

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44743>

Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú

*Domestic violence in older people living in the district of Breña, Peru*Jack Roberto Silva-Fhon¹ • Antonia Defilia Del Río-Suarez² • Silvia Natividad Motta-Herrera² • Suzele Cristina Coelho Fabricio-Wehbe¹ • Rosalina Aparecida Partezani-Rodrigues¹

Recibido: 07/08/2014 Aceptado: 01/09/2014

¹ Enfermería General y Especializada, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.² Escuela Académica Profesional de Enfermería, Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú.

Correspondencia: Jack Roberto Silva-Fhon. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo (EERP – USP). Avenida dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário - Bairro Monte Alegre Ribeirão Preto CEP: 14040-902. Fone: +55 16 3315-3381. São Paulo, Brasil. E-mail: beto_fhon@hotmail.com.

[| Resumen |](#)

Antecedentes. La violencia hacia el adulto mayor es un problema social que ocurre dentro de la familia y que, por miedo, no es denunciado. Esto dificulta el trabajo del personal multiprofesional de salud para la detección, denuncia y prevención de estos casos.

Objetivo. Identificar la prevalencia, los tipos de violencia intrafamiliar, su asociación con variables sociodemográficas y la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor que vive en la comunidad de estudio.

Materiales y métodos. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con 369 adultos mayores en el distrito de Breña, Lima (Perú). Se utilizaron el *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination* y la Escala de Depresión Geriátrica como instrumentos de datos sociodemográficos. Para el análisis de los datos se aplicó estadística descriptiva y regresión logística.

Resultados. Predominó el sexo femenino, el adulto mayor más joven, el estado civil casado y la conformación familiar por el cónyuge. La prevalencia de violencia intrafamiliar fue 79.7% y de síntomas depresivos 48.2%. Prevalció la violencia financiera. En la regresión se verificó que aquel que no trabaja tiene mayor chance de sufrir violencia. Entre más años de estudio, disminuye el riesgo de sufrir violencia. Asimismo, aquel que no presenta síntomas depresivos no sufre violencia.

Conclusiones. Se verificó que el adulto mayor necesita de atención permanente. El personal de salud debe reconocer síntomas y señales en el adulto mayor que sufre violencia y que presenta síntomas depresivos; debe ofrecer información sobre la importancia de denunciar estos casos para favorecer un envejecimiento saludable y con calidad.

Palabras clave: Maltrato al anciano; Depresión; Enfermería Geriátrica; Salud Pública (DeCS).

.....
Silva-Fhon JR, Del Río-Suarez AD, Motta-Herrera SN, Coelho-Fabricio SC, Partezani-Rodrigues RA. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):367-75. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44743>.

Summary

Background. Violence against the elderly is a social problem that occurs within the family and is not reported because of fear. This hinders the work of health multi-professional staff for the detection, reporting and prevention of such cases.

Objective. To identify the prevalence, types of domestic violence, its association with socio-demographic variables and depressive symptoms in the elderly living in the community studied.

Materials and methods. A quantitative, descriptive, cross-sectional study was carried out with 369 elderly in the district of Breña, Lima (Peru). The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination and the Geriatric Depression Scale were used as socio-demographic instruments. For data analysis, descriptive statistics and logistic regression were applied.

Results. Female sex, younger elderly, married marital status and family formation by the married were predominant. The prevalence of domestic violence was 79.7% and 48.2% for depressive symptoms. Financial violence was prevalent. During the regression, it was verified that whoever that does not work has a greater chance of suffering violence. The more the years of schooling, the lower the risk of violence. Also, the ones who have depressive symptoms don't suffer violence.

Conclusions. It was observed that the elderly need lifelong care. The health staff must recognize signs and symptoms in the elderly suffering violence and presenting depressive symptoms; the health staff must provide information on the importance of reporting cases to promote a healthy and qualitative aging.

Keywords: Elder abuse; Depression; Geriatric nursing; Public health (MeSH).

.....
Silva-Fhon JR, Del Rio-Suarez AD, Motta-Herrera SN, Coelho-Fabricio SC, Partezani-Rodrigues RA. [Domestic violence in older people living in the district of Breña, Peru]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):367-75. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44743>.

