

## Artículo original

### Maltrato en personas mayores dependientes, atendidas en el CITED de enero-mayo 2014

Minsú Sotomayor Álvarez,<sup>1</sup> Geidy Bermúdez Llusá,<sup>2</sup> MsC Raquel Pérez Díaz,<sup>3</sup>  
MsC Tania Méndez Amador<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Licenciada en Rehabilitación Social y Ocupacional. Ms.C en Salud Pública y Envejecimiento.

<sup>2</sup>Licenciada en Psicología. Ms.C en Salud Pública y Envejecimiento.

<sup>3</sup>Licenciada en Psicología. Ms.C en Longevidad Satisfactoria y Ms.C en Medicina Natural y Tradicional.

<sup>4</sup>Licenciada en Psicopedagogía Especial. Ms.C en Psicología de la Salud.

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud"

**Editorial: Calle G y 27, Municipio Plaza de la Revolución, La Habana, Cuba**  
**CP: 10400 Correo: [geroinfo@infomed.sld.cu](mailto:geroinfo@infomed.sld.cu)**

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud"

## RESUMEN

**Objetivos:** caracterizar las posibles formas de maltrato seleccionadas, en personas mayores que presentan algún grado de dependencia, ingresados en el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud", (CITED) en el periodo comprendido de enero a mayo de 2014, e identificar si existe relación entre las posibles formas de maltrato seleccionadas y la edad, así como entre este y el grado de dependencia. Y si existía relación entre las posibles formas de maltrato seleccionadas y la percepción de las relaciones familiares y entre este y la carga del cuidador.

**Método:** estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en una muestra no probabilística (41 ancianos) de personas mayores ingresados en el CITED (enero-mayo 2014) de: 60 años y más, que tengan algún grado de dependencia, que cuenten con cuidador, de ambos sexos, con capacidad mental para la realización de las técnicas, voluntarios, con el objetivo de: caracterizar las posibles formas de maltrato. Se consideraron: sexo, edad, tipos de maltrato, percepción de relaciones familiares y carga del cuidador. Se aplicó la Encuesta sobre Maltrato en Ancianos, el Test de Percepción de Relaciones familiares del anciano, una entrevista semi estructurada, observación y

Escala de Carga del Cuidador Zarit-Zarit, según el tipo de variable se empleó la estadística. Se tuvo en cuenta los principios éticos.

**Conclusiones:** los tipos de maltratos más frecuentes reportados por las personas mayores fueron: la negligencia y el psicológico, seguido del maltrato financiero. Más de la mitad de la muestra presentaron posibles formas de maltrato. Se ofrecen recomendaciones finales.

**Palabras clave:** maltrato, anciano.

## ABSTRACT

**Objective:** characterize the possible selected abuse forms, in grown-ups that present some dependence grade, entered in the CITED in the understood period of January to May of 2014, and identify if relationship exists between the possible selected abuse forms and the age, as well as between this and the dependence grade, and identify if relationship exists between the possible selected abuse forms and the perception of the family relationships and between this and the caretaker's load.

**Method:** an observational study is presented, descriptive of traverse court, in a sample non probabilistic (41 old men) of grown-ups entered in the CITED (January-May 2014), in 60 years and more that have some dependence grade that you/they have caretaker, of both sexes, with mental capacity for the realization of the techniques, volunteers, with the objective of: to characterize the possible abuse forms. They were considered: sex, age, abuse types, perception of family relationships and it loads of the caretaker. The Survey was applied on Abuse in Old men, the Test of Perception of the old man's family Relationships, an interview structured semi, observation and it Climbs of Load of the Caretaker Zarit-Zarit, according to the variable type the statistic was used. One kept in mind the ethical principles.

**Conclusions:** The types of more frequent abuses reported by the grown-ups were: the negligence and the psychological one, followed by the financial abuse. More than half of the sample they presented possible abuse forms. They offer final recommendations.

**Keywords:** elderly abuses, aging.

---

## INTRODUCCIÓN

El maltrato a las personas mayores es un fenómeno mundial, sin embargo, muchas veces los maltratadores no tienen conciencia de su conducta, y los propios ancianos se niegan a reconocer que son víctimas de abuso, unido a la mayor comorbilidad, discapacidad y condicionantes crónicas múltiples, y las

limitaciones en el autocuidado y dependencia de familiares, servicios sociales y/o sanitarios, hacen de este fenómeno uno de los problemas de salud que enfrentan muchas personas mayores.

Algunas razones pueden justificar la escasez de estudios en este tema, a saber: falta de uniformidad a la hora de su conceptualización, temor de los ancianos para quejarse del maltrato, entre otros, que puede provocar subregistros y dificultad en la detección de casos, sin descartar un escenario cultural de trasfondo.

En Cuba son escasos los estudios de incidencia y prevalencia, lo que hace necesario desarrollar investigaciones en este sentido y establecer estrategias concretas para su identificación y prevención., siendo el motivo principal de esta investigación que da inicio a una línea de este tema dentro de nuestro centro.

## **OBJETIVO Y DISEÑO METODOLÓGICO:**

1. Caracterizar las posibles formas de maltrato seleccionadas, en personas mayores que presentan algún grado de dependencia, ingresados en el CITED en el periodo comprendido de enero a mayo de 2014.
2. Identificar si existe relación entre las posibles formas de maltrato seleccionadas y la edad, así como entre este y el grado de dependencia.
3. Identificar si existe relación entre las posibles formas de maltrato seleccionadas y la percepción de las relaciones familiares y entre este y la carga del cuidador.

