

Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México)

Licely Angélica Gómez Ricárdez, Gabriela Rodríguez Abrego y Ernesto Krug Llamas

Unidad de Salud Pública. Coordinación de Programas Integrados de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

RESUMEN

Introducción: considerado inicialmente un problema de bienestar social, la violencia familiar en adultos mayores es ahora una cuestión de salud pública. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y los factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de un área rural de México.

Material y métodos: se realizó un estudio transversal seleccionando aleatoriamente a adultos mayores de 60 años y más adscritos al Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla (Chiapas, México). Mediante una entrevista domiciliaria, se recabó información sobre: características sociodemográficas, función familiar, red social, presencia de enfermedades, estado cognitivo, función física y violencia familiar. El análisis incluye frecuencias simples, χ^2 , *odds ratio* (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95% y regresión logística.

Resultados: se entrevistó a 1.078 adultos mayores. La prevalencia global de violencia familiar fue de 8,1% (IC del 95%, 6,4-9,7). La distribución por tipo de violencia fue la siguiente: física, 3,4%; psicológica, 7%; sexual, 0,6%; y económica, 2,2%. Diversas mediciones estuvieron fuertemente asociadas a la violencia familiar: analfabetismo (OR = 2,15; IC del 95%, 1,26-3,66; $p = 0,005$), dependencia de vivienda (OR = 1,78; IC del 95%, 1,06-2,99; $p = 0,030$), red social disfuncional (OR = 5,98; IC del 95%, 3,56-10,04; $p \leq 0,001$), presencia de alguna enfermedad (OR = 3,96; IC del 95%, 2,35-6,67; $p \leq 0,001$) y dependencia física (OR = 1,66; IC del 95%, 0,99-2,80; $p = 0,055$).

Conclusiones: este estudio demuestra que la prevalencia de violencia familiar en el medio rural no es despreciable (8,1%). Los factores que se encontraron asociados a este episodio permiten crear un esquema de ayuda al personal que trabaja con adultos mayores, ya sea en el nivel de los servicios sociales o los sanitarios.

Palabras clave

Adulto mayor. Violencia familiar. Factores de riesgo. Prevalencia.

Este trabajo ha recibido el apoyo logístico, técnico y financiero necesarios por parte de los directivos y personal del Hospital Rural IMSS-Oportunidades.

Correspondencia: Dra. L.A. Gómez Ricárdez.
Coordinación de Programas Integrados de Salud.
Av. Insurgentes Sur, 253, 6.º piso. Colonia Roma Sur. 06700 Delegación Cuauhtémoc. México.
Correo electrónico: licely.gomez@imss.gob.mx

Recibido el 19-1-2006; aceptado el 2-10-2006.

Prevalence of familial elder abuse and associated factors in Ocozocoautla (Chiapas, Mexico)

ABSTRACT

Introduction: initially considered a social welfare problem, familial elder abuse is now a question of public health. The objective of this study was to estimate the prevalence of familial elder abuse and to determine associated risk factors in a rural area of Mexico.

Material and methods: a cross sectional study was conducted. A random sample of individuals aged 60 years old and older registered in community-based services in the IMSS-Oportunidades Rural Hospital of Ocozocoautla, Chiapas was selected. A home interview was carried out and information was obtained on sociodemographic characteristics, family function, social network, the presence of disease, cognitive status, physical function, and family violence. Statistical analysis of the data included simple frequencies, the chi-square test, odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI), and a logistic regression model.

Results: we interviewed 1,078 older people. The overall prevalence of family violence in the elderly was 8.1% (95% CI, 6.4-9.7). Distribution was as follows: physical abuse 3.4%, psychological abuse 7%, sexual abuse 0.6%, and financial abuse 2.2%. Several factors were strongly associated with family violence: illiteracy (OR = 2.15; 95% CI, 1.26-3.66; $p = 0.005$), housing dependence (OR = 1.78, 95% CI, 1.06-2.99; $p = 0.030$), dysfunctional social network (OR = 5.98; 95% CI, 3.56-10.04; $p \leq 0.001$), the presence of at least one disease (OR = 3.96; 95% CI, 2.35-6.67; $p \leq 0.001$), and physical dependence (OR = 1.66; 95% CI, 0.99-2.80; $p = 0.055$).

Conclusions: this study shows that the prevalence of family violence in the rural setting is not negligible (8.1%). The associated factors identified allow schemes to be designed that would help personnel working with older people, whether in the social or health services, to be designed.

Key words

Older people. Family violence. Risk factors. Prevalence.

