

## MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR: FACTORES DE RIESGO

\*Cruz Mónica López- Morales<sup>1</sup>, Ana Laura Fernández Angulo<sup>2</sup>,  
Ricardo González- Heredia<sup>2</sup>, María Guadalupe Mojarras Espinosa<sup>2</sup>,  
Eusebio Rosales- Partida<sup>3</sup>, Olga Rosa Brito-Zurita<sup>4</sup>.

### Resumen

**Introducción:** El maltrato al adulto mayor es cualquier acto intencionado o no que produzca daño, vulnere su integridad física, psíquica y sus derechos fundamentales; el objetivo del estudio es Identificar los factores de riesgo para maltrato en el adulto mayor, usuario de servicios públicos de salud. **Material y métodos:** se realizó un estudio transversal analítico en 260 pacientes mayores de 60 años, usuarios de servicios públicos de salud de primer nivel de atención, en el estado de Sonora, México, quienes contestaron la escala de Reis y Nahmias y encuesta diseñada para este estudio de factores asociados como tipología familiar, cuidador principal, escolaridad y nivel de dependencia, la cual se evaluó con la escala de KATZ. **Resultados.** El promedio de edad del grupo estudiado fue de  $71.56 \pm 7.98$  años; con relación al puntaje del 19.6% con alto riesgo de padecer maltrato fue de  $68 \pm 8$  puntos y del restante 80.4%; con bajo riesgo de maltrato fue de  $17 \pm 9$  puntos, predominó en el sexo masculino, siendo el principal agresor el hijo seguido de la pareja. **Conclusión:** Se identificó una prevalencia de un 19.6% de maltrato, predominando en el sexo masculino y los factores que se asociaron al riesgo fueron el no tener pareja y no contar con redes de apoyo social.

**Palabras clave:** Maltrato; Adulto Mayor; Familia.

<sup>1</sup>Coordinación Auxiliar de Investigación, IMSS, Sonora

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar

<sup>3</sup>Coordinación de Planeación y Enlace, IMSS, Sonora

<sup>4</sup>Dirección de Educación e Investigación, Unidad Médica de Alta Especialidad, IMSS, Sonora

\*Correspondencia: Cruz Mónica López Morales, correo electrónico: monica.lopezm26@gmail.com

## Introducción

El maltrato al adulto mayor se define como una situación no accidental, en la cual una persona sufre un trauma físico, privación de necesidades físicas básicas o daño mental, como resultado de acto u omisión por un cuidador, considerando como adulto mayor a una persona con más de 60 años de edad en un país en vías de desarrollo según la definición de la Organización Mundial de la Salud [(OMS) (WHO, 2012)].

El proceso de envejecimiento demográfico es un fenómeno universal con repercusiones sociales, políticas y económicas, el cual se está experimentando en los países en desarrollo, como México (Álvarez y Ponce, 2009) donde resultados de la encuesta 2008-2012 de la Comisión Nacional de Población (CONAPO) más del 6.3% de la población está formada por adultos mayores de 60 años que representan 8.3 millones, los cuales se verán cuadruplicados para el 2050 y más de la mitad no contará con ninguna seguridad social ni servicio de salud; actualmente uno de cada diez adultos mayores reside solo y el 80% no cuenta con un ingreso fijo (CONAPO, 2007), lo cual agrava su situación de pobreza y marginación.