## **Tipo de Estudio**

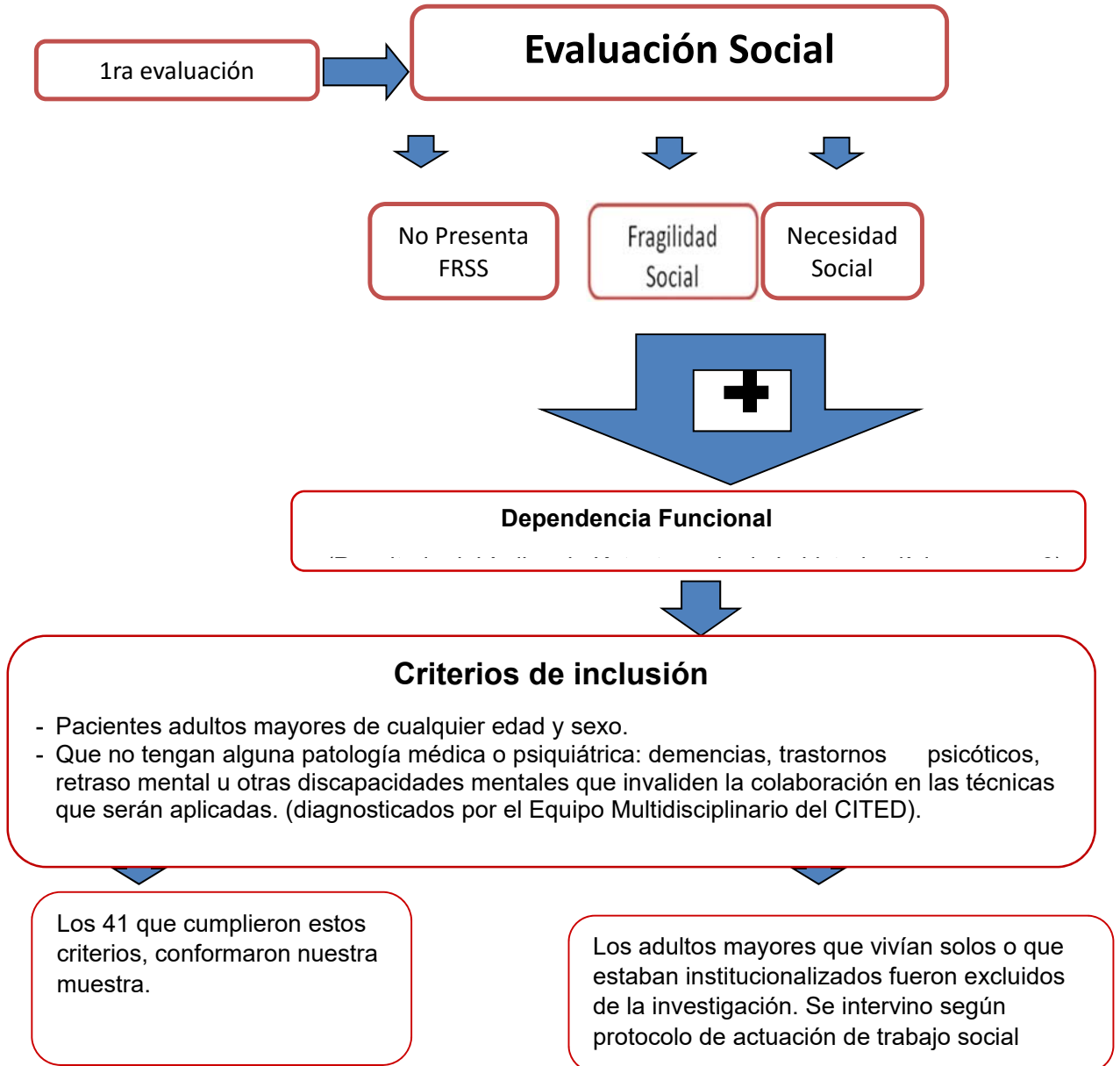
La presente es una investigación observacional, descriptivo de corte transversal.

## **Universo y muestra**

Como parte del protocolo de actuación de trabajo social, se realiza una primera evaluación a todos los pacientes ingresados en las salas de hospitalización del CITED. Se les aplico la escala de riesgo social geriátrica para detectar factores de riesgo social significativos (FRSS).

Los que se encontraron en estado de fragilidad o necesidad social y además presentaron afectaciones en una o más actividades básicas de la vida diaria,

constituyeron nuestro universo para un total de 49 pacientes, en el período de enero a mayo de 2014.



Nuestra muestra estuvo conformada por 41 pacientes, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

## Conceptualización y Operacionalización de las variables:

- Maltrato

Toda acción, intencionada o no que produzca daño desde el punto de vista biológico, psicológico, social, financiero, material y las conductas negligentes, ya sean de forma transitoria o permanente.<sup>1</sup>

- Tipos de maltratos:<sup>1</sup>

- Físico: cualquier forma de agresión intencionada, realizada a una persona anciana, que le produzca daños físicos, como lesiones, quemaduras, desfiguración y muerte. Algunos autores incluyen en este subtipo el abuso sexual dado por: cualquier forma de intimidación sexual realizada sin el consentimiento del anciano y donde se utilice la fuerza o amenaza de fuerza.

- Psicológico: Toda conducta que provoque angustia en el anciano, es difícil de descubrir porque no deja señales visibles. Por ejemplo: amenazas de castigo o de llevarlo a una institución en contra de su voluntad, ignorarlo, confinarlo de forma injustificada a cama o butaca, aislarlo socialmente, no responder a sus inquietudes, utilizar la palabra viejo en forma despectiva para referírseles o abuelos, infantilizarlos, entre otros

- Financiero-material: Todo uso inadecuado de los recursos de un anciano para beneficio de otro. Ejemplo: utilización indebida de su pensión, obligarlo a firmar documentos sin su consentimiento por no estar capacitado mentalmente para hacerlo o estando capacitado bajo engaño.

- Negligencia: implica el descuido o la omisión de la realización de determinadas acciones, dejar desamparada a una persona que depende de uno o por la cual se tiene alguna obligación legal o moral.

- Percepción de Relaciones familiares:

Condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. Se evaluó mediante la prueba de Percepción de las Relaciones familiares del anciano creado por Dr.C. Ana Margarita Espín Andrade.<sup>2</sup>

Variables	Clasificación	Escala	Definición operacional
-----------	---------------	--------	------------------------

Edad	Cuantitativa Continua	-60 a 69 años. -70 a 79 años. -80 años y más	Según la edad en años cumplidos al momento de la investigación.
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico.
Grado de dependencia para las ABVD	Cuantitativa Continua	Dependencia leve (1-2 actividades afectadas) Dependencia moderada (3-4 actividades afectadas) Dependencia total (5-6 actividades afectadas)	Tomado de la historia clínica por los resultados del Índice de Katz de actividades de la vida diaria.
Carga del cuidador	Cuantitativa Continua	No sobre carga Sobre carga ligera Sobre carga intensa	Entrevista sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit, 1982) No sobre carga < 47 puntos Sobre carga ligera 47-55 puntos Sobre carga intensa > 55 puntos

Percepción de las Relaciones Familiares	Cuantitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaciones disarmónicas</li>   <li>- Relaciones pocas armónicas</li>   <li>- Relaciones armónicas</li>   <li>- Relaciones muy armónicas</li> </ul>	<p>A través del Test de Percepción de las Relaciones Familiares del anciano de acuerdo a:</p> <p>Relaciones disarmónicas (30-128)</p> <p>- Relaciones pocas armónicas (129-139)</p> <p>-Relaciones armónicas (140-145)</p> <p>- Relaciones muy armónicas (146-150)</p>
Tipos de Maltratos	Cualitativa Nominal Politómicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maltrato Psicológico</li>   <li>- Maltrato Físico</li>   <li>- Maltrato Financiero</li>   <li>- Negligencia</li> </ul>	<p>A través Cuestionario dirigido al anciano para la detección del maltrato, López PM, 2005:</p> <p>Presente: <b>Si</b>. Calificar 1</p> <p>Ausente: <b>No</b>. Calificar 0</p> <p>Por tipo de maltrato: el <b>50 más 1</b> de las respuestas calificadas en <b>si (1)</b> existe la presencia de maltrato</p>

**Descripción de las técnicas aplicadas**

- **Observación:**

Todos los pacientes de la muestra serán sujetos de observación desde el momento del ingreso y mientras dure la estadía hospitalaria, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Cuidado de la hidratación
  - Cuidado de la nutrición
  - Presencia de úlceras de presión sin atender (extra hospitalarias)
  - Descuido de la higiene personal
  - Abandono de la persona en la cama, en la habitación o áreas públicas.
- **Entrevista semi-estructurada**<sup>3</sup>

