



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

FACTORES RELACIONADOS A
MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN
LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

CRISTOPHER HESHLEY SALIRROSAS
ALEGRIA

LIMA - PERÚ

2026

ASESOR

Tania Tello Rodríguez, Mg.

Maestría en Geriátría y Gerontología

COASESOR

Paulo Jorge Martín Ruiz Grosso MD, PhD.

Maestría en Epidemiología Clínica con mención en Métodos Cuantitativos

Doctorado en Ciencias en Investigación Epidemiológica

JURADO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Presidente:

Dr. Johann Martin Vega Dienstmaier

Vocal:

Mg. Guiliana Mas Ubillus

Secretaria:

Mg. Ximena Guevara Linares

DEDICATORIA

A mis padres por darme las herramientas para iniciar mi camino
a mi esposa e hijos por ser mi motivación, mi fortaleza y por siempre impulsarme
y motivarme a ser mejor.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Nacional de Salud mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”,
por permitirme el desarrollo de este trabajo.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Trabajo de investigación autofinanciado.

DECLARACIÓN DE AUTOR			
FECHA	26	SETIEMBRE	2025
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EGRESADO	SALIRROSAS ALEGRIA CRISTOPHER HESHLEY		
PROGRAMA DE POSGRADO	MAESTRÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA		
AÑO DE INICIO DE LOS ESTUDIOS	2014		
TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE GRADO	FACTORES RELACIONADOS A MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO		
MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO	Trabajo de Investigación		
Declaración del Autor			
<p>El presente Trabajo de Grado es original y no es el resultado de un trabajo en colaboración con otros, excepto cuando así está citado explícitamente en el texto. No ha sido ni enviado ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente.</p>			
Teléfono de contacto (fijo / móvil)	+34 686047314		
E-mail	csalirrosas@gmail.com		



Firma del egresado

DNI 41199116

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen

Abstract

I. Introducción	1
II. Objetivos	3
III. Desarrollo de estudio	4
IV. Conclusiones	28
V. Recomendaciones	29
VI. Referencias bibliográficas	31
VII. Anexos	

RESUMEN

Introducción: El maltrato hacia adultos mayores representa una problemática creciente en América Latina, con implicancias físicas, psicológicas y sociales. En Perú, la evidencia empírica sobre factores asociados es limitada, especialmente en contextos urbanos. **Objetivo:** Identificar los factores sociodemográficos, clínicos y familiares asociados al maltrato en adultos mayores residentes en Lima Metropolitana y el Callao. **Métodos:** Se realizó un análisis secundario de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental (2012), con una muestra representativa de 1 482 adultos mayores (≥ 60 años). Se aplicaron análisis descriptivos, bivariados y regresión logística multivariada, incorporando variables con relevancia teórica y significancia bivariada ($p < 0.10$). **Resultados:** La prevalencia de maltrato fue de 6,12 %. La ideación suicida fue la variable relacionada con más fuerza ($OR = 13,69$; $p < 0.001$). La cohesión familiar mostró una relación inversa significativa ($OR = 0,83$; $p < 0.001$). **Conclusiones:** El maltrato hacia adultos mayores en Lima Metropolitana y el Callao está relacionado a factores psicosociales, especialmente la ideación suicida y la baja cohesión familiar

Palabras clave: maltrato, depresión, ideación suicida, intento suicida, factores sociodemográficos, factores intrafamiliares, adulto mayor.

ABSTRACT

Background: Elder abuse is a growing concern in Latin America, with significant physical, psychological, and social consequences. In Peru, empirical evidence on associated factors remains limited, particularly in urban settings. **Objective:** To identify sociodemographic, clinical, and family-related factors associated with elder abuse in Lima Metropolitana and Callao. **Methods:** A secondary analysis was conducted using data from the 2012 Mental Health Epidemiological Study, including a representative sample of 1 482 older adults (≥ 60 years). Descriptive, bivariate, and multivariate logistic regression analyses were performed, incorporating variables with theoretical relevance and bivariate significance ($p < 0.10$). **Results:** Prevalence of elder abuse was 6,12%. Suicidal ideation was the most strongly related variable (OR = 13,69; $p < 0.001$). Family cohesion showed a significant inverse relationship (OR = 0,83; $p < 0.001$). **Conclusions:** Abuse towards older adults in Metropolitan Lima and Callao is related to psychosocial factors, especially suicidal ideation and low family cohesion.

Keywords: abuse, depression, suicidal ideation, suicide attempt, older adult.

I. Introducción

Un número creciente de personas mayores en todo el mundo enfrenta niveles cada vez más altos de violencia y abuso, incluyendo formas silenciosas que afectan profundamente su bienestar. Actualmente, el maltrato hacia las personas mayores constituye un importante problema de salud pública que ha captado la atención de la comunidad científica y de los sistemas de salud (1).

La Declaración de Toronto sobre la Prevención Global del Abuso de Personas Mayores define el maltrato como un comportamiento único o repetido, o como la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de una relación basada en la confianza y que causa daño o angustia a la persona mayor. Los tipos de maltrato incluyen abuso físico, emocional, sexual, financiero y negligencia (2).

Desde 1975, cuando se publicaron los primeros reportes científicos sobre abuso hacia personas mayores (3), la literatura ha crecido de manera significativa. Sin embargo, la información estadística disponible es muy variable y depende de la metodología empleada. Así, diversos estudios reportan prevalencias que oscilan entre 0,8 % y 5,6 % (4, 5), entre 14,7 % y 16,2 % (6, 7) y, en otros casos, entre 32,1 % y 89,4 % (8), evidenciando una amplia dispersión en los hallazgos.

La literatura señala que factores como el género, la edad, la dependencia funcional y la estructura familiar pueden influir en el riesgo de maltrato. En particular, pertenecer a una familia disfuncional incrementa la probabilidad de sufrir abuso (9–13). Asimismo, la depresión y la baja funcionalidad familiar se han asociado con mayor vulnerabilidad (13). No obstante, en el contexto peruano, los estudios son

escasos y no han abordado de manera integral la interacción entre variables clínicas, familiares y sociodemográficas (14).

Aunque existen estimaciones de prevalencia, persisten dificultades metodológicas importantes: el subregistro, la variabilidad en las definiciones operacionales y el uso de muestras pequeñas limitan la comparabilidad entre estudios. Además, muchas investigaciones se centran en describir la violencia sin analizar los factores que influyen en su gravedad o persistencia (6).

Si bien se dispone de información sobre la magnitud del problema, aún se conoce poco sobre los factores relacionados al maltrato en adultos mayores en el Perú. Este estudio busca aportar evidencia actualizada y contextualizada para Lima Metropolitana y el Callao, lo que permitirá orientar futuras intervenciones y políticas públicas. En este marco, surge la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores relacionados al maltrato en el adulto mayor de Lima Metropolitana y el Callao?

II. Objetivos:

Objetivo general:

Determinar los factores relacionados al maltrato en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao.

Objetivos específicos:

- Determinar la relación entre el maltrato y las variables sociodemográficas e intrafamiliares en los adultos mayores en Lima Metropolitana y Callao.
- Determinar la relación entre el maltrato en los adultos mayores y las variables clínicas en Lima Metropolitana y Callao.

III. Desarrollo del estudio

Metodología

Tipo y diseño de estudio:

Se realizó un estudio observacional y descriptivo basado en el análisis secundario de datos provenientes del *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y el Callao 2012* (EESMLMC-2012). Este estudio constituye la fuente primaria de información y no ha sido replicado posteriormente en la región (15).

El estudio original fue desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”), siguiendo un diseño epidemiológico transversal que incluyó a residentes de 12 años a más de Lima Metropolitana y el Callao (16). El muestreo fue probabilístico, trietápico y con selección sistemática, y la muestra final fue ponderada para garantizar representatividad poblacional.

Población y muestra

La población del estudio primario estuvo conformada por 1 482 adultos mayores de 60 años o más. Para el presente análisis secundario, la población estuvo constituida por todos los adultos mayores registrados en la base de datos del EESMLMC-2012 que contaban con información completa sobre la variable de maltrato.

Criterios de Inclusión:

Adulto mayor de 60 años a más que se encontraron registrados en la base de datos del EESMLMYC-2012 y que contaron con información sobre la variable de maltrato.