Introducción

Los cambios demográficos en el mundo avanzan rápidamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que entre el 2000 y el 2050 la proporción de personas mayores de 60 años se duplicará pasando del 11% al 22% de la población total (1).

Ese mismo fenómeno se observa en el Perú. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reporta que en el 2012 la población mayor de 60 años representaba 9% de la población total y que para el 2021 alcanzará el 11.4% (2).

Con el proceso de envejecimiento el adulto mayor puede presentar disminución de la capacidad funcional y cognitiva, lo que puede llevarlo a padecer algún tipo de dependencia y a sufrir o no violencia (3).

Según la OMS, la violencia es definida como “el uso intencional de la fuerza física o de poder de manera real o sobre la forma de amenaza, contra sí mismo o contra otra persona,

grupo o comunidad, que puede resultar en lesión, muerte, daño psicológico, deficiencia de desarrollo o privación” (4).

En Perú, la violencia intrafamiliar es definida como “toda acción u omisión directa concebida como palpable y visible o indirecta que afecta los miembros de la familia, producida entre sus propios integrantes afectando los derechos fundamentales de las personas que la integran envolviendo la integridad física, sexual y/o psicológica y/o su estado financiero o patrimonial” (5). Asimismo, la Constitución Política del Perú, en el artículo cuarto, indica que la comunidad y el estado protegen al niño, adolescente, madre y adulto mayor en situación de abandono y violencia (6).

La OMS estima que en los países desarrollados 4% a 6% de los adultos mayores sufren algún tipo de violencia, y que la mayoría de los casos no son denunciados por miedo, siendo los agresores cercanos, como familiares y amigos (7).

El Centro de Emergencia Mujer (CEM) ofrece servicios públicos especializados y gratuitos a nivel nacional en Perú para casos denunciados de maltrato en la niñez, la adolescencia, la mujer y al adulto mayor. En 2012, este centro reportó 1773 denuncias de abuso en contra del adulto mayor, de las cuales 97.3% fueron consideradas como violencia física y/o psicológica, y 2.7% como violencia sexual (8).

La violencia intrafamiliar puede ser clasificada en *física*: uso de la fuerza para herir, provocar dolor, incapacidad o muerte, para obligar al adulto mayor a hacer lo que no desea; *psicológica*: agresiones verbales o gestuales con el objetivo de atemorizar, humillar, prohibir la libertad o aislar al adulto mayor de la convivencia social; *financiera*: exploración impropia o ilegal, y/o uso no consentido de recursos económicos; *sexual*: actos o juegos sexuales de carácter homo o heterosexual que utilizan al adulto mayor para obtener excitación, relación sexual o prácticas eróticas; *negligencia*: negativa, omisión o fracaso por parte del responsable del cuidado, y *abandono*: ausencia o deserción del responsable por los cuidados necesarios al adulto mayor (9).

Sufrir algún tipo de violencia puede llevar al adulto mayor a modificar su humor, a presentar síntomas depresivos que pueden involucrar factores psicosociales y culturales (10), a aislarse socialmente y, en algunos casos, al suicidio (3). A este respecto, un estudio realizado en Estados Unidos identificó una relación significativa entre violencia y alteraciones del humor (depresión y ansiedad) del adulto mayor que no tiene cuidador (11).

La violencia es un fenómeno mundial que puede manifestarse aislada y reiteradamente, y que generalmente permanece invisible a los ojos de la sociedad. Muchas veces, el propio adulto mayor no quiere reconocer que es víctima de

agresión, sea por temor a las represalias en las instituciones asilares o simplemente porque desean negar la realidad.

Dado que no se conoce con exactitud la prevalencia de este problema y que algunos estudios de autoreporte dan una idea de su magnitud, resulta necesario profundizar en este tema para conocer su dimensión y su dinámica, para luego generar un adecuado planeamiento que asegure un envejecimiento activo y saludable.

Los resultados de este estudio ayudarán a sensibilizar al personal de salud para conocer la realidad de esta población, identificar casos de violencia y así realizar intervenciones que promuevan una buena calidad de vida en adultos mayores.