En la presente investigación se utilizó la entrevista semi-estructurada con el objetivo de obtener información respecto a las vivencias del anciano relacionadas con las posibles formas del maltrato, así como el análisis de las categorías de contenido de las técnicas aplicadas. Permitió obtener los datos generales y se indagó y profundizó en las preguntas del test. (Anexo 3-4)

- **Cuestionario dirigido al anciano para la detección del maltrato**<sup>4</sup>

Es un test creado y validado en Cuba en 1998, por la MsC. Mary Blanca López Pérez, del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED) en su tesis para optar por el título de Máster en Gerontología Médica y Social, con el objetivo de detectar la existencia o no del maltrato en los adultos mayores. En nuestra investigación utilizamos la versión modificada en el 2005 por la propia autora. Se exploran algunas formas de maltrato, (las más representadas en estudios tanto nacionales como internacionales) y sus manifestaciones, o sea, el maltrato psicológico, físico, financiero materia y la negligencia.

### **Percepción de las Relaciones familiares del anciano creado por la Dr.C. Ana Margarita Espín Andrade.**<sup>2</sup>

Instrumento sencillo de bajo costo, de fácil comprensión que fue aplicado para evaluar el funcionamiento familiar a partir de la percepción de uno de los miembros de la familia. La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por ítems.



La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado:

Casi siempre	5
Muchas veces	4
Algunas veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Tiene una escala de calificación para definir el funcionamiento familiar:

-Relaciones disarmónicas (30-128)

- Relaciones poco armónicas (129-139)

-Relaciones armónicas (140-145)

- Relaciones muy armónicas (146-150)

En la presente investigación solo se empleó el resultado cuantitativo o global del test.

- **Escala de carga del cuidador (*Zarit- Zarit*)<sup>5</sup>**

Fue construida en 1982 por *Zarit y Zarit*, consta de 21 ítems y mide tres dimensiones subyacentes a la carga que son: impacto de cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficiencia.

Las posibles respuestas son:

1= nunca 2= rara vez 3= algunas veces 4= bastantes veces 5= siempre

**Procedimiento:** Los pacientes que conformaron nuestra muestra fueron sometidos a observación rigurosa por parte del equipo multidisciplinario de trabajo y la investigadora.

Se aplicó la entrevista semiestructurada a cada paciente y su cuidador indistintamente y a este último la escala de carga del cuidador (*Zarit- Zarit*). Luego se les realizó a los pacientes el test de maltrato y el test de percepción de relaciones familiares del anciano.

## **Consideraciones éticas:**

Se tuvo en cuenta los principios éticos establecidos para la atención social a la persona mayor, estos fueron: Principio de Beneficencia, Principio de Justicia, Principio de Autonomía y No-Maleficencia.

La beneficencia supone actuar siguiendo el mejor bien para el enfermo o persona dependiente. Según este principio se define la actuación profesional y compromete a los profesionales de salud a disponer de conocimientos suficientes para poder plantear las acciones pensando en el bien de la persona mayor y respetando su forma de vida, sus valores, creencias y sus decisiones.

La no maleficencia implica el mayor grado de exigibilidad moral respecto a los Malos tratos. No podemos hacer mal a nadie, es un principio absoluto. El hacer daño o el hacer mal no puede ser definido ni por el poder clínico del médico o del cuidador ni por lo que determine el sujeto, el anciano. El perímetro de la no-maleficencia es la justicia. Y la justicia obliga a poner entre paréntesis los intereses particulares de todos los participantes, y a actuar con equidad, es decir tratando a todos los seres humanos con igual consideración y respeto, sin establecer otras diferencias entre ellos que las que redunden en beneficio de todos, en especial de los menos favorecidos.

Entonces, cuando no se cumple con este criterio, que es rigurosamente objetivo y tiene carácter absoluto, puede tenerse la seguridad de que se está haciendo mal a las personas, dañándolas injustamente, y por lo tanto transgrediendo el principio de la no-maleficencia.

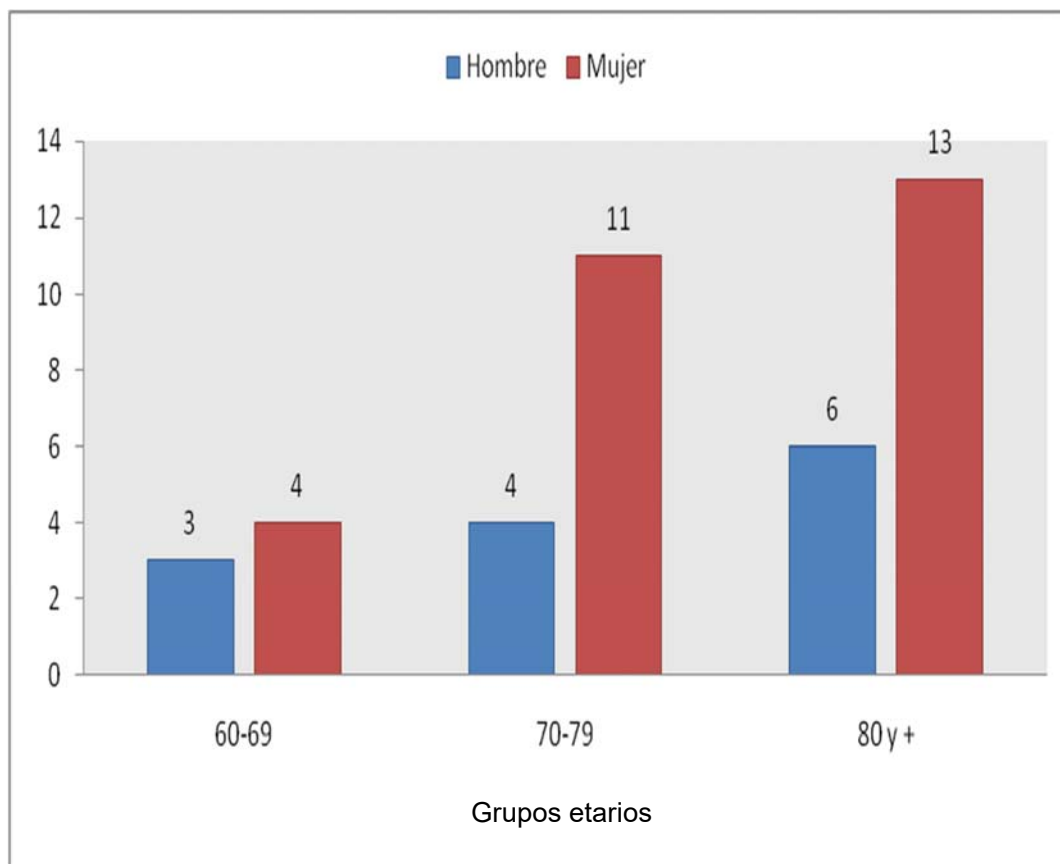
El consentimiento informado de los pacientes que tuvimos en cuenta fue el de la historia clínica producto a la sensibilidad de nuestra investigación. Además, se cumplió con la protección y confidencialidad de la información que refirieron los ancianos y su derecho a la privacidad de la misma.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

A partir de la evaluación de las técnicas que usamos para nuestro estudio a los pacientes que conformaron la muestra, obtuvimos información importante que a continuación vamos a analizar.