Criterios de exclusión

El estudio original recopiló datos de adultos mayores que viven en sus hogares. Por tanto, se excluyeron del estudio a las personas institucionalizadas, como aquellas que residen en hogares de cuidado permanente, centros geriátricos o instituciones psiquiátricas. Asimismo, se excluyeron los adultos mayores con deterioro cognitivo severo, ya que este nivel de afectación puede comprometer la capacidad de comprensión, memoria y comunicación, lo que limita la fiabilidad de las respuestas obtenidas mediante entrevista directa. Esta decisión metodológica se tomó para garantizar la validez interna de los datos y la comparabilidad entre los participantes.

Muestra:

La muestra utilizada para este estudio incluyó a aquellos que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Para el presente análisis secundario, se seleccionó una submuestra de adultos mayores que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Aunque el estudio original empleó un muestreo probabilístico trietápico, esta submuestra se considera no probabilística por conveniencia debido a la selección específica de casos con información completa sobre maltrato.

Operacionalización de variables. (Ver Anexo N° 07)

Procedimientos

Se solicitó la aprobación de los comités de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y del INSM “HD-HN”. Luego, se solicitó la base de datos del EESMLMYC - 2012 que contenían las variables descritas en el presente protocolo.

Instrumentos

El MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) versión española CIE-10, desarrollado por Sheehan, Lecrubier y colaboradores, es una herramienta basada en los Criterios de Investigación de la CIE-10 que facilita la obtención de información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos (18, 19). Validado por sus autores, ha demostrado una adecuada concordancia con otros importantes instrumentos de evaluación. Destaca por su fácil aplicabilidad, con un tiempo promedio de 15 minutos, y no requiere un entrenamiento intensivo.

Para el Estudio primario, el MINI fue adaptado lingüísticamente mediante un ensayo piloto en cien viviendas de cada zona de Lima Metropolitana y Callao.

Modulo salud integral del adulto mayor

El instrumento de recolección de datos utilizado en el estudio primario fue construido a partir de instrumentos previos relacionados con la salud mental del adulto mayor. Para el presente estudio, se utilizará la información recogida en las variables incluidas en este análisis.

Las preguntas sobre maltrato en el adulto mayor fueron elaboradas a partir del Cuestionario de Violencia Familiar, con la intervención de expertos de la institución y tomando como base otros cuestionarios como el utilizado en el Estudio Metropolitano sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima

Metropolitana y Callao, realizado por Anicama y colaboradores (20), así como el de la Encuesta Nacional de Hogares - INEI. Además, se introdujeron modificaciones basadas en los estudios epidemiológicos de salud mental de Lima y la Sierra. Se seleccionaron 5 preguntas que abordan los tipos de maltrato definidos por el grupo investigador del instituto, enfocándose en el último año (Anexo N° 01). El Alpha de Cronbach para estas preguntas fue de 0,641 (20).

En cuanto a la cohesión familiar, las preguntas de la base de datos del estudio primario fueron tomadas del Cuestionario de Salud Mental (20) utilizado en Colombia. La escala final validada consta de 5 preguntas con un puntaje de 5 a 20, donde 5 indica ausencia de cohesión familiar. El Alpha de Cronbach para estas preguntas fue de 0,618 (Anexo N° 02).

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar la muestra según sus principales atributos sociodemográficos, clínicos y familiares. Posteriormente, se aplicaron análisis bivariados con el objetivo de explorar posibles asociaciones entre las variables independientes y la experiencia de maltrato en los últimos dos años. Para cada asociación se estimaron los odds ratios (OR), los valores p y los intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

Dado que los datos provienen del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao (2012), el cual empleó un diseño muestral complejo, todos los análisis fueron ajustados para considerar la estructura del muestreo. Para ello, se utilizó el software estadístico Stata versión 17, aplicando el comando svyset para especificar los conglomerados, pesos y estratos del diseño: svyset CONGLOME

[pweight=Fxpmay], strata(CONOS). Este ajuste permitió corregir las estimaciones de varianza y obtener inferencias válidas para la población objetivo.

Con base en los resultados bivariados y en la relevancia teórica de las variables, se construyó un modelo de regresión logística multivariada. Se incluyeron aquellas variables que mostraron asociaciones significativas o marginales ($p < 0.10$) en el análisis bivariado, así como aquellas consideradas relevantes por la literatura especializada en maltrato hacia adultos mayores. El modelo fue ajustado para el diseño muestral complejo y se evaluó la significancia estadística de cada variable mediante sus respectivos OR, valores p e intervalos de confianza.

El modelo final permitió identificar los factores clínicos, familiares y educativos más estrechamente asociados al maltrato.

Aspectos éticos

El trabajo inicial que generó la base de datos obtuvo la aprobación del Comité Institucional de Ética (CIE) del INSM "HD-HN". Para el presente estudio, se solicitó la aprobación al CIE del INSM HD-HN y también a la UPCH.

Los datos fueron tratados de forma confidencial, respetando los principios éticos de anonimato y uso exclusivo para fines académicos.

Se trabajó con una base de datos solicitada y facilitada por el Instituto Nacional de Salud mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". La base de datos solicitada no incluyó los nombres de los entrevistados o con algún otro dato personal que permita filiarlo. Una vez recibida la base de datos, colocamos un código correlativo a cada caso para mantener el orden en la estructura.

Resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas de adultos mayores en Lima Metropolitana y el Callao.

	n	Frec	%
Edad (Promedio / DE) (70,53 / 8,10)	1 482		
60 a 74		1 028	69,37
75 o más		454	30,63
Sexo	1 482		
Hombre		667	45,01
Mujer		815	54,99
Nivel educativo	1 480		
iletrado – inicial		129	8,72
Primaria		590	39,86
Secundaria		419	28,31
Superior		342	23,11
Estado civil	1 481		
Separado(a) o divorciado(a)		245	16,54
Viudo(a)		433	29,24
Soltero(a)		71	4,79
Casado(a)/Conviviente		732	49,43
Nivel de pobreza según NBIs	1 482		
Pobre extremo (2 o + NBI)		45	3,04
Pobre (1 NBI)		157	10,59

No Pobre (ninguna NBI)	1 280	86,37
Religión	1 469	
Católica	1 189	80,94
Otros	246	16,75
Ninguna	34	2,31
Procedencia	1 482	
Cono Norte	234	15,79
Cono Sur	283	19,10
Cono Este	409	27,60
Centro	346	23,35
Callao	210	14,17

Nota: el valor de n varía ligeramente entre variables por datos faltantes.

Fuente: Estudio Epidemiológico de Salud mental de Lima metropolitana y el Callao

Se analizó una muestra de 1 482 adultos mayores (≥ 60 años) residentes en Lima Metropolitana y el Callao, según los datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental (2012).

La edad promedio fue de 70,5 años (DE = 8,1), con una distribución mayoritaria entre los 60 y 74 años (69,37 %) frente a los de 75 años o más (30,63 %). En cuanto al sexo, el 54,99% de los participantes eran mujeres y el 45,1% hombres.

Respecto al estado civil, la mayoría estaba casada o convivía (49,43 %), seguida por personas viudas (29,24 %), separadas o divorciadas (16,54%) y solteras (4,79 %). El nivel educativo predominante fue primaria (39,86 %), seguido por

secundaria (28,31 %), estudios superiores (21,11 %) y nivel inicial o sin instrucción (8,72 %).

En relación con el nivel de pobreza, el 86,37 % no presentaba necesidades básicas insatisfechas (NBI), mientras que el 10,59 % era pobre (una NBI) y el 3,04 % se encontraba en pobreza extrema (dos o más NBI).

La religión predominante fue la católica (80,94 %). En cuanto a la procedencia geográfica, los participantes provenían principalmente del Centro de Lima (23, 35 %) y del Cono Norte (15, 79 %), seguidos por el Cono Este (19,4 %), Cono Sur (27,6 %) y Callao (14,17 %).

Tabla 2. Características descriptivas de maltrato de adultos mayores en Lima Metropolitana y el Callao.

	n = 1 469	Frec	%
Maltrato en los últimos 2 años		90	6,12
Maltrato alguna vez		703	47,86
Maltrato sistemático		22	1,50
Tipo de maltrato			
Físico		19	1,29
Verbal		62	4,23
Psicológico		28	1,91
Responsable de maltrato			
Esposo (a) / conviviente		27	1,83
Hijo		18	1,72
Vecino		9	0,61

Amigo	5	0,27
Exesposo (a) / Exconviviente	3	0,20
Otro familiar	5	0,27
Desconocido (a)	20	1,36

Fuente: Estudio Epidemiológico de Salud mental de Lima metropolitana y el Callao

Los datos descriptivos muestran que el 6,12 % de los adultos mayores reportaron haber sufrido maltrato en los últimos dos años, mientras que el 47,86 % indicó haberlo experimentado alguna vez en su vida, lo que evidencia una prevalencia acumulada considerable. El maltrato sistemático afecta al 1,5 % de los encuestados, lo que representa una forma persistente y grave de abuso.

