

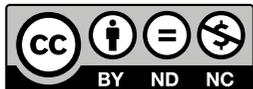
Vulneración a la integridad física de personas mayores: prevalencia del maltrato y factores asociados

Violation of the Physical Integrity of the Elderly: Prevalence of Abuse and Related Factors.

Por: Maite Catalina Agudelo-Cifuentes,¹ Doris Cardona,² Angela Segura,³ Diego Restrepo-Ochoa,⁴ Diana Muñoz Rodríguez,⁵ Alejandra Segura⁶ & Daniel Jaramillo⁷

1. Doctora en Epidemiología y Bioestadística. Universidad CES, Medellín, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1501-9452> Scholar: <https://scholar.google.com/citations?user=xq2tqKoAAAAJ&hl=es> Contacto: maitecac@gmail.com
2. Doctora en Demografía. Universidad CES, Medellín, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4338-588X> Scholar: <https://scholar.google.es/citations?user=72K9kikAAAAJ&hl=es> Contacto: dcardona@ces.edu.co
3. Doctora en Epidemiología. Universidad CES, Medellín, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0010-1413> Scholar: <https://scholar.google.es/citations?hl=es&user=m2mAzcQAAAAJ> Contacto: asegura@ces.edu.co
4. Doctor en Salud Pública. Universidad CES, Medellín, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4469-6260> Scholar: <https://scholar.google.com/co/citations?user=ol-KMNMAAAA&hl=en> Contacto: drestrepo@ces.edu.co
5. Doctora en Epidemiología y Bioestadística. Universidad CES, Medellín, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4255-4813> Scholar: <https://scholar.google.com/citations?user=xXTCvQ4AAAAJ&hl=es> Contacto: dmunoz@ces.edu.co
6. Magister en Epidemiología. Universidad CES, Medellín, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1624-0952> Scholar: https://scholar.google.es/citations?user=AB_byLoAAAA&hl=es Contacto: dsegura@ces.edu.co
7. Magister en Epidemiología. Universidad CES, Medellín, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8735-7050> Scholar: <https://scholar.google.es/citations?user=RfoFosQAAAAJ&hl=es> Contacto: dajaramillo@ces.edu.co

OPEN ACCESS



Copyright: © 2020 El Ágora USB.

La Revista El Ágora USB proporciona acceso abierto a todos sus contenidos bajo los términos de la [licencia creative commons](#) Atribución–NoComercial–SinDerivar 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Tipo de artículo: Investigación

Recibido: febrero de 2020

Revisado: marzo de 2020

Aceptado: mayo de 2020

Doi: 10.21500/16578031.4568

Citar así: Agudelo-Cifuentes, M., Cardona, D., Segura, A., Restrepo-Ochoa, D., Muñoz Rodríguez, D., Segura, A. & Jaramillo, D. (2020). Vulneración a la integridad física de personas mayores: prevalencia del maltrato y factores asociados. *El Ágora USB*, 20(2), 129-139
Doi: 10.21500/16578031.4568

Resumen

El envejecimiento poblacional que experimenta actualmente América Latina trae consigo retos para la sociedad, como la prevención de la vulneración a los derechos humanos y libertades de las personas mayores y la eliminación de todas las formas de maltrato. La prevalencia de maltrato físico a personas mayores fue de 4,1%. Se presentó principalmente en mujeres, personas sin pareja y con ingreso económico. Además, fue más prevalente en personas mayores con riesgo de depresión, antecedentes de pensamientos suicidas, insatisfacción con la salud y que convivían con familias disfuncionales. Los hallazgos de esta investigación muestran como las relaciones familiares pueden ser un factor clave a la hora de abordar la problemática del maltrato; además, las graves repercusiones que generan estos hechos sobre la víctima, como afectaciones no solo a la salud física sino también mental.

Palabras clave. Adulto mayor; persona mayor; maltrato físico; violencia familiar; depresión; dinámicas familiares violentas.

Abstract

The ageing population currently experienced by Latin America brings with it challenges for society, such as the prevention of human rights violation and freedoms of the elderly, and the elimination of all forms of abuse. The prevalence of physical abuse for the elderly was 4.1%. It was mainly presented in women, people without a partner, and with financial income. In addition, it was more prevalent in older people at risk of depression, a history of suicidal thoughts, dissatisfaction with health, and living with dysfunctional families. The findings of this research show how family relationships can be a key factor in addressing the problem of abuse. In addition, the serious impact of these facts on the victim, such as affectations not only to physical health, but also to mental health.

Keywords: Senior Citizen; Older Person; Physical Abuse; Family Violence; Depression; and Violent Family Dynamics.