El analfabetismo, ingresos no fijos, comportamientos inadecuados (violencia, adicciones) en su núcleo familiar, dependencia de vivienda y alimentación, así como de necesidades

básicas, presencia de comorbilidades y la propia edad son considerados factores que determinan el grado de dependencia del adulto mayor, modificando la susceptibilidad para sufrir algún tipo de maltrato (Álvarez y Ponce, 2009; García, García y Tano, 2010; Hommer y Gilleard, 1990). Otro factor que supone a los adultos mayores como sector vulnerable es el hecho de que, de la totalidad de ellos, se estima que el 30.10% es analfabeta, además que no todos los adultos mayores cuentan con la protección de la seguridad social, siendo los más empobrecidos aquellos que carecen de jubilaciones y pensiones, y aún más vulnerables los que habitan en el medio rural; un estudio cubano reporta que aproximadamente el 13.3% de la población de adultos mayores no percibe ingresos, que el 12.80% percibe menos de mil pesos al mes, y un 16.2% sufre algún tipo de maltrato (García, García y Tano, 2010). A nivel mundial se estiman cifras hasta de un 30% de adultos mayores sin régimen de jubilación (Eitienne, Dahlberg y James; 2003). Además de las variables anteriormente mencionadas, otro estudio reportó que las variables relacionadas con maltrato en el adulto mayor son: sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, fuente de ingresos, cuidador principal, tipología familiar, red social (Gómez y Rodríguez, 2007).

La edad avanzada provoca que las necesidades tanto del adulto mayor como de su familia crezcan no solo

en términos monetarios sino también emocionales, lo cual desencadena un alto costo familiar e individual; un estudio en Perú (Montenegro, Salazar y De la Puente, 2009) calcula que el índice de dependencia de las personas adultas mayores es de 12.14%; de este total el 23.10% vive en un núcleo familiar, donde el 18.60% padece violencia intrafamiliar en alguno de sus grados.

En el 2006, la Encuesta sobre el Maltrato a personas Adultas Mayores en el DF (EMPAM-DF) reveló que el maltrato al adulto mayor puede ser de carácter físico o psíquico (este último incluye las agresiones emocionales o verbales), o puede entrañar abuso económico u otros perjuicios materiales (Gildardo, 2006); cualquiera que sea el tipo de maltrato, es indudable que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida (Hommer y Gilleard, 1990).

Existen instrumentos diseñados los cuales tienen la finalidad de identificar el maltrato en este grupo de edad. En este estudio se utilizó la escala Reis y Nahmiash la cual está compuesta por 27 ítems, que evalúan datos presentes en el cuidador como en la persona cuidada, cuyo resultado refleja el riesgo que tiene la persona de sufrir maltrato o bien identificar cuidadores abusivos. También se aplicó el instrumento de Katz con el fin de identificar el grado de dependencia (Medina, Kobayashi,

Zavala, Franco, Bazaldúa, Jiménez y Tavera, 2013).

Ambas escalas permitieron identificar el riesgo de sufrir maltrato en los adultos mayores, enfocado en las características que el paciente pueda tener y cuáles de estas lo hacen más susceptible al maltrato cumpliendo con el objetivo del estudio.

### **Material y métodos**

Se realizó un estudio transversal analítico en unidad de primer nivel de atención, en adultos mayores de 60 años, seleccionados por casos consecutivos, incluyendo a quienes eran usuarios de los servicios de salud o acudían a la unidad de primer nivel de atención en Sonora, México. Se eliminaron a las personas que padecían demencia o patología psiquiátrica, que viven solas, con discapacidad auditiva y/o del lenguaje que impidieran realizar la entrevista o que durante la entrevista decidieran retirarse.

Las variables a estudiar fueron: el Síndrome de Maltrato al Adulto Mayor definido como una situación no accidental, en la cual una persona sufre un trauma físico, privación de necesidades físicas básicas o injuria mental, como resultado de acto u omisión por un cuidador; para ello utilizamos la Escala de Reis y Nahmiash (encuesta que consta de 27 preguntas las cuales determinan el tipo de maltrato al que los pacientes están expuestos y los factores de riesgo

que se asocian) considerando un puntaje de 0-22 como riesgo menor a ser maltratado y de 23-88 con riesgo elevado a sufrir maltrato.