INTRODUCCIÓN

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud 2003, emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sitúa la prevalencia de violencia familiar en los adultos mayores en un rango de 4-6%; adicionalmente, se descri-

be la pobreza como una de las características de la comunidad que favorecen la presencia de este fenómeno^{1,2}. Las pocas investigaciones realizadas en este grupo poblacional reflejan que: a) el estudio de este episodio se ha realizado en su mayor parte en poblaciones urbanas, hospitalarias^{3,4} o en las que entran en contacto con centros de ayuda social y/o comunitaria^{5,6}; b) a pesar del vacío estadístico, el panorama social del área rural sugiere que no está exenta de este problema^{1,2}, y c) hay factores cuya relación con la violencia familiar en el adulto mayor no está claramente establecida: sexo^{3,7}, ingreso económico⁸⁻¹⁰, red social^{1,7,11}, escolaridad⁷ y estado civil⁶⁻⁸. En México, las investigaciones en el campo de la violencia familiar han comenzado a tener gran auge; sin embargo, hay la necesidad de medir este fenómeno en alguno de los escenarios poco explorados como lo es el medio rural. En la República Mexicana, IMSS-Oportunidades es un programa del Gobierno federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, que atiende a población que no cuenta con acceso a la seguridad social y fundamenta su operación en el Modelo de Atención Integral a la Salud en el Medio Rural¹². El Hospital Rural IMSS-Oportunidades (HR IMSS «O») de Ocozocoautla pertenece a este programa y está ubicado en el municipio de Ocozocoautla, en Chiapas, al sur de México. El municipio tiene una población de 65.673 habitantes, de los cuales 3.658 tienen 60 años o más y aproximadamente 2.236 de ellos están adscritos al HR IMSS «O». La población del municipio es eminentemente católica (70,49%), dedicada a actividades agropecuarias (53,19%), y alfabetizada (79,26%). Dentro de las principales causas de mortalidad general en este municipio destacan: accidentes, enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovasculares y agresiones (homicidio)¹³. Por todo lo anterior, y considerando que desde el punto de vista de la salud pública la violencia familiar es un fenómeno predecible y prevenible¹⁴, este estudio tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia y los factores asociados a la violencia familiar en los adultos mayores adscritos al HR IMSS «O» de Ocozocoautla (Chiapas).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal con los adultos mayores adscritos al HR IMSS «O» de Ocozocoautla (Chiapas) de marzo a junio de 2005. La muestra se seleccionó aleatoriamente y se estimó una prevalencia del 6%, un error muestral de $\pm 2\%$, un intervalo de confianza del 95% y posibles pérdidas del 20% ($n = 1.150$). Se incluyó en el estudio a adultos mayores de 60 años o más, de ambos sexos; se excluyó a aquellos con sordera y/o alteraciones del lenguaje que impidieran realizar la entrevista. Posterior al otorgamiento del consentimiento informado verbal, el personal de salud, previamente capacitado, realizó una entrevista domiciliaria en privado, en la que se aplicó un cuestionario estructurado y estandarizado que abarcó: características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, ingreso económico, fuente de

ingresos económicos, dependencia de vivienda, densidad del hogar, funcionamiento familiar y red social); condición de salud (presencia de enfermedades, estado cognitivo y funcionalidad física) y violencia familiar. La dependencia de vivienda hace referencia a la situación legal o de hecho en la cual el adulto mayor habita una vivienda que no le es propia (vivienda de un familiar, prestada o rentada). El funcionamiento familiar se definió en términos de cohesión (vinculación emocional entre los miembros de la familia e incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido) y adaptabilidad (habilidad de la familia para cambiar su estructura de poder, las relaciones de papeles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales). Para su medición se utilizó la versión en español de la Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar (Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales [FACES] III, con alfa de Cronbach del 70%)¹⁵. Esta escala, consta de 20 ítems numerados como impares (cohesión) y pares (adaptabilidad), y con opciones de respuesta en escala tipo Likert (de 1 a 5). Para obtener la puntuación del funcionamiento familiar, se asigna una puntuación lineal al promedio de la suma de los ítems pares e impares. La red social se definió como la suma de todas las relaciones que el individuo percibe como significativas y que le proporcionan apoyo para resolver conflictos. Para determinar su funcionalidad, se aplicó el Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke UND-11 (alfa de Cronbach, 80%)^{16,17}. Este cuestionario tiene 11 ítems con escala de respuestas tipo Likert (puntuación de 1 a 5; red social funcional ≥ 33 puntos).

