

Maltrato intrafamiliar en adultos y adultas mayores atendidas en la modalidad atención domiciliaria. Fundación NURTAC.

Ps. Lazara Milagros Velis Aguirre. MSc.
Docente investigadora.
Facultad de Ciencias Psicológicas.
Universidad de Guayaquil.
lazara.velis@ug.edu.ec

Ps. Anabella Avilés Vargas-Machuca
anabella.avilesv@ug.edu.ec
Facultad de Ciencias Psicológicas.
Universidad de Guayaquil.

Ps. Ileana María Álvarez Molina -MSc.
Docente investigadora.
Vicedecana.
Facultad de Ciencias Psicológicas.
Universidad de Guayaquil.
ileana.alvarezm@ug.edu.ec

Ps. David Emmanuel Vélez Mosquera
david.velezm@ug.edu.ec
Facultad de Ciencias Psicológicas.
Universidad de Guayaquil.

RESUMEN:

La calidad y esperanza de vida ha aumentado en todo el mundo, en Ecuador los adultos mayores van en aumento cada año. El maltrato familiar en este grupo etario es una realidad que necesita ser estudiada, por tal razón se realizó esta investigación en la Fundación NURTAC. El estudio es descriptivo, transversal y correlacional. La población fue de 250 adultos mayores de 65 años y más, pertenecientes a la Fundación Nurtac en la modalidad atención domiciliaria. Se aplicaron cinco instrumentos un consentimiento informado; un cuestionario de datos sociodemográficos e identificación del maltrato, aprobado por el comité científico de la Facultad de Ciencias Psicológicas, el test Índice de Katz, el test de Autoestima de Coopersmith y el test FF-SIL. Los resultados fueron que el 72,4% de los adultos mayores habían sufrido algún maltrato, siendo el 60,9% mujeres; el maltrato psicológico se presentó en un 95,4% de los adultos mayores que habían sufrido maltrato y la mayoría fue en familias moderadamente funcionales (49%). En conclusión, el maltrato familiar a los adultos mayores primando el psicológico, seguido del financiero y el maltrato por negligencia o abandono en frecuencia y en su gran mayoría son impartidas por las familias moderadamente funcionales y disfuncionales. La mayor parte de los adultos mayores maltratados eran mujeres y tenían dependencia de una o dos funciones para las actividades básicas de la vida diaria, con un nivel de autoestima bajo, percibían a sus familias como disfuncionales. La dependencia funcional, el nivel de autoestima y el funcionamiento familiar tienen una relación estadísticamente significativa con el maltrato familiar.

Palabras claves: maltrato intrafamiliar, adulto mayor, funcionamiento familiar,

Introducción

Por el avance de las diferentes ciencias, de las tecnologías y de la labor en trabajos sociales, la calidad y esperanza de vida ha aumentado en todo el mundo (Rodríguez, Gómez, Guevara de León, Arribas, Duarte, & Ruiz, 2018). Según datos de la OMS citados por Silva-Fhon, Del Río Suarez, Herrera, & Webhe (2015) los adultos mayores se duplicarán de un 11%, del año 2000, a un 22% en el 2050 en el mundo. Por tal razón enfatizar en estudios sobre esta etapa del ciclo es vital para evitar de manera más efectiva el deterioro cognitivo, capacidades funcionales, dependencia y cualquier tipo de maltrato. En estudios sobre maltrato en adultos mayores en Canadá, Estados Unidos y países bajos se encontró que por lo menos el 7% de los adultos mayores ha sufrido algún tipo de maltrato; en Chile, en el año 2008 se encontró que el 31% de adultos mayores encuestados sufrían de algún tipo de violencia familiar (Adams, 2012).

En Colombia entre los años 2004 y 2011 fueron diez mil adultos mayores que sufrieron de algún tipo de maltrato, 88 de estos asesinados; en España la media del maltrato al adulto mayor es de 6% y a nivel mundial el 12% sufrió algún tipo de maltrato, siendo los familiares, especialmente los hijos, nietos y nueras, los principales causantes de estas agresiones; a esto se le agrega la baja escolaridad de los gerontes, que en países como Bolivia, Chile y Antioquia es elevadísimo, lo cual impidió el que puedan acceder a una mejor calidad de vida; los trastornos neurocognitivos, la depresión, la ansiedad, suicidio, psicopatías y consumo de sustancias tienen incidencia en el maltrato que estos adultos mayores pueden sufrir (Cano, Duque, Cardona, & Arango, 2012).

En Ecuador los adultos mayores eran 813.634 en el 2010 y se estima que en el 2025 podrían llegar a 1'592.232 (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013), y desde la reforma constitucional del 2008 se reconoció que el término para referirse a las personas que superen los 65 años de edad será adulto mayor y permitió que los gerontes sean reconocidos como un grupo de atención prioritaria en el ámbito público y ámbito privado, y que se puedan anexar a programas y proyectos que mejoren su calidad de vida, y así evitar futuras vulneraciones de sus derechos (Flores, 2009). Sin embargo, una problemática que aún existe en el país es que los profesionales carecen de una formación social que les permita diagnosticar de manera idónea a un grupo determinado y proponer medidas de prevención, promoción e intervención. A esto se le agrega el maltrato que existe dentro de las familias que muchas veces son disfuncionales, aumentando la posibilidad de agresiones, es muy difícil visibilizar el maltrato por ser ejercidas dentro de ese núcleo (Vélez, 2018).