El cuidador se definió como la persona que cuida la mayor parte del día al adulto mayor ya fuera con parentesco: hijo (a), esposo (a), nietos, pareja o sin parentesco: enfermero (a), vecino (a). También se contemplaron las edades de ambos, género, estado civil, escolaridad, funcionalidad para las actividades de la vida diaria la cual se midió con el índice de KATZ (encuesta que considera funciones como el baño, vestido, uso del sanitario, movilidad, continencia y alimentación); se califica de la A a la H, siendo más independiente entre más cercano a la A; para fines de nuestro estudio se consideraron los grados A y B como ausencia o incapacidad leve, C y D como incapacidad moderada y E-H como incapacidad severa. Tipología Familiar según su estructura (nuclear, extensa, extensa ampliada, extensa modificada, monoparental y adoptiva) y el contar o no con redes de apoyo (asistencia a grupos de distinta índole: religión, social, altruismo, etc. por lo menos una vez al mes).

Dentro de los aspectos éticos se consideró que las personas decidieran libremente participar en el estudio sin que hubiese persuasión, manipulación ni coerción, brindar información completa y comprensible acerca del estudio a realizarse, e incluir el objetivo del tratamiento o del estudio,

su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pudiese perjudicar en otros tratamientos. Se cumplió con los códigos éticos establecidos en la declaración de Helsinki de 1964, en su versión enmendada de 2004, y en las normas mexicanas basándose en el comunicado del 26 de enero de 1962 del diario oficial de la SSA.

El estudio fue autorizado por el comité local de investigación de la unidad de medicina familiar en donde se realizó el estudio.

## Resultados

De una muestra total de 260 pacientes adultos mayores el 62.7% (163) fueron del sexo femenino, y 37.3% (97), del sexo masculino; el promedio de edad fue de  $71.56 \pm 7.98$  años, en un rango que va de los 60 a los 97 años: el promedio de edad en el sexo femenino fue de  $71.11 \pm 7.7$  años y en hombres de  $71.19 \pm 8.4$  años. Respecto a la escolaridad, el 73.8% de los adultos mayores (192) cursó primaria completa, los 68 (26.2%) restantes secundaria o superior. Considerando la tipología familiar, 152 (58.5%) adultos mayores aún permanecían en una familia nuclear y 108 (41.5%) en una familia ampliada; en relación a la presencia de comorbilidades, 125 (48.1%) refirió una comorbilidad y los 135 (51.9%) restantes dos comorbilidades o más. El rol de cuidador principal, en 161

adultos mayores (61.9%) lo tenían los hijos y en los 99 (38.1%) restantes la pareja. De las redes sociales de apoyo, 175 (67.3%) contaban con ellas y 85 (32.7%) no. También se evaluó el grado de dependencia del adulto mediante el índice de Katz, resultando que 227 (87.3%) de los adultos mayores se encontraban con ausencia de dependencia o incapacidad leve, 15 (5.8%) con incapacidad moderada y 18 (6.9%) con incapacidad severa.

Al aplicar la escala de Reis y Nahmiash, considerando como punto de corte 44 puntos de un total de 0 a 88 puntos, se obtuvo un promedio del total de los encuestados de  $38 \pm 12$  puntos; al considerar el punto de corte de 44, la prevalencia resultante de alto riesgo de padecer maltrato fue del 19.6% (51 adultos mayores), contra 80.4% (209 adultos mayores) los cuales presentaron puntuaciones inferiores a los 44. El promedio de puntaje de los adultos con alto riesgo de padecer maltrato fue de  $68 \pm 8$  puntos y de los adultos mayores con bajo riesgo de maltrato el promedio de puntaje fue de  $17 \pm 9$  puntos, siendo dicha diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.023$ ) con t de student.

Resalta la importancia del pertenecer a redes sociales de apoyo; el grupo con alto riesgo presentó mayor ausencia de redes sociales en comparación con los de bajo riesgo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, con una razón de momios de 1.52 a favor de presentar maltrato en quienes no

contaban con redes sociales. En la tabla 1 se describe la distribución por grupo del resto de las variables.