Introducción

El incremento de la población adulta mayor como resultado de la transición demográfica, ha generado modificaciones sociales, económicas y culturales al interior de las regiones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2050 la población de personas mayores se duplicará en el mundo y de estas, aproximadamente el 80% se concentrarán en países de ingresos medios o bajos (Organización Mundial de la Salud, 2016). El envejecimiento poblacional que se experimenta actualmente en los países de América Latina, ha traído consigo retos para la sociedad y los Estados, como la prevención de la vulneración a los derechos humanos y libertades de las personas mayores y la eliminación de todas las formas de maltrato (Organización de Estados Americanos [OEA], 2005).

El maltrato en la población adulta mayor es un problema de salud pública por sus repercusiones negativas para la salud física y mental de la víctima (Centers for Disease Control and Prevention, 2016). Es un problema que ha existido desde décadas atrás, y ha aumentado conforme incrementa el número de personas de 60 años y más (Bover Bover, Moreno Sancho, Mota Magaña, & Taltavull Aparicio, 2003), sin embargo es altamente subestimado, principalmente por la falta de notificación por parte de las víctimas y/o cercanos (Centers for Disease Control and Prevention, 2016). Es definido por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las personas mayores, como cualquier “acción u omisión, única o repetida, contra una persona mayor que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza” (Organización de Estados Americanos [OEA], 2005). Ha sido clasificado en cinco principales categorías: físico, sexual, emocional, negligencia, y económico (Department of Health London, 2000; Iborra, 2008, 2009; Muñoz, 2004). Para el presente artículo se abordará el maltrato físico, comprendido como la vulneración a la integridad física de la persona mayor, por medio del uso de la fuerza para causar daño, sin importar su frecuencia o gravedad (Muñoz, 2004); se presenta con golpes o agresiones, restricción con ligaduras, submedicación y sobremedicación. Puede ser identificado por signos, síntomas o lesiones visibles (Organización Mundial de la Salud, 2018). Esta tipología de maltrato tiene graves repercusiones físicas y psicológicas en la víctima (Muñoz, 2004), afecta el bienestar (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013) y aumenta la probabilidad de hospitalización y muerte (X Dong, Simon, & Mendes, 2009; Rovi, Chen, Vega, Johnson, & Mount, 2009).

Aunque el hogar es el lugar donde se espera que las personas mayores reciban cuidado y seguridad, con frecuencia el maltrato es ocasionado por un familiar, persona cercana o cuidador (Organización Mundial de la Salud, 2018). El maltrato surge como resultado de la interacción de múltiples factores (Cloug, 1999); entre los cuales hay características del adulto mayor, y de la relaciones familiares y sociales (Fanslow, 2005; Melchiorre *et al.*, 2016; Penhale, 2003; Pérez-Rojo & Penhale, 2006).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 1 de cada 6 personas mayores ha sufrido algún tipo de abuso en entornos comunitarios, y en países de medianos y bajos ingresos, la prevalencia es de aproximadamente 15,7% (Organización Mundial de la Salud, 2018). En Colombia, la encuesta SABE 2015 encontró una prevalencia aproximada de maltrato del 12,9% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) y en Antioquia, un estudio realizado para el año 2012, encontró que aproximadamente el 1,7% de las personas mayores habían sido víctimas de maltrato físico (Cardona, Segura, & Garzón, 2013).

Estados Unidos y algunos países de Europa, cuentan con servicios de protección a personas mayores y con estudios sobre la prevalencia y caracterización del maltrato hacia la población mayor, caso contrario a países de América Latina, donde este problema social ha sido poco explorado y su prevalencia y factores relacionados aún permanecen invisibilizados (X. Q. Dong, 2015). En este sentido, el presente artículo se plantea con la finalidad de explorar la vulneración a la integridad física

de personas mayores desde un análisis de prevalencia y factores asociados al maltrato, en la ciudad de Medellín.

Metodología

Participantes. Se realizó un estudio observacional, de enfoque empírico analítico, con un diseño transversal. Se seleccionó una muestra de 462 personas mayores en la zona urbana de la ciudad de Medellín en el año 2016. Como criterio de inclusión se seleccionaron personas con 60 años o más de edad de la comunidad, que no estuvieran en establecimientos de larga estadía para adultos mayores, y que vivieran en la zona urbana de la ciudad, además que aceptaran participar del estudio y firmar el consentimiento informado. Se tuvo como criterio de exclusión, el deterioro en el estado cognitivo, determinado a partir del Mini Examen de Estado Mental (MMSE) (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Para la selección de la muestra, se realizó muestreo probabilístico, por conglomerados conformados por 16 comunas de la ciudad, y bietápico, de acuerdo con la distribución geográfica de la ciudad. En la primera etapa se seleccionaron los barrios dentro de las comunas por medio de muestreo sistemático aleatorio, y en la segunda etapa se seleccionaron las manzanas con muestreo aleatorio simple. La encuesta fue realizada a todas las personas mayores de las manzanas seleccionadas que cumplieran con los criterios de inclusión. Las características del muestreo permitieron controlar sesgos de selección y expandir los resultados a 390.680 adultos de 60 años y más de edad de Medellín (Cardona et al., 2016).