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la prevalencia, los tipos de violencia intrafamiliar, su asociación con variables sociodemográficas y la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor que vive en la comunidad de Breña, Lima (Perú).

Material y métodos

El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Se realizó en el ámbito circunscrito del Centro de Salud de Breña en el distrito de Breña, que presenta cinco sectores censitarios y proporciona servicios de salud a 53817 personas de diferentes fases etarias, de las cuales 9108 son adultos mayores (12).

Se consideró como unidad de muestra el individuo mayor de 60 años. Así pues, se estudió una muestra de 369 individuos, con un 5% de error máximo y un 95% de probabilidad.

Para alcanzar el número de la muestra, las cuadras de los sectores y sus respectivas calles fueron sorteadas y recorridas en sentido horario; los domicilios fueron visitados hasta en tres oportunidades, en días y horarios diferentes. En caso de que nadie atendiese la primera visita o en caso de negativa, se seguía para el próximo domicilio hasta totalizar 74 entrevistas por sector.

El distrito de Breña, donde se encuentra localizado el Centro de Salud, presenta serios problemas de infraestructura por tener espacios de saturación física. Además, ocupa el quinto puesto en el *ranking* de los distritos más violentos de la ciudad, donde la población, y en especial los adultos mayores, no se sienten seguros y son blanco fácil de cualquier tipo de violencia (13).

Para formar parte del estudio, cada participante debía tener 60 años de edad o más, podía ser de ambos sexos, debía ser capaz de comunicarse y tener un estado cognitivo adecuado de acuerdo al Mini-Examen del Estado Mental.

La recolección de datos fue realizada entre julio del 2012 a enero del 2013, por medio de una entrevista estructurada

realizada por docentes y estudiantes de pregrado de enfermería previamente entrenados. Las entrevistas fueron realizadas con previo arreglo, en el domicilio del participante, en estricto privado, y bajo firma de consentimiento informado en dos vías, quedando una con el investigador y otra con el adulto mayor. Se obtuvo información de las variables sociodemográficas como edad en años, sexo, estado civil, años de estudio, conformación familiar e ingresos económicos.

Para conocer la violencia en el adulto mayor fue utilizado el *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*, cuestionario traducido por un equipo de profesionales de la salud, filólogos y lingüistas en español con la finalidad de investigar la prevalencia y los tipos de violencia. Consta de nueve preguntas con respuestas dicotómicas divididas para detectar el abuso físico (1), financiero (2), psicológico (3), sexual (1), negligencia (1) y abandono (1), teniendo en cuenta que una respuesta positiva es considerada como sospecha de violencia (14).

La presencia de síntomas depresivos fue identificada por medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) creada por Yesavage *et al.* (15) y validada al español por Martínez *et al.* (16), que presenta una sensibilidad de 92% y especificidad de 89%. La GDS tiene 15 preguntas con respuestas dicotómicas e investiga síntomas cognoscitivos de algún episodio depresivo en los últimos 15 días. Con aquellos que obtuvieron más de cinco puntos se sospecha la presencia de síntomas depresivos.

Para la elaboración del banco de datos fue utilizado el programa *Microsoft Excel®*. Se realizó una doble digitación para corrección de errores y posteriormente, se importaron los datos al programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), v. 19.0.

Las variables cuantitativas fueron analizadas por medio de la estadística descriptiva y se emplearon medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar).

Para el uso de la regresión logística (*odds ratio*) entre la violencia y las variables sociodemográficas, fue necesario categorizar la variable edad en: adulto mayor más joven (60–79 años) y adulto mayor más viejo (80 años y más); estado civil en: con pareja (casado) y sin pareja (soltero, viudo, separado y divorciado); conformación familiar en: vive solo y vive acompañado (más de una persona en el domicilio), y síntomas depresivos en: sin y con síntomas, teniendo un intervalo de confianza del 95%.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener con el proceso no. 004/2012, lo que garantizó el anonimato del participante.

Resultados

De los 369 participantes, se observó prevalencia del sexo femenino con 55.8%, adultos mayores de edades entre 65 y 69 años con 23.6%, el 44.7% tenían hasta seis años de estudio, el 46.6% eran casados, el 19% indicaron que la conformación familiar era formado por el cónyuge y el 32.8% obtenían ingresos económicos por medio del trabajo (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de los adultos mayores en Breña, Lima (Perú), 2013.