Con relación al cuidador, el rango de edad fue de los 33 a los 78 años, con una media de  $53.41 \pm 12.52$  años; 189 (72.7%) de los cuidadores eran del género femenino y 71 (27.3%) masculino; de los 51 adultos mayores que sufrían maltrato, 33 (64.7%) de ellos eran cuidados por personas del género femenino y 18 del masculino. En la escolaridad de los cuidadores también predominó el de primaria terminada en 78.8%, siguiendo secundaria en el 15%, carrera técnica en 3% y profesional en un 3.2%.

El promedio total de puntos solo del cuidador en la escala de Reis y Nahmiash en general fue de  $9.4 \pm 5.3$ ; al considerar el promedio de los cuidadores de los 51 adultos mayores con mayor riesgo de maltrato el promedio fue de  $14.1 \pm 6.5$ , siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p:0.021$ ) con t de student.

## Discusión

La prevalencia obtenida fue menor (19%) a la reportada por Martínez-Pérez, 2005, quienes hablaron de un 44% de víctimas de maltratos, en una muestra de 93 adultos mayores en Cuba. Con relación al nivel educacional del grupo de adultos mayores que recibió maltrato fue similar, predominando la educación primaria en ambos; respecto al estado civil en su estudio, el 54% de los adultos mayores estaba casado.

Las redes sociales de apoyo han demostrado ser un formidable recurso para que las personas optimicen su estado de salud y bienestar, y un importante factor restaurador cuando su salud está comprometida, con particular importancia en la tercera edad en la que el individuo necesita ser reconocido como ser humano, útil y productivo (WHO, 2012). El no contar con ellas aumenta el riesgo de maltrato en el adulto mayor, como lo reflejan los resultados de este estudio.

Dentro de las variables contempladas en este estudio se incluyeron características de los cuidadores principales, que de acuerdo a la bibliografía revisada, los mayores victimarios de los adultos mayores lo representan sus propios hijos adultos con el 44.4%, los cónyuges 14.6%, pareja actual sin vínculo legal o religioso (afectivo y/o sexual) 9.7%, u otros familiares (nuera, yerno, etc.) en un 17.0%, las edades de los agresores fluctúan entre 26 y 45 años y en un 68% son varones (Gómez y Rodríguez, 2009; Félix y Hernández, 2009 y Flores y Benalcázar, 2009) situación que fue diferente en estos resultados donde reflejaron que de los adultos mayores que presentaron alto riesgo de maltrato, 24 (47.05%) eran cuidados por la pareja y 27 (52.94%) por el hijo, en proporciones similares; en el 64.7% de los pacientes maltratados, el agresor era del sexo femenino, y el rango de edad fue de los 33 a los 78 años, con una media de  $53.41 \pm 12.52$  años.

Este estudio refleja la necesidad de orientación en el manejo del adulto mayor a favor del mantenimiento de un ambiente adecuado el cual favorecerá su salud. Álvarez y Martínez, 2009, sustentan que para el médico que labora en el primer nivel de atención es difícil hacer detección de maltrato debido a que el motivo de consulta suele ser distinto al maltrato per se, por lo que hacer énfasis en que el problema existe marcará la diferencia (Martínez y Pérez, 2005).

Una debilidad de este estudio es que se realizó en una unidad de medicina familiar y se excluyeron a adultos que se encuentran postrados o con un alto índice de dependencia los cuales podrían ser más vulnerables y elevar las cifras reportadas. Además de que no se contemplaron variables como la personalidad del anciano y la historia previa de la familia, Félix Ruiz y Hernández Orozco recomiendan valorar estos factores para que, en conjunto con psicología, se elabore un abordaje personalizado e integral (Félix y Hernández, 2009).

