes de la familia; el 19.15 con más de 5 familiares y el 6.4% con 3 familiares.

TABLA 3. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

	Ocupación				Escolaridad				Religión				Lugar de Origen		
	Empleo c/remuneración	Hogar	Jubilada	Empleo s/remuneración	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Unversidad	Católica	Cristiana	Otra	Ninguna	D.F	Edo. México	Otro
Frecuencia	5	36	5	1	27	13	5	2	43	2	1	1	27	3	17
Porcentaje	10.6	76.6	10.6	2.1	57.4	27.7	10.6	4.3	91.5	4.3	2.1	2.1	57.4	6.4	36.2
TOTAL	47/ 100.0				47/ 100.0				47/ 100.0				47/ 100.0		

El 76.6% de las adultas mayores se dedican al hogar, 10.6% tienen un empleo con remuneración y 10.6% se encuentran jubiladas, el 2.1% tienen un empleo sin remuneración.

El 57.4% de las adultas mayores cuenta con primaria terminada, el 27.7% secundaria, 10.6% preparatoria y sólo el 4.3% con universidad.

El 91.5% de las adultas mayores pertenecen a la religión católica, el 4.3% son cristianas, el 2.1% corresponde las que tienen otra religión y en igual proporción aquellas que no tienen religión.

De las mujeres adultas mayores el 57.4% nacieron en el DF, 36.2% en otros estados de la República y el 6.4% en el Estado de México.

TABLA 4. EDAD DE INICIO DEL MATRIMONIO.

Edad en que se contrajo matrimonio	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	47	15	78	21.94	9.040

Dentro de la información obtenida con la edad en que se contrajo matrimonio esta oscila entre los 15 y los 78 años de edad, con una media de 21.9 años (DE +/- 9.04).

TABLA 5. TIEMPO EN AÑOS DE CONVIVENCIA CON LA PAREJA.

Tiempo de convivencia con la pareja.	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	47	1	68	48.77	11.062

Se encontró una media de convivencia de 48.77 años, teniéndose 68 años como el intervalo mayor de tiempo de convivencia en la relación de pareja y 1 año como el intervalo menor, media de 48.77 años (DE +/- 11.062)

TABLA 6. VIOLENCIA DE PAREJA EN RELACION A EDAD.

Violencia	Edad																			
	60	61	62	63	64	66	67	68	69	70	72	73	75	76	78	79	80	82	83	84
Sin violencia	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1
Con violencia	3	2	1	2	3	1	3	3	4	2	4	1	1	2	2	1	3	0	0	0
Subtotal	3	2	2	2	3	1	4	3	4	3	5	1	1	3	2	2	3	1	1	1
Total	24									17						6				
	47																			

Presencia de violencia de pareja en las adultas mayores por edad dividida en décadas en el siguiente orden: década de los 70`s, 24 adultas mayores; década de los 80`s, 17 adultas mayores y en la década de los 90`s, 6.

TABLA 7. FRECUENCIA DE VIOLENCIA DE PAREJA EN ADULTAS MAYORES

Violencia	Frecuencia	Porcentaje
Sin violencia	9	19.1
Con violencia	38	80.9
Total	47	100.0

El 80.9% de las adultas mayores presentaron violencia de pareja y solo el 19.1% se encuentran libres de violencia de pareja.

TABLA 8. VIOLENCIA PSICOLÓGICA.

Severidad	Frecuencia	Porcentaje
No caso: 0 – 5 ptos	10	21.3
Caso: 5.1 - 18.2 ptos	9	19.1
Severa: 18.3 – 81 ptos	28	59.6
Total	47	100.0

El 59.6% de las adultas mayores presentaron violencia psicológica severa, el 19.1% , tipo leve y el 21.3% no presento este tipo de violencia.

TABLA 9. VIOLENCIA FÍSICA.

Severidad	Frecuencia	Porcentaje
No caso: 0 - 2.4 ptos	21	44.7
Caso: 2.4 – 12 ptos	12	25.5
Severa: > 12 ptos	14	29.8
Total	47	100.0

El 29.8% reporto violencia de pareja física severa; el 25.5%, leve; y el 44.7% no presento este tipo de violencia.

TABLA 10. VIOLENCIA SEXUAL.

Severidad	Frecuencia	Porcentaje
No caso: 0 – 1 ptos	23	48.9
Caso: 1.1 – 6ptos	4	8.5
Severa: > 6ptos	20	42.6
Total	47	100.0

El 48.9% no presento este tipo de violencia; el 42.6%, la reporto como severa y el 8.5%, leve.