Instrumentos. Los datos se recogieron a partir de encuestas realizadas a las personas mayores en sus hogares. Para esto se contó con un grupo de encuestadores que fueron capacitados y estandarizados en la aplicación del instrumento, con el fin de controlar sesgos de información. La encuesta incluía preguntas individuales, familiares y sociales. Para la detección del maltrato se utilizó la Escala Geriátrica de Maltrato (GMS), de 22 preguntas que evalúan cinco tipologías: físico, psicológico, económico, sexual y negligencia. su validación fue realizada en adultos mayores de México (no institucionalizados); con una pregunta afirmativa el adulto mayor se clasifica como maltratado (Giraldo-Rodríguez & Rosas-Carrasco, 2013).

El riesgo de depresión fue medido por medio de la escala Yesavage (Gómez & Campo, 2011), que es un instrumento tamiz para evaluar sintomatología depresiva, por medio de 15 preguntas dicotómicas sobre cómo se sintió la persona durante la semana anterior a la encuesta (Sheikh & Yesavage, 1986) the Hamilton Rating Scale for Depression, and the Depression Adjective Checklist is described. Data show that the GDS represents a reliable and valid screening device for measuring depression with the elderly, and that the GDS is also sensitive to depression among elderly persons suffering from mild to moderate dementia and physical illness. The Short Form of the GDS is considered useful in situations where economy of time is required. (PsycINFO Database Record (c. Para el análisis del estado funcional se utilizó el índice de Barthel que evalúa capacidad para el desarrollo de actividades básica de la vida diaria (ABVD) (Barthel, 1965), a partir de 10 ítems acerca del desarrollo de actividades como comer, desplazarse, asearse, usar el baño, bañarse, vestirse y control de heces y orina. Para analizar las relaciones familiares se utilizó el APGAR familiar que permite evaluar el funcionamiento familiar percibido por el adulto mayor a partir de cinco ítems (Arias, 1994; Suarez Cuba & Alcalá Espinoza, 2014). Se utilizó el cuestionario MOS que permite determinar la red de apoyo social, emocional, instrumental y afectiva por medio de veinte preguntas que indaga sobre los medios con los que cuenta una persona para dar respuesta a sus necesidades (Londoño, 2012). El uso de instrumentos validados permitió el control de sesgos de información.

Análisis estadístico. Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el IBM SPSS Statistics, versión 21 (licencia Universidad CES). Para la descripción de las principales características de las personas mayores se realizó análisis univariado por medio del cálculo de frecuencias absolutas y relativas, este análisis se hizo con la población expandida. Posterior a esto, con la muestra (462) se realizaron análisis bivariados y multivariados para analizar las características que se asociaron con el maltrato físico de las personas mayores. Esto se realizó por medio de regresión logística binaria, a partir del método introducir y se realizó control de factores confusores, ajustando por las variables que mostraron asociaciones estadísticamente significativas. Considerando que la prevalencia de maltrato físico estuvo por debajo del 5% se utilizó el Odds Ratios (OR) como estimador de la Razón de Prevalencia (RP) (Axelson, Fredriksson, & Ekberg, 1994; Schiaffino et al., 2003), para evaluar la fuerza de asociación.

Estándares éticos. Este estudio cumple con la declaración de Helsinki. Este estudio fue revisado y aprobado por el comité de investigación y el comité de Ética de la Universidad CES. De acuerdo con la Resolución Colombiana 8430 de 1993 (República de Colombia & Ministerio de Salud y Protección Social, 1993), se clasifica como un estudio de riesgo mínimo, el cual no compromete la salud ni la integridad física de las personas encuestadas.

Resultados

Características de las personas mayores

En la ciudad de Medellín para el año 2016, se encontró que el 58,8% de las personas de 60 años y más eran mujeres. El promedio de edad fue de 70 años ($DE=8,52$); el 76,0% tenían entre 60 y 74 años y el 24,0% tenían 75 o más, se encontró un 0,3% de adultos mayores de 100 años. En cuanto al estado civil, el 55,5% de las personas estaban sin pareja (viudos, solteros y separado/divorciado) y el 44,5% con pareja (casados y en unión libre). El 59,4% contaron con algún ingreso económico el mes anterior a la encuesta.

De acuerdo con características de salud mental, se identificó que el 6,5% tenían riesgo de depresión y el 7,6% había pensado en algún momento atentar contra su vida. En cuanto a salud física, el 16,8% manifestaron sentirse insatisfechos con su salud y el 9,7% presentaba dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

En cuanto a sus relaciones familiares y personales, se identificó disfuncionalidad familiar en un 31,3% de las personas mayores, además el 15,7% manifestaron haber percibido en algún momento, malos tratos entre los miembros de su familia. El 6,7% de las personas tenían escasez de apoyo social.