A nivel de Latinoamérica existen 41 millones de adultos mayores, en Ecuador en el año 2017 se constató la cifra de 1'180.944 adultos mayores donde 632.436 eran mujeres y

548.508 eran hombres; así mismo se recalca que existen diversos programas que permiten coadyuvar al adulto mayor en esta nueva etapa de desarrollo, entre ellos están, los centros gerontológicos de los municipios, mis mejores años y el programa de atención integral al adulto mayor (Vélez, 2018).

Actualmente el maltrato se ha podido visibilizar como un problema no solo psicosocial sino de salud pública, ya que muchas de las personas que lo sufren no solo tienen daños psicológicos sino físicos, lo cual ha permitido que las instituciones de salud pública colaboren al bienestar de dichas personas. El maltrato se da cuando una persona abusa de otra por su condición de vulnerabilidad, inferioridad, edad, raza o género, lo cual genera una violación a sus derechos humanos, a su dignidad, integridad y autoestima.

El adulto mayor es uno de los grupos etarios que más sufre de estos maltratos, ya que considerando que la esperanza de vida ha aumentado en estas últimas décadas, los familiares no están lo suficientemente capacitados para responder de forma efectiva a los gerontes, siendo groseros y agresivos; a esto se le agrega el deterioro cognitivo, la dependencia económica y la pérdida de autonomía. Por tales razones, los familiares no solo no saben cómo tratar a sus adultos mayores, sino que lo sienten como una carga que tienen que llevar a cuestas, y muchas veces optan por la opción de dejarlo en instituciones especializadas o con cuidadores, terminando en abandono (Adams, 2012).

En el adulto mayor el maltrato intrafamiliar puede ser entendido como la acción única o repetida, accidental o voluntaria del agresor a la víctima, infringida por un familiar al cual se le tiene confianza, generando cualquier tipo de daño psicológico, sexual, físico, social y/o económico (Adams, 2012; Silva-Fhon, Del Río Suarez, Herrera, & Webhe, 2015). Cabe recalcar que los gerontes usualmente reciben los maltratos por parte de sus hijos, de su pareja, nuera y/o yerno (Casanova, Trasancos, Corvea, Pérez, & Prats, 2013).

Sin embargo, históricamente en las sociedades orientales el adulto mayor no era maltratado, era venerado y respetado por su sabiduría y presencia, por tanto, cometer cualquier tipo de agresión era castigado severamente; mientras que en tribus americanas se abandonaba al adulto mayor cuando ya no servía para producir, mientras que otras asesinaban a sus gerontes por supervivencia, ya que podían ser un estorbo para futuras amenazas, lo cual nos indica que ha existido una diversidad histórica en el trato hacia los gerontes.

Los tipos de maltratos pueden clasificarse en graves y menores; los primeros son los físicos (daño físico, abuso, muerte), sexual (abusos, toqueteos, fotografías sin consentimientos, acosos, sodomías) de negligencia (falta de cuidados y atención de necesidades), abandono, económico o financiero (uso no consentido de recursos económicos,

posesiones, falsificaciones de firmas,) y psicológicos (rechazo, baja autoestima, angustia mental, agresiones verbales, humillaciones) (Flores, 2009; Adams, 2012; Casanova, Trasancos, Corvea, Pérez, & Prats, 2013; Silva-Fhon, Del Río Suarez, Herrera, & Webhe, 2015); mientras los segundos son aquellos que pasan desapercibidos como la hostilidad, toma de decisiones autocráticas de parte de los familiares, desatención de las necesidades nutricionales, médicas o psicosociales e ignorar al geronte. Otros tipos de maltrato son: tratar al adulto mayor como un niño, que no se puede cuidar y que hay que educarlo; chantajear al adulto mayor; deshumanización del geronte, convirtiéndolo en un objeto que ya no sirve para nada. Estas agresiones pueden entenderse por factores psicosociales como el desempleo, deudas, estrés, consumo de drogas, que generan baja tolerancia para con el geronte (Adams, 2012; Ruiz & Orozco, 2009; Silva-Fhon, Del Río Suarez, Herrera, & Webhe, 2015). Toda esta tipología de maltratos puede provocar en el adulto mayor baja autoestima, aislamiento, cambios de humor, depresión y suicidio (Flores, 2009; Adams, 2012; Casanova, Trasancos, Corvea, Pérez, & Prats, 2013; Silva-Fhon, Del Río Suarez, Herrera, & Webhe, 2015)

Ahora, son muchos los factores que pueden provocar el maltrato hacia un adulto mayor, como pueden ser la falta de conocimiento sobre los procesos y cambios que lleva consigo la adultez mayor, instituciones o profesionales que instruyan constantemente a los gerontes, poca resiliencia, ausencia de comunicación y bienestar familiar, incapacidad de reconocer y aceptar situaciones de maltrato y la cultura de denunciar las situaciones de maltratos y al agresor (Flores, 2009).