TABLA 11. TRASTORNOS AFECTIVOS (TIPO DEPRESIVO).

Diagnóstico	Episodio depresivo mayor actual		Episodio depresivo mayor recidivante		Episodio depresivo mayor c/ sint. melancólicos		Distimia		Total (adultas mayores con T.afectivo)
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	
Frecuencia	32	15	46	1	46	1	26	21	38
Porcentaje	68.1	31.9	97.9	2.1	97.9	2.1	55.3	44.7	80.8
Total	47/ 100.0		47/ 100.0		47/ 100.0		47/ 100.0		

El 31.9% de las adultas mayores presentan un Episodio depresivo mayor actual. El 2.1% de las adultas mayores presentaron en un episodio depresivo mayor recidivante. El 2.1% de las adultas mayores presento un episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos. Y el 44.7% de las adultas mayores tienen un cuadro de Disitmia. No se detectó intento de suicidio en ninguna paciente mujer adulta mayor.

Del total de la muestra estudiada el 19.2% de las adultas mayores son atendidas en la consulta externa por otro tipo de trastorno psiquiátrico no correspondiente al espectro depresivo.

DISCUSIÓN

En México a través de la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores realizada en 14 Delegaciones del Distrito Federal en el 2006, revelo una prevalencia de 16.2% en personas adultas mayores con al menos un incidente de maltrato en los últimos 12 meses de las cuales 18.4% corresponde a mujeres y 12.6% a hombres. Siendo el agresor el cónyuge o pareja en el 11.8% de los casos. ¹⁵ En el presente estudio se encontró una frecuencia de violencia de pareja en las adultas mayores del 80.9%, sin embargo, cabe aclarar que no existen datos estadísticos en un grupo poblacional en el cual se haya considerado como constante la presencia de una enfermedad psiquiátrica del espectro depresivo. Los reportes en la literatura a nivel mundial oscilan en relación al maltrato hacia el adulto mayor entre el 3 al 27% de la población general. ¹⁵

La presencia de violencia de pareja en adultas mayores encontrada en este estudio se presento por décadas en el siguiente orden: década de los 70`s, 24 adultas mayores; década de los 80`s, 17 adultas mayores y en la década de los 90`s, 6. Se evidencia una disminución en la presentación de violencia de pareja, situación en la que se encuentran inmersas multiples variables. Entre estas se encuentran el número de participantes de cada década correspondiente y/ ó al deterioro propio de la edad, las redes sociales vigentes, las enfermedades crónicas asociadas, rol social establecido, situación económica, connotación cultural y social de la violencia de pareja hacia la mujer; por lo que, no es posible explicar con claridad dicho comportamiento. No se han realizado estudios al respecto que determinen o no la disminución en la presentación de violencia de pareja relacionada con el incremento de la edad.

Al comparar los resultados reportados con los de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006 encontramos lo siguiente: en cuanto a los tipos de violencia de pareja en las adultas mayores este estudio arrojó que el 59.6% de las adultas mayores presentaron violencia psicológica severa; y el 19.1%, de tipo leve. La violencia de pareja física: 29.8% reporto violencia de pareja física severa; y el 25.5%, leve. Y en relación a la violencia sexual: el 42.6%, reporto violencia sexual severa y el 8.5%, leve. La prevalencia de violencia de pareja en el último año de la ENVIM 2006⁴ en las mujeres de 60 años y más, fue de 3.53% en el siguiente orden: psicológica, 18.7%; económica, 11%; física, 7.4% y sexual, 4.6%. De manera coincidente presento mayor prevalencia la violencia de tipo psicológica; sin embargo, la violencia sexual fue mayor en el grupo de adultas mayores de la Unidad Psiquiátrica seguida de la violencia física.

Por lo que podemos observar que la violencia de pareja de tipo psicológica y sexual se incrementó notablemente respecto a este grupo en particular.

Al hablar de los trastornos psiquiátricos del espectro depresivo se encontró que estos se encuentran presentes en un 80.8% de las adultas mayores estudiadas con la siguiente distribución: el 44.7% de las adultas mayores son portadoras de Disitmia; el 31.9% presenta un Episodio depresivo mayor actual; el 2.1%, un Episodio depresivo mayor recidivante y el 2.1%, un Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos. No se detecto riesgo en el intento de suicidio en ninguna de las adultas mayores.