En cuanto a la descripción de la muestra de pacientes dependientes se puede apreciar el gráfico 1

**Gráfico 1.** Distribución según sexo y edad de las personas mayores ingresadas en el Centro de Investigación sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED) en periodo comprendido enero a mayo de 2014.



El gráfico No.1 puede observarse que el mayor porcentaje de la muestra perteneció al grupo etario de 80 y más años (19 ancianos) para un 46 %, predominando las mujeres en este grupo representadas con el 31 %.

El 68 % de la muestra está representado por mujeres.

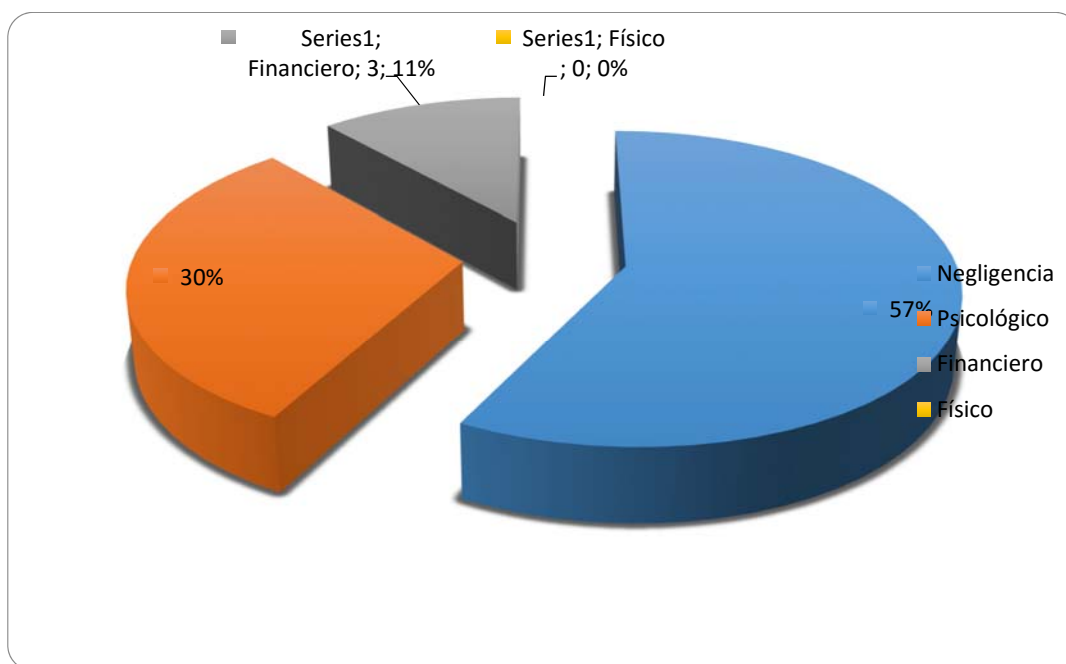
Una de las bibliografías consultadas, es el estudio de la doctora Ávila-Oliva<sup>6</sup> la cual concuerda con la presente investigación, de las 183 personas mayores

encuestadas, el 54,5 % estuvo representado por el sexo femenino, mientras el masculino en un 45,5 %.

Estos resultados son similares a los obtenidos por la doctora Hernández<sup>6</sup> quien arroja que un 55.6 % de su muestra pertenece al sexo femenino y un 44.3 % al sexo masculino.

En la actualidad en casi todos los países del mundo, la esperanza de vida al nacimiento es superior en las mujeres, lo que predispone a que las féminas lleguen a edades más avanzadas con una carga patológica crónica superior, por esto no se trata de que las mujeres desarrollen discapacidades más habitualmente que los hombres, sino simplemente se debe a que suelen sobrevivir más con sus discapacidades llegando a la dependencia, lo cual también conlleva a que en edades avanzadas, haya más mujeres que hombres. Se ha demostrado que prevalece por mayoría la mortalidad masculina en edades menos longevas, y por lo tanto es en las mujeres donde se produce la mayor prevalencia de enfermedades discapacitantes, pudiendo citar algunos ejemplos como las enfermedades reumáticas, entre ellas, las más frecuentes la Artrosis y la Osteoporosis con las muy frecuentes fracturas del tercio superior del fémur y de la cadera como secuelas; las demencias como el Síndrome de *Alzheimer*, la Depresión, etc. acompañadas también por factores que generalmente afectan más a las mujeres como son los factores socioeconómicos entre los que están la soledad, la viudez y el descenso de los ingresos económicos.<sup>7</sup>

**Grafico 2.** Distribución de los pacientes en los que se identificó algún tipo de maltrato.



En el 63 % del total de la muestra (26 pacientes) se identificaron las siguientes formas de maltrato: negligencia, maltrato psicológico y en menor cuantía apareció el maltrato financiero, aunque se estudió la posible presencia de maltrato físico, no se encontró en ningún paciente.

Analizando los 26 pacientes de nuestra muestra total como el 100 % de pacientes maltratados, vemos que la gran mayoría presentó negligencia con un 57 %, describiéndose este fenómeno claramente en el gráfico 2.

Los datos obtenidos de las técnicas aplicadas a paciente y cuidador, relacionadas con los factores que indican maltrato, dejan ver que en la negligencia se mostró a través de la Incapacidad de los cuidadores para proporcionar los bienes y servicios que son necesarios para un óptimo funcionamiento, desconocimiento de las redes de apoyo comunitario, economía insuficiente, administración incorrecta de medicación, no administración de alimentos adecuados e hidratación necesaria, falta de higiene, boca séptica, no proporcionar ayudas físicas o técnicas como espejuelos, prótesis auditiva o prótesis dentales, que se encuentren en mal estado o desajustadas, bastón, andador o silla de ruedas. No proporcionar un micro entorno seguro y libre de barreras arquitectónicas. Malnutrición o deshidratación no explicable por

patología orgánica. Contracturas articulares por falta de movilidad, úlceras por presión mal cuidadas, retraso entre la aparición de una enfermedad y la búsqueda de ayuda médica.

Por otra parte, el maltrato psicológico estuvo representado por manifestaciones como: No proporcionar estímulos sociales a un anciano dependiente, dejar solo al anciano durante períodos largos de tiempo, ignorar al anciano, no proporcionarle información. Mínimas conversaciones entre la víctima y el cuidador, actitud de indiferencia hacia el anciano por parte del cuidador.

El maltrato financiero se mostró de la siguiente forma: la persona mayor recibe unos cuidados subóptimos en su domicilio a pesar de tener recursos, asignación de la peor habitación de la casa. Uso de la pensión del anciano para gastos domésticos sin tener en cuenta la opinión de él.