Prevalencia de maltrato físico

Se encontró que el 4,1% de las personas encuestadas, indicaron haber sido víctimas de maltrato físico por lo menos una vez durante los últimos cinco años. En los hombres, la prevalencia de maltrato físico fue del 3,4% mientras que en las mujeres fue del 9,5%.

De las personas maltratadas, el mayor porcentaje estuvo representado por mujeres, sin ser significativa la diferencia de acuerdo con el sexo ($p=0,599$). El 84,2% tenían entre 60 y 79 años, el 68,4% se encontraban sin pareja y el 63,2% no habían recibido ningún ingreso económico el mes anterior. De estas características sociodemográficas ninguna se asoció significativamente con el maltrato ($p>0,05$).

En cuanto a la salud física y mental de las personas mayores, se encontró un alto porcentaje de personas maltratadas que tenían riesgo de depresión (31,6%; $p=0,011$); además las ideas suicidas también fueron frecuentes en este grupo de personas (10,5%; $p=0,642$). Aproximadamente cuatro

de cada 10 personas maltratadas se encontraban insatisfechas con su salud física (42,1%; $p=0,002$) y el 5,3% tenían alguna dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria ($p=1,00$).

Respecto a las relaciones familiares y sociales, se encontró en las personas maltratadas un alto porcentaje de mayores que convivían con familias disfuncionales siendo significativa la diferencia (57,9%; $p=0,014$). Además, se identificó también una alta frecuencia de escasez de apoyo social en las personas maltratadas (15,8%; $p=0,084$). Tabla 1.

Tabla 1.
Características individuales, familiares y sociales de las personas mayores según maltrato

Variable		Maltrato % (n)	No maltrato % (n)	p
Sexo	Hombre	26,3 (5)	32,1 (142)	0,599
	Mujer	73,7 (14)	67,9 (301)	
Edad	60-74 años	84,2 (16)	72,9 (323)	0,275
	75 años y más	15,8 (3)	27,1 (120)	
Estado civil	Con pareja	31,6 (6)	43,1 (191)	0,319
	Sin pareja	68,4 (13)	56,9 (252)	
Ingreso económico	Si	63,2 (12)	58,7 (260)	0,698
	No	36,8 (7)	41,3 (183)	
Riesgo de Depresión	Si	31,6 (6)	9,9 (44)	0,011
	No	68,4 (13)	90,1 (399)	
Pensamientos suicidas	Si	10,5 (2)	7,2 (32)	0,642
	No	89,5 (17)	92,8 (411)	
Satisfacción con la salud	Baja	15,8 (3)	12,6 (56)	0,002
	Leve	26,3 (5)	6,1 (27)	
	Alta	57,9 (11)	81,3 (360)	
Dependencia para 1ABVD	Dependiente	5,3 (1)	9,3 (41)	1,000
	Independiente	94,7 (18)	90,7 (402)	
Funcionamiento familiar	Familia disfuncional	57,9 (11)	30,9 (137)	0,014
	Familia funcional	42,1 (8)	69,1 (306)	
Apoyo social	Escasez de apoyo social	15,8 (3)	5,2 (23)	0,084
	Adecuado apoyo social	84,2 (16)	94,8 (420)	

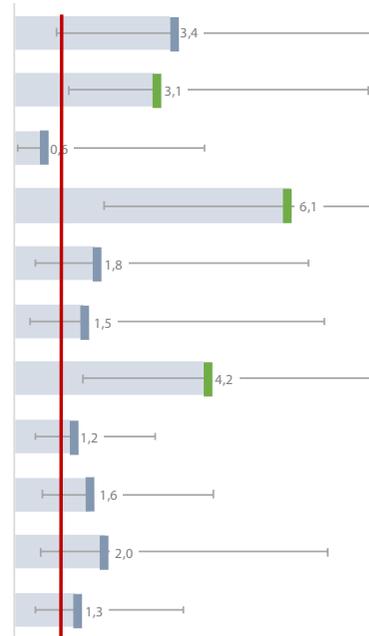
ABVD= Actividades Básicas de la Vida Diaria