La violencia de pareja se ve modificada al ser evaluada en relación a variables sociodemográficas, como lo es la edad. Existen reportes que muestran riesgo de maltrato relacionado al nivel de dependencia y a la presencia de síntomas depresivos; sin embargo, la dificultad de discernir la sintomatología depresiva es si se trata del resultado de la situación de maltrato o si es que las personas adultas mayores con estos problemas son más susceptibles de ser maltratadas. ¹⁵

CONCLUSIONES

Se concluye que en el grupo de adultas mayores de la consulta externa de Psiquiatría se encontró una frecuencia de violencia de pareja del 80.9 % con predominio de la violencia psicológica severa en el 59.6% y leve en el 19.1% de los casos. Situación que rebasa notablemente las frecuencias estudiadas en otro grupo poblacional.

En relación al espectro depresivo se encontró que el 31.9% de las adultas mayores presenta un Episodio depresivo mayor actual; el 2.1%, un Episodio depresivo mayor recidivante; el 2.1%, un episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos. Y el 44.7% con trastorno distímico.

Debido a lo anterior considero que la violencia de pareja en las adultas mayores debe considerarse también como un problema de Salud Pública el cual debe ser abordado por los especialistas en salud mental dentro los programas de geriatría de nuestro Instituto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Whaley J. Violencia Intrafamiliar, Causas biológicas, psicológicas, comunicacionales e interaccionales. Plaza Valdéz Editores; 2000.
2. Heise L. Violencia contra la mujer: la carga oculta de salud. Organización Panamericana de la Salud: Washington; 1994.
3. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Naciones Unidas. Resolución de la Asamblea General 18/ 104 del 20 de diciembre de 1993.
4. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 1ª.ed. México; 2009.
5. Catro R, Casique I. Violencia de género en las parejas mexicanas. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006. Instituto Nacional de las Mujeres Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-UNAM. México; 2008.
6. Consejo Nacional de Población, C. S. (s.f.). Indicadores Demográficos Básicos 1990-2030: <http://www.conapo.gob.mx>. México en Cifras; 2012.
7. Mujeres y hombres en México 2011. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. México: INEGI, c2012.
8. Hombres, Envejecimiento y Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 2001.
9. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi J, Lozano R. Informe mundial sobre violencia y salud. Organización Panamericana de la Salud; 2003.
10. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. Organización Mundial de la Salud. Universidades de Toronto y de Ryerson, Ontario,

- Canadá. Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(6):332-33.
11. Dong X, Simon M, Medes C, Fulmer T, Beck T, et al. Elder Self-neglect and Abuse and Mortality Risk in a Community-Dwelling Population. *JAMA* 2009; Aug 5; 302(5):517.
 12. Giraldo L. Maltrato de personas mayores. *El residente* 2-2010; 85-91.
 13. Informe de la Encuesta Nacional sobre la violencia contra las mujeres en Túnez ONFP – AECID; Diciembre de 2010; 38-44.
 14. Iborra I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Valencia; 2008.
 15. Giraldo L. Análisis de la Información Estadística. Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el D.F 2006.
 16. 49ª Asamblea Mundial de la Salud, documento WHA49.25. Ginebra, Suiza Mayo 1996.
 17. Kennedy AC, Bybee D, Sullivan CM, Greeson M. The effects of community and family violence exposure on anxiety trajectories during middle childhood: the role of family social support as a moderator. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2009; 38(3) 365-79.
 18. Riggs D, Caulfield M, Street E. Risk for Domestic Violence: Factors associated with perpetration and victimization. *J Clin Psychol* 2000; 56(10): 1289-1316.
 19. Ramos L. El impacto emocional de las víctimas de la violencia. *Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría* 1994; 5(9): 73-83.
 20. Calvete E, Esteves A, Corral S. Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema* 2007; 19(3): 446-451.
 21. Graham D, Rigsby R. *Loving to survive, Sexual terror, Men's violence and Women's lives*. 1ª.ed. New York University Press; 1995.