Entre los tipos de maltrato, el verbal fue el más frecuente (4,23 %), seguido del psicológico (1,91 %) y el físico (1,29 %). No se reportaron casos de maltrato sexual en esta muestra, lo que podría reflejar subregistro debido al estigma o la dificultad para reconocer este tipo de abuso en la vejez.

Respecto a los responsables del maltrato, destacan el esposo(a)/conviviente (1,83 %) y personas desconocidas (1,36 %), seguidos por hijos (1,72 %). Estos datos sugieren que el maltrato puede provenir tanto del entorno íntimo como del contexto comunitario, lo que plantea desafíos para su prevención y detección.

Tabla 3. Características clínicas de adultos mayores en Lima Metropolitana y el Callao. Distribución de frecuencias

	n	Frec	%
--	----------	-------------	----------

Comorbilidades	1 472	
Cardio-respiratorio	98	6,66
Digestivo	48	3,26
Renal y urinario	23	1,56
Reproductivo y mamas	15	1,02
Neurológico	6	0,41
Endocrino	51	3,46
Musculoesquelético	172	11,68
Piel	4	0,27
Enfermedad Física (6 meses)	441	29,96
Patología Mental	1 471	
Episodio Depresivo	98	6,66
Trastorno de ansiedad generalizada	13	0,88
Ideación suicida	20	1,36
abuso / Dependencia de alcohol	23	1,57

Nota: el valor de n varía ligeramente entre variables por datos faltantes.

Fuente: Estudio Epidemiológico de Salud mental de Lima metropolitana y el Callao

En cuanto al estado clínico de los adultos mayores evaluados, el 29,96 % reportó haber presentado alguna enfermedad física en los últimos seis meses. Las comorbilidades más frecuentes fueron musculoesqueléticas (11,68 %), cardiorespiratorias (6,66 %) y endocrinas (3,46 %). Otras condiciones menos prevalentes incluyeron trastornos digestivos (3,26 %), renales y urinarios (1,56 %),

reproductivos y mamarios (1,02 %), neurológicos (0,41 %) y dermatológicos (0,27 %).

Respecto a la salud mental, el 6,66 % presentó un episodio depresivo mayor en el último año, mientras que el 1,36 % reportó ideación suicida. Además, el 1,57 % cumplió criterios de abuso o dependencia de alcohol según el instrumento MINI, utilizado en el estudio primario. Estos indicadores clínicos permiten identificar perfiles de vulnerabilidad que serán analizados en relación con la experiencia de maltrato en las siguientes secciones.

Tabla 4. Cohesión familiar en hogares de adultos mayores en Lima Metropolitana y el Callao.

Con relación a su familia actual	n	Frec	%
¿Que tanto siente que lo(a) respetan?	1 454		
Nada o poco		37	2,54
Regular		146	10,04
Bastante o mucho		1 271	87,41
¿Cuánto le importaría si hiciera algo que avergonzara a su familia?	1 414		
Nada o poco		78	5,52
Regular		81	5,73
Bastante o mucho		1 255	88,76
¿Qué tanto siente que se apoyan unos a otros?	1 452		
Nada o poco		65	4,48
Regular		221	15,22

Bastante o mucho	1 166	80,30
¿Cuán orgulloso se siente de su hogar?	1 455	
Nada o poco	35	2,41
Regular	160	11,00
Bastante o mucho	1 260	86,60
¿Qué tanto siente Ud. que su moral se parece a la de su familia?	1 431	
Nada o poco	52	3,63
Regular	223	15,58
Bastante o mucho	1 156	80,78
Puntaje global de Cohesión Familiar	1 463	
media (sd)		16,00 (2,26)

Nota: el valor de n varía ligeramente entre variables por datos faltantes.

Fuente: Estudio Epidemiológico de Salud mental de Lima metropolitana y el Callao

La mayoría de los adultos mayores reportó una percepción elevada de cohesión familiar. El 87,41 % manifestó sentirse bastante o muy respetado por su familia, mientras que el 80.30% indicó que existe apoyo mutuo en su entorno familiar. El 88,76 % expresó que le importaría avergonzar a su familia, el 86.6% se sintió orgulloso de su hogar, y el 80,78% consideró que su moral se asemeja a la de su familia.

El puntaje global de cohesión familiar, calculado como variable continua, fue de 16,00 (DE = 2,26) en una escala de 5 a 20, donde valores más altos indican mayor percepción de cohesión.

Tabla 5. Factores sociodemográficos relacionados a maltrato en adultos mayores en Lima Metropolitana y el Callao. Análisis bivariado.

	OR	p	[95% IC]	
Edad				
60 a 74	1			
75 o más	0,68	0.126	0,41	1,12
Sexo				
Hombre	1			
Mujer	0,64	0.042	0,42	0,98
Grado de instrucción				
Superior	1			
Iletrado - inicial	1,21	0.669	0,51	2,85
Primaria	1,35	0.297	0,77	2,40
Secundaria	1,00	0.995	0,53	1,90
Estado civil				
Casado(a)/Conviviente	1			
Separado(a) o divorciado(a)	0,57	0.099	0,29	1,11
Viudo(a)	0,59	0.053	0,35	1,01
Soltero(a)	0,73	0.549	0,26	2,07
Nivel de pobreza				

No Pobre (ninguna NBI)	1			
Pobre extremo (2 o + NBI)	1,22	0.740	0,37	4,05
Pobre (1 NBI)	2,13	0.008	1,22	3,72

Fuente: Estudio Epidemiológico de Salud mental de Lima metropolitana y el Callao

El análisis bivariado reveló que algunos factores sociodemográficos mostraron asociaciones significativas o marginales con la experiencia de maltrato en adultos mayores.

La edad mayor de 75 años se asoció con una menor probabilidad de maltrato en comparación con el grupo de 60 a 74 años, aunque esta diferencia no alcanzó significancia estadística (OR= 0,68; p = 0.126). Ser mujer se relacionó con menor riesgo (OR = 0,64; p = 0.04).

Respecto a los niveles educativos, no se encontraron asociaciones significativas con el maltrato en comparación con quienes tenían educación superior.

En cuanto al estado civil, los adultos mayores viudos y separados / divorciados presentaron una tendencia marginal a menor riesgo de maltrato (OR = 0,59; p = 0.053; OR = 0,57; p = 0.099), mientras que los solteros no mostraron asociaciones significativas.

El nivel de pobreza mostró una asociación significativa en los adultos mayores con una necesidad básica insatisfecha (OR = 2,13; p = 0.01). Por otro lado, la pobreza extrema (2 o más NBI) no se asoció significativamente con el maltrato.

Tabla 6. Factores clínicos relacionados a maltrato en adultos mayores en Lima Metropolitana y el Callao. Análisis bivariado.

		OR	p	[95% IC]	
Prevalencia anual Episodio	NO	1			
Depresivo	SI	1,86	0.080	0,93	3,71
	NO	1			
Ideación suicida en el último año	SI	7,04	<0.001	2,64	18,78
Prevalencia Abuso Dependencia alcohol	NO	1			
	SI	2,37	0.171	0,69	8,12
Enfermedad Física en los últimos 6 meses	NO	1			
	SI	1,87	0.005	1,21	2,88

Fuente: Estudio Epidemiológico de Salud mental de Lima metropolitana y el Callao

El análisis bivariado evidenció que algunos indicadores clínicos se relacionan significativamente con la experiencia de maltrato en adultos mayores.

La ideación suicida en el último año fue el predictor clínico más fuerte, con una asociación altamente significativa. Los adultos mayores que reportaron haber pensado en quitarse la vida tuvieron siete veces más probabilidad de haber sufrido maltrato (OR = 7,04; IC 95%: 2.64–18,78; $p < 0.001$).

La presencia de enfermedad física o mental en los últimos seis meses también se asoció significativamente con mayor riesgo de maltrato (OR = 1,87; IC 95%: 1,21–2,88; $p = 0.005$).

El episodio depresivo mostró una tendencia significativa marginal a mayor riesgo (OR = 1,86; p = 0.08), lo que podría indicar una relación moderada que requiere mayor exploración en modelos multivariados. Por su parte, el consumo problemático de alcohol presentó un OR elevado (2,37), pero sin significancia estadística (p = 0.171), lo que sugiere una posible asociación relevante en contextos específicos o con mayor tamaño muestral.