A través de la información obtenida de pacientes y cuidadores se comprueba que existe gran desconocimiento por parte de la muestra estudiada y sus cuidadores, de los factores que inciden en la negligencia y sus manifestaciones.

Las organizaciones OPS/OMS<sup>8</sup> consideraron que el abuso psicológico, negligencia y financiero son las formas más frecuentes de maltratos en las personas mayores. En la presente investigación el maltrato financiero arrojó un porcentaje bajo.

Estos resultados son similares a los reflejados en investigaciones anteriores. Entre ellos se pueden citar al doctor Olivera,<sup>9</sup> el cual realizó un estudio descriptivo de corte transversal, para determinar la existencia del maltrato en Adultos Mayores vinculados al Complejo Gerontológico "Alfredo Gómez Gendra" del municipio Centro Habana, en el mes de noviembre del año 2009. En dicho estudio se reportó que en el 87.5 % de su muestra, se identifica prevalencia de malos tratos. Asimismo, plantea que los ancianos fueron polimaltratados y los tipos de maltrato más percibidos por este grupo etario fueron el social y el psicológico, reportándose menos el maltrato financiero.

De igual forma la doctora Ávila-Oliva,<sup>6</sup> realizó un estudio descriptivo con el objetivo de caracterizar el maltrato en el medio familiar en adultos mayores de dos consultorios del área de salud “Alcides Pino”, en el municipio de Holguín en el año 2009. Fueron encuestados 213 adultos mayores, de los cuales 183 refirieron sentirse maltratados, para un 86 %. En los perfiles de maltrato, el físico se destacó en la mujer, mientras que el financiero y psicológico estuvo presente en ambos sexos.

Otro trabajo de interés resulta el realizado por la doctora Álvarez,<sup>10</sup> donde hubo un predominio de ancianos maltratados, para un 68.6 %, sin embargo, la propia autora refiere que hubo influjos de los ancianos que sentían temor de confesar el abuso.

Resultados parecidos (que pudieran estar influenciados por el temor) aparecieron en la investigación de Nájera,<sup>11</sup> donde se trabajó con dos muestras, la primera de adultos mayores y la segunda compuesta por personas de otros grupos etarios. En todos los casos la percepción de la segunda muestra en cuanto a formas de maltrato, fue superior a la de la muestra de los ancianos. Así, el 73.3 % de la segunda muestra identifica la violencia emocional o psicológica como las que más ocurren contra adultos mayores. Como dato interesante, solo el 15.3 % de los individuos encuestados aprecia que se trabaja en su área con vistas a disminuir la violencia contra los ancianos. Mientras, en la primera muestra, la clasificación más identificada, por el 62.7 % de los sujetos, fue la violencia emocional o psicológica (humillaciones, restricciones económicas, gritos o insultos, ausencia de servicios sociales, etc.).

Existen otros trabajos que, aunque los resultados se alejan un poco de los obtenidos por esta autora, resultan de interés por los tipos de maltratos que destacan, así como, que más de la mitad de las muestras proyectan alguna manifestación del mismo.

**Tabla No. 1** Distribución de los adultos mayores según posibles formas de maltrato y edad de las personas mayores ingresados en el Centro de

Investigación sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED) en periodo comprendido enero a mayo de 2014.

<b>Grupo etario</b>	<b>Negligencia</b>	<b>Psicológico</b>	<b>Financiero</b>	<b>Físico</b>	<b>Total</b>
<b>60-69</b>	2 (7.7)	1 (3.8)	0	0	3 (11.6)
<b>70-79</b>	6 (23.1)	4 (15.3)	2 (7.7)	0	<b>12 (46.1)</b>
<b>80 +</b>	7 (26.9)	3 (11.5)	1 (3.8)	0	11 (42.3)
<b>Total</b>	<b>15 (57.7)</b>	<b>8 (30.7)</b>	<b>3 (11.5)</b>	<b>0</b>	<b>26 (100)</b>

**Leyenda: porciento (%)**

Los grupos etarios más afectados por la presencia de maltrato fueron en primer lugar los pacientes representados en el rango de 70-79 años seguidos por de 80 y más; el 88.4 % de la muestra de adultos mayores maltratados se encuentran en estos últimos grupos. Se observó, de manera general, que los sujetos de 70 o más años fueron los más maltratados. En los ancianos más jóvenes prácticamente no se reportó ninguna forma de maltrato.

Diversos estudios hablan acerca de la variable edad como un factor que incide en el reporte del maltrato por el adulto mayor.

Las organizaciones OPS/OMS<sup>12</sup> en el 2013 consideraron que el rango de edad (avanzada) de 75 o más en los ancianos es un factor de riesgo para la presencia del maltrato.

Existen varias investigaciones en el país que abordan la variable sociodemográfica edad como un elemento de vital importancia para la presencia de este fenómeno.

En este sentido, el doctor Olivera<sup>13</sup> reporta en su trabajo que los ancianos que se encontraron en el rango de edad de 70-79 años, con un 57.1 %, fueron los más afectados, respecto a los abusos recibidos. A este rango le siguieron los



ancianos de 80 y más (25.7 %) y por último los adultos mayores de 60-69 años con un 17.1 %.

Otro estudio de gran interés fue el realizado por la doctora Hernández<sup>18</sup> el cual arrojó elevadas cifras de maltratos de 70-79 años, con predominio del psicológico, siguiéndolo en frecuencia la negligencia y luego el social. Es importante resaltar que en este trabajo se planteó la existencia del maltrato físico (no fue relevante) pero se manifestó en el rango de 90 y más, lo cual es alarmante precisamente por la edad.

Sin embargo, la doctora Zás<sup>7</sup> en su investigación obtuvo una mayor frecuencia de pacientes maltratados comprendidos entre 60 y 64 años, para un 27.24 %, siguiéndole en orden de frecuencia los de 65 - 69 años y 70-74 años con 22.56 % y 21.70 %, respectivamente.

La edad es uno de los principales factores asociados a la vulnerabilidad de las personas. Los casos de agresión contra la población adulta mayor se concentran en aquellas que tienen entre 70 y 80 y más años.

**Tabla No. 2** Distribución de las personas mayores según tipos de maltrato y grados de dependencia.

<i><b>Tipos de Maltrato</b></i>	<i><b>Dependencia leve</b></i>	<i><b>Dependencia moderada</b></i>	<i><b>Dependencia total</b></i>	<i><b>Total</b></i>
Negligencia	2 (7.7)	5 (19.2)	8 (30.8)	15(57.7)
Psicológico	2 (7.7)	3 (11.5)	3 (11.5)	8 (30.8)
Financiero	0	3 (11.5)	0	3 (11.5)
Total	4 (15.4)	11 (42.3)	11 (42.3)	26 (100)

**Leyenda: por ciento (%)**

Se evidencia en la tabla 2 que solamente 4 sujetos de los 26 con maltrato (el 15,4 %) presentó un nivel de dependencia leve. En general se observa que en la medida que aumenta el grado de dependencia, se presentaron más las formas de maltrato, que en la muestra se comportó con negligencia y maltrato psicológico. El maltrato financiero solo estuvo presente en tres sujetos de la muestra con dependencia moderada.