22. Ramos-Lira L, Saltijeral-Méndez M, Romero-Mendoza M, Caballero-Gutiérrez M, Martínez-Vélez N. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública Méx* 2001; Vol. 43(3):182-191
23. Violencia de género en las parejas mexicanas. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006. Instituto Nacional de las Mujeres Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-UNAM. México; 2008.
24. Medina M, Borges G. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003, 26(4)1-16.
25. La violencia basada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos. Capítulo 1. Organización Panamericana de la Salud; 2002.
26. Mateu E, Casal J. Tamaño de la muestra. *Rev. Epidem. Med. Prev.* 2003, 1: 8-14.
27. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder TR. 4a.ed. Masson. Washington; 2006.
28. Valdez-Santiago R, Hajar-Medina R, Salgado de Snyder N, Rivera-Rivera L, Ávila-Burgos L, et al. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública México* 2006; s221-231.
29. MINI International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. Instrumentos de detección y orientación diagnóstica.
30. NOM-046-SSA2-2005, de Prestación de servicios de salud: Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

ANEXO I. FRECUENCIA DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN MUJERES DE LA TERCERA EDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRIA UNIDAD MORELOS.

Carta de consentimiento informado.

México D. F. a _____ junio 2012.

Por medio de la presente yo _____ acepto participar en el Protocolo de Investigación titulado, *Frecuencia de violencia de pareja en mujeres adultas mayores de la Consulta Externa del Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos*, registrado ante el Comité de Ética e Investigación al cual se me ha invitado a participar, con el motivo de contribuir a la investigación sobre la salud mental de mujeres de la tercera edad mexicanas que sufren violencia de pareja; esto permitirá la detección de factores de riesgo que puedan desencadenar o exacerbar un padecimiento psiquiátrico.

El *objetivo* del estudio es determinar la presencia de Violencia de pareja en mujeres adultas mayores usuarias de la Consulta Externa del Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos.

La participación consistirá en responder una escala de 19 preguntas autoaplicable y responder las preguntas derivadas de la entrevista neuropsiquiátrica, (la cual realizará el investigador responsable) en un periodo máximo de una hora.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles *riesgos, incomodidades, molestias y beneficios para mí y la sociedad* derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Riesgos, incomodidades y acontecimientos adversos posibles: El riesgo es mínimo y será derivado de la posible presencia de estrés transitorio durante la aplicación de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y de la Escala de Violencia de Pareja, para lo cual se dará contención.

Beneficios para mí y la sociedad: En caso de que se detecte algún tipo de violencia de pareja recibiré información actualizada de los lugares que brindan atención gratuita para la atención a la violencia de pareja. *Los beneficios para la sociedad* consistirán en la investigación de algunas características sobre dos problemas de salud pública de gran

magnitud (tanto los trastornos afectivos como la violencia de pareja), que permitan incorporar en el futuro estrategias para la prevención de la violencia como implementación de programas efectivos que puedan cubrir las necesidades específicas de las mujeres mexicanas. La investigación no tendrá ningún costo.

Los beneficios que obtendría de no participar, consistirían en evitar expresar aspectos de su vida personal que pudieran incomodarle e invertir tiempo en ello.

Entiendo que mi *participación es voluntaria y que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente*, sin que ello afecte la atención médica que recibo de la institución. El investigador responsable, me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y de que los datos personales, relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a *dar respuesta a cualquier pregunta, duda o aclaración que surja durante el estudio así como a proporcionarme la información actualizada que se obtenga del mismo*. Además me garantiza como seguro de *daño de mi participación*, una evaluación posterior con la investigadora responsable para evaluar mi estado de salud mental y la referencia al lugar apropiado en caso de ameritarlo. Afirmo mi *libre conformidad* y disposición con lo aquí descrito.

Nombre y firma del participante:

Testigos.

Dra. Rocio Ibarra Moreno
Médica Residente del curso de
Especialización en Psiquiatría.

**ANEXO II. Frecuencia de violencia de pareja en mujeres adultas mayores de la Consulta
Externa del Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos del IMSS.**

Hoja de datos sociodemográficos

Nombre:

(Si lo deseas puedes poner solo las iniciales de nombre y apellidos).

Pregunta	Rangos de respuesta				
1. ¿Qué edad tiene?					
2. ¿A qué se dedica?	Empleo con remuneración	Hogar	Jubilada	Empleo s/ Remuneración	Otro Especifique _____
3. ¿Cuántas personas viven en su hogar sin incluirle?	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 y más()
4. ¿Hasta qué año estudió?	Primaria ¿Cuántos años? ____	Secundaria ¿Cuántos años? ____	Preparatoria ¿Cuántos años? ____	Universidad ¿Cuántos años? ____	
5. ¿Tiene alguna religión?	Católica ()	Cristiana ()	Testigo de Jehová ()	Otra () ¿Cuál? _____	Ninguna ()
6. ¿Cuál es su lugar de residencia?	Distrito Federal	Estado de México	Otro Estado de la República () ¿Cuál? _____		
7. ¿Dónde nació?	Distrito Federal	Estado de México	Otro Estado de la República () ¿Cuál? _____		
8. ¿A qué edad contrajo matrimonio?	Edad en años. _____				
9. ¿Cuánto tiempo lleva casada o viuda?	Casada: _____ años.		Viuda: _____ años.		