En la mayoría de las ocasiones los adultos mayores no denuncian los episodios de maltrato por miedo a que sus familiares tomen acciones coercitivas, por desconocimiento de los debidos procesos, por miedo a que los servidores públicos no le ayuden, por vergüenza o por no querer ver a sus parientes en prisión (González & De Zinder, 2009; Silva-Fhon, Del Río Suarez, Herrera, & Webhe, 2015) por tal razón los reportes se basan en mentiras como manifestar que las heridas físicas fueron accidentes como caídas o tropiezos (González & De Zinder, 2009), incluso algunos adultos mayores reportan los maltratos pasados los diez o hasta 25 años después del hecho, lo cual significa que esta persona ha experimentado violencia y ha sufrido daños psicológicos durante este periodo de tiempo, siendo las mujeres las más vulneradas culturalmente, incluso por sus hijos (Casanova, Trasancos, Corvea, Pérez, & Prats, 2013).

En la familia este fenómeno del maltrato se ha invisibilizado por el hecho de que la familia es considerada como el lugar donde un nace y se desarrolla, y es casi imposible creer que tal institución haga daño a sus miembros, aunque existan estudios que demuestren la existencia

de la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor (Docampo, Barreto, & Santana, 2009). Ahora, las tres fases de la violencia intrafamiliar según Silva (2009) citado por Ruiz (2014) son: la acumulación de tensión donde la persona incrementa sus niveles de estrés y lo libera en forma de agresiones hacia la víctima, luego se siente culpable por lo hecho y trata de reparar lo dañado; episodio agudo de violencia donde la persona descarga todas las tensiones acumuladas donde el agresor planifica cómo va a dañar a la otra persona; y etapa de luna de miel donde todos emulan que nunca sucedió nada, y se promete no volver a cometerlo. Según el estudio de Rodríguez, et al. (2018) los adultos mayores que más recibieron maltrato pertenecen a familias ampliadas y disfuncionales, entendiéndose que los episodios de agresiones se explican por la inadecuada relación interpersonal de los integrantes y por factores culturales en los cuales prima el autoritarismo y poco contacto social con grupos u organizaciones, provocando aislamiento familiar. Otra realidad es que las mujeres sufren más el salto cualitativo en esta nueva etapa del ciclo vital, ya que ellas se centran en su soledad y aislamiento, entendido por su crianza, aumentando la probabilidad de deterioro cognitivo, pérdida de autoestima y depresión; mientras que los hombres buscan que actividades realizar para suplantar lo perdido laboralmente. (Rodríguez, Gómez, Guevara de León, Arribas, Duarte, & Ruiz, 2018) aunque en investigaciones de (García, Guisado, & Torres, 2016) se asevera que los hombres entre 60 a 69 años son más propensos al maltrato.

El bajo nivel de escolaridad es un factor de riesgo, ya que predispone a los adultos mayores a no saber defender su espacio, no poseer autonomía o conocimientos sobre derechos (Docampo, Barreto, & Santana, 2009). Así mismo otro factor de riesgo es el desconocimiento sobre temas de maltrato a adultos mayores de los profesionales de salud y de las ciencias sociales, ya que no saben cómo atender de manera oportuna y efectiva los casos que atienden (Enamorado, Pérez, Domínguez, & Rodríguez, 2013) y está comprobado por la literatura que las personas que han podido acceder a la educación sufren menos de maltrato por el hecho de tener más mecanismos de defensa, más resiliencia, mejor situación económica, mejor forma de comunicación y resolución de conflictos familiares (Enamorado, Pérez, Domínguez, & Rodríguez, 2013); también permite que se aprendan valores y principios que puedan ser aplicados a la familia, es decir, que las personas que no reciben esta educación aumenta la posibilidad de que en algún momento de su vida sean agresores o maltratados, por la ignorancia sobre el respeto de la dignidad del otro (Fernández, Socarrás, Velázquez, Nápoles, & Díaz, 2012).

Otro factor es el socioeconómico, ya que por la competitividad y la deshumanización las familias no tienen tiempo para atender al geronte, dejándolo solo o por el estrés de los

problemas sociales o laborales que se manifiestan en maltratos hacia un anciano que sirve como objeto para liberar la tensión. Por tal razón la sobrecarga que puedan tener los cuidadores, en especial si están obligados a cuidar al geronte, generan un vínculo negativo, aumentando la posibilidad de algún tipo de maltrato por desahogo de tensiones, baja tolerancia, irritación o inadecuada expresión de las emociones (Serra, Cordero, & Viera, 2018). Cabe destacar que estos maltratos ocurren en cualquier estrato económico, pero tienen mayor frecuencia en las familias de bajos recursos por su falta de educación y cultura (Fernández, Socarrás, Velázquez, Nápoles, & Díaz, 2012).