Variable	Media (=ds) [Variación]	n	%
Sexo			
Femenino		206	55.8
Masculino		163	44.2
Edad (años)	72.62 (=7.9) [60–94]		
60–64		64	17.3
65–69		87	23.6
70–74		68	18.4
75–79		76	20.6
80 y más		74	20.1
Escolaridad (años)	7.69 (=4.5) [0–24]		
Analfabeto		24	6.5
1–6		165	44.7
7–11		117	31.7
12 y más		63	17.1
Estado civil			
Casado		172	46.6
Viudo		93	25.2
Soltero		61	16.5
Separado		30	8.1
Divorciado		13	3.5
Conformación familiar			
Cónyuge		70	19.0
Cónyuge, hijos, yerno/nuera y nietos		51	13.8
Cónyuge e hijos		42	11.4
Cónyuge y nietos		41	11.1
Cónyuge, hijos, yerno/nuera		40	10.8
Solo		37	10.0
Solamente con hijos		34	9.2
Hijos y nietos		23	6.2
Yerno/nuera y nietos		22	6.0
Otros familiares		9	2.4
Ingresos económicos	555.71 (=447.0) [50–3000]		
Trabaja		121	32.8
Donación		110	29.8
Jubilación		95	25.7
Pensión		67	18.2
Alquiler de inmueble		20	5.4

La prevalencia de violencia en el domicilio fue de 79.7%, predominando la violencia financiera con 53.1%. Se observó que el sexo femenino sufre más violencia en comparación con el sexo masculino. Además, 48.2% de los entrevistados presentan síntomas depresivos, en mayor proporción el sexo femenino.

Según la clasificación de las variables, los adultos mayores entre 65 y 69 años, casados y con estudios entre 1 y 6 años tuvieron mayor prevalencia de violencia intrafamiliar. En relación con los diferentes tipos de violencia, se observó predominio de la violencia financiera, seguida por el abandono (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de síntomas depresivos, violencia intrafamiliar y tipos según las variables sociodemográficas del adulto mayor en Breña, Lima (Perú), 2013.

Tipos de violencia								
	Síntomas depresivos %	Violencia intrafamiliar %	Financiera %	Abandono %	Psicológica %	Negligencia %	Física %	Sexual %
Prevalencia	48.2	79.7	53.1	44.7	40.1	30.1	13.3	5.4
Sexo								
Femenino	50.6	54.8	27.9	24.9	20.1	17.1	8.1	3.0
Masculino	49.4	45.2	25.2	19.8	20.1	13.0	5.1	2.4
Edad (años)								
60–64	14.6	18.4	9.8	6.8	7.6	6.2	3.3	1.6
65–69	15.2	21.4	10.8	9.8	7.9	5.1	3.0	1.6
70–74	19.7	19.4	10.3	9.5	8.7	5.4	1.9	0.3
75–79	26.4	20.4	11.7	11.4	9.5	6.0	2.7	0.3
80 y más	24.2	20.4	10.6	7.3	6.5	7.3	2.4	1.6
Estado civil								
Soltero	19.7	16.7	8.7	8.9	7.0	7.0	3.3	2.4
Casado	36.0	45.2	23.8	16.5	17.3	13.3	5.4	1.9
Divorciado	5.1	3.1	1.1	2.2	1.9	0.8	0.5	0.0
Separado	9.6	8.8	5.7	3.3	4.1	1.6	1.4	0.0
Viudo	29.8	26.2	13.8	13.8	9.8	7.3	2.7	1.1
Escolaridad (años)								
No escolarizado	11.2	7.1	3.8	2.2	3.0	2.2	1.4	0.5
1–6	52.8	46.6	24.9	24.4	20.1	14.1	5.1	1.9
7–11	25.3	31.3	15.2	13.6	11.1	8.9	4.6	1.6
12 y más	10.7	15.0	9.2	4.6	6.0	4.9	2.2	1.4

En el modelo de regresión logística se observó que conforme aumentan los años de estudio del adulto mayor, disminuye el riesgo de sufrir violencia. Además, el adulto mayor que no presenta síntomas depresivos tiene un 62% de

probabilidad de no sufrir violencia, en comparación con el que sí presenta. Por otro lado, el individuo que no trabaja tiene 1.87 veces mayor probabilidad de sufrir violencia, comparado con aquel que trabaja (Tabla 3).