Para la funcionalidad física, se empleó el índice de Katz para las actividades de la vida diaria (Katz Index of Independence Activities of Daily Living [ADL], por sus siglas en inglés, validez fundamentalmente de contenido y de constructo) que evalúa 6 actividades en términos de independencia y asigna puntuaciones de cero a uno. La puntuación utilizada fue la puntuación numérica simplificada sugerida por el autor del test^{18,19}. Respecto a la medición del estado cognitivo, se utilizó el Miniexamen Cognitivo de Folstein (Mini-Mental Examination Status [MMSE], por sus siglas en inglés; alfa de Cronbach del 85%)^{20,21}, e inicialmente se asignó una puntuación en función de la edad y la escolaridad para después recalcular proporcionalmente los puntos tomando como referencia la puntuación máxima (30 puntos [sin deterioro cognitivo ≥ 24 puntos; deterioro cognitivo moderado 16-23 puntos; deterioro cognitivo grave ≤ 15 puntos]).

En este estudio se utiliza la definición de violencia familiar emitida en la Norma Oficial Mexicana de Prestación de Servicios de Salud, Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar (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 abandono²²); y se determinó utilizando la

versión en español modificada de la Escala de Conflictos Tácticos Revisada de Strauss^{23,24} (CTS2-R, por sus siglas en inglés; alfa de Cronbach del 86,7%). El instrumento hace referencia al abuso físico (12 preguntas), psicológico (8 preguntas), sexual (3 preguntas) y económico (5 preguntas), con opciones de respuesta tipo Likert (0-7), y permite la creación de la prevalencia durante la vida. El protocolo de estudio lo evaluó y aprobó la Comisión Nacional de Investigación Científica del Instituto Mexicano del Seguro Social. El procesamiento de la información se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 12. En el análisis final se tomó como variable resultado la prevalencia de violencia familiar. El análisis univariado incluye frecuencias simples para todas las variables nominales, así como media, mediana, rango y desviación típica para las variables continuas. En el análisis bivariado, se determinó la asociación entre las variables independientes y la violencia familiar: se compararon las prevalencias de violencia familiar por cada una de las variables de interés utilizando el estadístico χ^2 y la prueba de la U de Mann-Whitney para las variables continuas. Finalmente, se elaboró un modelo de regresión logística no condicional utilizando el método *step wise*, a partir de las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado y con aquellas que, como en el caso del sexo, la edad y el deterioro cognitivo, aun sin haber resultado estadísticamente significativas, se consideraron fundamentales para aproximarse a entender el problema de la violencia familiar. Estas estimaciones son expresadas como *odds ratio* (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95%.

RESULTADOS

Se seleccionó a 1.150 adultos mayores, de los cuales 12 no aceptaron participar en el estudio y se descartó a 50 por información incompleta de las principales variables. Finalmente, se incluyó a 1.078 adultos mayores (94%), con un rango de edad de 60-98 años, una media \pm desviación típica (DT) de 70 ± 8 años; 50,3% de ellos pertenecen al sexo femenino.

La media de la puntuación del cuestionario FACES III, fue de $5,1 \pm 1,3$ (IC del 95%, 5,00-5,15); se halló un 70,6% (IC del 95%, 67,87-73,31) de familias funcionales. En cuanto a la red social, la puntuación media de la escala de DUKE fue de $41,3 \pm 7,3$ (IC del 95%, 40,88-41,76), con un 87,6% de los adultos mayores con una red social funcional. La media poblacional en el índice de Katz fue de 95 puntos $\pm 11,2$ (IC del 95%, 94,74-95,91), y en el análisis desagregado se encontró al 33,7% de los encuestados con dependencia física. El 15,2% de los adultos mayores informó tener alguna enfermedad diagnosticada por un médico. En la tabla 2 se muestra la hipertensión arterial esencial (43,9%) como la más frecuente. La puntuación promedio del miniexamen cognitivo de Folstein fue de $26,8 \pm 3,5$ (IC del 95%, 26,60-27,01), y se encontró al 17,2% (IC del 95%, 14,91-19,41) de la población con algún grado de deterioro cognitivo (moderado, 16,7% y grave, 0,5%). En las tablas 1 y 2 se resumen las principales características sociodemográficas y de la condición de salud de la población estudiada.