Existen diversos factores que pueden exponer a las personas mayores al maltrato. Entre ellas se encuentran la dependencia de otras personas para sus acciones cotidianas.

La dependencia es un fenómeno multidimensional y multicausal, no solo asociado con la situación biológica de la persona, sino también fuertemente influenciada por las condiciones ambientales, sociales, culturales, económicas y psicológicas.

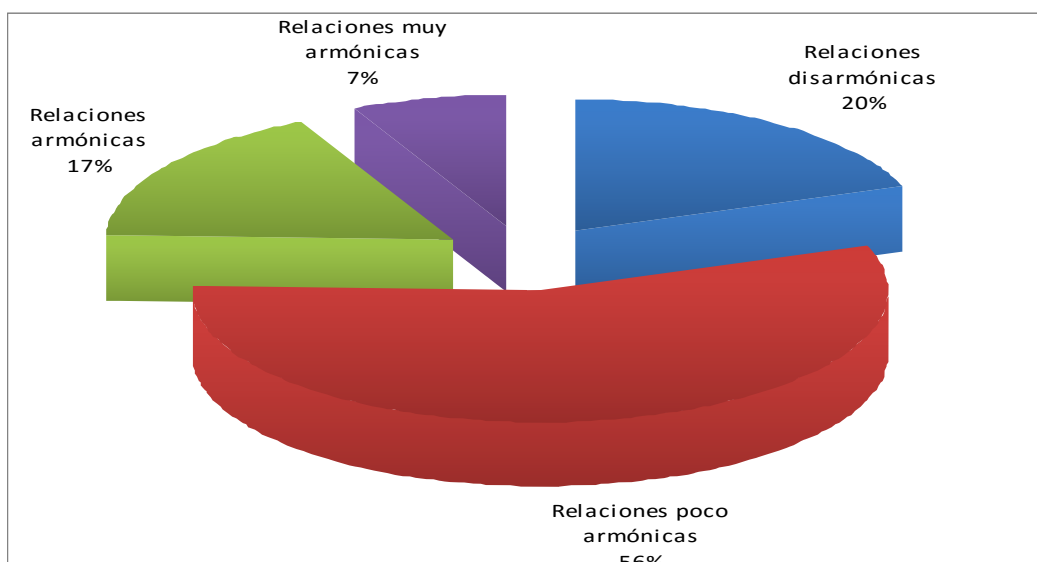
Entre las principales enfermedades crónicas relacionadas con la dependencia se encuentran la artrosis, la fractura de fémur, la enfermedad cerebrovascular y la cardiovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), los déficits sensoriales y el cáncer. Algunas comparten factores de riesgo como hipertensión arterial, tabaquismo, sedentarismo, diabetes y depresión. Todas ellas presentes en nuestra muestra objeto de estudio.

En España<sup>14-15</sup> mediante la aplicación de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2008) la cual valora preferentemente las ABVD, se reportó que dentro del colectivo de personas con discapacidad entre 6 y 44 años encuestados, 6 de cada 10, tenían una dificultad en las mismas, mientras que en el grupo de 80 y más años la proporción se elevó a 8,6 de cada 10, ratificando así que las limitaciones en las actividades de la vida diaria adquieren mayor importancia a medida que aumenta la edad.

Varios estudios realizados en Cuba y a nivel internacional han demostrado esta asociación de la edad y grado de dependencia. Este comportamiento está justificado ya que a medida que las personas envejecen aumenta la posibilidad de que adquieran enfermedades crónicas y/o entidades de carácter cognitivo,

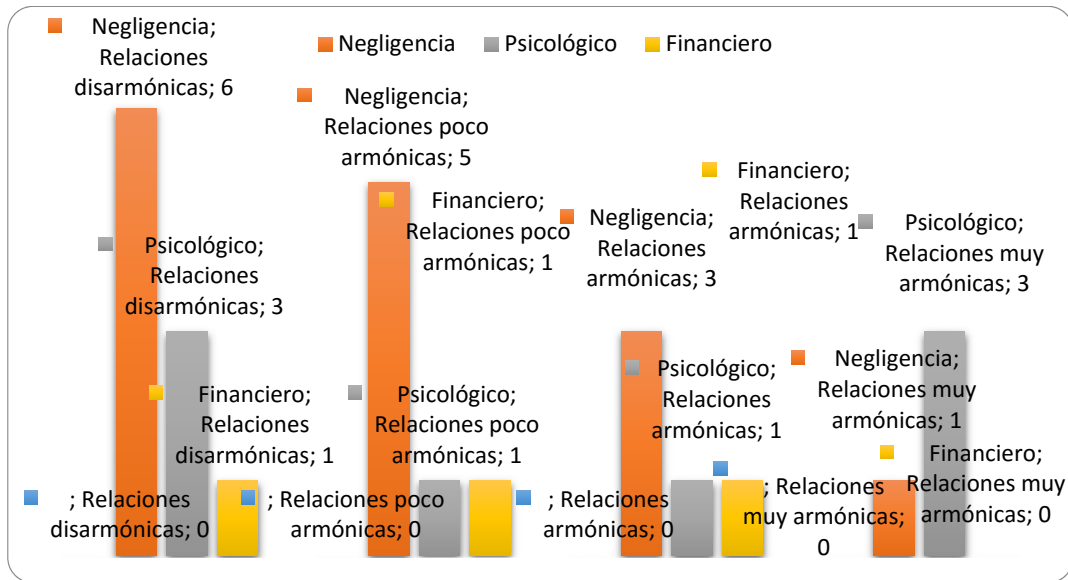
así como que sufran pérdidas de las funciones fisiológicas como consecuencia del proceso global de la senescencia, y por tanto vean reducida su capacidad para realizar algunas actividades de forma autónoma; todos coinciden que resulta significativo el aporte de los grupos más envejecidos, especialmente los de 80 y más, en los que existe la mayor probabilidad de entrar a la discapacidad y/o dependencia, en comparación con el resto de la población, por lo que se evidencia que la tasa de discapacidad y/o dependencia aumenta a medida que lo hace la edad del individuo, y consecuentemente la tasa de población libre de discapacidad disminuye en estos grupos etarios.<sup>15</sup>

**Grafico 3.** Percepción de relaciones familiares



En la muestra estudiada pudimos constatar (según percepción del paciente) que el 76 % de éstas familias presentaron relaciones disarmónicas (56 % poco armónicas y 20 % disarmónicas).

**Grafico 4.** Relaciones familiares y maltrato



En el gráfico 4 se muestra la relación que existe entre la percepción que tienen los pacientes acerca de las relaciones familiares y los tipos de maltrato.

Se puede observar que independientemente del grado de armonía o disarmonía en las relaciones familiares se presentan las formas de maltrato (negligencia y psicológico y financiero).