Tabla 3. Regresión logística de violencia con las diferentes variables del estudio en Breña, Lima (Perú), 2013.

Violencia					
	No n (%)	Sí n (%)	p-valor	OR	IC (95%)
Sexo					
Femenino	30 (18.4)	133 (81.6)		1	
Masculino	45 (21.8)	161 (78.2)	0.926	1.02	0.58–1.81
Edad (años)					
Adulto mayor más joven	61 (20.6)	234 (79.4)		1	
Adulto mayor más viejo	14 (18.9)	60 (81.1)	0.929	1.04	0.39–2.76
Escolaridad (años)					
No escolarizado	3 (12.5)	21 (87.5)		1	
1–6	28 (16.9)	137 (83.1)	0.397	1.81	0.45–7.18
7–11	25 (21.3)	92 (78.7)	0.116	1.75	0.87–3.51
12 y más	19 (30.1)	44 (69.9)	0.384	1.37	0.62–2.81
Estado civil					
Con pareja	39 (22.6)	133 (77.4)		1	
Sin pareja	36 (18.2)	161 (81.8)	0.573	0.85	0.49–1.47
Conformación familiar					
Vive acompañado	69 (20.7)	263 (79.3)		1	
Vive solo	6 (16.2)	31 (83.8)	0.583	0.89	0.41–1.49
Estado ocupacional					
Trabaja	57 (22.9)	191 (77.1)		1	
No trabaja	18 (14.8)	103 (85.2)	0.037	1.87	1.03–3.39*
Jubilado					
Sí	19 (20.0)	76 (80.0)		1	
No	56 (20.5)	217 (79.5)	0.379	1.33	0.70–2.52
Pensionista					
Sí	19 (28.3)	48 (71.9)		1	
No	56 (18.5)	246 (81.5)	0.605	0.82	0.40–1.70
Síntomas depresivos					
No	52 (27.2)	139 (72.8)		1	
Sí	23 (12.9)	155 (87.1)	0.001	0.38	0.22–0.65*

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza $p < 0.05^*$; Adulto mayor más nuevo = 60 a 79 años; Adulto mayor más viejo = 80 o más años.

Discusión

Las estimaciones sobre la violencia contra el adulto mayor son difíciles de ser obtenidas, debido que los individuos tienden a no relatar las adversidades y los profesionales de salud tienen la dificultad de identificar los diferentes tipos de violencia.

Los resultados de este estudio indicaron la necesidad del uso rutinario de instrumentos por el equipo multiprofesional

para la detección de violencia y presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor.

De los entrevistados, el 79.7% refirieron sufrir algún tipo de violencia. Al contrario de datos encontrados en la India donde sólo un 11% de las personas mayores de 60 años declararon sufrirla (17).

Es preocupante que los adultos mayores reporten algún tipo de violencia en el domicilio. La familia es una institución que tradicionalmente esta al cuidado de los más viejos, pero actualmente existe la dificultad para afrontar esta asistencia (18), lo que puede o no promover muchas veces un comportamiento violento entre sus propios integrantes (19).

La violencia contra el adulto mayor puede ser la combinación de factores psicológicos, sociales y económicos por parte del agresor, tales como el uso excesivo de alcohol, consumo de drogas, comportamiento violento, problemas económicos, desempleo y estrés. Asimismo, factores existentes en el adulto mayor, como sufrir incontinencia y caídas, pueden desencadenar el acto de violencia del agresor (10-20).

Algunos investigadores afirman que estos casos no son denunciados por los adultos mayores por vergüenza moral o por miedo a las represalias del agresor hacia la víctima tras denunciar a sus propios parientes (21).

Algunos sociólogos señalan que el silencio de las víctimas puede traer consecuencias a largo plazo, lo que puede generar a resultados dramáticos (22). Reportes sobre el tema indican que cinco de cada seis casos de violencia no son denunciados y desencadenan el fenómeno denominado *iceberg* (23).