La soledad y la poca afectividad son factores de riesgo ya que se ha demostrado que el no tener una pareja o sentirse solo dentro de la familia, incrementa la posibilidad de aceptar los maltratos y no hacer nada por evitarlos (Fernández, Socarrás, Velázquez, Nápoles, & Díaz, 2012). El abandono también es otro factor por considerar ya que por ejemplo en África sucede un fenómeno interesante respecto al adulto mayor, ya que los jóvenes migran a otras ciudades o países para buscar una mejor calidad de vida, dejando a los gerontes solos, sin que nadie pueda cuidarlos más que ellos mismos (Enamorado, Pérez, Domínguez, & Rodríguez, 2013).

Un último factor son las enfermedades propias de la edad, las cuales, si no son tratadas y conllevadas de una forma idónea por la familia, aumentarán el deterioro cognitivo y físico del geronte (Ruiz & Orozco, 2009). Otro punto de vista socioeconómico lo encontramos en la mala distribución de recursos y servicios para los adultos mayores que viven en pobreza o pobreza extrema. Otros factores que influyen en el maltrato al adulto mayor son la inversión de los roles familiares, comunicación agresiva o pasiva, creencias culturales. Así la educación sobre la adultez mayor es necesaria no solo para que el geronte pueda identificar los episodios de maltrato sino para que el cuidador o familiares puedan reconocer cuando están ejerciendo maltrato (Casanova, Trasancos, Corvea, Pérez, & Prats, 2013). Los episodios de maltrato repetitivos pueden producir síntomas comparables con los del estrés post-traumático y generar problemas para dormir, ideas suicidas, problemas en la memoria y atención e incapacidad de recuperarse idóneamente de diversas enfermedades (Díaz & Llerena, 2010).

El proceso de envejecimiento está delimitado por varios aspectos como por ejemplo la edad, la pérdida de autonomía, baja autoestima, pérdida de la motricidad, enfermedades infecciosas o crónicas (Cano, Duque, Cardona, & Arango, 2012). Estos pueden llegar a causar aislamiento y la pérdida de autonomía e independencia, ya que el rendimiento físico y social de las personas mayores depende de la integridad de todas sus funciones. La disminución de la capacidad para retener información a corto plazo y la incapacidad para realizar operaciones matemáticas son las señales de alerta que indican la reducción de las

funciones cognitivas (Leite, Castioni, Kirchner y Hildebrandt, 2015). Es necesario recordar que exista una preparación en las personas que están por convertirse en adultos mayores, para ayudar a disminuir y prevenir la afectación cognitiva, el equipo multidisciplinario debe estar brindar atención gerontológica, integrados por especialistas que ayudan al adulto mayor a superar dificultades en los aspectos biológico, psicológico y social, así como los círculos y casas de abuelos, más los grupos de orientación y recreación (Fernández, Gómez y Córdova, 2016).

Realizar con independencia y autonomía actividades en el diario vivir, tener una adecuada salud mental y física, son indicadores de una adecuada capacidad funcional en el adulto mayor, teniendo en cuenta que “dichas funciones corporales y mentales llegan a sufrir desgastes, anomalías, defectos, pérdidas o desviaciones que terminan por convertirse en mutiladores silenciosos de la capacidad funcional” (Cortés, Cardona, Segura y Garzón, 2016, p.168).

La autoestima aparece como un componente psicológico fundamental de la calidad de vida durante la adultez mayor y del bienestar personal, la cual debe ser tomada en cuenta como un área de intervención y estudio para mejorar la calidad de vida en la población mayor, ya que mucho de los maltratos ocasionan disminución de esta (Abalde & Pino, 2016).

Por todo lo expuesto anteriormente esta investigación escogió realizarla en la Fundación NURTAC (Nuevo Rumbo de Técnicos Activistas Comunitarios) que tiene como objetivo la búsqueda de una sociedad más justa, fortaleciendo las capacidades de las personas en extrema pobreza y que son vulnerables en todo el Ecuador, siendo uno de los grupos prioritarios que atienen a los adultos mayores (NURTAC, 2018). Por tal razón el objetivo general del estudio, caracterizar a los adultos y adultas mayores maltratadas en su medio familiar en la modalidad atención domiciliaria. Fundación Nurtac.

METODOLOGIA

El estudio es descriptivo, transversal y correlacional. La población fue de 250 adultos mayores de 65 años y más, pertenecientes a la Fundación Nurtac en la modalidad atención domiciliaria, de los cuales se escogieron 152 adultos mayores, que se seleccionaron por un muestreo combinado de aleatorio simple y sistemático; según los criterios de inclusión y exclusión. Para la aplicación de los instrumentos se confeccionó un protocolo de atención compuesto de tres sesiones; en la primera sesión se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos e identificación de maltrato, el cual consistió en 21 preguntas dirigidas a

aspectos como edad, sexo, estado civil, escolaridad, situación laboral, composición familiar, y actividades de ocio, así también indaga acerca de su percepción del maltrato, los posibles agresores y sobre los tipos de maltrato, fue revisado por el comité científico de la Facultad de Ciencias Psicológicas bajo criterios de metodológicos y éticos. Posteriormente se aplicó test Índice de Katz que evalúa la capacidad requerida para cubrir las necesidades personales habituales del adulto(a) mayor como: comer, bañarse, vestirse, ir al retrete, trasladarse, tener continencia de esfínter, precisando si estas actividades pueden ejecutarse sin ayuda, con alguna ayuda, o sin ninguna ayuda.