TABLA 1. Prevalencia de violencia familiar según las características de los adultos mayores adscritos al Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla (Chiapas, México). Marzo-junio 2005

Variables	Total ^a	Violencia familiar		p ^b
		Sí 87 (8,1)	No 991 (91,9)	
Sexo				
Masculino	536 (49,7)	33 (37,9)	503 (50,8)	
Femenino	542 (50,3)	54 (62,1)	488 (49,2)	0,022
Edad ^c	59,8 \pm 8,1 68 (60-98) ^d	69,89 \pm 8,39 70,5 (60-83)	69,78 \pm 8,06 68 (60-98)	0,996
Estado civil				
Casado (a)	735 (68,2)	50 (57,5)	685 (69,1)	
Unión libre	37 (3,4)	14 (16,1)	23 (2,3)	
Divorciado (a)/viudo (a)/soltero (a)	306 (28,4)	23 (26,4)	283 (28,6)	0,343 ^e
Escolaridad				
Saber leer y escribir				
Sí	558 (51,8)	27 (31,0)	531 (53,6)	
No	520 (48,2)	60 (69,0)	460 (46,4)	< 0,001
Nivel instrucción (n = 558) ^f				
Escolarizada	511 (91,6)	23 (85,2)	488 (91,9)	
No escolarizada	47 (8,4)	4 (14,8)	43 (8,1)	0,272 ^g
Años de estudio (n = 511) ^c	3,9 \pm 2,9 3 (1-17)	2,22 \pm 1,09 2 (1-7)	4,01 \pm 2,97 3 (1-11)	0,001

(Continúa en pág siguiente)

TABLA 1. Prevalencia de violencia familiar según las características de los adultos mayores adscritos al Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla (Chiapas, México). Marzo-junio 2005 (continuación)

Variables	Total ^a	Violencia familiar		p ^b
		Sí 87 (8,1)	No 991 (91,9)	
Ocupación				
<i>Actividad remunerada</i>				
Sí	154 (14,3)	20 (23,0)	134 (13,5)	0,016
No	924 (85,7)	67 (77,0)	857 (86,5)	
<i>Tipo de actividad (n = 154)^h</i>				
Comerciantes, artesanos, fabriles y actividades de mantenimiento	30 (19,5)	4 (20,0)	26 (19,4)	0,656 ⁵
Actividades agrícolas en general	101 (65,6)	14 (70,0)	87 (65,6)	
Trabajadores en servicios domésticos	23 (14,9)	2 (10,0)	21 (23)	
Fuente de ingresos				
De su trabajo	154 (14,3)	20 (23,0)	134 (13,5)	0,375 ^e
De su jubilación	166 (15,4)	7 (8,0)	159 (16,0)	
De programas sociales	337 (31,3)	31 (35,6)	306 (30,9)	
De su familia	327 (30,3)	17 (19,5)	310 (31,3)	
No recibe ingresos	94 (8,7)	12 (13,8)	82 (80,3)	
Ingreso económico ^{c,i}	748,5 ± 669,7 \$ 600 \$ (100-4,500) ^d	690,5 ± 550,0 \$ 500 \$ (165-2,500)	753,3 ± 678,6 \$ 600 \$ (100-4,500)	0,727
Dependencia de vivienda				
No	813 (75,4)	56 (64,4)	757 (76,4)	0,013
Si	265 (24,6)	31 (35,6)	234 (23,6)	
Densidad del hogar (habitantes en la vivienda)^c				
	3,1 ± 1,8 3 (1-11)	3,9 ± 2,24 2 (1-5)	3,1 ± 1,75 3 (1-17)	0,001
Función familiar				
Familia funcional	761 (49,7)	40 (46,0)	721 (72,8)	< 0,001
Familia disfuncional	317 (29,4)	47 (54,0)	270 (27,2)	
Red social				
Red social funcional	944 (87,6)	47 (54,0)	897 (90,5)	< 0,001
Red social no funcional	134 (12,4)	40 (46,0)	94 (9,5)	
Con enfermedad				
No	914 (84,8)	52 (59,8)	862 (87,0)	< 0,01
Sí	164 (15,2)	35 (40,2)	129 (13,0)	
Estado cognitivo				
Sin deterioro cognitivo	893 (82,8)	54 (62,1)	839 (84,7)	< 0,001
Con deterioro cognitivo	185 (17,2)	33 (37,9)	152 (15,3)	
Dependencia física				
No	715 (49,7)	47 (54,0)	668 (67,4)	< 0,011
Sí	363 (33,7)	40 (46,0)	323 (32,6)	

^aLos datos se presentan como n (%).

^b χ^2 de Pearson.

^cMedia y desviación estándar.

^dMediana y rango. Valor de p = estadístico U de Mann-Whitney.

^e χ^2 de tendencia.

^fEscolarizada: primaria, secundaria, bachillerato, profesional; No escolarizada: programas de alfabetización.

^gPrueba exacta de Fisher.

^hAgrupadas de acuerdo al Catálogo Mexicano de Ocupaciones.

ⁱEn pesos mexicanos (\$).

La prevalencia global de violencia familiar fue de 8,1% (IC del 95%, 6,4-9,7). En la tabla 3 se aprecian las prevalencias por tipo de violencia, en las que destaca que el maltrato psi-

cológico fue el más predominante (7%; IC del 95%, 5,3-8,4). Se observó que las personas que ejercen violencia hacia el adulto mayor son mayoritariamente los hijos/as (67,9%).

TABLA 2. Principales enfermedades reportadas y estado cognitivo de los adultos mayores adscritos al Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla (Chiapas, México). Marzo-junio 2005

Enfermedades ^a	Clave CIE-10 ^b	Total n (%)	Violencia familiar ^c		p ^d
			Sí 35 (40,2)	No 129 (13,0) ^d	
Hipertensión arterial esencial	I10-I15	72 (43,9)	7 (20,6)	65 (50)	0,002
Diabetes mellitus	E10-E14	47 (28,7)	9 (26,5)	38 (29,2)	0,751
Otras ^e	-	29 (17,7)	12 (35,3)	17 (13,1)	0,003
Poliartropatías inflamatorias	M05-M14	14 (8,5)	3 (8,8)	11 (8,46)	0,946 ^f
Enfermedades del ojo y sus anexos	H00-H59	10 (6,1)	3 (8,8)	7 (5,4)	0,456 ^f
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	J40-J47	8 (4,9)	2 (5,9)	6 (4,6)	0,760 ^f
Estado cognitivo^g					
Sin deterioro cognitivo		893 (82,8)	54 (62,1)	839 (84,7)	
Deterioro cognitivo moderado	F03	180 (16,7)	31 (35,6)	149 (15,0)	
Deterioro cognitivo grave	F03	5 (0,5)	2 (2,29)	3 (0,3)	< 0,001 ^f

^aPersonas que reportaron enfermedades diagnosticadas por un médico, n = 164.

^bCIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10.^a revisión.

^cLa suma de los casos y los porcentajes exceden el total ya que algunos adultos mayores tenían más de una enfermedad.

^d χ^2 de Pearson.

^eOtras: colitis no infecciosa (n = 4), gastritis y duodenitis (n = 4), prolapso genital femenino (n = 4), lipidemias (n = 3), insuficiencia cardíaca (n = 2), hernia inguinal (n = 2), hiperplasia de la próstata (n = 2), anemias nutricionales (n = 2), enfermedades de las venas (2), secuelas de enfermedad cerebrovascular (n = 2), tuberculosis respiratoria (n = 1), vitíligo (n = 1).

^fPrueba exacta de Fisher.

^gn = 1.078; con violencia, n = 87; sin violencia, n = 991.

TABLA 3. Prevalencia general y específica de violencia familiar en los adultos mayores adscritos al Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla (Chiapas, México). Marzo-junio 2005

Variables	Casos, n = 1.078	Prevalencia	IC del 95%
Violencia familiar^a			
Global	87	8,1	6,4-9,7
Psicológica	74	7,0	5,3-8,4
Física	37	3,4	2,3-4,5
Económica	24	2,2	1,3-3,1
Sexual	6	0,6	0,11-1
Agresor^b			
Hijo (a)	58	5,38	-
Esposo (a)	28	2,60	-
Hermano (a)	1	0,09	-

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

^bLas proporciones se obtuvieron a partir del número de casos de violencia familiar (n = 87).

En la figura 1 se muestra las OR (estadístico de Mantel-Haenszel), correspondientes a los factores que se asociaron significativamente con la violencia familiar, entre las que destacan: el sexo femenino (OR = 1,69; IC del 95%, 1,08-2,65), no saber leer ni escribir (OR = 2,57; IC del 95%, 1,60-4,61), actividades remuneradas (OR = 1,91; IC del 95%, 1,12-3,25), dependencia de vivienda (OR = 1,79; IC del 95%, 1,13-2,84), disfunción familiar y de la red so-

cial (OR = 3,14; IC del 95%, 2,01-4,89, y OR = 8,12; IC del 95%, 5,07-13,02, respectivamente), presencia de alguna enfermedad (OR = 4,50; IC del 95%, 2,82-7,17), deterioro cognitivo (OR = 3,37; IC del 95%, 2,17-5,38), y dependencia física (OR = 1,76; IC del 95%, 1,13-2,74). En la tabla 4 se presentan las OR y los IC del 95% del modelo de regresión logística que incorporó únicamente las variables que permanecieron significativamente asociadas a la vio-

TABLA 4. Variables asociadas a violencia familiar en los adultos mayores adscritos al Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla (Chiapas, México). Marzo-junio 2005

Variables	RMP*	IC del 95%	p
Sabe leer y escribir			
Sí	1		
No	2,15	1,26-3,66	0,005
Dependencia de vivienda			
No	1		
Sí	1,78	1,06-2,99	0,030
Red social			
Red social funcional	1		
Red social disfuncional	5,98	3,56-10,04	< 0,001
Dependencia física			
No	1		
Sí	1,66	0,99-2,80	0,055
Presencia de alguna enfermedad			
No	1		
Sí	3,96	2,35-6,67	< 0,001

*Odds ratio de prevalencia. Modelo de regresión logística reducido. Controlado por sexo, edad y estado cognitivo. χ^2 Hosmer-Lemeshow = 0,50; p = 0,919. Curva ROC = 0,9276.

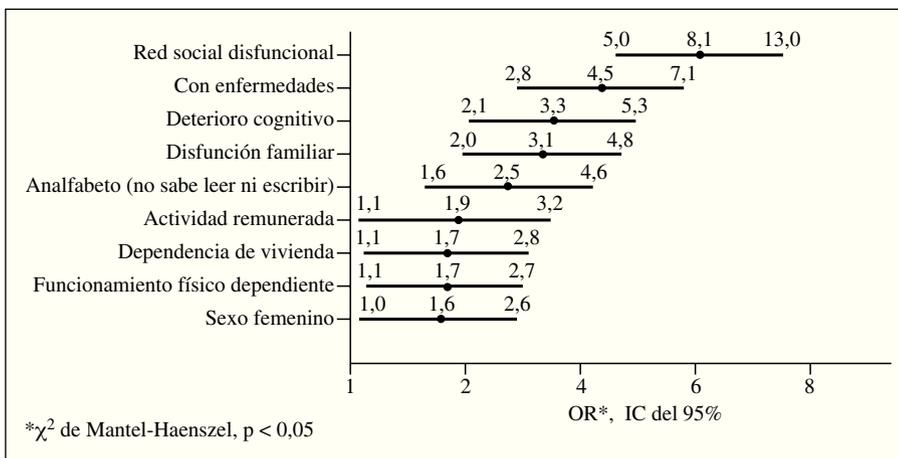


Figura 1. Odds ratio (OR) de las variables asociadas a violencia familiar en los adultos mayores adscritos al Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla (Chiapas, México).

lencia familiar, después de realizar un modelo saturado. En el modelo final permanecen como factores de riesgo: el analfabetismo, la dependencia de vivienda, la red social disfuncional, la presencia de alguna enfermedad y la dependencia física. La prueba de Hosmer-Lemeshow demuestra que el modelo reducido se ajusta mucho mejor que el modelo saturado ($\chi^2 = 0,50$, p = 0,919 y $\chi^2 = 3,78$, p = 0,284, respectivamente). La evaluación de las 5 variables, que se identificaron asociadas a violencia familiar, integradas como un indicador que pudieran utilizar los profesionales de la salud como prueba diagnóstica, demostró que los adultos mayores con 3 o más de estas características se identificaron con violencia familiar en un 17,2% de los casos, mientras que el 99,3% de los adultos mayores sin violencia familiar tuvieron menos de 3 de estas características. Con el punto de corte en 3 características o más, el indicador mostró un valor predictivo nega-

tivo de 93,2% y un valor predictivo negativo de 71,4%, por lo que quedó un 78,8% de las observaciones bajo la curva ROC y un 92,7% de los adultos mayores clasificados correctamente.

DISCUSIÓN

Al contextualizar los hallazgos del estudio, éstos dan cuenta de un patrón de violencia familiar en el medio rural y que además sólo podrían afectar a poblaciones que no cuentan con seguridad social; es por ello que la generalización de los resultados debe hacerse con precaución.

La prevalencia de violencia familiar en los adultos mayores encontrada en este estudio es superior a la indicada por la OMS¹ (4-6%), por lo que así se recupera la im-

portancia de este fenómeno en el ámbito rural. Por otra parte, la comparación de la cifra encontrada (8,1%) con la observada en escenarios clínicos (15-28%)^{3,4} resulta mucho menor, como reflejo de las diferencias entre las poblaciones estudiadas. Aun así, es probable que la magnitud de la violencia familiar encontrada en el estudio esté subestimada, ya que no se puede descartar la existencia de un sesgo de información (algunos adultos mayores pudieron negar que están experimentando violencia familiar). El tipo de violencia más predominante fue el maltrato psicológico, lo que da consistencia a los informes nacionales²⁵. Sin embargo, es importante mencionar que algunos estudios señalan al abuso económico como el más frecuente^{4,5}, mientras que en otros se menciona la negligencia⁶. Estas discrepancias respecto al tipo de violencia más predominante se deben principalmente al tipo de poblaciones estudiadas. La población de este estudio es diferente de la población que está amparada por la seguridad social y que tiene acceso a los servicios de salud ubicados en áreas urbanas. Además, no se exploró la negligencia en el ámbito familiar. Este hecho agrega otra fuente de subestimación a la prevalencia global e impide determinar si la negligencia se encuentra entre los tipos de violencia familiar más frecuentes en el ámbito rural.