Tabla 7. Cohesión familiar relacionado a maltrato en adultos mayores en Lima Metropolitana y el Callao. Análisis bivariado.

Con relación a su familia actual	OR	p	[95% IC]	
¿Qué tanto siente que lo(a) respetan?				
Bastante o mucho	1			
Nada o poco	8,24	<0.001	3,89	17,43
Regular	2,08	0.018	1,13	3,82
¿Cuánto le importaría si hiciera algo que avergonzara a su familia?				
Bastante o mucho	1			
Nada o poco	1,96	0.086	0,91	4,24
Regular	1,11	0.822	0,44	2,84
¿Qué tanto siente que se apoyan unos a otros?				
Bastante o mucho	1			
Nada o poco	5,25	<0.001	2,69	10,23
Regular	2,06	0.008	1,21	3,51
¿Cuán orgulloso se siente de su hogar?				
Bastante o mucho	1			

Nada o poco	6,03	<0.001	2,62	13,84
Regular	2,60	0.001	1,49	4,53

¿Qué tanto siente Ud. que su moral se parece a la de su familia?

Bastante o mucho	1			
Nada o poco	5,40	<0.001	2,63	11,08
Regular	1,62	0.093	0,92	2,84

Puntaje global de Cohesión Familiar

	0,80	<0.001	0,74	0,87
--	------	--------	------	------

Fuente: Estudio Epidemiológico de Salud mental de Lima metropolitana y el Callao

El análisis bivariado mostró que la percepción de cohesión familiar está fuertemente asociada con la experiencia de maltrato en adultos mayores. El indicador más contundente fue el respeto percibido por parte de la familia: quienes reportaron sentirse “nada o poco” respetados tuvieron más de siete veces mayor probabilidad de haber sufrido maltrato (OR = 8,24; IC 95%: 3,89–17,43; $p < 0.001$). Esta asociación fue incluso más fuerte que la observada para otros factores clínicos y sociodemográficos.

Otros componentes de la cohesión familiar también mostraron asociaciones significativas. La falta de apoyo mutuo (OR = 5,25; $p < 0.001$), el bajo orgullo por el hogar (OR = 6,03; $p < 0.001$), y la escasa identificación moral con la familia (OR = 5,4; $p < 0.001$) se relacionaron con un mayor riesgo de maltrato.

Finalmente, el análisis del puntaje global de cohesión familiar como variable continua reveló una relación inversa significativa: por cada punto adicional en la escala (rango 5–20), el riesgo de maltrato se redujo en aproximadamente un 20% (OR = 0,80; IC 95%: 0,74–0,87; $p < 0.001$). Este hallazgo refuerza el papel de la cohesión familiar como un factor protector clave frente al maltrato en la vejez.

Tabla 8. Factores relacionados a maltrato en adultos mayores en Lima Metropolitana y el Callao. Análisis multivariado

	Diseño muestral s/ajuste				Diseño muestral c/ajuste				
	OR	P	95% IC		OR	p	95% IC		
Edad									
75 o más	0,72	0.294	0,39	1,33	0,63	0.145	0,34	1,17	
SEXO									
Mujer	0,87	0.591	0,51	1,47	0,73	0.348	0,39	1,40	
Grado de Instrucción									
Sin nivel a Primaria	0,76	0.465	0,36	1,60	0,44	0.084	0,17	1,12	
Secundaria	0,72	0.417	0,33	1,58	0,38	0.033	0,15	0,93	
Superior no universitaria	1,01	0.986	0,36	2,85	0,69	0.537	0,21	2,24	
Estado Civil									
Separado(a) o divorciado(a)	0,41	0.029	0,18	0,91	0,43	0.082	0,17	1,11	
Viudo(a)	0,51	0.055	0,25	1,01	0,75	0.550	0,29	1,92	
Soltero(a)	0,91	0.863	0,31	2,66	0,63	0.463	0,18	2,17	
Nivel de pobreza									

Pobre extremo (dos o mas NBI)	1,45	0.558	0,42	4,97	1,04	0.957	0,27	3,95
Pobre (una NBI)	1,63	0.157	0,83	3,21	1,75	0.211	0,73	4,21
Prevalencia anual del episodio depresivo en el adulto mayor								
SI	1,15	0.749	0,49	2,67	0,94	0.893	0,37	2,36
Ha pensado en quitarse la vida en el último año								
SI	9,67	<0.001	3,28	28,54	13,69	<0.001	4,67	40,19
Puntaje global de Cohesión Familiar								
	0,83	<0.001	0,75	0,91	0,83	<0.001	0,75	0,92
Prevalencia de abuso / dependencia de alcohol (criterios MINI)								
SI	1,76	0.397	0,48	6,49	2,35	0.290	0,48	11,50
Enfermedad física o mental en los últimos 6 meses								
Si	1,61	0.061	0,98	2,64	1,60	0.091	0,93	2,76

Fuente: Estudio Epidemiológico de Salud mental de Lima metropolitana y el Callao

El análisis multivariado ajustado por diseño muestral permitió identificar los factores más estrechamente relacionados con la experiencia de maltrato en adultos mayores.

La ideación suicida en el último año fue el predictor más fuerte del modelo, con una probabilidad 13 veces mayor de haber sufrido maltrato (OR ajustado = 13,69; IC 95%: 4,67–40,19; $p < 0.001$). Este hallazgo refuerza la estrecha relación entre sufrimiento psicológico y vulnerabilidad al abuso en la vejez.

La cohesión familiar, evaluada como variable continua, mostró una asociación inversa significativa con el maltrato. Por cada punto adicional en el puntaje global de cohesión (rango 5–20), la probabilidad de maltrato se redujo en aproximadamente un 17.00 % (OR ajustado = 0,83; IC 95%: 0,75–0,92; $p < 0.001$), confirmando su papel como factor protector.

Contar con educación secundaria se asoció significativamente con menor riesgo de maltrato en comparación con educación superior (OR ajustado = 0,38; IC 95%: 0,15–0,93; $p = 0.03$), lo que sugiere un posible efecto protector de la escolaridad intermedia frente a dinámicas abusivas.

Otros factores mostraron asociaciones marginales. La edad mayor de 75 años (OR = 0,63; $p = 0.15$) y el sexo femenino (OR = 0,73; $p = 0.35$) se relacionaron con menor probabilidad de maltrato, aunque sin alcanzar significancia estadística. Los adultos mayores separados o divorciados también presentaron menor riesgo en el análisis sin ajuste ($p = 0.03$), pero esta asociación se volvió marginal tras el ajuste (OR = 0,43; $p = 0.08$).

La situación de pobreza, tanto extrema como moderada, no mostró una relación significativa con el maltrato en el modelo ajustado. El episodio depresivo tampoco se asoció significativamente (OR ajustado = 0,94; $p = 0.89$), lo que podría indicar que la ideación suicida capta mejor la dimensión emocional vinculada al abuso. El abuso o dependencia de alcohol presentó un OR elevado (2,35), pero sin significancia estadística ($p = 0.29$), lo que sugiere una posible asociación que requeriría mayor poder estadístico para confirmarse. Finalmente, la presencia de enfermedad física o mental en los últimos seis meses mostró una asociación

marginal con el maltrato (OR ajustado = 1,60; $p = 0.09$), lo que podría reflejar una mayor vulnerabilidad clínica.

Discusión

Este análisis aporta evidencia actualizada sobre los factores relacionados al maltrato en adultos mayores de Lima Metropolitana y el Callao. Los resultados confirman que el maltrato es un fenómeno multifactorial, influido por variables clínicas, familiares y sociodemográficas, y que su impacto trasciende el daño físico, afectando de manera profunda la salud mental y emocional de quienes lo sufren.

La ideación suicida mostró la asociación más fuerte con el maltrato (OR = 13,69; $p < 0.001$), lo que evidencia que el abuso constituye un determinante crítico en la aparición de pensamientos suicidas en adultos mayores. Este hallazgo subraya la gravedad del impacto emocional y psicológico del maltrato, el cual puede generar sentimientos de desesperanza, inutilidad, miedo y pérdida del sentido de vida. La literatura internacional ha documentado consistentemente que el maltrato —en sus formas física, psicológica, verbal, económica y por negligencia— incrementa significativamente la probabilidad de ideación suicida, incluso después de ajustar por depresión, comorbilidades y otros factores clínicos (11–13). De manera complementaria, estudios europeos recientes han mostrado que la desconexión social, las limitaciones de movilidad y la ausencia de vínculos significativos constituyen predictores relevantes de ideación suicida en la vejez (14, 15).