En la segunda sesión se aplicó el test de Autoestima de Coopersmith que tiene como objetivo conocer el nivel de autoestima de los individuos que está conformado por 25 ítems, donde el sujeto debe responder de manera afirmativa o negativa a los enunciados. En la tercera sesión se aplicó el test FF-SIL; que está dirigida a diagnosticar el funcionamiento familiar y diagnostica la familia en: funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional.

El protocolo fue sometido y evaluado desde el punto de vista metodológico, científico y ético, por un comité de expertos del centro, que dictaminó estar acorde con los principios éticos e investigativos. Antes de ser incluidos en el estudio se le solicitó a cada adulto(a) mayor su consentimiento informado por escrito, se explicaron los objetivos del estudio y la importancia de su participación, garantizando la confidencialidad de los datos. Toda la información obtenida quedó bajo la custodia del investigador, con la protección debida y absoluta de la identidad de los adultos mayores del estudio, que fueron nominados con códigos. Los familiares no tuvieron conocimiento de los datos aportados por el adulto(a) mayor. La información recopilada se integró en una base de datos, para el análisis y tabulación de los datos se empleó el programa estadístico: SPSS versión 22 en español.

Resultados

Tabla No.1
Distribución de adultos y adultas mayores según edad y maltrato

Grupos de edades	Maltrato familiar							
	Sí			No			Total	
	No.	% V	% H	No.	% V	% H	No.	%
60-69	15	13,6	40,5	22	52,3	59,5	37	24,3
70-79	34	30,9	66,7	17	40,4	33,3	51	33,5
80-89	46	41,8	93,9	3	7,1	3,1	49	32,2
90-99	15	13,6	13,3	0	0	0	15	9,8
Total	110	100	72,4	42	100	27,6	152	100

Leyenda %V (porciento de maltrato) %H (porciento de edad)

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de maltrato.

El 72,4% de los adultos mayores estudiados refirieron haber recibido algún tipo de maltrato. En relación con la edad el mayor número de adultos(as) mayores maltratados estuvo en los 80-89 años, con 60 adultos mayores(as), para un 39 %, seguidos del grupo de 70-79 con 55 adultos(as) mayores, para un 36%. En lo referente al grupo etario, coincidimos con autores como Cardoso, Mejías, Macías & Amaro (2004) quienes reportan una mayor incidencia de adultos(a) mayores maltratados en las edades comprendidas en la década de los 70 años y más, siendo estos más frágiles y por ende, más vulnerables.

Tabla No.2
Distribución de adultos y adultas mayores según sexo y maltrato

Sexo	Maltrato familiar							
	Sí			No			Total	
	No.	% V	% H	No.	% V	% H	No.	%
Hombres	43	39,1	71,7	17	40,5	28,3	60	39,5
Mujeres	67	60,9	72,8	25	59,5	27,2	92	60,5
Total	110	100	72,4	42	100	27,6	152	100

Leyenda: %V (porciento de maltrato) %H (porciento por sexo)

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de maltrato.

En la Tabla.2 se denota que el 60,9% de los adultos(a) mayores maltratados fueron mujeres, mientras que el 39,1% fueron hombres. Entre los gerontes que aseveraron que nunca han recibido algún tipo de maltrato no existe una diferencia significativa entre los sexos ya que ambos puntúan entre 28% y 27% respectivamente.

Tabla No.3

Distribución de los adultos y adultas mayores según vínculo de pareja y maltrato familiar.

Vínculo de pareja	Maltrato familiar							
	Sí			No			Total	
	No.	% V	% H	No.	% V	% H	No.	%
Sí	70	63,6	75,3	23	54,8	24,7	93	61,1
No	40	36,4	67,8	19	45,2	32,2	59	38,8
Total	110	100	72,4	42	100	27,6	152	100

Leyenda: %V (porcentaje de maltrato) %H (porcentaje de vínculo de pareja)

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de maltrato.

En cuanto la existencia de vínculo de pareja, el 63,6% de los adultos (as) maltratados lo tenían mientras que los que no fue de 36,4% lo cual contradice con algunas investigaciones como las de Fernández, Socarrás, Velázquez, Nápoles & Díaz, (2012) en la cual tener pareja es un factor que reduce el riesgo a sufrir el maltrato, aunque se comprueba que el hecho de no tenerla es un factor que aumenta la probabilidad de sufrir maltrato. Tampoco fue notable la diferencia entre los que tenían o no vínculo de pareja para recibir maltrato.

Tabla No.4

Distribución de los adultos y adultas mayores según escolaridad y maltrato familiar.