El análisis bivariado del maltrato físico con las diferentes características sociodemográficas, de salud, familiares y sociales, permitió observar una fuerte asociación entre esta tipología de maltrato con el riesgo de depresión, la leve satisfacción con la salud y la disfunción familiar. La característica que mostró mayor fuerza de asociación fue la leve satisfacción con la salud, en este sentido, se encontró que la razón entre personas maltratadas versus no maltratadas fue cinco veces mayor en quienes tenían insatisfacción con su salud ($OR=6,06$; $IC95\%$ 1,96-18,71). Respecto quienes tenían riesgo de depresión se encontró que fue tres veces mayor el maltrato ($OR= 4,19$; $IC95\%$ 1,52- 11,56) y dos veces mayor en quienes pertenecían a familias disfuncionales ($OR= 3,07$; $IC95\%$ 1,21-7,81). Se encontró también que el odds de prevalencia de maltrato fue mayor en quienes tenían escasez de apoyo

social, pensamientos suicidas, en quienes tuvieron algún ingreso económico el mes anterior a la encuesta, en quienes no tenían pareja, eran mujeres y tenían entre 60 y 74 años, pero estos hallazgos no fueron estadísticamente significativos. Figura 1.

Figura 1.

Asociación entre maltrato a personas mayores y características sociodemográficas, de salud, familiares y sociales



ABVD= Actividades Básicas de la Vida Diaria

Al realizar el modelo ajustado para controlar factores de confusión, se observó que las características asociadas al maltrato físico fueron el riesgo de depresión (OR ajustado = 3,68; IC95% 1,03-12,28) y la insatisfacción con la salud (OR ajustado = 4,47; IC95% 1,32-15,09), y estas asociaciones fueron estadísticamente significativas. Caso contrario a la disfuncionalidad familiar, la cual mostró una disminución en la fuerza de asociación con el maltrato y adicionalmente perdió su significancia estadística (OR ajustado =2,51; IC95% 7,15). Tabla 2.

Tabla 2.

Factores asociados al maltrato a personas mayores

Característica	OR crudo	OR ajustado	IC95%	p
Mujer	1,32 (0,47-3,74)	1,02	(0,31-3,34)	0,980
60-74 años	1,98 (0,57-6,92)	1,88	(0,55-7,36)	0,289
Sin pareja	1,64 (0,61-4,40)	1,29	(0,42-3,79)	0,685
Con ingreso económico	1,21 (0,47-3,12)	1,29	(0,46-3,65)	0,619
Riesgo de Depresión	4,19 (1,52-11,56)	3,68	(1,03-12,28)	0,045
Pensamiento suicida	1,51 (0,33-6,831)	0,58	(0,11-3,40)	0,577
Baja satisfacción con la salud	1,75 (0,47-6,48)	1,09	(0,27-4,46)	0,895
Leve satisfacción con la salud	6,06 (1,96-18,71)	4,47	(1,32-15,09)	0,016
Familia disfuncional	3,07 (1,21-7,81)	2,51	(0,88-7,15)	0,084
Escaso apoyo social	3,42 (0,93-12,59)	1,09	(0,21-5,76)	0,916

Discusión – Conclusiones

Los hallazgos de la presente investigación permitieron identificar que aproximadamente cuatro de cada cien personas mayores había sido víctima de maltrato físico por parte de su familia, cuidador o personas cercanas. Esta cifra muestra un aumento respecto a la publicada en el año 2012 por un estudio realizado en el departamento de Antioquia, donde esta tipología de maltrato tuvo una frecuencia de 1,7% (Cardona *et al.*, 2013). Respecto a países de la Región de las Américas, se encuentra que la prevalencia hallada está por encima a las encontradas en México, que para el año 2006 de acuerdo con la Primera Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF), fue de 3,7% (Giraldo, 2016). En este mismo país, para el año 2011 la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) encontró una prevalencia de 2,9% (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2017) y el 2016, nuevamente la EMPAM-DF encontró una prevalencia del 1,2%. De otro lado, en Chile se registró una frecuencia de maltrato superior para el año 2012 en un estudio de maltrato en la región de Valparaíso, donde esta tipología estuvo presente en el 5,6% de los encuestados (Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA, 2012).

En Estados Unidos, un estudio mostró una prevalencia del 1,6% para el año 2008 (R Acierno, Hernández, & Amstadter, 2010), inferior a la hallada en la presente investigación, y el panorama al realizar la comparación con cifras mundiales es similar, dado que, según Organización Mundial de la Salud, la prevalencia mundial de maltrato físico a personas mayores es de 2,6%. Entre las prevalencias más altas encontradas por otros investigadores, resalta la reportada para el año 2010 en un área rural de Egipto, donde se encontró que un 5,7% de las personas mayores habían sido maltratadas físicamente (Abdel Rahman & El Gaafary, 2012). Una revisión sistemática con meta-análisis sobre prevalencia de maltrato al adulto mayor realizada en el año 2016, encontró una cifra de 2,6% para maltrato físico (Yon, Mikton, Gassoumis, & Wilber, 2017).