La cohesión familiar mostró una relación inversa significativa con el maltrato (OR = 0,83; $p < 0.001$). Este resultado coincide con lo planteado por Morales-Jinez et al., quienes demostraron que una percepción positiva de las relaciones familiares se

asocia con mayor resiliencia y menor riesgo de victimización (16). De forma similar, Agudelo-Cuéllar y Lancheros-López destacan que el entorno familiar influye directamente en el bienestar emocional del adulto mayor, actuando como un factor protector frente al abuso (17). Otros estudios han profundizado en cómo la resiliencia familiar puede funcionar como barrera incluso en contextos de alta vulnerabilidad, reforzando el papel central de la familia en la protección del adulto mayor (18).

El nivel educativo presentó una relación no lineal con el maltrato. Los adultos mayores con educación secundaria mostraron menor riesgo que aquellos con educación superior (OR = 0,38; p = 0.03). Aunque la literatura suele asociar bajo nivel educativo con mayor vulnerabilidad, Guerrero Ceh plantea que las expectativas de autonomía y participación social pueden generar tensiones familiares cuando no se cumplen (19). Balea-Fernández et al. sugieren que el debilitamiento de los roles sociales del adulto mayor, independientemente del nivel educativo, puede aumentar su exposición al abuso (20). Además, estudios recientes han mostrado que la percepción social del envejecimiento como sinónimo de debilidad contribuye a dinámicas abusivas, sin importar el nivel educativo (21).

La presencia de enfermedad física en los últimos seis meses mostró una relación marginal con el maltrato (OR = 1,60; p = 0.09). Muñoz Mero et al. identificaron que las enfermedades crónicas incrementan la dependencia funcional, lo que puede generar sobrecarga en los cuidadores y aumentar el riesgo de abuso (22). Cornes Fernández y Calle Calle también destacan que la fragilidad física y cognitiva son factores predisponentes clave para el maltrato (23). Esta relación ha sido confirmada por revisiones sistemáticas que vinculan la dependencia funcional con

mayor vulnerabilidad al abuso (24, 25), así como por metaanálisis que relacionan enfermedades crónicas con maltrato en contextos familiares (26).

Aunque variables como edad, sexo, estado civil y nivel de pobreza no mostraron asociaciones significativas en el modelo ajustado, Balea-Fernández et al. señalan que la dependencia económica y el aislamiento social siguen siendo factores de riesgo importantes (20). La falta de significancia estadística podría deberse a la interacción de estos factores con variables psicosociales no medidas en este estudio. En esta línea, Iriarte y Araya han sugerido que la fragilidad comunitaria y el acceso limitado a redes de apoyo pueden influir en la experiencia de maltrato, especialmente en contextos de vulnerabilidad social (27).

Este análisis presenta limitaciones metodológicas que deben considerarse al interpretar los resultados. El diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. La información fue obtenida mediante autorreporte, lo que puede introducir sesgos de deseabilidad social o subregistro, especialmente en temas sensibles como el maltrato y la ideación suicida. La muestra excluyó adultos mayores institucionalizados o con deterioro cognitivo severo, lo que limita la generalización de los hallazgos. No se incluyeron variables contextuales como acceso a servicios sociales o calidad del entorno comunitario, que podrían influir en la experiencia de maltrato. Además, la antigüedad de la base de datos podría no reflejar completamente las condiciones actuales del fenómeno. Finalmente, al tratarse de un análisis secundario, no fue posible controlar la recolección de datos ni incluir variables adicionales potencialmente relevantes.

Entre las fortalezas del estudio, destaca que la muestra incluye adultos mayores residentes en Lima Metropolitana y el Callao, lo que permite una adecuada inferencia sobre esta población urbana. Se emplearon instrumentos clínicos y escalas validadas internacionalmente, como el MINI y la escala de cohesión familiar, lo que garantiza la confiabilidad de las mediciones (17–19). El análisis multivariado permitió controlar simultáneamente múltiples factores, identificando asociaciones independientes con el maltrato. Asimismo, el estudio aporta evidencia relevante en un contexto poco explorado en el Perú, lo que puede orientar el diseño de políticas públicas y programas de intervención. La identificación de variables como la ideación suicida y la cohesión familiar como determinantes significativos resalta la necesidad de fortalecer la salud mental y el soporte familiar en la vejez.

IV. Conclusiones

El presente estudio concluye que el maltrato hacia los adultos mayores en Lima Metropolitana y el Callao es un fenómeno multifactorial en el que convergen determinantes clínicos, familiares y sociodemográficos. Entre todos los factores evaluados, la ideación suicida se identificó como el predictor más fuertemente asociado al maltrato, lo que evidencia la profunda afectación emocional y psicológica que este problema genera en la vejez.

Asimismo, la cohesión familiar se comportó como un factor protector significativo, destacando la importancia de las relaciones familiares saludables para reducir la vulnerabilidad frente al abuso. El nivel educativo mostró una relación no lineal con el maltrato, lo que sugiere que las dinámicas familiares y las expectativas sociales pueden influir de manera diferenciada según el contexto educativo.

La presencia de enfermedad física mostró una asociación marginal con el maltrato, lo que coincide con evidencia previa que vincula la dependencia funcional y la fragilidad con un mayor riesgo de victimización.

En conjunto, los hallazgos subrayan la necesidad de abordar el maltrato desde una perspectiva integral que considere la salud mental, el entorno familiar y las condiciones sociales del adulto mayor. Estos resultados aportan evidencia relevante para el diseño de políticas públicas y estrategias de intervención orientadas a la prevención del maltrato y la promoción del bienestar en la vejez.

V. Recomendaciones

Los resultados de este estudio evidencian la necesidad de implementar estrategias integrales orientadas a prevenir el maltrato y promover el bienestar de las personas mayores en Lima Metropolitana y el Callao. En ese sentido, se recomienda:

1. Fortalecer los programas de salud mental dirigidos a adultos mayores, incorporando la detección temprana de ideación suicida y otros indicadores de riesgo psicológico. La fuerte asociación entre maltrato e ideación suicida subraya la urgencia de intervenciones preventivas y de apoyo emocional.
2. Promover intervenciones comunitarias y familiares que refuercen la cohesión familiar, dado su rol protector frente al maltrato. Estas acciones pueden incluir talleres de habilidades familiares, programas de mediación y espacios de acompañamiento para cuidadores.
3. Desarrollar políticas públicas que aborden el maltrato desde un enfoque multisectorial, integrando los servicios de salud, programas sociales, municipalidades y organizaciones comunitarias para garantizar una respuesta articulada y sostenida.
4. Implementar sistemas de vigilancia y registro más robustos, que permitan monitorear de manera continua la prevalencia del maltrato y sus factores asociados. Esto incluye mejorar los mecanismos de denuncia, reducir el subregistro y fortalecer la capacidad de respuesta institucional.
5. Fomentar investigaciones longitudinales que permitan comprender la evolución del maltrato y sus determinantes a lo largo del tiempo, así como evaluar el impacto de las intervenciones implementadas.

6. Incorporar la perspectiva del envejecimiento activo en las políticas educativas y sociales, promoviendo la participación social, la autonomía y el reconocimiento del adulto mayor como sujeto de derechos.
7. Capacitar al personal de salud y a los equipos comunitarios en la identificación, manejo y derivación de casos de maltrato, asegurando un abordaje oportuno y sensible a las necesidades de esta población.

Estas recomendaciones buscan contribuir al diseño de estrategias efectivas que reduzcan la vulnerabilidad de los adultos mayores y promuevan entornos seguros, respetuosos y protectores.

VI. Referencias bibliográficas

1. Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, et al. Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Med Clin (Barc)*. 2013;141(12):522–6.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS); INPEA. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37(6):332–3.
3. Burston G. Granny battering. *Br Med J*. 1975;3(5922):592.
4. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist*. 1988;28(1):51–7.
5. Gálvez C. Violencia, abuso, maltrato y/o trato negligente en la Tercera Edad. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Córdoba; 2002.
6. Cano SM, Garzón MO, Segura AM, Cardona D. Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia, 2012. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2015;33(1):67–74.
7. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de Lima y de la Selva Peruana. *An Salud Ment*. 2009;25(Supl 1).
8. Agudelo M, Cardona D, Segura A, et al. Vulneración a la integridad física de personas mayores: prevalencia del maltrato y factores asociados. *Agora U S B*. 2020;20(2):129–39.