Escolaridad	Maltrato familiar							
	Sí			No			Total	
	No.	% V	% H	No.	% V	% H	No.	%
Primaria incompleta	11	10	68,7	5	11,9	31,3	16	10,5
Primaria	35	31,8	66,0	18	42,8	34,0	53	34,8
Secundaria	31	28,1	79,4	8	19,0	20,6	39	25,6
Preuniversitario	26	23,6	70,2	11	26,1	29,8	37	24,3
Universidad	7	6,3	100	0	0	0	7	4,6
Total	110	100	72,4	42	100	27,6	152	100

Leyenda: %V (porcentaje de maltrato) %H (porcentaje de escolaridad)

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de maltrato.

Tabla No.5

Distribución de los adultos y adultas mayores según rol productivo y maltrato familiar.

Rol productivo	Maltrato familiar							
	Sí			No			Total	
	No.	% V	% H	No.	% V	% H	No.	%
Sí	41	37,3	71,9	16	38,1	28,1	57	37,5
No	69	62,7	72,6	26	61,9	27,4	95	62,5
Total	110	100	72,4	42	100	27,6	152	100

Leyenda: %V (porcentaje de maltrato) %H (porcentaje de rol productivo)
Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de maltrato.

En la Tabla 4. se denota que el 31,8 % de los adultos(as) maltratados tenían nivel de escolaridad primario, seguido por el nivel secundario con 28,1%, lo cual se constata con la literatura universal, la cual indica que entre menos escolaridad en los gerontes mayor es la posibilidad de que sufran maltrato; y los que sí la tuvieron redujeron el riesgo a padecerla como se denota en la cifra de 42,8% en la cual no han sufrido maltrato pero llegaron a terminar su nivel primario en educación. El 62,5% de los adultos(as) maltratados no tienen rol productivo (Tabla.5). Sin embargo, entre los adultos mayores(as) maltratados y no maltratados no resultó notable la diferencia entre los que tenían rol productivo o no, pues el 71,9% de los que tenían rol productivo fueron maltratados, mientras el 72,6 % de los que no tenían rol productivo también recibieron maltrato.

Tabla No.6
Tipos de maltratos recibidos por las y los adultos mayores.

Tipos de maltrato	No	%
Psicológico	105	95,4
Financiero	94	85,4
Negligencia/ Abandono	76	69
Físico	15	13,6
Sexual	2	1,8

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de maltrato.

Tabla No.7
Distribución de los adultos y adultas mayores según capacidad funcional y maltrato familiar.

Capacidad funcional	Maltrato familiar							
	Sí			No			Total	
	No	% V	% H	No.	% V	% H	No.	%
A-Independiente	17	15,5	42,5	23	54,8	57,5	40	26,3
B-Dependiente de una función	37	33,6	69,8	16	38,1	30,2	53	34,8
C-Dependiente de dos funciones	37	33,6	92,5	3	7,1	7,5	40	26,3
D-Dependiente de tres funciones	13	11,8	100,0	0	,0	,0	13	8,5
E-Dependiente de cuatro funciones	4	3,6	100,0	0	,0	,0	4	2,6
F-Dependiente de cinco funciones	2	1,8	100,0	0	,0	,0	2	1,3
Total	110	100	72,4	42	100	27,6	152	100
p = 0.005								

Leyenda: %V (porcentaje de maltrato) %H (porcentaje de capacidad funcional)
Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de maltrato.

Respecto al tipo de maltrato recibido por los familiares Tabla.6 el 95,4% fue un maltrato psicológico, el 85,4% fue financiero, por negligencia o abandono fue de 69%, el físico se mostró con un 13,6% y el sexual 1,8%. La capacidad funcional fue otra de las variables estudiadas, la que estuvo estadísticamente relacionada con el maltrato a los adultos(a) mayores Tabla 7., donde en el grupo de los maltratados el mayor por ciento estuvo en el grupo C, (60% dependientes). La incapacidad ya sea psíquica, física o mixta, ocasiona dependencia y a su vez es un grave riesgo para la victimización, se relaciona con la necesidad de asistencia para hacer frente a las actividades de la vida diaria, y está condicionada por la edad, ya que se incrementa después de los 80 años, momento en que las enfermedades degenerativas tienen especial incidencia. La relación existente entre la capacidad funcional y el maltrato es significativa.

Tabla No.8

Distribución de los adultos y adultas mayores según nivel de autoestima y maltrato familiar.

Autoestima	Maltrato familiar							
	Sí			No			Total	
	No.	% V	% H	No.	% V	% H	No.	%
Nivel alto	7	6,4	25,0	21	50,0	75,0	28	18,4
Nivel medio	30	27,3	65,2	16	38,1	43,8	46	30,2
Nivel bajo	73	66,4	93,6	5	11,9	6,4	78	51,3
Total	110	100	72,4	42	100	27,6	152	100
p = 0.007								

Leyenda %V (porcentaje de maltrato) %H (porcentaje de autoestima)

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de maltrato.

Al relacionar el maltrato en el adulto(a) mayor y nivel de autoestima, se constata que la autoestima estuvo estadísticamente relacionada con el maltrato en los adultos(a) mayores. Se evidenció que entre los maltratados la mayoría de ellos tienen un nivel medio de autoestima (46%) y le siguen con un nivel bajo (26%). En general los adultos(a) mayores con una autoestima adecuada tienen un sentido real de su auto eficacia, autodeterminación y auto dirección, posibilitándole un enriquecimiento en las relaciones interfamiliares.