En entrevista realizada a cuidadores y pacientes se constató que en el cuidado de estos últimos y en sus relaciones familiares, hay presencia de actitudes potencialmente psicopatogénicas como la sobreprotección, actitudes culpabilizantes, infantilización y despersonalización.<sup>16-17</sup>

La presencia de disarmonía familiar ha sido reportada por los investigadores. En un estudio realizado en el área de salud del policlínico Reyna de Centro Habana,<sup>18</sup> se caracterizaron 144 ancianos que viven en familias multigeneracionales utilizando el test de percepción de relaciones familiares. Se obtuvo como resultado un predominio de las relaciones poco armónicas y disarmónicas. Igualmente se encontró una importante asociación entre el tipo de relaciones familiares percibidas por el anciano y las variables edad, estado emocional y capacidad física.

La familia sufre un cambio en su dinámica y funcionamiento cuando uno de sus miembros envejecidos presenta algún grado de dependencia, es decir, si hay una pérdida de autonomía de la persona mayor para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, y necesitan del apoyo de otros para realizarlas y satisfacer sus necesidades. Generalmente, este deterioro funcional provoca alteraciones emocionales y cognitivas que agravan la situación del anciano, aumenta la tensión de los miembros de la familia, y se hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen esta responsabilidad dentro de ella. Esto quiere decir que, a medida que se incrementa el índice de envejecimiento, aumenta el riesgo de padecer enfermedades que llevan a la dependencia, lo cual tiene un elevado costo a nivel individual, familiar y social.<sup>7</sup>

La atención a las personas mayores dependientes ha sido tradicionalmente llevada a cabo por familiares, especialmente mujeres, lo que ha sido denominado como “cuidado informal”. Esta es una forma de cuidados que satisface tanto a la persona mayor, que quiere ser cuidada en su domicilio; como a las familias, que desean atender a su familiar en su entorno habitual; y a las instituciones, dado que supone un ahorro significativo en recursos de atención.<sup>8</sup>

Existen razones culturales que explican el hecho de que sea la familia la principal fuente de cuidado al anciano dependiente, y una de ellas que se ha recogido en la literatura es el “familismo”, más frecuente en las culturas hispanas, el cual hace referencia a sentimientos fuertes de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre miembros de una misma familia.<sup>15</sup>

En todas las sociedades ha habido siempre personas mayores que han requerido de ayuda de otros para realizar las actividades cotidianas. Sin embargo, a mediados del siglo XX el modo como se ha dado respuesta a las necesidades de cuidados ha experimentado cambios notables en los países desarrollados. Hasta bien entrado el siglo XX, en todos los países desarrollados, los familiares de las personas mayores dependientes eran los principales responsables de que recibieran cuidados.<sup>19</sup>

Lo que lleva a pensar que quiénes prestan ayuda son los miembros de la familia. En general se aprecia una alta participación femenina en el cuidado de las personas mayores, en especial hijas, muchas de las cuales no reciben ningún tipo de retribución económica por el cuidado de la persona a su cargo.

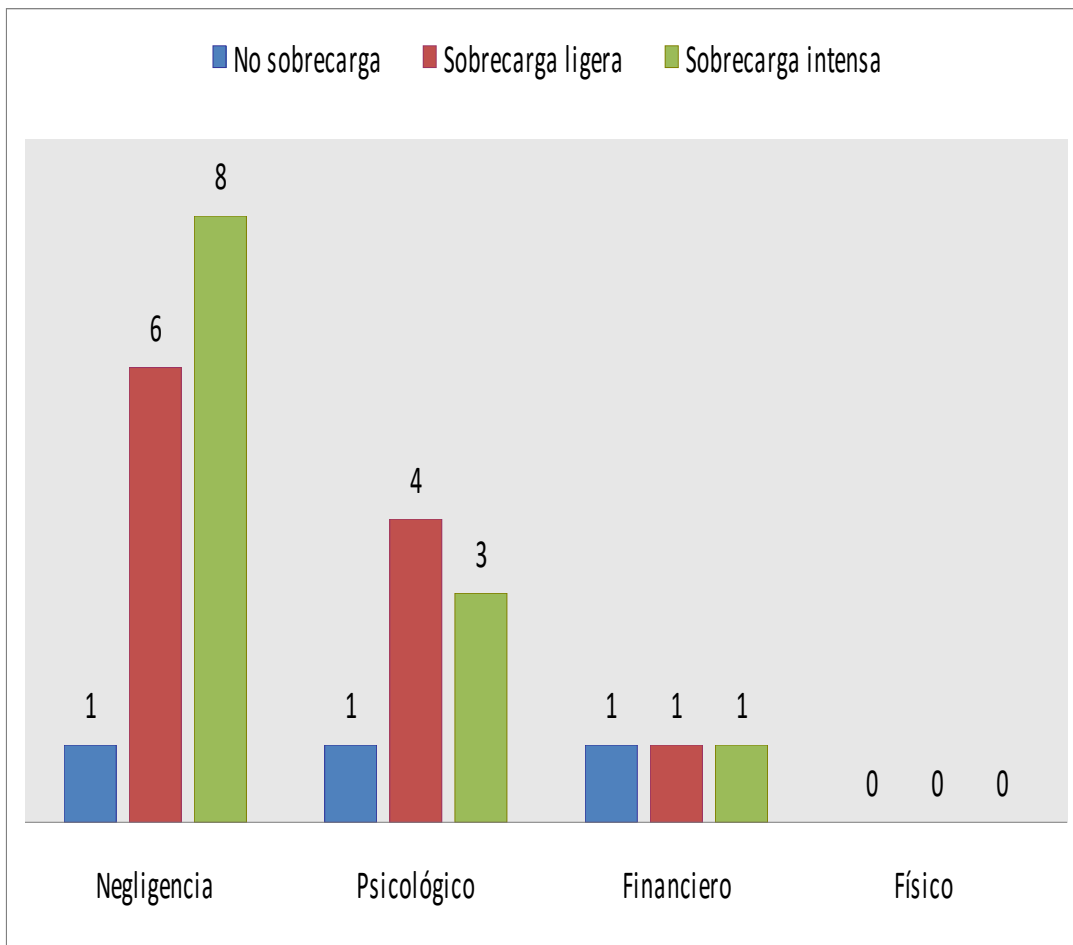
Lo antes expuesto permite concluir que, aunque el anciano viva en familias con relaciones muy armónicas o armónicas, referidas por él, no está exento de las posibles formas de maltrato.

A diferencia de otros tipos de maltrato, en la negligencia puede no haber una distinción clara entre víctima y agresor. Dado que muchos ancianos son legal y realmente seres humanos autónomos, la responsabilidad de la negligencia puede ser difícil de determinar. En la práctica cotidiana del CITED, surgen las siguientes interrogantes:

¿Es responsabilidad de un hijo adulto imponer hábitos de limpieza a un anciano legalmente competente, cuando este no desea estar limpio?

¿Quién es víctima y quién es responsable en situaciones en las que un anciano legalmente competente rechaza actuar en su propio interés?