9. Pineda Loja NE, Ramírez Coronel AA, Mesa Cano IC, Martínez Suárez PC. Factores de riesgo asociado al maltrato al adulto mayor: revisión sistemática. *J Am Health*. 2021.
10. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES). Violencia familiar en las personas adultas mayores del Perú: aportes desde la casuística de los Centros Emergencia Mujer. 2005.
11. Dong X, Simon MA. Elder abuse as a risk factor for suicidal ideation: a cross-sectional study of older adults in the USA. *J Gen Intern Med*. 2010;25(11):1198–204.
12. Torres A, Rodríguez M, González F. Social isolation and suicidal ideation among older adults: a longitudinal study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2024;79(1):45–53.
13. Velásquez Suárez A. Factores psicosociales asociados al riesgo suicida en adultos mayores latinoamericanos. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013;42(3):179–86.
14. Torres Z, Martínez-Gregorio S, Fernández I, Tomás JM, Oliver A. Suicidal ideation, social participation, loneliness, and mobility limitations: longitudinal evidence in older European adults. *Psicothema*. 2024;36(4):341–50.
15. Ward M, Briggs R, Kenny RA. Social disconnection correlates of a “Wish to Die” among a large community-dwelling cohort of older adults. *Front Public Health*. 2024;12:1436218.

16. Morales-Jinez A, García-Ramírez M, Pérez-Rojo G. Family cohesion and resilience in older adults: a protective factor against elder abuse. *Aging Ment Health*. 2021;25(6):1123–30.
17. Agudelo-Cuéllar A, Lancheros-López J. Funcionalidad familiar y bienestar emocional en adultos mayores. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2021;23(1):56–64.
18. Morales-Jinez A, Fajardo-Ramos E, López-Rincón FJ, et al. Percepción de las relaciones familiares y nivel de resiliencia en el adulto mayor. *Gerokomos*. 2021;32(2):96–104.
19. Guerrero Ceh M. Educación continua y envejecimiento activo: implicaciones familiares. *Educ Gerontol*. 2020;46(4):215–27.
20. Balea-Fernández J, Rodríguez-Blázquez C, Martín-García S. Elder abuse risk factors in community-dwelling older adults: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):8120.
21. Dias I, Fraga S. “Older people are weak”: perceptions and meanings of ageing and abuse against older people. *Front Sociol*. 2024;8:1329005.
22. Muñoz Mero J, López C, Rodríguez A. Enfermedades crónicas y dependencia funcional en adultos mayores: implicaciones para el maltrato. *Gac Med Mex*. 2024;160(2):101–8.
23. Cornes Fernández J, Calle Calle M. Fragilidad y maltrato en la vejez: revisión narrativa. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2023;58(1):15–22.
24. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*. 2013;42(3):292–8.

25. Nemati-Vakilabad R, Khalili Z, Ghanbari-Afra L, Mirzaei A. The prevalence of elder abuse and risk factors: a cross-sectional study of community older adults. *BMC Geriatr.* 2023;23:616.
26. Wong RT, Cafferky BM, Alejandro JP. Chronic disease and elder mistreatment: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2021;36(1):1–16.
27. Iriarte E, Araya AX. Criterios de fragilidad en personas mayores que viven en la comunidad: una actualización de la literatura. *Rev Méd Chile.* 2016;144(11):1467–75.

VII. ANEXOS

ANEXO N°: 01

MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR

(PREGUNTAS 32 – 35)

AHORA LE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE SU FAMILIA

31. CON RELACIÓN A SU FAMILIA:

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	NO RESPONDE	NO APLICA
a. ¿Cuánto le importaría si hiciera algo que avergonzara a su familia?	1	2	3	4	5	6
b. ¿Qué tanto siente que lo(a) respeta(n)?	1	2	3	4	5	6
c. ¿Qué tanto siente se apoyan unos a otros?	1	2	3	4	5	6
d. ¿Cuán orgulloso se siente de ella?	1	2	3	4	5	6
e. ¿Qué tanto siente Ud. que sus valores y principios morales se parecen a los de su familia?	1	2	3	4	5	6

32. DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, POR PARTE DE ALGUNA PERSONA, ALGUNA VEZ...

	SI	NO
a. ¿Ha sido objeto de intentos o actos sexuales inapropiados, forzados o en contra de su voluntad?	1	2
b. ¿Ha recibido golpes, puñetes o empujones?	1	2
c. ¿Ha recibido insultos, agresiones verbales u ofensas?	1	2
d. ¿Ha sido objeto de chantajes, manipulaciones o humillaciones?	1	2
e. ¿Se ha encontrado en situaciones en las que se ha sentido abandonada porque no le han procurado medicinas, ropa adecuada, o no la han llevado al médico o no le han brindado otras necesidades básicas?	1	2
f. Otro (especifique).....	1	2

ENCUESTADOR(A): SI SE HAN CODIFICADO TODAS COMO NO EN P32 PASE A P40. EN P33 SÓLO PREGUNTAR POR LAS RESPUESTAS POSITIVAS DE LA P32

33. CON QUÉ FRECUENCIA ...

TIPO DE MALTRATO	FRECUENCIA					
	RARA VEZ	1 C/2 o 3 MESES	1 ó 2 VECES/MES	1 ó 2 VECES/SEM	3 ó 4 VECES/SEM	DIARIAMENTE
a. ¿Ha sido objeto de intentos o actos sexuales inapropiados, forzados o en contra de su voluntad?	1	2	3	4	5	6
b. ¿Ha recibido golpes, puñetes o empujones?	1	2	3	4	5	6
c. ¿Ha recibido insultos, agresiones verbales u ofensas?	1	2	3	4	5	6

TIPO DE MALTRATO	FRECUENCIA					
	RARA VEZ	1 C/2 o 3 MESES	1 ó 2 VECES/MES	1 ó 2 VECES/SEM	3 ó 4 VECES/SEM	DIARIAMENTE
d. ¿Ha sido objeto de chantajes, manipulaciones o humillaciones?	1	2	3	4	5	6
e. ¿Se ha encontrado en situaciones en las que se ha sentido abandonado(a) porque no le han procurado medicinas, ropa adecuada, o no lo(a) han llevado al médico o no le han brindado otras necesidades básicas?	1	2	3	4	5	6
f. Otro (especifique).....	1	2	3	4	5	6

34. ¿DE QUIÉN RECIBE USTED EL MALTRATO REFERIDO?

	SI	NO
a. Su(s) hijo(s)	1	2
b. Su pareja	1	2
c. Su cuidador	1	2
d. Su(s) nieto(s)	1	2
e. Su hermano(a)	1	2
f. Su cuñado	1	2
g. El(la) trabajador(a) doméstico(a)	1	2
h. Otro (especifique)	1	2

35. ¿CUÁL(ES) CREE USTED QUE ES(SON) EL(LOS) MOTIVO(S) QUE GENERA(N) EL MALTRATO?

	SI	NO
a. Factores económicos	1	2
b. El cuidado de su persona	1	2
c. Infidelidad	1	2
d. Celos	1	2
e. No actuar conforme exige su pareja	1	2
f. Por desacuerdo de ideas y opiniones	1	2
g. Por imposición de ideas	1	2
h. Negarse a tener relaciones sexuales	1	2
i. Por desacuerdos en los tipos o formas de prácticas sexuales	1	2
j. Por incompatibilidad de caracteres	1	2
k. Por estar bajo los efectos del alcohol	1	2
l. Por estar bajo los efectos de otras drogas	1	2
m. Por desacuerdos en las actividades recreativas	1	2
n. Por la intromisión de terceros	1	2
o. Sin motivo aparente	1	2
p. No sabe	1	2
q. Otros (especifique)	1	2

Tipos de maltrato: (referente a la pregunta N° 32)

El estudio epidemiológico primario divide el maltrato de la siguiente manera:

Maltrato por abandono:	Situaciones en que a la persona no le han procurado alimentos, vestido, afecto, vivienda, atención médica o la satisfacción de otras necesidades básicas;
Maltrato Físico:	Dar golpes, puñetes o empujones;
Maltrato psicológico:	Chantajes, manipulaciones o humillaciones;
Maltrato verbal:	Insultos, agresiones verbales, ofensas;
Maltrato sexual:	Actos sexuales forzados, inapropiados para la persona y en contra de su voluntad.