Los resultados obtenidos reflejan que las mujeres fueron las principales víctimas de maltrato físico, lo cual se corresponde con otros estudios (Cooney & Mortimer, 1995; Gonzalez, 2005) donde se ha demostrado además, que son estas quienes sufren los casos más graves de este tipo de agresiones (Marmolejo, 2009). La violencia contra la mujer es una manifestación de la desigualdad y condición de subordinación (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2017). De acuerdo con la OMS, las intervenciones que promueven la sensibilización y emancipación de la mujer favorecen la prevención de violencia en su contra, principalmente por parte de la pareja (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Respecto a los diferentes aspectos de la vida que pueden verse afectados por el maltrato o que pueden favorecer este tipo de situaciones, estudios realizados en diferentes países han demostrado que el maltrato en personas mayores repercute negativamente sobre la salud física (X. Q. Dong, 2015; X Dong & Simon, 2013; Lachs & Pillemer, 2015). Los resultados de esta investigación muestran que cerca de la mitad de las víctimas de maltrato tenían insatisfacción con su salud física, siendo esta una de las características fuertemente asociadas al maltrato. Además, entre las personas que habían sufrido algún evento de maltrato físico se encontró que un 5% tenían dependencia para realizar al menos una de las actividades básicas de la vida diaria. En este sentido, es importante resaltar que la dependencia física es una condición que aumenta la vulnerabilidad y facilita la presencia de situaciones que atenten contra la integridad de la persona (Marmolejo, 2009; Young, 2014). La fragilidad funcional es una condición de riesgo ante el maltrato y frente a esto, algunos países como Holanda, Finlandia, Austria, Alemania y Francia cuentan con medidas de protección directamente para las personas con dependencia (Bover Bover *et al.*, 2003).

Las consecuencias negativas derivadas de las agresiones físicas que sufren las personas mayores, no se limitan a aspectos físicos. La salud mental e integración social se ven altamente afectadas por este tipo de situaciones (X. Q. Dong, 2015). Para los adultos mayores de Medellín se encontró que los síntomas depresivos estuvieron presentes en un alto porcentaje de mayores maltratados. Lo

cual también ha sido reportado en estudios en diferentes contextos culturales y sociales (X. Q. Dong, 2015; Xinqi Dong, Chen, Chang, & Simon, 2013; Xinqi Dong, Chen, Fulmer, & Simon, 2014). Además, en el presente estudio se encontró un 10% de personas mayores maltratadas que manifestaron haber tenido ideación suicida. En Corea un estudio realizado en personas mayores encontró un OR de 2,37 entre el maltrato y la ideación suicida (Lee & Atteraya, 2019), superior al encontrado en el presente estudio. Otro estudio realizado en personas mayores de un área rural de China, encontró que las personas mayores maltratadas tuvieron una tasa significativamente mayor de ideación suicida respecto a los que no había sido víctimas de maltrato; luego de ajustar por factores confusores, dicho estudio concluyó que la asociación significativa se mantuvo para las mujeres, no para los hombres (Wu *et al.*, 2013). Las políticas para prevenir suicidio en personas mayores debe tener un enfoque holístico donde se integre no solo la salud mental de la persona mayor sino también la dinámica familiar y social, además del bienestar económico (Lee & Atteraya, 2019).

Sin duda la dinámica en las relaciones familiares y sociales de las personas mayores afectan las relaciones entre estas, lo que puede facilitar que se desencadenen tensiones y situaciones estresantes que terminen en agresiones física y demás formas de maltrato o discriminación. Los antecedentes de conflictos familiares aumentan el riesgo de maltrato en el adulto mayor (Shugarman, Fries, Wolf, & Morris, 2003). Frente a esto, en la presente investigación se identificó que más de la mitad de las personas mayores maltratadas, convivían con familias disfuncionales. También se identificó escasez de apoyo social en un alto porcentaje de personas maltratadas. Las redes sociales tienen influencia positiva en las relaciones afectivas al interior de las familias, y en la disminución de problemas entre estos (Sierra García, Madariaga Orozco, & Abello Llanos, 2010); en situaciones de adversidad, incertidumbre o temor, las relaciones sociales actúan como fuente de apoyo, tanto a nivel individual como familiar (Abello & Madariaga, 2010; Sierra García *et al.*, 2010). Otros estudios han mostrado resultados similares, donde contar con un sistema de apoyo inadecuado aumenta el riesgo de ser maltratado (Ron Acierno, Hernandez-Tejada, Anetzberger, Loew, & Muzzy, 2017; Shugarman *et al.*, 2003). En Estados Unidos, estudios han identificado que la escasez de apoyo social (R Acierno *et al.*, 2010) y el aislamiento social del adulto mayor son factores que se asocian significativamente con el maltrato físico (von Heydrich, Schiamburg, & Chee, 2012).