Entre los tipos de violencia que sufre el adulto mayor, el abuso financiero es el más frecuente con 53.1%, predominando en el sexo femenino. Resultados similares fueron encontrados en un estudio en la India que utilizó el autoreporte, donde este tipo de violencia alcanzó el 68.3% (17). Al contrario de un estudio en Cuba donde prevaleció la violencia psicológica con 68.4% y la financiera se ubicó en la tercera posición con 42.1% (24).

En el continente europeo, este tipo de violencia es la segunda más reportada, y varía entre 0.2% en personas mayores de 65 años en España (25) y 8.8% en mujeres con 60 años y más en países como Austria, Bélgica, Finlandia, Lituania y Portugal (20).

Una revisión de la literatura indica que la violencia financiera es realizada, en la mayoría de los casos, por los propios integrantes de la familia o amistades próximas al adulto mayor como vecinos, cuidadores, entre otros (26).

Este tipo de actos pueden desencadenarse dentro de la familia por medio del acto de la imitación. La teoría del aprendizaje social de Bandura refiere que los niños aprenden observando el comportamiento, valores y conductas agresivas de los adultos y compañeros. Luego, tras considerarlas como normas a ser seguidas, las imitan y las convierten en patrones de comportamiento que pasan de generación en generación (27).

Otros estudios, que utilizaron los reportes de denuncias realizadas en las diferentes instituciones de protección al adulto mayor, identificaron que el tipo de violencia que más prevaleció fue la psicológica (28-30).

Se observó que la violencia financiera presentó mayor prevalencia en la mayoría de las variables sociodemográficas. Asimismo, se verificó que el sexo femenino sufre todos los tipos de violencia. Los adultos mayores del sexo femenino presentan un mayor riesgo de ser víctimas de violencia global (26) debido a que las mujeres tienen una mayor vulnerabilidad en comparación con los hombres (31).

En lo que se refiere al grupo etario, en la mayoría de los casos, la violencia ocurrió considerablemente en aquellos denominados adultos mayores más jóvenes, específicamente entre los 65 y 69 años. Un estudio peruano realizado en el CEM encontró que el 59.32% de las víctimas de malos tratos tenían entre 60 y 69 años (29). Por otro lado, en un estudio brasilero desarrollado con 274 participantes, el grupo etario que indicó sufrir mayor violencia fue el de aquellos con edades entre los 60 y 69 años (22.64%) (31).

Los resultados demuestran que el adulto mayor que no trabaja presenta mayor chance de sufrir violencia. El INEI indica que, a nivel nacional, el 45% de las personas mayores de 60 años no trabaja (32).

De igual manera, las estadísticas muestran que uno de cada cuatro peruanos mayor de 60 años tiene algún tipo de jubilación. Además, uno de cada tres adultos mayores de 65 años recibe algún tipo de pensión, lo que podría aumentar el riesgo de sufrir violencia (8).

En relación con la escolaridad, el adulto mayor que tuvo estudios de 1 a 6 años sufrió más violencia. También se analizó que cuanto mayor grado de escolaridad tiene la persona, menor es el riesgo de padecer violencia. En India (17) y en Brasil (33), se encontró que aquellos adultos mayores que no tienen estudios tienden a sufrir más violencia, lo que podría estar relacionado con el poco acceso a la educación que ellos tenían cuando eran jóvenes. Otros autores sugieren que los que poseen menor escolaridad presentan dependencia financiera al agresor; y esto, junto con el miedo a perder la fuente de afecto, impide denunciar el acto de violencia (31).

La ausencia de escolaridad no debe ser considerada un factor de riesgo para sufrir violencia; pero es considerada como barrera, dado que limita y dificulta la lectura, y, por consiguiente, restringe el acceso a la información sobre formas de prevenir y resolver este problema (27). La accesibilidad a la información para el adulto mayor mejoraría y aumentaría

el contacto social, y por lo tanto, incrementaría la red de apoyo para denunciar este tipo de acciones que llevan a una disminución de su calidad de vida (34).