## **Grafico 5. Carga del cuidador y maltrato**



Se ha encontrado relación entre la carga que tiene el cuidador con la posibilidad que tiene el mismo de cometer alguna forma de maltrato. De este modo, los cuidadores se afectan en el orden físico, psíquico y socioeconómico que en conjunto conllevan a una “carga”, que interfiere en el manejo adecuado del enfermo y en la propia evolución de la enfermedad, y provoca al mismo tiempo el empeoramiento de la calidad de vida del cuidador.

Se ha demostrado que son numerosas las variables que influyen en el aumento de la carga del cuidador, entre las que se encuentran: las vinculadas con el enfermo y la pérdida de autonomía del mismo; las relacionadas con el propio cuidador, su edad, sexo, estilo de afrontamiento, la motivación para el cuidado, las redes de apoyo, el tiempo de cuidado, etc.; y por último, las derivadas de la relación afectiva cuidador - persona mayor que presenta algún grado de

dependencia funcional tanto previas como actuales, así como las características de la dinámica familiar.

En Cuba se han realizado algunas investigaciones que describen las características de los cuidadores informales, así como la problemática biomédica, psíquica y socioeconómica que presentan, encontrándose altos niveles de carga en los cuidadores de personas con dependencia.<sup>20,21</sup>

Las variables que más han demostrado su incidencia en la carga del cuidador son los años de duración de la enfermedad y los problemas conductuales del paciente, los estilos de afrontamiento del cuidador, recursos financieros, el apoyo social y el número de roles del cuidador, así como también el tipo de relación cuidador - paciente; y se ha encontrado que, a mayor implicación emocional, mayor carga.<sup>22</sup>

En resumen, contrariamente a la impresión que se desprende de la literatura sobre los abusos a los ancianos, los casos de maltrato directo serían la excepción. Lo que se da es una situación mucho más confusa, en la que los actos intencionados y de omisión se entremezclan y en la que las propias personas mayores pueden estar, en parte, involucradas en la construcción de las situaciones de negligencia.

Son múltiples los estudios relacionados a estos temas que, y que tratan de explicar este fenómeno, asociado a múltiples factores de riesgo como: son: deterioro cognitivo, enfermedades psiquiátricas o psicológicas, dependencia funcional, fragilidad, ingresos bajos o pobreza, traumas o abusos anteriores, etnia, carga del cuidador, disfunciones familiares y poco apoyo social o financiero.<sup>23-24-25-26</sup>

El problema del debate sobre el abuso a los mayores es a menudo una batalla entre ancianos "inocentes" y familias "malas". Tenemos una visión estereotipada de las personas mayores, a los que invariablemente no se les puede responsabilizar de la dinámica familiar.



## CONCLUSIONES

- 1- Se identificaron las siguientes formas de maltrato: negligencia, maltrato psicológico y en menor cuantía apareció el maltrato financiero, existiendo un desconocimiento por parte de los cuidadores de los pacientes dependientes acerca del empleo de abuso al mayor.
- 2- Los sujetos de 70 o más años fueron los más maltratados, mientras en los más jóvenes no se reportó ninguna forma de maltrato. En la medida que aumenta el grado de dependencia, se presentaron más las formas de maltrato: negligencia y maltrato psicológico.
- 3- Independientemente del grado de armonía o disarmonía en las relaciones familiares se presentan las formas de maltrato, encontrándose niveles de carga en los cuidadores que lo cometen.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López P.M. Maltrato en ancianos. Tesis para optar por el título de Máster en Gerontología Médica y Social. La Habana, ISCM de la Habana.1996.
2. Espín A.A. Test de Percepción de las Relaciones Familiares del anciano
3. Entrevista semi-estructurada. (Anexo 3)
4. López PM, 2005 Cuestionario dirigido al anciano para la detección del maltrato
5. Zarit y Zarit, Escala de carga del cuidador. 1982
6. Ávila- Oliva M y colaboradores. prevalencia del maltrato doméstico en adultos mayores. Policlínica "Alcides Pino". Ciencias Holguín, Revista trimestral, enero-marzo 2012.
7. Espín A. "Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. ciudad de la habana. 2003 - 2009" tesis para optar por el título de Dr. en ciencias de la salud.
8. Mesa Cisneros GA. Ancianidad maltratada. Insuficientes estrategias. Trabajo de Filosofía para optar por la categoría docente de auxiliar. La Habana: Instituto superior de Ciencias Médicas de la Habana. FCM Comandante Manuel Fajardo; 2008.

9. Olivera Álvarez A. Ancianos maltratados. Estudio de Adultos Mayores vinculados al complejo gerontológico "A. Gómez Gendra", Tesis de Diplomado, 2009.
10. Álvarez Gómez T. Maltrato en el paciente geriátrico hospitalizado. Hospital Provincial General "Camilo Cienfuegos" Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana, 2009
11. Nájera Pérez C. Violencia sobre el adulto mayor. Estrategia para reducir la victimización en el municipio de Ciego de Ávila. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctora en Ciencias Jurídicas. Abril, 2012.
12. Olivera Álvarez A. Ancianos maltratados. Estudio de Adultos Mayores vinculados al complejo gerontológico "A. Gómez Gendra", Tesis de Diplomado, 2009.
13. Lena Campos L. Violencia invisible contra la ancianidad (monografías en Internet). Cibercuba: Ciencias Médicas, 2008 (citado 7 de noviembre 2012). Disponible en: <http://salud.cibefrcuba.com>.
14. Calle M.A. Optimización de evaluaciones estatales mediante la CIF. IMSERSO. Jornada: "Aplicación en España de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): Presente y futuro"; Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España. Mayo, 2010. Disponible en <URL://ftp.isciii.es/>
15. Lage G.I. "Evaluación funcional en adultos mayores ingresados en el CITED. Septiembre 2010. Julio 2013". Tesis para optar por título de máster en Longevidad Satisfactoria.
16. Morey. A. Libro de psicopatología infantil. Editorial Felix Varela
17. Anzola Pérez E. Promoción de los ancianos en América Latina. Rev Esp Geriatr Gerontol 1992;27(7):28.
18. Domínguez González, TB, Espín Andrade A, Bayarre Veja, H. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(5):418-22
19. Casado David y López Guillem Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro, Colección Estudios Sociales No. 6, Fundación La Caixa, Barcelona, España. (2001)

20. Lara L, Díaz M, Herrera E, Silveira P. Síndrome del cuidador en una población atendida por Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería*. 17 (2):107-111, 2001.
21. Roca AC, Blanco K. Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes. *Correo Científico Médico de Holguín*. 11 (4) supl 1, 2007.
22. Rivera J, Rivera S, Zurdo A. El cuidado informal a ancianos con demencia. *Rev. Mult Gerontol*. 9: 225-232, 1999
23. Cooper C, Selwood A, Livingston G The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing*. 2008 Mar; 37(2):151-60.
24. Pérez-Rojo, Gema, et al. "Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España." *Medicina Clínica* 141.12 (2013): 522-526.
25. Sánchez Castellano, Carmen. Detección y clasificación del maltrato, la negligencia, y el abuso en pacientes mayores: propuestas de actuación preventiva. Diss. Universidad Complutense de Madrid, 2014.
26. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*. 2013 May; 42(3):292.