Los hallazgos de la presente investigación resaltan las repercusiones sobre la salud física y mental de las personas mayores derivadas de situaciones donde se vulnera la integridad física. Estas consecuencias a su vez deterioran la calidad de vida y bienestar de la persona, impidiendo el disfrute continuo de la vida, la independencia y participación tanto familiar como social. En este sentido, es necesario no solo incorporar los asuntos del envejecimiento en la agenda política, sino dar prioridad a estos desde una perspectiva de derechos que facilite la promoción y regulación de programas de protección a personas mayores y prevención de maltrato y discriminación a este grupo poblacional.

El maltrato hacia las personas mayores se permea por las dinámicas familiares y sociales, y aunque el ambiente familiar es el más propicio para el cuidado y atención en la vejez, las cifras de maltrato en el hogar van en aumento y no se está brindando el cuidado y protección que se espera. Visibilizar estos hechos de violencia al interior de las familias permite generar conciencia y eco social, para promover acciones de prevención y denuncia, además de minimizar el impacto negativo sobre las víctimas. Las personas mayores con dependencia tienen mayor grado de vulnerabilidad y riesgo de ser víctimas de maltrato, por lo cual el papel que desempeñan los profesionales de la salud es crucial a la hora de identificar signos de alarma y frente a esto la integración de rutinas de detección de maltrato en la práctica clínica sería un gran aporte a la detección oportuna y disminución de impacto negativo sobre las víctimas.

Referencias bibliográficas

- Abdel Rahman, T. T., & El Gaafary, M. M. (2012). Elder mistreatment in a rural area in Egypt. *Geriatrics & Gerontology International*, 12(3), 532-537. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2011.00780.x>
- Abello, R., & Madariaga, C. (2010). Las redes sociales ¿Para Qué? *Psicol desde El Caribe*, 0(2), 116-35.
- Acierno, R., Hernández, M., & Amstadter, A. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study. *Am J Public Health*, 100, 292-297.
- Acierno, Ron, Hernandez-Tejada, M. A., Anetzberger, G. J., Loew, D., & Muzzy, W. (2017). The national elder mistreatment study: An eight-year longitudinal study of outcomes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 0(ja), null. <https://doi.org/10.1080/08946566.2017.1365031>
- Arias, L. (1994). El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Médica*, 25(1), 26-28-28. <https://doi.org/10.2510/colomb.med.v25i1.1776>
- Axelson, O., Fredriksson, M., & Ekberg, K. (1994). Use of prevalence ratio v prevalence odds ratio as a measure of risk in cross-sectional studies. *Occup Environ Med*, 51(12), 841.
- Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The barthel index, Maryland State. *Med J*, 14, 16-65.
- Bover Bover, A., Moreno Sancho, M. L., Mota Magaña, S., & Taltavull Aparicio, J. M. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Atención Primaria*, 32(9), 541-542.
- Cardona, D., Segura, A., & Garzón, M. (2013). *Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor*. Departamento de Antioquia, 2012. Medellín: Universidad CES/Gobernación de Antioquia.
- Cardona, D., Segura, A., Segura A, Muñoz, D., Jaramillo, D., Lizcano, D., ... Arango, C. (2016). *Índice de vulnerabilidad de los adultos mayores, en tres ciudades de Colombia*, 2016. Universidad CES/Colciencias.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). Elder Abuse Prevention. Recuperado el 9 de agosto de 2017, de <https://www.cdc.gov/features/elderabuse/>
- Cloug, R. (1999). Scandalous care: Interpreting public enquiry reports of scandals in residential care. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10, 13-27.
- Cooney, C., & Mortimer, A. (1995). Elder abuse and dementia: A pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 4(4), 276-283.
- Department of Health London. (2000). No Secrets. Guidance on developing and implementing multi-agency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse. Recuperado el 14 de agosto de 2017, de https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/194272/No_secrets__guidance_on_developing_and_implementing_multi-agency_policies_and_procedures_to_protect_vulnerable_adults_from_abuse.pdf
- Dong, X. Q. (2015). Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1214-1238. <https://doi.org/10.1111/jgs.13454>
- Dong, X, & Simon, M. (2013). Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA Intern Med*, 173, 153-162.
- Dong, X, Simon, M., & Mendes, C. (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in community-dwelling population. *JAMA*, 302, 517-526.
- Dong, XinQj, Chen, R., Chang, E.-S., & Simon, M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policya mini review. *Gerontology*, 59(2), 132-142. <https://doi.org/10.1159/000341652>
- Dong, XinQj, Chen, R., Fulmer, T., & Simon, M. A. (2014). Prevalence and correlates of elder mistreatment in a community-dwelling population of U.S. Chinese older adults. *Journal of Aging and Health*, 26(7), 1209-1224. <https://doi.org/10.1177/0898264314531617>
- Fanslow, J. (2005). *Beyond Zero Tolerance: Key Issues and Future Direction for Family Violence Work in New Zealand*. Recuperado de <http://www.superu.govt.nz/sites/default/files/zero-tolerance.pdf>
- Giraldo, M. (2016, marzo 26). *Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF)*. Gobierno del Distrito Federal. Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/investigacion/analisis_EMPAMDF.pdf