Se evidenció que, a pesar del alto índice de síntomas depresivos en el adulto mayor, no hubo una asociación de riesgo entre éstos y el acto de sufrir violencia. Un estudio realizado con 5777 adultos mayores en Estados Unidos demostró que cada tipo de abuso cometido al adulto mayor incrementa la presencia de síntomas depresivos (11).

Existen algunos cambios en el comportamiento que pueden ayudar al profesional de salud y al familiar a detectar la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor. Estos cambios pueden ser cambio brusco del apetito, dificultad para dormir, falta de concentración, sentimiento de desesperanza, aislamiento social, falta de interés en actividades que antes disfrutaba, humor conturbado, continuas quejas de dolor físico e ideas suicidas (35).

Conclusiones

La investigación estuvo limitada al área circunscrita por el centro de salud; por lo cual no se puede concluir nada sobre la población de Lima, sino solo sobre la población que vive en los sectores del centro de salud.

El estudio encontró que el riesgo de que los adultos mayores sufran violencia intrafamiliar está asociado con la carencia de una actividad laboral. Además, se observó que a mayor grado de escolaridad, menor es el riesgo de sufrir violencia. Asimismo, el adulto mayor que no presentó síntomas depresivos no sufre violencia, en comparación con aquel que padece síntomas depresivos.

La violencia intrafamiliar es un problema de salud pública en todos los grupos sociales y etarios. Los adultos mayores, por ser una población creciente y por presentar algún tipo de dependencia y miedo al momento de realizar la denuncia de su agresor, son blancos perfectos de este flagelo.

El enfermero, por ser parte del equipo profesional de salud y tener contacto directo con la población por medio de las visitas domiciliarias, debe estar capacitado para la detección de este problema. Además, debe educar y divulgar la forma de prevenirlo para mejorar la calidad de vida y fomentar un envejecimiento saludable.

Conflicto de intereses

Los autores declaran total independencia frente a las instituciones que avalaron la presente investigación, no

habiendo ningún interés o valores distintos durante el desarrollo de la investigación.

Financiación

El autor Jack Roberto Silva Fhon contó con una beca para el desarrollo de doctorado por la agencia financiera CAPES. Suzele Cristina Fabricio Coelho-Wehbe fue apoyada con una beca para el desarrollo de postdoctorado por la agencia financiera FAPESP en la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil.

Agradecimientos

Al Centro de Salud de Breña, por la accesibilidad a los datos y área en que trabaja, a la Universidad Privada Norbert Wiener y a la Universidad de São Paulo por el apoyo logístico.

Referencias

1. World Health Organization [Internet]. Envejecimiento y ciclo de vida: Datos interesantes acerca del envejecimiento; 2012 [cited 2014 Apr 12]. Available from: <http://goo.gl/h0OD1t>.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Datos demográficos Perú; 2013 [cited 2014 May 10]. Available from: <http://goo.gl/KnfHCK>.
3. **Urrusuno CF, Rodríguez FR, Vázquez ARL.** Violencia doméstica en la tercera edad. *Rev. cub. salud pública.* 2010;36(2):189-91. Spanish.
4. World Health Organization [Internet]. World reported violence and health; 2002 [cited 2014 Jun 15]. Available from: <http://goo.gl/Ghf0DM>.
5. Políticas para adultos mayores. El Peruano [Internet]. 2014 June 15 [cited 2014 Jun 15]. Available from: <http://goo.gl/R9MKtr>.
6. Perú. Constitución Política del Perú; 1993.
7. World Health Organization. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: World Health Organization; 2011.
8. Perú. Cuadernos sobre poblaciones vulnerables. Lima: Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables; 2013.
9. **Souza ER, Minayo MCS.** Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. *Ciê. saúde coletiva.* 2010;15(6):2659-68. Portuguese.
10. **Campillo MR.** Violencia con el anciano. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2002;18(4):293-5. Spanish.
11. **Cisler JM, Begle AM, Amstadter AB, Acierno R.** Mistreatment and self-reported emotional symptoms: results from the national elder mistreatment study. *J Elder Abuse Negl.* 2012;24(3):216-30.
12. MINSA. Centro estadístico del Centro de Salud de Breña. Breña, Lima, Perú; 2012.
13. Base y microdatos [Internet]. [Place unknown]: Instituto Nacional de Estadística e Informática; e2013- [cited 2014 Jun 12]. Available from: <http://goo.gl/9gvsvn>.

14. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994 update: 4. Secondary prevention of elder abuse and mistreatment. *CMAJ*. 1994;151(10):1413-20.
15. **Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al.** Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*. 1983;17(1):37-49.
16. **Martínez IJ, Onís VM, Dueñas HR, Aguado TC, Albert CC, Arias BM.** Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Atención Primaria*. 2005;35(1):14-21. Spanish.
17. **Skirbekk V, James KS.** Abuse against elderly in India – The role of education. *BMC Public Health*. 2014;14:336-40.
18. **Viguera V.** Psicomundo [Internet]. Curso virtual: Educación para el envejecimiento. Clase 9: Los fantasmas del envejecer, 2ª parte: los miedos; 2010 [cited 2014 Jun 18]. Available from: <http://goo.gl/uJ8IRW>.
19. **García SBG, Bazo RMT.** Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2006.
20. **Luoma ML, Koivusilta M, Lang G, Enzenhofer E, De Donder L, Verte D, et al.** Prevalence study of abuse and violence against older women: results of a multicultural survey conducted in Austria, Belgium, Finland, Lithuania and Portugal. Finland: National Institute for Health and Welfare (THL); 2011.
21. **Moraes CL, Apratto Júnior PC, Rechenheim ME.** Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em áreas de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(10):2289-300. Portuguese.
22. **Morales-Ortega H, Castillo-Bolaño J.** Violencia cometida por los adolescentes en la familia o cuando son los hijos los que maltratan: un estudio en la ciudad de Barranquilla, Colombia. *Rev. Crim*. 2011;53(2):99-121. Spanish.
23. **Barbero GJ, Barrio CI, Gutiérrez GB, Izal FT, Martínez MA, et al.** Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; 2008.
24. **Casanova MM, Trasancos DM, Corvea CY, Pérez SM, Prats AO.** Manifestaciones de violencia intrafamiliar hacia adultos mayores diabéticos. Pinar del Rio, 2012. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2013;29(2):160-72. Spanish.
25. **Marmolejo II.** Elder abuse in the family in Spain. [Internet]. 2008 [cited 2015 Jun 12]. Available from: <http://goo.gl/IAhqFT>.
26. **Santos AJ, Nicolau R, Fernandes AA, Gil AP.** Prevalência da violência contra as pessoas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 2013;72:53-77. Portuguese.
27. **Baptista MN.** Suporte familiar e violência. In: **Romaro RA, Capitão CG.** As faces da violência: aproximações, pesquisas e reflexões. São Paulo: Vetor; 2007. p.11-31.
28. **Oliveira MLC, Gomes ACG, Amaral COM, Santos LB.** Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2012;15(3):555-66. Portuguese.
29. **Martina M, Nolberto V, Miljanovich M, Bardales O, Gálvez D.** Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la mujer y desarrollo social. Lima-Perú, 2009. *Rev. Peru. Epidemiol*. 2010;14(3):4-10. Spanish.
30. **Márquez RM, Arvizu IR.** Perfil de la violencia familiar en el anciano: Experiencia en 680 pacientes mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*. 2009;11(4):167-70. Spanish.
31. **Duque AM, Leal MC, Marques AP, Eskinazi FM, Duque AM.** Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciê. saúde coletiva*. 2012;17(8):2199-208. Spanish.
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Tasa de inactividad de la población de 60 años de edad; 2012 [cited 2014 Jun 12]. Available from: <http://goo.gl/KwFQyn>.
33. **Pinto FNFR, Barham EJ, Alburquerque PP.** Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2013;13(3):1159-81. Portuguese.
34. **Souza ER, Ribeiro AP, Atie S, Souza AC, Marques CC.** Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Ciê. saúde coletiva*. 2008;13(4):1153-63. Portuguese.
35. Greever's drug store [Internet]. Personal attention from expert pharmacy staff: Depression and violence. 2014 [cited 2014 Jun 13]. Available from: <https://goo.gl/6eg4gU>.