Tabla No. 9

Distribución de los adultos y adultas mayores según funcionamiento familiar y maltrato familiar

Funcionamiento familiar	Maltrato familiar							
	Sí			No			Total	
	No.	% V	% H	No.	% V	% H	No.	%
Funcional	1	9	3,7	26	61,9	96,3	27	17,7
Moderadamente funcional	34	30,9	70,8	14	33,3	29,2	48	31,5
Disfuncional	75	62,8	97,4	2	4,8	2,6	77	50,6
Total	110	100	72,4	42	100	27,6	152	100
p = 0.005								

Leyenda: %V (porcentaje de maltrato) %H (porcentaje de funcionamiento familiar)

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de maltrato.

Al relacionar el maltrato en el adulto(a) mayor y el funcionamiento familiar, en los maltratados predominó la familia Moderadamente Funcional con 75 adultos mayores(a) para un 49%, seguido de la familia disfuncional con 43 adultos(a) mayores para un 29 %, mientras que para el grupo de no maltratados el mayor número se ubicó en el grupo funcional con 34 adultos(a) mayores, para un 22%. El funcionamiento familiar es un factor importante a la hora de referirse a la génesis de los malos tratos recibidos por los adultos mayores(a), por ser ésta una institución de apoyo natural que no siempre es capaz de brindar tal apoyo.

Discusión:

El maltrato familiar no es un tópico totalmente invisibilizado, la presente investigación ha corroborado que los adultos mayores siguen siendo maltratados, especialmente en su núcleo familiar como la literatura lo afirma (Flores, 2009; Adams, 2012; Casanova, Trasancos, Corvea, Pérez, & Prats, 2013; Silva-Fhon, Del Río Suarez, Herrera, & Webhe, 2015). El mayor tipo de maltrato fue el psicológico y financiero, siendo una cifra alarmante dentro de este estudio es saber que la mayoría de los maltratos vienen de una familia moderadamente funcional, mientras que un reducido número viene de las familias disfuncionales, lo cual es una diferencia significativa en el estudio de Fernández, Socarrás, Velázquez, Nápoles, & Díaz (2012) que refieren que el maltrato familiar se da más en los niveles económicos bajos, lo cual afirma la idea de que en todos los estratos sociales sucede, pero podría considerarse que estos tipos de maltratos se dan más en la clase media, por lo cual se sugiere investigaciones específicas en esta área.

El factor educativo es esencial para evitar el maltrato dentro de la familia, cómo no esperar que un adulto mayor sea maltratado si nunca aprendió sobre valores, principios, empatía, derechos (Docampo, Barreto, & Santana, 2009) o dentro del factor socioeconómico los gerontes no tuvieron la oportunidad de tener un trabajo, como es el caso de las mujeres, que les permitiera expandir sus horizontes personales y generar vínculos sociales, suprimiendo su autonomía y recursos psicológicos como la resiliencia. (Docampo, Barreto, & Santana, 2009; Díaz, & Llerena, 2010; Enamorado, Pérez, Domínguez, & Rodríguez, 2013), y mucho más cuando los profesionales no le brindan el apoyo suficiente a este grupo de atención prioritaria.

Ahora, en este estudio las mujeres fueron más maltratadas como también lo sugieren algunos estudios (González, & De Zinder, 2009; Cano, Duque, Cardona, & Arango, 2012; Serra, Cordero, & Viera, 2018) sin embargo, no se debe bajo ningún motivo rezagar la posibilidad de que los hombres sufran igual o mayores maltratos que las mujeres dentro de su hogar, dado que por su construcción cultural están negados a poder expresar sus ideas y sentimientos, impidiendo que comenten si sufren algún tipo de maltrato por vergüenza o por sentirse vulnerables dentro de su masculinidad (García, Guisado, & Torres, 2016). Sin duda alguna, uno de los datos más importantes de este trabajo es denotar que el tener un vínculo de pareja en esta etapa del ciclo vital no reduce significativamente el riesgo a cualquier tipo de maltrato, lo cual sugiere la posible relación de factores que no se han estudiado en esta investigación como la cultura, la crianza y la religión en el hecho de tomar medidas para evitar o parar las acciones de maltrato, ya que en nuestra cultura ambos sexos son más renuentes a tomar estas acciones diferenciándose de los estudios de Fernández, Socarrás, Velázquez, Nápoles, & Díaz (2012) donde sugiere que las parejas tienden a darse fuerza y apoyo para tomar medidas respecto al maltrato.

Cuando un familiar maltrata, causa dolor en el geronte, ya que no puede comprender como una persona de confianza y la cual debería darte seguridad y ser un pilar de apoyo te hiere, por lo cual la autoestima se ve afectada y con esto el autoconcepto se nubla dentro del adulto mayor (Abalde, & Pino, 2016) incidiendo en sus pocas ganas de seguir haciendo cosas productivas o actividades diarias, como se refirió en los resultados, dando como producto a un adulto mayor que se siente perdido de si mismo y que es totalmente dependiente de su cuidador. Por lo cual los profesionales, familiares y cuidadores que están en un contacto constante con los adultos mayores deberían instruirse más sobre sus procesos, los cambios, cómo tratarlos y sobretodo concientizar en ellos el hecho de que en algún momento pueden

cometer maltrato hacia ellos, pero que puedan identificar esos momentos para reparar el daño y tomar medidas para no cometerlos de nuevo (Fernández, Socarrás, Velázquez, Nápoles, & Díaz, 2012; Enamorado, Pérez, Domínguez, & Rodríguez, 2013).