- Giraldo-Rodríguez, L., & Rosas-Carrasco, O. (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(2), 466-474. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x>
- Gómez, C., & Campo, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ. Psychol. Bogotá, Colombia*, 10(3), 735-743.
- Gonzalez, J. (2005). Malos tratos al anciano. En *Maltrato de género, infantil y de ancianos* (pp. 105-119). Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- Iborra, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Valencia: Centro Reina Sofía.
- Iborra, I. (2009). Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, 45, 49-57.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). *Guía de Práctica Clínica Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor*. México, D.F: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. (2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales resultados*. México D.F: Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI.
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. A. (2015). Elder Abuse. *New England Journal of Medicine*, 373(20), 1947-1956. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1404688>
- Lee, S.-Y., & Atteraya, M. S. (2019). Depression, Poverty, and Abuse Experience in Suicide Ideation Among Older Koreans. *International Journal of Aging and Human Development*, 88(1), 46-59. <https://doi.org/10.1177/0091415018768256>
- Londoño, N. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *Int J Psychol Res*, 5(1), 142-150.
- Marmolejo, I. I. (2009). Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, (45), 49-57.
- Melchiorre, M. G., Rosa, M. D., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Lindert, J., Stankunas, M., Soares, J. J. F. (2016). Abuse of Older Men in Seven European Countries: A Multilevel Approach in the Framework of an Ecological Model. *PLOS ONE*, 11(1), e0146425. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146425>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *SABE Colombia. Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Envejecimiento y Vejez. Recuperado el 28 de julio de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- Muñoz, J. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Organización de Estados Americanos OEA. (2005). *Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Recuperado de http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- Organización Mundial de la Salud. (2016, marzo 3). Datos interesantes acerca del envejecimiento. Recuperado de Envejecimiento y ciclo de vida website: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Violencia contra la mujer. Datos y cifras. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Maltrato de las personas mayores. Recuperado el 3 de julio de 2019, de Centro de prensa. Notas descriptivas website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. Módulo 4. Parte I: Módulos de valoración clínica*. OMS.
- Penhale, B. (2003). Older women, domestic violence, and elder abuse: A review of commonalities, differences, and shared approaches. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 15, 163-183.
- Pérez-Rojo, G., & Penhale, B. (2006). Maltrato de las personas mayores: Situación actual en el Reino Unido. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 41(5), 289-296.
- Republica de Colombia, & Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. (1993).

- Rovi, S., Chen, P., Vega, M., Johnson, M., & Mount, C. (2009). Mapping the elder mistreatment iceberg: U.S. hospitalizations with elder abuse and neglect diagnoses. *J Elder Abuse Negl.*, 21(4), 346-359.
- Schiaffino, A., Rodriguez, M., Pasarin, M. I., Regidor, E., Borrell, C., & Fernandez, E. (2003). Odds ratio or prevalence ratio? Their use in cross-sectional studies. *Gaceta Sanitaria*, 17(1), 51-51.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA]. (2012). *Estudio de prevalencia del maltrato en la región de Valparaíso*. Santiago. Documento inédito. Recuperado de <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/El-maltrato-hacia-las-personas-mayores-en-la-RM-2013-investigacion-cualitativa-en-vejez-y-envejecimiento-2013.pdf>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165-173. https://doi.org/10.1300/J018vo5n01_09
- Shugarman, L., Fries, B., Wolf, R., & Morris, J. (2003). Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *J Am Geriatr Soc*, 51, 24-31.
- Sierra García, O., Madariaga Orozco, C., & Abello Llanos, R. (2010). Relación entre la pertenencia a redes sociales y dinámica familiar de mujeres trabajadoras en condiciones de pobreza. *Psicología desde el Caribe*, 0(0), 94-113.
- Suarez Cuba, M. A., & Alcalá Espinoza, M. (2014). APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53-57.
- von Heydrich, L., Schiamburg, L. B., & Chee, G. (2012). Social-relational risk factors for predicting elder physical abuse: An ecological bi-focal model. *International Journal of Aging & Human Development*, 75(1), 71-94. <https://doi.org/10.2190/AG.75.1.f>
- Wu, L., Shen, M., Chen, H., Zhang, T., Cao, Z., Xiang, H., & Wang, Y. (2013). The relationship between elder mistreatment and suicidal ideation in rural older adults in China. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(10), 1020-1028. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.036>
- Yon, Y., Mikton, C., Cassoumis, Z., & Wilber, K. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), 47-56.
- Young, L. (2014). Elder Physical Abuse. *Clin Geriatr Med*, 40(4), 761-8.