El abuso al adulto mayor se ha generalizado, principalmente en el ámbito familiar definiéndose así como violencia intrafamiliar; es por esto que se debe hacer énfasis en las relaciones médico paciente en el primer nivel de la consulta para realizar un diagnóstico oportuno que permita al adulto mayor estar exento de este padecimiento.

**Tabla1. Comparación de variables por grado de riesgo de maltrato en adultos mayores**

<b>Variables</b>	<b>Alto riesgo de maltrato N=51 (19.6%)</b>		<b>Bajo riesgo de maltrato N=209 (80.4%)</b>		<b>p*</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Género</b>					
Masculino	21	41.17	76	36.36	0.076
Femenino	30	58.82	133	63.63	
<b>Escolaridad</b>					
Primaria	33	64.70	159	76.07	0.067
Secundaria y superior	18	35.29	50	23.92	
<b>Comorbilidad</b>					
Uno	23	45.09	102	48.80	0.063
Dos y más	28	54.90	107	51.20	
<b>Estructura familiar</b>					
Nuclear	30	58.32	122	58.37	0.873
Ampliada	21	41.17	87	41.63	
<b>Dependencia</b>					
Ausente o incapacidad leve	45	88.23	182	87.08	0.321
Incapacidad moderada	05	9.80	10	4.78	
Incapacidad severa	01	1.96	17	8.13	
<b>Redes sociales</b>					
Si	28	54.90	147	70.33	0.0012
No	23	45.09	62	29.66	

\*Chi cuadrado, N: número absoluto, %: porcentaje

**Conflictos de interés:** Ninguno.**Fuentes de apoyo financiero:** Recursos propios de la institución.

## Referencias

1. Álvarez LG, Ponce ER (2009). Maltrato, abandono y negligencia en anciano de una clínica de medicina familiar y un hospital general de la ciudad de México. *Archivos Medicina familiar*, 11, 4,159-165.
2. Consejo Nacional de Población, CONAPO (2007). México, D.F.
3. Eitienne GK, Dahlberg L. James AM (2003). El Maltrato de las personas mayores. EUA Oficina regional de la organización mundial de la salud, Washington D.C. Informe mundial sobre violencia y salud, 5, 135-156.
4. Félix Ruiz C, Hernández-Orozco ML (2009). El Abandono del Adulto Mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. *Archivos de medicina familiar*, La Paz BC, 11,4,147 – 149.
5. Flores Benalcázar EM (2009). Prevalencia y factores asociados a maltrato en adultos mayores de la parroquia Yanuncay de la ciudad de Cuenca. Tesis.
6. García M, García P, Tano L, (2010). Salud funcional y enfermedades asociadas en ancianos. *Rev Ciencias Médicas*, 14,1,128-137.
7. Giraldo-Rodríguez ML (2006). Encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF). Análisis de la información estadística.
8. Gómez A, Rodríguez G (2007). Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México). *Rev. Esp Geriatria Gerontología*, 42,1, 27-34.
9. Medina Chávez JH, Kobayashu Gutiérrez A, Zavala Calderón A, Franco Álvarez N, Bazaldúa Merino LA, Jiménez Ramírez MN, Tavera Palacios E. (2013). Guía Práctica Clínica Detección y Manejo del maltrato en el adulto mayor Primer Nivel de Atención. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-057-08.
10. Hommer A, Gilleard C (1990). Abuse of elderly people by their carers. *BMJ*, 15,30.
11. INEGI (2010). Censo de población y vivienda 2005, censo de población y vivienda. Instituto Nacional de Envejecimiento.
12. Martínez C, Pérez V (2005). Maltrato en los ancianos: Un reto a la atención primaria de salud geriátrica. *Rev Cubana Med Gen Integ*, 21,1-2.
13. Montenegro L, Salazar C, De la Puente C (2009) Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. *Acta Medica Perú*, 26, 3,169-174.
14. World Health Organization (2012). Definition of an older or elderly person. Health statistics and health information systems.