ANEXO N° 02

PREGUNTAS SOBRE COHESIÓN FAMILIAR

**AHORA LE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS
ACERCA DE SU FAMILIA**

31. CON RELACIÓN A SU FAMILIA:

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	NO RESPONDE	NO APLICA
a. ¿Cuánto le importaría si hiciera algo que avergonzara a su familia?	1	2	3	4	5	6
b. ¿Qué tanto siente que lo(a) respetan?	1	2	3	4	5	6
c. ¿Qué tanto siente se apoyan unos a otros?	1	2	3	4	5	6
d. ¿Cuán orgulloso se siente de ella?	1	2	3	4	5	6
e. ¿Qué tanto siente Ud. que sus valores y principios morales se parecen a los de su familia?	1	2	3	4	5	6

ANEXO N° 03

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código:

	Variable	Alternativas	Completar según corresponda
1	Edad	60 a 74	
		75 o más	
2	Sexo	Masculino	
		Femenino	
3	Grado de instrucción	iletrado - inicial	
		primaria	
		secundaria	
		superior	
4	Estado civil	Separado(a) o divorciado(a)	
		Viudo(a)	
		Soltero(a)	
		Casado(a)/Conviviente	
5	Nivel de Instrucción	iletrado - inicial	
		primaria	
		secundaria	
		superior	
6		Pobre extremo (2 o + NBI)	

	Nivel de pobreza según NBI	Pobre (1 NBI)	
		No Pobre (ninguna NBI)	
7	Religión	Católica	
		Otros	
		Ninguna	
8	Procedencia	Norte	
		Sur	
		Este	
		Centro	
		Callao	
9	Maltrato en los últimos 2 años	SI	
		NO	
10	Maltrato sistemático	SI	
		NO	
11	Maltrato alguna vez	SI	
		NO	
12	Tipos de maltrato	Psicológico	
		Físico	
		Verbal	
		Sexual	
13	Responsable del maltrato	Esposo (a) / conviviente	
		Hijo	
		Vecino	

		Amigo	
		Exesposo (a) / Conviviente	
		Otro familiar	
		Desconocido (a)	
14	Cohesión Familiar	Nada o poco regular Bastante o mucho	
15	Comorbilidades	Cardio-respiratorio Digestivo Renal y urinario Reproductivo y mamas Neurológico Endocrino Musculoesquelético Piel	
16	Enfermedad Física (6 meses)	SI NO	
17	Trastornos depresivos	SI NO	
18	Indicadores suicidas	SI NO	
19	Trastornos de ansiedad	SI	

		NO	
20	Abuso / Dependencia	SI	
	Alcohol	NO	

ANEXO N° 04

POBREZA SEGÚN LAS NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS NBI

El método se basa en la definición de necesidades que se incluyen en la medición y en el establecimiento de umbrales de satisfacción, es decir, los niveles mínimos considerados apropiados. De entre las múltiples necesidades básicas insatisfechas que podían ser utilizadas como indicadores, las más comunes son: a) hacinamiento; b) vivienda inadecuada; c) abastecimiento inadecuado de agua; d) carencia o inconveniencia de servicios sanitarios para el desecho de excretas; e) inasistencia a escuelas primarias de los menores en edad escolar.

Con respecto a la situación socioeconómica se decidió evaluar los niveles de pobreza a través del método de necesidades básicas insatisfechas (NBIs) similar al utilizado por el INEI y un estimado subjetivo de la percepción de capacidad de cobertura de las necesidades básicas. En este sentido se realizó una pregunta directa a la jefa del hogar o la esposa del jefe del hogar sobre si sus ingresos cubrían determinadas necesidades básicas

Pobres extremas: Las familias que no podían cubrir las necesidades de alimentación

Pobres básicos: las familias que cubrían sólo las necesidades básicas de alimentación, pero no otras básicas como salud, educación, vivienda, etc.

No pobres básicos: las familias que podían cubrir sus necesidades básicas, pero no otras necesidades (como diversión, distracciones, educación diferenciada)

No pobres: aquellas que podían cubrir sus necesidades básicas y otras necesidades.

**11. DIRIA USTED QUE GENERALMENTE EN SU HOGAR, LOS
INGRESOS FAMILIARES:**

<i>No cubren ni las necesidades básicas de alimentación</i>	<i>1</i>
<i>Cubren sólo las necesidades básicas de alimentación, pero no otras</i>	<i>2</i>
<i>Cubren las necesidades básicas de alimentación, vestido, vivienda, educación y movilidad, pero no otras</i>	<i>3</i>
<i>Cubren las necesidades básicas y también otras como pasatiempos, distracción, etc</i>	<i>4</i>

ANEXO N° 05

TRASTORNOS DEPRESIVOS

(Preguntas 24 – 30)

Son medidos con el (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos en base a criterios de investigación de la CIE-10

19. ¿ALGUNA VEZ HA INTENTADO HACERSE DAÑO O QUITARSE LA VIDA?

SI	1
NO	2

Pase a 24

20. ¿CUÁNTAS VECES EN SU VIDA LO HA INTENTADO?

21. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO FUE EL ÚLTIMO INTENTO?

En el último mes..... 1
 Hace más de un mes pero menos de un año.....2
 Hace más de un año.....3

22. ¿QUÉ HIZO EN ESA OPORTUNIDAD?

- a. Tomó pastillas..... 1
- b. Se cortó las venas..... 2
- c. Se arrojó de un piso alto.....3
- d. Se aventó hacia un automóvil.....4
- e. Tomó raticida..... 5
- f. Tomó insecticida.....6
- g. Intentó ahorcarse.....7
- h. Utilizó un arma de fuego..... 8
- i. Otro (especifique).....99

23. ¿QUÉ MOTIVOS LO(A) LLEVARON A INTENTAR QUITARSE LA VIDA LA ÚLTIMA VEZ?

	SI	NO
a. Problemas con su autoimagen física	1	2
b. Problemas con sus padres	1	2
c. Problemas con sus hijos	1	2
d. Problemas con otros parientes	1	2
e. Problemas con su pareja	1	2
f. Problemas laborales	1	2
g. Problemas con sus estudios	1	2
h. Problemas económicos	1	2
i. Problemas con su salud física	1	2
j. Experiencia traumática (especificar)	1	2
k. Otros (especificar):	1	2

l. Detalle el motivo principal

.....

.....

.....

F32-F33

24. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:

	SI	NO
a. ¿Se ha sentido particularmente triste, decaído(a), deprimido(a) la mayor parte del tiempo a lo largo del día, y así, casi todos los días?	1	2
b. ¿Tiene casi todo el tiempo el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer por las cosas que le agradan habitualmente?	1	2
c. ¿Se siente casi todo el tiempo cansado(a), sin energía?	1	2

ENCUESTADOR(A): SI EN P24 HAY 2 O MÁS SI CONTINÚE, SINO PASE A P31

25. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, AL SENTIRSE DEPRIMIDO(A), DESINTERESADO(A) O CANSADO(A):

	SI	NO
a. ¿Su apetito ha cambiado notablemente? y ¿ha aumentado o perdido peso sin tener esa intención? (Marcar 1, si respondió SI en ambas)	1	2
b. ¿Ha tenido problemas de sueño (arrodoramiento, despertares nocturnos o precoces, sueño aumentado o hipersomnia) casi todas las noches?	1	2
c. ¿Ha hablado o se ha movido más lentamente de lo habitual, o al contrario se ha sentido más agitado(a) y ha tenido dificultad para permanecer quieto?	1	2
d. ¿Le ha faltado confianza en usted mismo, o se ha sentido sin valor, inferior a los demás?	1	2
e. ¿Se ha hecho reproches, o se ha sentido culpable?	1	2
f. ¿Ha tenido dificultad para reflexionar o para concentrarse, o para tomar decisiones?	1	2
g. ¿Ha tenido varias veces ideas negativas como pensar que sería mejor que estuviese muerto(a), o ha pensado en hacerse daño?	1	2
h. ¿Desde el inicio de su estado depresivo ha intentado hacerse daño?	1	2

26. ENCUESTADOR(A): ¿4 o MÁS RESPUESTAS ENTRE P24 (a-c) Y P25 (a-g) SON SI?

SI	1
NO	2

Pase a 31

27. FECHA EN QUE EXPERIMENTÓ ALGUNO DE ESTOS SINTOMAS POR PRIMERA VEZ

DÍA

MES

AÑO

28. EN EL TRANCURSO DE SU VIDA, ¿HA PASADO POR OTROS PERÍODOS DE DOS SEMANAS O MÁS EN QUE SE HAYA SENTIDO DEPRIMIDO(A) Y HAYA TENIDO LA MAYORÍA DE LOS PROBLEMAS QUE ESTAMOS COMENTANDO?