Conclusiones:

El maltrato familiar a los adultos mayores existe dentro de la fundación NURTAC, primando el psicológico, seguido del financiero y el maltrato por negligencia o abandono en frecuencia y en su gran mayoría son impartidas por las familias moderadamente funcionales y disfuncionales. La mayoría de los adultos mayores maltratados eran mujeres y tenían dependencia de una o dos funciones para las actividades básicas de la vida diaria, con un nivel de autoestima bajo, percibían a sus familias como disfuncionales. La dependencia funcional, el nivel de autoestima y el funcionamiento familiar tienen una relación estadísticamente significativa con el maltrato familiar.

Referencias Bibliográficas

- Abalde, N., & Pino, R. (2016). Evaluación de la autoeficacia y de la autoestima en el rendimiento deportivo en Judo. *Retos. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*.
- Adams, Y. (2012). Maltrato en el adulto mayor institucionalizado. Realidad e invisibilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 84-90.
- Cano, S., Duque, G., Cardona, S., & Arango, C. (2012). Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 33(1), 67-74.
- Cardoso, O., Mejías, N., Macías, J., & Amaro, F. (2004). Caracterización del maltrato en el anciano. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 8(1), 33-41.
- Casanova, L., Trasancos, M., Corvea, Y., Pérez, M., & Prats, O. (2013). Manifestaciones de violencia intrafamiliar hacia adultos mayores diabéticos. Pinar del Río, 2012. *Revista Cubana de Medicina General* 29(2), 160-172.
- Cortés, C., Cardona, D., Segura, A., & Garzón, A. (2016). Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor. *Salud Pública*, 18 (2): , 167-178.

- Díaz, R., & Llerena, Á. (2010). Principales manifestaciones de la violencia intrafamiliar en pacientes de la tercera edad, como factor de riesgo para la conservación de la salud: Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Junio 200. *Revista Médica Electrónica*, 32(4), 0-0.
- Docampo, L., Barreto, R., & Santana, C. (2009). Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 13(6), 0-0.
- Enamorado, G., Pérez, J., Domínguez, A., & Rodríguez, J. (2013). Violencia intrafamiliar contra el adulto mayor en una comunidad de Guinea Bissau. *Medisan*, 17(7), 1053-1059.
- Fernández, A., Gómez, M., & Córdova, V. (2016). Sistema para el análisis del comportamiento cognitivo. *Revista Cubana de Informática Médica*, 8(1), 97-108.
- Fernández, P., Socarrás, E., Velázquez, G., Nápoles, M., & Díaz, R. (2012). Violencia intrafamiliar en el sector venezolano Las Tunitas. *Medisan*, 16(7), 1090-1097.
- Flores, E. (2009). Prevalencia y factores asociados a maltrato en adultos mayores de la parroquia Yanuncay de la ciudad de Cuenca. *Tesis de Maestría*.
- García, R., Guisado, K., & Torres, A. (2016). Maltrato intrafamiliar hacia el adulto mayor en el del Policlínico Reynold García de Versalles. *Revista Médica Electrónica*, 38(6), 826-836.
- González, R., & De Zinder, S. (2009). Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. *Revista Chilena de Salud Pública* 13(2).
- Leite, M., Castioni, D., Kirchner, R., & Hildebrandt, L. (2015). Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Enfermería Global*.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social . (Noviembre de 2013). *Ministerio de Inclusión Económica y Social*. Obtenido de inclusión.gob.ec: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Pol%C3%ADtica-P%C3%ABblica.pdf>
- NURTAC. (26 de septiembre de 2018). *Fundación Nurtac*. Obtenido de fundacionnurtac.com: http://fundacionnurtac.com/quienes_somos/

Rodríguez, M., Gómez, C., Guevara de León, T., Arribas, A., Duarte, Y., & Ruiz, P. (2018). Violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(2), 204-213.

Ruiz. (2014). Análisis crítico de la reparación del daño sufrido por los adultos mayores en las infracciones de violencia intrafamiliar. *Tesis de grado*.

Ruiz, F., & Orozco, M. (2009). El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. *Archivos en medicina familiar*, 11(4), 147-149.

Serra, M., Cordero, G., & Viera, M. (2018). El maltrato a los ancianos o el no mejor trato. Realidad y retos. *MediSur*, 16(2), 233-240.

Silva-Fhon, J., Del Río Suarez, A., Herrera, S., & Webhe, S. &. (2015). Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 367-375.

Vélez, J. (2018). Las condiciones de vida de la población adulta mayor y las estrategias gubernamentales para su inclusión social en el Ecuador. *Tesis de grado*.