Agradecemos los datos proporcionados. Por favor pasa a la siguiente hoja para continuar con la evaluación.

Anexo III. Escala de violencia de pareja.

Escala de violencia de pareja.		1	2	3	4
1	¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?	0	6	12	18
2	¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?	0	6	12	18
3	¿Le ha pateado?	0	8	16	24
4	¿Le ha amenazado con pistola o rifle?	0	6	12	18
5	¿Le ha empujado intencionalmente?	0	5	10	15
6	¿Le ha golpeado con el puño o la mano?	0	7	14	21
7	¿Le ha disparado con pistola o rifle?	0	9	18	27
8	¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?	0	4	8	12
9	¿Se ha puesto celoso o ha sospechado sus amistades?	0	4	8	12
10	¿Le ha amenazado con arma, con una navaja, cuchillo o machete?	0	7	14	21
11	¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?	0	9	18	27
12	¿Le ha rebajado o menospreciado?	0	5	10	15
13	¿Le ha torcido el brazo?	0	6	12	18
14	¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?	0	9	18	27
15	¿Le ha insultado?	0	4	8	12
16	¿Le ha agredido con arma, con una navaja, cuchillo o machete?	0	9	18	27
17	¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?	0	5	10	15
18	¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?	0	4	8	12
19	¿Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado?	0	5	10	15
Total					

RESPONDER:

1 – NUNCA.

2 – ALGUNA VEZ.

3 – VARIAS VECES.

4 – MUCHAS VECES.

Anexo IV. **MINI**

A. Episodio depresivo mayor.

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO).

- A1 ¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días? NO SI 1
- A2 ¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban? NO SI 2

➔
¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2? NO SI

A3 En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:

- A ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? NO SI 3

CODIFICAR sí, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

- B ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)? NO SI 4

- C ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo? NO SI 5

- D ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía? NO SI 6

- E ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil? NO SI 7

- F ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones? NO SI 8

- G ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto? NO SI 9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

➔

- A4 a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar? NO SI 10

- B ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?

NO	SI	11
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE		

B. Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional).

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO).

SI EL PACIENTE CODIFICÓ POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SI), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5 a	¿CODIFICO SI EN A2?	NO	SI	
B	¿Durante el periodo más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban? Sí NO, ¿Cuándo algo bueno le sucede, no logra hacerle sentir mejor aunque sea temporalmente?	NO	SI	12
	¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O EN A5b?	➡	NO	SI
A6	Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:			
A	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien a usted a muerto?	NO	SI	13
B	¿Casi todos los días, se sentía peor en las mañanas?	NO	SI	14
C	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos 2hrs antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volverse a dormir?	NO	SI	15
D	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACION PSICOMOTORA)?	NO	SI	
E	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PERDIDA DE PESO)?	NO	SI	
F	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SI	16
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?			

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SINTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

B. Trastorno distímico.

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO).

SI LOS SINTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MODULO:

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	➡	NO	SI	17
B2	¿Durante este tiempo ha habido algún periodo de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	➡	NO	SI	18
B3	Durante este periodo durante el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:				

A	¿Cambio su apetito notablemente?	NO	SI	19
B	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SI	20
C	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SI	21
D	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SI	22
E	¿Tuvo dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	23
F	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SI	24
		➔		
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	NO	SI	
B4	¿Estos síntomas de depresión le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	➔		
		NO	SI	25

¿CODIFICO SÍ EN B4?

NO	SI
TRASTORNO	
DISTÍMICO ACTUAL	

C. Riesgo de suicidio.

Durante este último mes:

Puntos:

C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	6
C4	¿Ha planeado como suicidarse?	NO	SI	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	10

A lo largo de su vida:

C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	4
----	--------------------------------------	----	----	---

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO	SI
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve
6-9 puntos	Moderado
≥ 10 puntos	Alto

SI SÍ, SUME EL NUMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) RODEAR DON UN CIRCULO “SI” Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO.