

## Maltrato en la vejez: variables asociadas

### Abuse in old ages: associated variables

Maritza Evangelina Villanueva Benites<sup>1</sup>, Elba Flores Torres<sup>2</sup>, Matilde Rojas García<sup>2</sup>, Jesús Jacinto Magallanes Castilla<sup>3</sup>, Rosario del Pilar Bardales Arévalo<sup>2</sup>, Ruth Vílchez Ramírez<sup>2</sup>, Alba Luz Vásquez Vásquez<sup>2</sup>, Ángel López González<sup>4</sup>, Carmen Díaz Martínez<sup>2</sup>, Zulema Orbe Gaviola<sup>2</sup>, Zoila Esperanza Leitón Espinoza<sup>5</sup>, Kattia Ochoa-Vigo<sup>6</sup>, Esperanza Coral Amasifuén<sup>7</sup>, Marina Guerra Vásquez<sup>2</sup>, Elena Lázaro Rubio<sup>2</sup>, Juana E. Fernández Sánchez<sup>2</sup>, Mercedes Freitas Caycho<sup>2</sup>, Bertha Collantes Chávez<sup>2</sup> y Elsa Reyna del Águila<sup>2</sup>

Recibido: enero 2015

Aceptado: marzo 2015

### RESUMEN

Con el propósito de determinar la asociación entre algunas variables sociodemográficas, capacidad funcional, económica, autoestima, pérdida de roles y apoyo familiar con el nivel de maltrato en el adulto mayor, se desarrolló este estudio descriptivo correlacional en el año 2011; participaron 539 adultos mayores de la selva baja peruana. Se aplicó una batería de instrumentos como el protocolo de medición de maltrato en la vejez de la Asociación Médica Americana - AMA (alfa de Cronbach de 0,69), índice de sospecha de maltrato (confiabilidad 0,72 a 0,99), índice de Katz (confiabilidad 0,94), índice de Lawton, test de Rosenberg (0,84), escala de Pérdida de Roles de Leitón (confiabilidad 0,75) y escala MOS (confiabilidad 0,83 a 0,93), a través de entrevista personal en los domicilios. Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 18.0. Los adultos mayores tuvieron una edad promedio de  $71,1 \pm 7,3$  años, 62,9% fueron mujeres, 57,9% con instrucción primaria, 71% convive con la familia extensa, 76% cuenta con seguro de salud. Solamente el 35% percibe remuneración económica, 68,3% califica su situación económica como regular, 32,8% depende de la ayuda económica de las hijas. El 11,9% de mujeres y 2,6% de varones pertenece a alguna organización social. Se detectó discapacidad en actividades básicas del 18% y en actividades instrumentales en el 30,2% de adultos mayores, el 20,4% presenta autoestima baja, 99,3% pérdida de roles y falta de apoyo social (12,6%), escaso apoyo emocional (16,5%) e instrumental (10,4%), escasa interacción social positiva (18%) y escaso apoyo afectivo (11,1%). El 57,3% de adultos mayores informó maltrato, siendo las mujeres quienes informan más situaciones de maltrato que los varones ( $p = 0,006$ ). Los adultos que informaron maltrato, tienden a informar salud percibida en general buena en menor proporción (11,7%) que los adultos que niegan maltrato (24,3%) ( $p = 0,000$ ). El análisis de correlación demostró que a mejor salud percibida, mejor capacidad funcional, mejor autoestima, mejor apoyo social y mejor estado de ánimo, menor referencia de maltrato ( $p < 0,01$ ).

**Palabras claves:** anciano, maltrato.

### ABSTRACT

A descriptive correctional study conducted in 2011 aimed to determine the association between some sociodemographic variables, functional capacity, economy, self-esteem, loss of roles and family support with the level of abuse in the elderly. 539 older adults from the Peruvian low jungle took part of the study. Personal interview at home were carried out by applying a set of instruments, such as the protocol of

<sup>1</sup> Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP). Pasaje Dina Límaco 186, Iquitos, Loreto, Perú. [maritza.villanueva@unapiquitos.edu.pe](mailto:maritza.villanueva@unapiquitos.edu.pe)

<sup>2</sup> Facultad de Enfermería. UNAP. Iquitos, Loreto, Perú.

<sup>3</sup> Facultad de Medicina Humana. UNAP. Punchana, Loreto, Perú.

<sup>4</sup> Universidad de Castilla-La Mancha, España.

<sup>5</sup> Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, La Libertad, Perú.

<sup>6</sup> Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

<sup>7</sup> Universidad Científica del Perú. San Juan Bautista, Loreto, Perú.

measurement of abuse in old age of the American Medical Association - AMA (Cronbach's  $\alpha = 0,69$ ), index of suspected abuse (confidence 0,72 to 0,99), Katz index (confidence 0,94), Lawton index, Rosenberg test (0,84), Leiton Role Loss scale (confidence 0,75) and MOS scale (confidence 0,83 to 0,93). Data were analyzed with the SPSS program version 18.0. Older adults were  $71,1 \pm 7,3$  years old in average, 62,9% were women, 57,9% with primary education, 71% lived together in large families, 76% had health insurance. Only 35% are paid for their work, 68,3% are ranked as of regular economic situation, 32,8% depends on the financial support of their daughters. 11,9% of women and 2,6% of men belong to a social organization. Disability was detected in basic activities of 18% older adults and 30,2% in instrumental activities, 20,4% showed low self-esteem, 99,3% showed loss of roles and 12,6% lack of social support, poor emotional support (16,5%) and instrumental support (10,4%), poor positive social interaction (18%) and poor emotional support (11,1%). 57,3% of older adults reported abuse, women reported more abuse situations than men ( $p = 0,006$ ). Adults who reported abuse tend to report perceived health in general in a lower proportion (11,7%) than adults who deny abuse (24,3%) ( $p = 0,000$ ). Correlation analysis showed that better perceived health, better functional capacity, better self-esteem, better social support and better mood, lower reference for abuse ( $p < 0,01$ ).

**Key words:** elderly, abuse.

## INTRODUCCIÓN

El maltrato es históricamente un fenómeno humano, que durante las últimas décadas ha ido aumentando como un indicio creciente de deterioro social, convirtiéndose en un gran problema de relaciones interpersonales y sociales; debido a que sus efectos pueden llegar a ser destructivos, invalidantes e incluso significar la muerte.

Existe maltrato en todas las edades y en los adultos mayores no son la excepción. Así, tomando a la vejez como una parte del todo en la vida del ser humano, debe ser considerada como un proceso normal de crecimiento y desarrollo, lo que significaría oportunidades para la plena realización del potencial, continuar contribuyendo al progreso de su comunidad y sociedad, y sentirse integrados a ella. Sin embargo, no solo no se escapan de la violencia, sino que es una violencia fácil y frecuente mucho más común de lo que la sociedad quisiera admitirlo, porque para muchos se ha convertido en una práctica cotidiana.

El interés por el maltrato en el adulto mayor ha ido aumentando tanto en los países desarrollados como en desarrollo, es decir, en

aquellos adultos de 60 años y más, creando una revolución demográfica global sin precedente. A nivel mundial, en el 2000 representaron más de 580 millones y se espera más del doble para el 2025 que llegará a 1200 millones (OMS/OPS, 2003). En América Latina y el Caribe en el 2000 fueron 8% (42 millones) y en el 2025 se espera 12% que representa 850 millones (OMS/INPEA, 2002).

El problema del maltrato en el adulto mayor recién fue difundido por primera vez en una publicación inglesa en 1975, en que se mencionó la agresión contra los adultos mayores. Durante la década de los ochenta y noventa, investigaciones científicas y acciones de gobierno han mostrado que ese fenómeno, es un fenómeno universal (OMS/OPS, 2003). Asimismo, una variedad de teorías y explicaciones fueron propuestas por investigadores y asistenciales intentando identificar y predecir variables de la conducta abusiva, factores de riesgos en los adultos mayores, cuidadores y sistema familiar (Machado, 2002). Últimamente, un estudio valioso llamado "Voces Ignoradas" realizado por la OMS/INPEA (Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Adulto Mayor), en ocho países: Argentina, Austria, Brasil, Canadá, India, Kenia, Líbano y Suecia, aportaron la pri-

mera base de datos multinacional sobre el maltrato en el adulto mayor a partir de la cual se podría generar futuros proyectos de investigación, además de una plataforma de acciones (OMS/INPEA, 2002).

También se refleja un crecimiento emergente del maltrato en la literatura, conferencias internacionales y en la colaboración entre los países desarrollados y en desarrollo. Por lo expuesto, todo parece indicar que el problema va en aumento, basta recordar que nos encontramos en una sociedad antivejez; los adultos mayores presencian estos hechos con tristeza, ya que actualmente existen dificultades para llegar al diagnóstico y así, poder prevenir e intervenir oportuna y adecuadamente (Mendoza, 2000).

Son pocos los estudios realizados para determinar las consecuencias del maltrato, aunque algunas evidencias de estudios en países desarrollados muestran que una alta proporción de adultos mayores maltratados, sufren de depresión, sentimiento de abandono, desamparo, alienación, culpa, ansiedad, vergüenza, deshonra, miedo, temor, negación y estrés. Asimismo, a los efectos mencionados estuvieron unidos los problemas de salud y aumento de la mortalidad (OMS/OPS, 2003). También el maltrato puede deteriorar su autoestima, con falta de motivación y pérdida del sentido de la vida. En general el maltrato socava los derechos humanos universales, atentando contra la vida y la condición humana.

En este contexto, la presente propuesta pretendió dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las variables que están asociadas al maltrato de los adultos mayores de Iquitos, 2011?

Los resultados del presente estudio contribuyen con datos cuantitativos que visi-

bilizan la problemática de la violencia en la vejez; asimismo, en insumos para la formulación de políticas y diseño de estrategias en población envejeciente, de tal manera que se oriente una práctica de cultura de respeto y de derechos.

Los objetivos específicos fueron los siguientes: a) caracterizar a los sujetos de estudio: edad, instrucción, con quién vive, seguro, remuneración, situación económica, de quién depende económicamente, pertenencia a organización según sexo; b) identificar el nivel de salud percibida, capacidad funcional, dependencia económica, autoestima, pérdida de roles y apoyo familiar del adulto mayor; c) identificar el nivel del maltrato del adulto mayor; d) asociar las variables estudiadas con el nivel del maltrato en el adulto mayor.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó el método cuantitativo observacional, diseño correlacional. La muestra fue conformada por 539 adultos mayores, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: adultos mayores de ambos sexos de 60 años a más, con residencia habitual mínima de tres meses en los lugares seleccionados, orientados en tiempo, espacio y persona, sin deterioro cognitivo y aceptación voluntaria para participar en el presente estudio.

Se utilizó un cuestionario que contiene las variables sociodemográficas y los siguientes instrumentos estandarizados:

- a) Protocolo de Medición de Maltrato en la Vejez de la Asociación Médica Americana (AMA) y el Servicio de Salud Pública de Canadá (Canadian Task Force), contiene siete preguntas para detectar el maltrato o el riesgo de maltrato; una hace referencia al abuso físico (1), tres al psicológico (3, 4, 9), una al sexual (8), una a negligencia (7) y una

- a abandono (6). Una sola respuesta positiva al cuestionario se consideró como riesgo de maltrato (Zúñiga-Santamaría *et al.*, 2010), (confiabilidad alfa de Cronbach de 0,69). Maltrato: cuando las respuestas a las preguntas sobre maltrato a los adultos mayores del índice AMA corresponden a por lo menos una respuesta positiva o más.
- b) Índice de sospecha de maltrato a las personas mayores (Elder Abuse Suspicion Index - EASI), consiste en seis preguntas breves y directas (fácilmente aplicable a personas mayores sin problemas cognitivos (especificidad de 0,72 a 0,99).
- c) Encuesta sobre abuso y maltrato de Aguas *et al.* (1996), contiene 24 preguntas abiertas y cerradas. Explora en el sujeto evaluado el sistema de valores y creencias acerca del maltrato, al compromiso emocional, así como a las posibles conductas a ejecutar.
- d) Índice de Katz, utilizado para medir el nivel de independencia funcional (confiabilidad de 0,94 y validez de 0,97). Consta de siete ítems que valoran las actividades básicas de la vida diaria como: bañarse, vestirse, ir al baño, traslado, subir y bajar gradas, continencia y alimentación.
- e) Índice de Lawton, usado para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria, con seis ítems que valoran la capacidad para vivir independiente en su entorno habitual.
- f) Test de Rosenberg, para valorar el nivel de autoestima, confiabilidad de 0,84 (Martín Albo *et al.*, 2007).
- g) Escala de Pérdida de Roles elaborado por Leitón con base en los conceptos dados por Havighurst en su teoría de la Actividad (OPS, 1993). Contiene siete ítems que valoran la participación en actividades correspondientes a roles sociales como: padre, cónyuge, abuelo, hermano, miembro de algún grupo, trabajador, hogar, ciudadano, amigo, vecino, miembro de algún club o asociación y miembro de una iglesia (confiabilidad de 0,75).
- h) Escala de Apoyo Familiar MOS, es un instrumento válido y fiable que permite tener una visión multidimensional del apoyo social. Está constituido por veinte ítems, investiga el apoyo global y sus cuatro dimensiones: 1) afectiva (demostración de amor, cariño y empatía), 2) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), 3) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica), 4) emocional/informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información).

Para la recolección de la información, se estableció coordinación con los responsables de los centros de adulto mayor. La captación de las personas mayores se hizo a partir de los registros de los centros seleccionados, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos, hasta completar el número de pacientes a reclutar.

Se solicitó la participación voluntaria de las personas mayores, aplicando el consentimiento informado, para ello se estableció contacto con los pacientes elegidos a fin de explicar los objetivos y pedir el consentimiento para la realización de la entrevista, que tuvo lugar en el domicilio o en el centro de salud, según la disponibilidad y el estado funcional de los pacientes. Las entrevistas se realizaron a solas con el paciente, el primer cuestionario utilizado fue el Short Portable Mental Status Questionario o test de Pfeiffer<sup>25</sup>, que sirvió para descartar a los pacientes con deterioro cognitivo avanzado (puntuación mayor o igual a 5).

Los datos fueron codificados y procesados a través del paquete estadístico SPSS. El análisis se realizó en dos etapas; la primera etapa o exploración de datos consideró el análisis descriptivo de las variables en estudio, usándose medidas de tendencia central y de dispersión y en la segunda etapa se aplicaron medidas de asociación correlacional como la R<sup>2</sup> de Pearson.

## RESULTADOS

### 1. Características sociodemográficas

El 62,9% fueron mujeres y 37,1% varones, con población gerontológica joven, el 67,5% tiene edades comprendidas entre los 60 y 74 años de edad; la edad media del grupo en estudio es de  $71,1 \pm 7,3$  años, siendo ligeramente mayor en los varones con  $71,51 \pm 7,7$  años, mientras que de las mujeres es de  $70,8 \pm 7,1$  años.

El 57,9% con estudios primarios, 21,5% secundarios, 12,2% sin instrucción; duplicándose esta situación en las mujeres (8,9%) en comparación con los varones (3,3%) ( $p = 0,029$ ). El 71,1% manifiesta que convive con la familia extensa, el 21,2% solamente con su cónyuge y el 6,1% vive solo; son las mujeres quienes en mayor proporción conviven con la familia

extensa (47,1%) ( $p = 0,009$ ). El 74% está afiliado al seguro integral de salud, sin embargo el 26% informó que no cuenta con este servicio, en mayor proporción son mujeres.

### 2. Características de la dependencia económica

La tabla 1 muestra que una tercera parte de los adultos mayores (35,3%) informa percibir remuneración económica por trabajo o pensión, siendo ligeramente mayor en las mujeres (19,7%) que en los varones (15,6%) ( $p = 0,011$ ). El 68,3% señala que es regular y un 26,7% la califica como mala, especialmente por las mujeres (16,7%). En la muestra estudiada se detectó que el 33,8% depende económicamente de las hijas y son las mujeres quienes perciben mayor ayuda económica de hijas (22,6%) e hijos (8,2%) ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 1.** Dependencia económica de los sujetos de estudio, según sexo (n = 539).

	Femenino		Masculino		Total		p
<b>Remuneración</b>							
No	233	43,2	116	21,5	349	64,7	$X^2 = 6,346$
Sí	106	19,7	84	15,6	190	35,3	gl = 1
<b>Total</b>	<b>339</b>	<b>62,9</b>	<b>200</b>	<b>37,1</b>	<b>539</b>	<b>100,0</b>	<b>p = 0,011</b>
<b>Situación económica</b>							
Mala	90	16,7	54	10,0	144	26,7	$X^2 = 1,567$
Regular	235	43,6	133	24,7	368	68,3	gl = 2
Buena	14	2,6	13	2,4	27	5,0	p = 0,457
<b>Total</b>	<b>339</b>	<b>62,9</b>	<b>200</b>	<b>37,1</b>	<b>539</b>	<b>100,0</b>	
<b>¿De quién depende?</b>							
Hijas	122	22,6	60	11,1	182	33,8	CC = 0,25
Del/ella mismo/a	89	16,5	86	16,0	175	32,5	p = 0,000
Esposo	48	8,9	3	0,6	51	9,5	
Familia	6	1,1	5	0,9	11	2,0	
Pensión	30	5,6	28	5,2	58	10,8	
Hijos	44	8,2	18	3,3	62	11,5	
<b>Total</b>	<b>339</b>	<b>62,9</b>	<b>200</b>	<b>37,1</b>	<b>539</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 2.** Pérdida de roles de los sujetos de estudio, según sexo.

Pérdida de roles	Femenino		Masculino		Total		p
Alta pérdida de roles	69	12,8	43	8,0	112	20,8	CC = 0,064
Moderada pérdida de roles	193	35,9	102	19,0	295	54,7	p = 0,534
Baja pérdida de roles	75	13,9	53	9,7	128	23,7	
Sin pérdida de roles	2	0,4	2	0,4	4	0,7	
Total	339	63,0	200	37,1	539	100,0	

### 3. Pertenencia a organización social

Solamente el 11,91% de mujeres y 2,65% de varones pertenece a alguna organización social, especialmente centros de adulto mayor.

### 4. Capacidad funcional

El 82% es independiente para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, la puntuación promedio para las mujeres fue de  $13,4 \pm 1,79$  y de  $13,2 \pm 2,19$  para los varones, siendo las mujeres quienes muestran más dependencia que los varones (11,2% y 6,8%, respectivamente). El 69,8% de la población es independiente para la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria, la puntuación promedio es de  $10,4 \pm 3,0$  para las mujeres y de  $10,29 \pm 3,17$  para los varones, con mayor dependencia en las actividades instrumentales en el grupo de mujeres (18%) que de varones (12,2%).

### 5. Autoestima

El 79,6% de los adultos mayores presenta autoestima alta, la prueba Chi-cuadrado mostró que el sexo no tiene relación estadística significativa al nivel de autoestima de los adultos mayores evaluados, es decir que

mujeres y varones presentan similares proporciones de autoestima alta y baja ( $p > 0,05$ ).

### 6. Pérdida de roles del adulto mayor

El 99,3% de los sujetos de estudio informan pérdida de roles; de estos, el 54,7% presenta moderada pérdida y un 20,8% alta pérdida de roles. De acuerdo con la tabla 2, son las mujeres quienes experimentan mayor pérdida de roles ( $p > 0,05$ ).

### 7. Apoyo social

El índice global de apoyo social se obtuvo sumando los 19 ítems de la escala MOS, obteniéndose una mediana de 72 puntos; el valor mínimo fue de 24 puntos y el valor máximo de 95 puntos, según el percentil 75, la puntuación promedio del 75% de adultos mayores evaluados es de 84 puntos.

Solamente el 25% presenta valores de 59 puntos o menos; teniendo en cuenta que el apoyo social es escaso cuando el índice es inferior a 57 puntos, en forma mayoritaria la muestra estudiada tiene apoyo social.

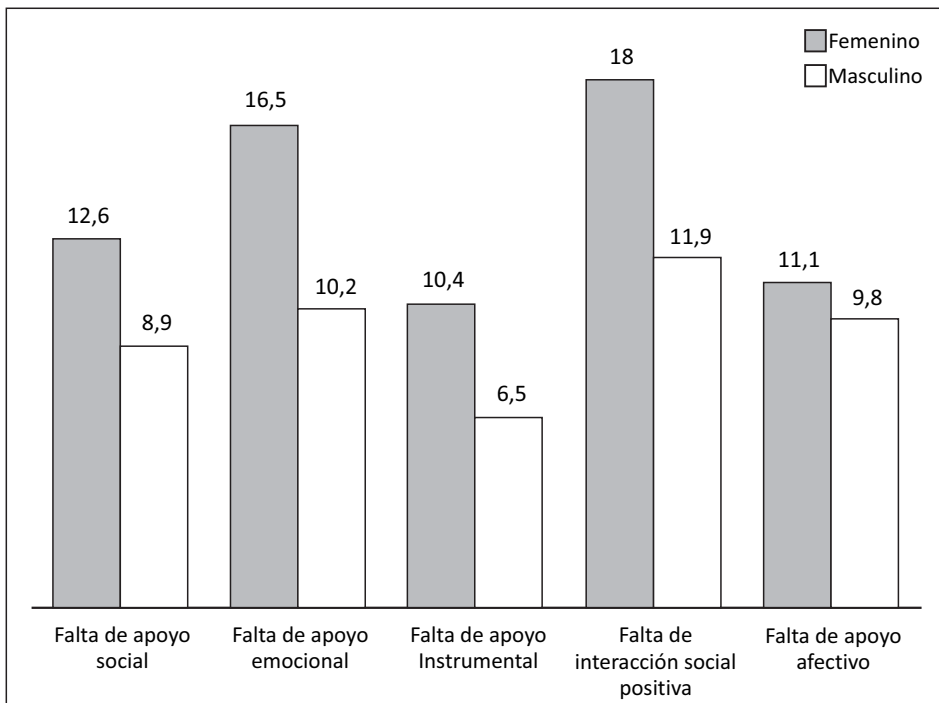
Situación similar ocurre en las puntuaciones de las medianas de las dimensiones apoyo emocional que tiene una puntuación de 30

puntos, apoyo instrumental de 17 puntos, interacción social con 14 puntos y apoyo afectivo con 12 puntos. El percentil 25 señala que alrededor del 25% tiene puntuaciones bajas en las dimensiones del apoyo social (tabla 3).

La figura 1 muestra el porcentaje de apoyo social global escaso y apoyo social por dimensiones según sexo, observándose que son las mujeres quienes presentan mayor proporción de falta de interacción social positiva (18%) y falta de apoyo emocional (16,5%).

**Tabla 3.** Estadísticos descriptivos de las dimensiones de apoyo social.

	Apoyo social	Apoyo emocional	Apoyo instrumental	Interacción social positiva	Apoyo afectivo
Media	70,1	28,6	15,7	14,1	11,6
E. típico	0,7	0,3	0,2	0,2	0,1
Mediana	72,0	30,0	17,0	14,0	12,0
Varianza	16,6	7,6	4,2	4,1	3,4
Desv. típ.	71,0	32,0	16,0	16,0	12,0
Mínimo	24,0	8,0	4,0	4,0	3,0
Máximo	95,0	40,0	20,0	20,0	15,0
Percentil 25	59,0	23,0	13,0	11,0	9,0
Percentil 50	72,0	30,0	17,0	14,0	12,0
Percentil 75	84,0	34,0	19,0	18,0	15,0



**Figura 1.** Apoyo social global y por dimensiones de adultos mayores según sexo.

## 8. Maltrato del adulto mayor

La puntuación promedio de la incidencia de maltrato en la vejez es mayor para las mujeres con 1,32 (intervalo de confianza al 95% de 1,16 a 1,49) y para los varones de 0,97 (intervalo de confianza de 0,78 a 1,16). Es decir, las mujeres son las que informan mayormente más situaciones de maltrato que los varones. La prueba t de Student demostró que existe diferencias significativas de la puntuación del AMA entre mujeres y varones ( $t = 2,749$ ,  $gl = 456,242$ ,  $p = 0,006$ ) (figura 2).

El 57,3% de adultos mayores informó situaciones de maltrato, en el análisis porcentual del índice de AMA, el 33,2% de los adultos mayores informó que está solo a menudo, el 28,4% de adultos señaló que alguien toma sus cosas que le pertenecen sin su permiso, 18,2% indica que alguien le ha hecho daño en casa, al 10,8% le han amenazado, el 9,1% tiene miedo de alguna de las personas que vive con ella, al 6,3% de adultos alguien le ha puesto dificultades para que pueda valerse por sí mismo y al 4,8% le han tocado sin su consentimiento (figura 3).

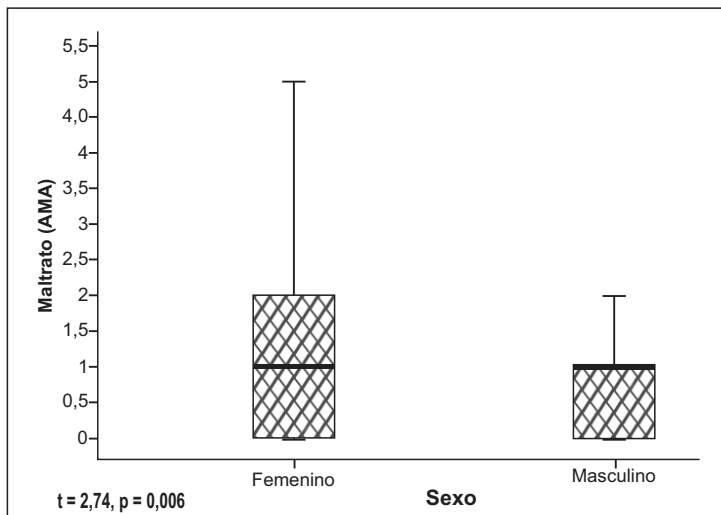


Figura 2. Maltrato en la vejez en adultos mayores según sexo.

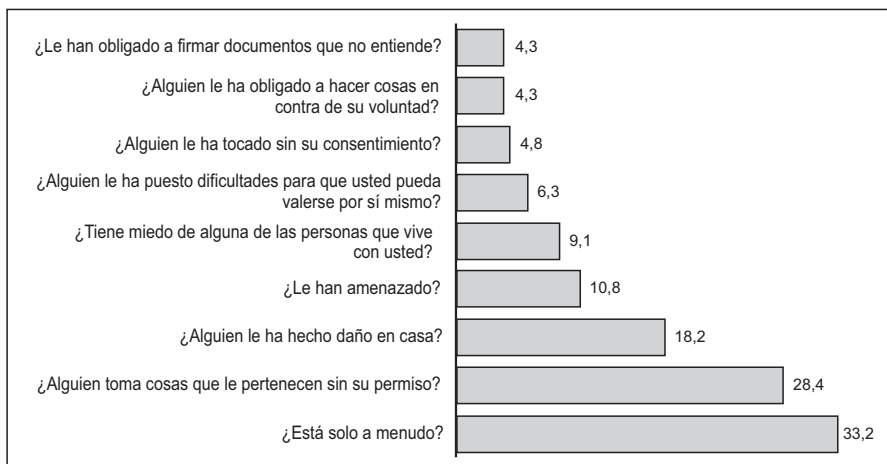


Figura 3. Situaciones de maltrato informadas por adultos mayores.



También se aplicó el índice de sospecha de maltrato, observándose que los dos ítems en los que se observó respuestas positivas al maltrato fueron los ítems: *“Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?”* (21,5%) y *“En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?”*

De otro lado, solo el 36,7% de adultos mayores considera que es necesario que el maltrato debe ser denunciado y la población debe conocer este problema. Cuando se preguntó sobre las formas de reacción frente al maltrato, el 36% de adultos señaló que es preciso que este evento sea conocido por la población; de estos, el 17% considera que se debe denunciar a la policía, el 7,4% señala que se debe comentar el tema de maltrato con la población y solo un 3,5% señala que se debe informar este hecho a la prensa escrita, radial o televisiva.

## 9. Salud percibida y maltrato

Como se aprecia en la tabla 4, se hicieron tres mediciones de la salud percibida: ¿cómo percibe su salud en general?, en comparación con iguales y en comparación de hace un año.

Mayoritariamente los adultos mayores calificaron de “regular” la salud percibida en general (69,2%), en comparación con iguales (62,2%) y salud en comparación de hace un año (59,9%).

Los adultos mayores que informaron maltrato, precisaron salud percibida en general buena en menor proporción (11,7%) que los adultos que niegan maltrato (24,3%). La prueba Chi-cuadrado dio asociación estadística significativa en ambas variables ( $X^2 = 16,54$ ,  $gl = 2$ ,  $p = 0,000$ ).

Situación similar ocurrió con la variable salud percibida en comparación con iguales, solo el 22% de los adultos con maltrato la percibe como buena, mientras que esta proporción se incrementa al 35,2% en los adultos que niegan maltrato ( $X^2 = 12,89$ ,  $gl = 2$ ,  $p = 0,002$ ).

**Tabla 4.** Salud percibida según autoinforme de maltrato en adultos mayores.

Salud percibida	Sí		No		Total		p
<b>Salud en general</b>							
Mala	50	16,2	24	10,4	74	13,7	$X^2 = 16,54$ $gl = 2$ $p = 0,000$
Regular	223	72,2	150	65,2	373	69,2	
Buena	36	11,7	56	24,3	92	17,1	
<b>Total</b>	<b>309</b>	<b>100,0</b>	<b>230</b>	<b>100,0</b>	<b>539</b>	<b>100,0</b>	
<b>Comparación con iguales</b>							
Mala	38	12,3	17	7,4	55	10,2	$X^2 = 12,89$ $gl = 2$ $p = 0,002$
Regular	203	65,7	132	57,4	335	62,2	
Buena	68	22,0	81	35,2	149	27,6	
<b>Total</b>	<b>309</b>	<b>100,0</b>	<b>230</b>	<b>100,0</b>	<b>539</b>	<b>100,0</b>	
<b>Comparación hace un año</b>							
Mala	70	22,7	33	14,3	103	19,1	$X^2 = 6,30$ $gl = 2$ $p = 0,043$
Regular	180	58,3	143	62,2	323	59,9	
Buena	59	19,1	54	23,5	113	21,0	
<b>Total</b>	<b>309</b>	<b>100,0</b>	<b>230</b>	<b>100,0</b>	<b>539</b>	<b>100,0</b>	

## 10. Correlación entre las variables estudiadas y el maltrato en la vejez

Con el propósito de determinar las variables asociadas al maltrato en la vejez de los adultos mayores de los participantes de la muestra, se aplicó el análisis de correlación bivariada R de Pearson; este coeficiente resume la magnitud y direccionalidad de la asociación entre variables.

Se ha diseñado una matriz de correlación para exponer los hallazgos en la muestra total (n = 539). Para todos los casos la variable dependiente fue la puntuación del AMA (situaciones de maltrato en la vejez) (véase tabla 5).

Las variables sociodemográficas que mostraron asociación negativa con el maltrato son el sexo ( $r = -0,114$ ,  $p < 0,01$ ), instrucción ( $r = -0,102$ ,  $p < 0,05$ ), situación económica ( $r = -0,126$ ,  $p < 0,01$ ), mientras que la pertenencia a organización social mostró asociación positiva ( $r = 0,098$ ,  $p < 0,05$ ).

Esto significa que el hecho de ser mujer condiciona a sufrir maltrato; a mayor grado de instrucción, mejor percepción de situación económica, menor posibilidad de sufrir maltrato. Mientras que las personas que manifiestan pertenencia a alguna organización social tienen menor posibilidad de informar situaciones de maltrato.

También se observó que las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales, correlacionan en forma inversa ( $r = -0,113$ ,  $p < 0,01$ ) y ( $r = -0,142$ ,  $p < 0,01$ ); es decir, a mejor puntuaciones de las actividades básicas e instrumentales, menor situación de maltrato en la vejez.

La autoestima y el apoyo social también correlacionan en forma negativa ( $r = -0,207$ ,  $p < 0,01$ ) y ( $r = -0,327$ ,  $p = 0,01$ ). Además, se encontró que a mejor estado de ánimo, menor referencia de maltrato ( $r = 0,397$ ,  $p < 0,01$ ) y a mejor salud percibida, menor maltrato ( $r = -0,163$ ,  $p < 0,01$ ).

**Tabla 5.** Matriz de correlación para todas las variables que asocian al maltrato en la vejez en adultos mayores (n = 539).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 Edad	-													
2 Sexo	,041	-												
3 Instrucción	<b>-,240</b>	<b>,124</b>	-											
4 Seguro de salud	<u>-,090</u>	,007	<b>,111</b>	-										
5 Situación económica	-,028	,009	<b>,175</b>	-,001	-									
6 Pertenencia a organización social	,031	<b>-,166</b>	-,056	,024	,044	-								
7 Capacidad funcional - Actividades básicas	<b>-,275</b>	-,034	<u>,109</u>	-,023	<b>,125</b>	,072	-							
8 Capacidad funcional - Actividades instrumentales	<b>-,354</b>	-,031	<b>,175</b>	,016	<b>,164</b>	<b>,116</b>	<b>,738</b>	-						
9 Autoestima	<b>-,241</b>	,014	<b>,263</b>	,024	<b>,204</b>	-,074	<b>,186</b>	<b>,226</b>	-					
10 Apoyo social	<u>-,104</u>	,011	<b>,193</b>	,085	<b>,156</b>	-,049	-,013	,052	<b>,338</b>	-				
11 Pérdida de roles	<b>,228</b>	-,028	<b>-,248</b>	<b>-,124</b>	<b>-,211</b>	<b>-,135</b>	<b>-,279</b>	<b>-,394</b>	<b>-,211</b>	<b>-,240</b>	-			
12 Estado de ánimo	<b>,285</b>	<u>-,109</u>	<b>-,307</b>	-,074	<b>-,229</b>	,054	<b>-,318</b>	<b>-,388</b>	<b>-,416</b>	<b>-,332</b>	<b>,415</b>	-		
13 Salud percibida	<b>-,247</b>	,056	<b>,229</b>	,059	<b>,224</b>	-,018	<b>,316</b>	<b>,361</b>	<b>,313</b>	<b>,170</b>	<b>-,307</b>	<b>-,473</b>	-	
14 Maltrato	,070	<b>-,114</b>	<u>-,102</u>	-,050	<b>-,126</b>	<u>,098</u>	<b>-,113</b>	<b>-,142</b>	<b>-,207</b>	<b>-,327</b>	,034	<b>-,397</b>	<b>-,163</b>	-

Negrita: la correlación es significativa al nivel 0,01 / Subrayado: la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

## DISCUSION

En nuestro medio se desconoce la dimensión del problema del maltrato en la vejez, no se cuenta con estudios de incidencia y prevalencia. Este problema social es un fenómeno complejo, multifactorial, serio y muy grave, con múltiples barreras que obstaculizan la detección del mismo; una de ellas tiene que ver con la investigación sobre los aspectos epidemiológicos del maltrato con dificultades, porque afecta a la intimidad de los pacientes y el mundo privado de las relaciones personales. Otro aspecto considerado en la evaluación de esta situación es la existencia de diversidad de teorías para entenderlo desde las teorías sociológicas, económicas, políticas, teorías de la dinámica familiar y del fenómeno intergeneracional de transmisión de la violencia.

En el presente estudio se encontró una prevalencia de maltrato en la vejez del 57,3% (con una respuesta positiva al cuestionario); este hallazgo es similar a los notificados por Risco *et al.* (2005) quienes reportaron una prevalencia de 52,6% en población española; Piruch (2005) en Ecuador informó 75,2% de maltrato al adulto mayor y Rodríguez *et al.* (2002) en Cuba detectaron 68,6% de maltrato en la vejez con mayor ocurrencia de maltrato psicológico (89,4%), siendo el grupo etáreo de 70 a 79 años el más afectado.

Este hallazgo es preocupante y corresponde a una población mayor de 60 años y fundamentalmente urbana de la ciudad de Iquitos; según el Centro de Emergencia Mujer del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (2002) en el ámbito nacional, en el año 2002, se reportaron 1120 casos de adultos mayores víctimas de violencia, esto representa el 3,2% de casos atendidos; el tipo de maltrato de mayor frecuencia es el psicológico (95%), insultos y humillación (66,3%), amenazas de muerte (40%) y rechazo (48,8%).

En el análisis de la prevalencia detectada (57,3%), es preciso señalar que en este estudio se aplicó un cuestionario de detección de sospecha de maltrato que consta de nueve preguntas, cinco recomendadas por AMA más cuatro recomendadas por *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTF), que constituyen uno de los instrumentos más universalmente aceptados para la identificación rápida del maltrato en la vejez de uso en los centros de atención primaria, es el núcleo de la entrevista en el anciano; este fue el cuestionario empleado también en el trabajo de Ruiz *et al.* (2001).

El rango de prevalencia de maltrato en la vejez reportado en otras investigaciones ocurre entre el 3,2 y el 27,5%; la diferencia o variación reflejada con la cifra reportada en nuestro estudio, se debe posiblemente a la diversidad cultural, así como a diferencias en la definición y medición del maltrato; tal es así que se afirma que más del 6% de la población de adultos mayores en general sufre maltrato.

Respecto a la variable salud percibida, se encontró que los adultos que negaron maltrato mostraron mejor salud percibida que aquellos que sufrieron maltrato; el análisis de correlación mostró que a mayor salud percibida, menor informe de maltrato ( $r = -0,163$ ,  $p < 0,01$ ). No se han encontrado otros estudios que hayan explorado la relación de esta variable con la situación de maltrato.

Sin embargo, es necesario analizar este indicador, dado que se ha descrito y comprobado que es un principal determinante de la calidad de vida de las personas mayores, a la vez es un constructo complejo en el que confluyen diversos factores, uno de ellos tiene que ver con la percepción subjetiva que tiene el sujeto con la ejecución de las actividades de la vida diaria o comportamientos habituales, las relaciones familiares, el estado funcional, la vivienda, la disponibilidad económica y

estados de ansiedad y trastornos depresivos (Aspiazu *et al.*, 2002).

De otro lado, Fulmer *et al.* (2005) informaron de un estudio con adultos mayores que fueron atendidos en servicios de emergencia; un equipo de investigadores aplicaron un instrumento de diagnóstico de maltrato, encontrando negligencia en el 18% y maltrato entre el 12,1 y 23,9%. En este contexto y teniendo en cuenta el indicador de salud percibido hallado, los sujetos del presente estudio son adultos mayores vulnerables y por lo tanto, subsidiarios de valoración geriátrica integral.

En este estudio se detectó discapacidad en actividades básicas del 18% y en actividades instrumentales del 30,2%. El término "capacidad funcional" hace referencia a la identificación del grado de dependencia que alcanza un individuo en las actividades de la vida diaria, esto es, la capacidad de realizar su propio autocuidado, mantención y realización de actividades cotidianas. Asimismo, se encontró que a mayor capacidad funcional en actividades básicas y en actividades instrumentales, menor posibilidad de maltrato ( $p < 0,05$ ). La autonomía personal consiste básicamente en el control sobre la toma y ejecución cotidiana de decisiones cuya pérdida afecta gravemente tanto al individuo como al entorno, situación que está afectada en el 30% de los adultos evaluados.

Esto confirma lo señalado por otros autores, quienes describen que la discapacidad funcional es factor de riesgo de maltrato en la vejez. Los paradigmas actuales relacionados con la vejez, hacen del adulto mayor un ser tremendamente vulnerable al maltrato y al abuso. Letelier (2005) señala que, si la persona mayor padece de algún nivel de dependencia (ya sea económica, emocional o física), esto la convierte en un blanco perfecto para toda forma de abuso.

La alta proporción de pérdida de roles familiares identificada en el 99% de los adultos mayores participantes, sumado a la falta de apoyo social (12,6%), falta de apoyo emocional (16,5%) e instrumental (10,4%), falta de interacción social positiva (18%) y falta de apoyo afectivo (11,1%), es observada especialmente en las mujeres del grupo de estudio y por el hecho de que la persona mayor no suele denunciar su situación a causa de su falta de información, de su capacidad limitada de comunicación, de la débil posibilidad de que sea creída, y también por la desconfianza en el sistema jurídico.

También se encontró que a mayor autoestima y mayor estado de ánimo o capacidad afectiva, menor maltrato. Los datos confirman lo descrito por Tabueña (2009): los trastornos psicológicos asociados a los malos tratos, como la ansiedad, la depresión y la baja autoestima entre otros, pueden producir disfunciones psíquicas como angustia, irritabilidad, reducción de la capacidad de memoria, aislamiento social, así como tentativas autodestructivas llegando al suicidio.

Cooper *et al.* (2008) señalan que el maltrato en la vejez está asociado con el estrés e incremento de la mortalidad en adultos mayores. Asimismo, Dong *et al.* (2009) reportaron que la tasa de mortalidad de sujetos que no sufren maltrato es de 5,91 muertes por 100 personas y en aquellos que reportan maltrato la tasa de mortalidad es de 13,49%.

Lo anteriormente descrito, estaría confirmando la vulneración del derecho a la dignidad, a la participación, a la autonomía y autodeterminación en virtud del cual las personas mayores tienen el derecho a decidir sobre su vida. Se ha descrito que cuando los mayores se convierten en dependientes económicos, físicos y emocionales de sus hijos,

muchas veces se invierten los roles; el tener que dejar el rol de adulto independiente para ocupar el rol de adulto dependiente, los coloca en una situación de riesgo. Si se trata de una familia con características violentas, el anciano es víctima de las mismas conductas autoritarias y humillantes. El no escuchar o prestar poca atención a la necesidad de comunicarse por parte del adulto mayor, lleva a una disminución de la interacción social. Cualquiera sea la causa del maltrato puede generar en él problemas tan serios como depresión y aislamiento, con probabilidades de una serie de problemas relacionados con la salud, incluyendo múltiples comorbilidades, pérdida de capacidad funcional, reducción del espacio de vida y el deterioro cognitivo. Todos estos factores incrementan la vulnerabilidad (Kelly *et al.*, 2008).

La soledad y el aislamiento constituyen uno de los mayores miedos de este grupo etáreo, lo que puede llevarlos a aceptar condiciones absolutamente injustas e indignas para ellos. Por esto, un desafío importante es trabajar para que los ancianos tengan mayor control sobre sus vidas y sean autovalentes, ya que se ha visto que la prolongación de la independencia física, social y psicológica es un importante factor protector, que aleja a las personas ancianas de situaciones de violencia.

Al parecer, la pertenencia a un grupo social, funciona como factor protector; en el estudio se encontró baja participación en organización social, 11,91% de mujeres y 2,65% de varones, pero en el análisis de correlación se encontró que a mayor pertenencia de grupo social, menor posibilidad de sufrir maltrato ( $p < 0,05$ ). Al respecto en Ecuador, Piruch (2005) informó que el 10,7% de adultos mayores registro pertenecer a una organización de jubilados, el 3,7% a una organización de no jubilados y el 85,5% a un centro gerontológico. El 30,8% requiere de dependencia para movilizarse.

El problema de los malos tratos a personas mayores es un asunto familiar y se pueden producir conspiraciones de silencio. La mayoría de los tratos se producen en el interior de los domicilios y las personas mayores, a diferencia de los niños, no suelen ser vistas en público, donde estos malos tratos se podrían detectar (Mesías *et al.*, 2006). También existe la creencia general de que un familiar no maltratará jamás a una persona mayor de su propia familia. Las propias personas mayores suelen creer que son las únicas que sufren malos tratos por parte de sus familiares y no saben a quién denunciarlos.

De acuerdo con el análisis de correlación, los profesionales operadores en casos de violencia en la vejez, deberán estar alertas a las variables identificadas, como el hecho de ser mujer, menor grado de instrucción, situación económica dependiente, discapacidad funcional, bajo apoyo social y bajo estado de ánimo.

## CONCLUSIONES

Los adultos mayores que participaron en el estudio tuvieron una edad promedio de  $71,1 \pm 7,3$  años, 62,9% de sexo femenino, 57,9% con instrucción primaria, 71% convive con la familia extensa, 76% cuenta con seguro de salud. El 35% percibe remuneración económica, 68,3% califica su situación económica como regular, 32,8% depende de la ayuda económica de las hijas mujeres. Solo el 11,9% de mujeres y 2,6% de varones pertenece a alguna organización social.

Se detectó discapacidad en actividades básicas del 18% y en actividades instrumentales del 30,2% de adultos mayores participantes. El 20,4% con autoestima baja, 99,3% con pérdida de roles, escaso apoyo social (12,6%), falta de apoyo emocional (16,5%) e instrumental (10,4%), falta de interacción social positiva (18%) y falta apoyo afectivo (11,1%).

El 57,3% de adultos mayores informó maltrato, siendo las mujeres quienes informan más situaciones de maltrato que los varones ( $p = 0,006$ ). Los adultos mayores que informaron maltrato, tienden a informar salud percibida en general buena en menor proporción (11,7%) que los adultos que niegan maltrato (24,3%) ( $p = 0,0000$ ).

El análisis de correlación demostró que a mejor salud percibida, mejor capacidad funcional, mejor autoestima, mejor apoyo social y mejor estado de ánimo, menor referencia de maltrato ( $p < 0,01$ ).

## RECOMENDACIONES

De acuerdo con los hallazgos del estudio se sugiere lo siguiente:

Profundizar el estudio del maltrato en la vejez a través de estudios cualitativos que permita identificar categorías subjetivas de auto-percepción del maltrato en la vejez en nuestro medio, tanto de operadores de violencia, víctimas de maltrato y sociedad en general. Se recomienda realizar un estudio con grupo control para evaluar factores de riesgo. Diseñar estudios cualitativos que permita recoger información de variables psicológicas y sociológicas que posibilite la construcción de indicadores de programas de reducción y enseñanza de control de maltrato en la vejez.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguas S, Bertone M, Lew N, Guido P. 1996. "How the elderly perceive mistreatment". In *Latin American Journal of Gerontology*, vol. 3, nº. 1, II-VII, Buenos Aires, Argentina.
- Aspiazú M, Cruz A, Villagrasa J, Abanades J, García N, Valero F. 2002. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salu Pública*. 76:683-699.
- Centro de Emergencia Mujer del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual. 2002. Lima, Perú.
- Cooper C, Selwood A, Livingston G. 2008. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing*; 37: 151-160.
- Dong X, Simon M, Mendes de León C, Fulmer T, Beck T, Hebert L, Dyer C, Paveza G, Evans D. 2009. Elder Self-neglect and Abuse and Mortality Risk in a Community-Dwelling Population. *JAMA*. August 5; 302(5): 517-526.
- Fulmer T, Paveza G, VandeWeerd C et al. 2005. Dyadic vulnerability/risk profiling for elder neglect. *Gerontologist*; 45: 498.
- Kelly P, Dyer C, Pavlik V, Doody R, Jogerst G. 2008. Exploring Self-neglect in Older Adults: Preliminary Findings of the Self-Neglect Severity Scale and Next Steps. *J Am Geriatr Soc*. November; 56(Suppl 2): S253-S260.
- Letelier A. 2005. Maltrato en la vejez, vol. XIV, nº 1.
- Machado L. 2002. Elder Abuse: Global Retrospective 1982-2002. Valencia Forum. Abstrac. Valencia, España, p. 92.
- Martín Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. 2007. The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*; 10(2):458-467.
- Mendoza L. 2000. Abuso y victimación. En: Rodríguez y Col eds. *Geriátrica*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, pp. 230-235.

- Mesías M, Vidal E, Debén M. 2006. Maltrato a personas mayores. Guías clínicas. 2006: 6 (13).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) / Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2003. Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Ginebra, pp. 220-240.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) / Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Adulto Mayor (INPEA). 2002. Missing Voices: Views of older persons on elder abuse. Ginebra-Switzerland, pp. 1-22.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). 1993. Enfermería Gerontológica. Washington, pp. 20-40.
- Piruch P. 2005. El maltrato al anciano en el Ecuador. Instituto de Altos Estudios Nacionales de Ecuador. Tesis presentada como requisito para optar al título de magíster en Seguridad y Desarrollo, con mención en Gestión Pública y Gerencia Empresarial, 203 pp.
- Risco C, Paniagua MC, Jiménez G, Poblador MD, Molina L, Buitrago F. 2005. Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. Medicina Clínica; 125(2): 51-55.
- Rodríguez E, Olivera A, Garrido R, García R. 2002. Maltrato a los ancianos. Estudio en el Consejo Popular de Belén, Habana Vieja. Rev Cubana Enfermer; 18(3):144-53.
- Ruiz A, Altet J, Porta N, Duaso P, Coma M, Requesens N. 2001. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. Aten Primaria; 27:331-4.
- Tabueña M. 2009. Los malos tratos a las personas mayores, una realidad oculta. Obra Social de Caixa Catalunya. ISBN: 978-84-89860-99-5.
- Zúñiga-Santamaría T, Sosa-Ortiz AL, Alonso-Vilatela ME, Acosta-Castillo I, Casas-Martínez ML. 2010. Dependencia y maltrato en el anciano con demencia. Persona y Bioética, vol. 14, núm. 1, enero-junio, pp. 56-66. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83215670006>