Entre los adultos mayores es frecuente que un mismo individuo presente uno o varias afecciones, así como la combinación de enfermedades crónicas, además de que con la pérdida de la funcionalidad se genere dependencia física. Sin embargo, la evidencia científica más reciente sugiere que tanto la salud como la funcionalidad pueden preservarse hasta edades avanzadas por medio de acciones preventivas²⁶. Por ello, y desde el punto de vista clínico, la asociación entre dependencia física y la presencia de alguna enfermedad con la violencia familiar en adultos mayores que se encontraron en el estudio refuerzan las recomendaciones de considerar estas características como de riesgo para violencia familiar y no como características «normales» del envejecimiento^{1,7}.

La relación entre la escolaridad y la violencia familiar es un aspecto que se ha estudiado poco^{5,7,10}, por lo que, ante los hallazgos de este estudio de mayor probabilidad de violencia familiar en adultos mayores analfabetos, es importante considerar este aspecto en el momento de proponer modelos de intervención en los casos de violencia familiar en el ámbito rural.

Por otra parte, la asociación entre dependencia de vivienda y violencia familiar nos habla del peso de las condiciones sociales en este tipo de hechos^{8,27}. Sin embargo, hay que recordar que la población incluida en este estudio claramente no representa a los sectores más favorecidos, en los cuales las condiciones sociales podrían actuar de forma diferente. Asimismo, la dependencia de vivienda, aunado a la densidad del hogar (número de habitantes), puede tornarse en falta de privacidad y más aún

en disfunción familiar. Es posible que, en función de ello, se enmascare el verdadero efecto de estas variables en relación con la violencia familiar.

El papel benéfico de la red social es claro para el caso de afecciones crónicas: hay evidencia comprobada de que actúan como agentes de ayuda y derivación e influyen en la rapidez de la utilización de los servicios de salud^{1,28}. Ello explica en parte por qué los adultos mayores con una red social disfuncional tienen más probabilidad de ser víctimas de violencia familiar y, en este caso, de no contar con herramientas que los ayuden a evitar o resolver esta situación.

Si bien en la literatura médica se ha documentado que el deterioro cognitivo está asociado a la violencia familiar⁶, son pocas las investigaciones que deciden incluir en sus protocolos a los individuos con esta condición^{7,29}, o a su vez deciden utilizar como fuente de información a un segundo, en cuyo caso la medición es poco fiable. En este estudio se optó por incluir a los individuos con deterioro cognitivo con el objetivo de controlar el efecto de esta condición en el modelo multivariado.

Otro aspecto importante a señalar es el hecho de no haber encontrado diferencias significativas por edad. Esto podría explicarse en función de algunas normas culturales que aún prevalecen en el medio rural, en donde el sentimiento de deber filial aún es fuerte, aunque también hay que considerar la posibilidad de mejorar aspectos metodológicos en la selección de individuos (muestreo estratificado). Respecto al sexo y el estado civil, los hallazgos del estudio refuerzan la teoría de que entre los adultos mayores la llamada «violencia de género» no es un episodio frecuente¹ y que la ocurrencia del episodio está relacionada más en función del estado de salud del adulto mayor. En conclusión, los resultados del estudio revelan que hay diferencias entre los adultos que son víctimas de violencia familiar y aquellos que no lo son. Del conocimiento de estas diferencias se pueden extraer factores que crean perfiles más o menos aproximados, que sirven como esquemas de ayuda a quienes trabajan con adultos mayores, ya sea en el ámbito de los servicios sociales o en el sanitario. Asimismo, ante las limitaciones que implica un diseño transversal sobre la causalidad, se ofrecen elementos importantes para que se logre un equilibrio entre la participación del sector salud y de otras disciplinas en su prevención, detección y tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

La investigación se realizó durante la rotación de campo en Ocozocoatla (Chiapas), como parte del Curso de Especialización en Epidemiología del Instituto Mexicano del Seguro Social. Agradecemos los comentarios recibidos por la plantilla de profesores del Curso de Especialización en Epidemiología de la sede de la Ciudad de México.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. La violencia, un problema mundial de salud pública. En: OMS. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud 2003. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. p. 125-45.
2. Jorgest GJ, Dawson JD, Hartz AJ, Ely JW, Schwitzer LA. Community characteristics associated with elder abuse. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48:513-8.
3. Lekamwasam S, Hewage C. Risk Factors of Elder Abuse. *Age & ageing.* 2002;31 Supl 1:4.
4. 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.
5. Brandl B, Cook-Daniels L. Domestic abuse in the later life: Prevalence and incidence. En: National Clearinghouse on Abuse in Later Life/WI Coalition Against Domestic Violence/National Center on Elder Abuse. USA; 2002. p. 1-7.
6. Lanchs MS, Williams C, O'Brien S, Hurts L, Horwitz R. Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine-years observational cohort study. *Gerontologist.* 1997;37:469-74.
7. Shugarman LR, Fries BE, Wolf RS, Morris JN. Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:24-31.
8. Rangel-López LE. El anciano maltratado. En: Prevención de la violencia, atención a grupos vulnerables y los derechos humanos. Los derechos de las personas de la tercera edad. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 2003. p. 35-41.
9. McDonald L, Collins A. Risk Factors Abuse. En: Family Violence Prevention Unit, Health Canada. Abuse and Neglect of Older Adults: A Discussion Paper. Canada: The National Clearinghouse on Family Violence; 2000. p. 33-6.
10. Ruiz-Sanmartín A, Altet-Torner J, Porta-Martí N, Duaso-Izquierdo P, Coma-Solé M, Requesens-Torrellas N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Primaria.* 2001;27:331-4.
11. Kleinschmidt KC. Elder Abuse: A review. *Ann Emerg Med.* 1997;30:463-72.
12. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa IMSS-Oportunidades: Programa. México: Instituto Mexicano del Seguro Social [en línea] 2004 [consultado 26/11/2005]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/imss>
13. Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática. SIMBAD: Sistema Municipal de Bases de Datos. XII Censo General de Población y Vivienda [en línea] 2000 [consultado 10/02/2005]. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/lib/usuarios/default.asp?sistema=simbad-web&s=prod_serv
14. Organización Mundial de la Salud. La violencia, un problema mundial de salud pública. En: OMS. Reporte Mundial sobre Violencia y Salud 2003. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. p. 1-23.
15. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Terán-Trillo M, Irigoyen-Coria AE, Landgrave-Ibañez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria.* 2002;30:624-30.
16. Bellón-Saameño JA, Delgado-Sánchez A, Luna-Del Castillo JD, Lardelli-Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-Unc-11. *Aten Primaria.* 1996;18:153-63.
17. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care.* 1988;26:709-23.
18. Katz S, Ford AB, Moscowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963;185:914-9.
19. Fontana-Fortuny C, Estany-Armirall J, Pujol-Salud J, Segarra-Solanes I, Jordan-Gómez Y. Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural. *Enferm Clin.* 2002;12:47-53.
20. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-Based Norms for the Mini-Mental State Examination by Age and Educational Level. *JAMA.* 1993;269:2386-91.
21. Mungas D, Marshall SC, Weldon M, Haan M, Reed BR. Age and education correction of Mini-mental State Examination for English- and Spanish-speaking elderly. *Neurology.* 1996;46:700-6.
22. 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*, 8 de marzo de 2000.
23. Strauss MA, Hamby SL, Money-McCoy S, Sugarman DB. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *J Fam Prac.* 1996;17:283-316.
24. Zarza MJ. Scoring The CTS2 and CTSP: Spanish Translation. Family Research Laboratory, University of New Hampshire [en línea] 2001 agosto 16 [consultado 28/11/2005]. Disponible en: <http://pubpages.unh.edu/~mas2/CTS28S.pdf>
25. Márquez M, Riquer F, Aracena B. La Violencia Familiar en los Adultos Mayores en tres municipios. XIII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública [en línea] 2003 [consultado 18/03/2004]. Disponible en: [http://www.insp.mx/congreso/ponenciasTL112\[1\].ppt](http://www.insp.mx/congreso/ponenciasTL112[1].ppt)
26. 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.
27. Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática. INEGI. «Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad» Datos Nacionales. México, DF: 2002.
28. Comijs HC, Penninx BW, Knipscheer KP, Tilburg W. Psychological distress in victims old elder mistreatment: the effects of social support and coping. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1999;54:240-5.
29. Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48:205-8.