SI	1
NO	2

Pase a 31

29. ANTES DE HABERSE SENTIDO DEPRIMIDO(A) EN ESTOS ÚLTIMOS TIEMPOS, ¿SE HABÍA ENCONTRADO BIEN DURANTE AL MENOS DOS MESES?

SI	1
NO	2

Pase a 31

30. FECHA EN QUE EXPERIMENTÓ ALGUNO DE ESTOS SINTOMAS POR PRIMERA VEZ

DÍA

MES

AÑO

ANEXO N° 06

INDICADORES SUICIDAS

(Preguntas 15 – 23)

Diferentes aspectos del espectro suicida: deseos de morir, pensamientos o ideación suicida, planificación del suicidio o intento de suicidio.

13. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES LE ES FAMILIAR?

	SI	NO
a. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado -Hideyo Noguchi"	1	2
b. Hospital Larco Herrera	1	2
c. Hospital Hermilio Valdizán	1	2
d. Instituto de Salud Mental de ESSALUD (Seguridad Social)	1	2

ENCUESTADORA: SI LA PERSONA RESPONDIO AL MÓDULO DEL ADULTO CONTINUE EN LA P 32

14. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA:

	SI	NO
a. ¿Ha tenido convulsiones (ataques con caídas al suelo, movimientos de brazos y piernas, con mordedura de lengua o pérdida de conocimiento)?	1	2
b. ¿Ha tenido desmayos?	1	2

15. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA HA DESEADO MORIR?

SI	1	NO	2	Pase a 24

16. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO?

En el último mes..... 1
 Hace más de un mes pero menos de un año.....2
 Hace más de un año.....3

17. ¿QUÉ MOTIVOS LO(A) LLEVARON A DESEAR MORIR?

	SI	NO
a. Problemas con su autoimagen física	1	2
b. Problemas con sus padres	1	2
c. Problemas con sus hijos	1	2
d. Problemas con otros parientes	1	2
e. Problemas con su pareja	1	2
f. Problemas laborales	1	2
g. Problemas con sus estudios	1	2
h. Problemas económicos	1	2
i. Problemas con su salud física	1	2
j. Experiencia traumática (especificar)	1	2
k. Otros (especificar):	1	2
l. Detalle el motivo principal		
.....		
.....		
.....		

18. ¿CUÁL ERA SU ESTADO ANÍMICO EN ESE MOMENTO? (acepte una respuesta)

Deprimido.....1
 Ansioso.....2
 Angustiado.....3
 Desesperado.....4
 Molesto.....5
 Intable.....6
 Otros (especificar).....99

19. ¿ALGUNA VEZ HA INTENTADO HACERSE DAÑO O QUITARSE LA VIDA?

SI	1	NO	2	Pase a 24

20. ¿CUÁNTAS VECES EN SU VIDA LO HA INTENTADO?

21. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO FUE EL ÚLTIMO INTENTO?

En el último mes..... 1
 Hace más de un mes pero menos de un año.....2
 Hace más de un año.....3

22. ¿QUÉ HIZO EN ESA OPORTUNIDAD?

a. Tomó pastillas..... 1
 b. Se cortó las venas..... 2
 c. Se arrojó de un piso alto.....3
 d. Se averió hacia un automóvil.....4
 e. Tomó ratóida..... 5
 f. Tomó insecticida.....6
 g. Intentó ahorcarse.....7
 h. Utilizó un arma de fuego..... 8

i. Otro (especificar).....99

23. ¿QUÉ MOTIVOS LO(A) LLEVARON A INTENTAR QUITARSE LA VIDA LA ÚLTIMA VEZ?

	SI	NO
a. Problemas con su autoimagen física	1	2
b. Problemas con sus padres	1	2
c. Problemas con sus hijos	1	2
d. Problemas con otros parientes	1	2
e. Problemas con su pareja	1	2
f. Problemas laborales	1	2
g. Problemas con sus estudios	1	2
h. Problemas económicos	1	2
i. Problemas con su salud física	1	2
j. Experiencia traumática (especificar)	1	2
k. Otros (especificar):	1	2
l. Detalle el motivo principal		
.....		
.....		
.....		

F32-F33

24. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:

	SI	NO
a. ¿Se ha sentido particularmente triste, decaído(a), deprimido(a) la mayor parte del tiempo a lo largo del día, y así, casi todos los días?	1	2
b. ¿Tiene casi todo el tiempo el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer por las cosas que le agradan habitualmente?	1	2
c. ¿Se siente casi todo el tiempo cansado(a), sin energía?	1	2

ENCUESTADOR(A): SI EN P24 HAY 2 O MÁS SI CONTINÚE, SINO PASE A P31

ANEXO N° 07

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Operacional	Valores Finales	Tipo de Variable	Escala de Medición
Maltrato	<p>Conjunto de acciones que causan perjuicio, daño, sufrimiento, malestar y/o perturbación del adulto mayor.</p> <p>Presencia de al menos un tipo de maltrato (físico, psicológico, económico o negligencia) según los ítems del módulo de violencia del Estudio Epidemiológico</p>	SI, NO	Categoría, dicotómica	Nominal

	de Salud Mental de Lima Metropolitana y Callao.			
Maltrato sistemático	Cuando el maltrato o abuso ocurre 1 o 2 veces al mes durante un período de tiempo.	SI, NO	Categórica dicotomica	Nominal
Cohesión Familiar	La intensidad de los vínculos que conectan a los miembros de una familia se refleja en comportamientos como el respeto y apoyo mutuos, el orgullo familiar, la participación en actividades conjuntas y la compartición de	Escala de cohesión familiar (ver anexo N° 02) con un puntaje que va de 5 a 20	Categórica	Ordinal

	principios y valores.			
Edad	Período en años desde el nacimiento hasta el momento actual mencionado por el encuestado.	Número de años	Cuantitativa	Ordinal
Sexo	De acuerdo al tipo de órganos sexuales de nacimiento	Masculino, Femenino.	Cualitativa	Nominal
Grado de instrucción	Se registrará el grado indicado por el encuestado, tanto del cuidador como del cuidado.	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Cualitativa politomica	Ordinal
Estado civil	Se anotará el grado mencionado por el encuestado, tanto del cuidador como del cuidado.	Soltero casado / conviviente Divorciado /separado, Viudo	Cualitativa politomica	nominal

Nivel de instrucción	Dependiendo del nivel de instrucción alcanzado	Iletrado - inicial, primaria, secundaria, superior	cualitativa	Ordinal
Nivel pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	El método se basa en la definición de necesidades que se incluyen en la medición y en el establecimiento de umbrales de satisfacción, es decir, los niveles mínimos considerados apropiados. De entre las múltiples necesidades básicas insatisfechas que podían ser utilizadas como indicadores, las más comunes son:	Fue medido utilizando la escala de necesidades básicas insatisfechas NBI (ver Anexo N° 04).	cualitativa	Nominal

	<p>a) hacinamiento;</p> <p>b) vivienda inadecuada;</p> <p>c) abastecimiento inadecuado de agua;</p> <p>d) carencia o inconveniencia de servicios sanitarios para el desecho de excretas;</p> <p>e) inasistencia a escuelas primarias de los menores en edad escolar.</p>			
Religión	Identifica la afiliación religiosa declarada por el adulto mayor.	Católica, Otros, Ninguna.	Categórica	Nominal
Procedencia	Zona geográfica de residencia habitual del	Norte, Sur, Este, Centro, Callao.	Categórica	Nominal

	adulto mayor dentro de Lima Metropolitana y el Callao, utilizada para identificar posibles diferencias contextuales en la experiencia de maltrato.			
Tipos de maltrato	Clasificación del tipo de abuso experimentado por el adulto mayor, según su naturaleza y forma de manifestación.	Psicológico, Físico, Verbal, Sexual.	Categórica múltiple	Nominal
Comorbilidades	Presencia de condiciones médicas crónicas o diagnósticos clínicos reportados por el	Cardiorrespiratorio, Digestivo, Renal y urinario, Reproductivo y mamas, Neurológico,	Categórica múltiple	Nominal

	adulto mayor, agrupados según el sistema corporal afectado.	Endocrino, Musculoesquelético, Piel.		
Enfermedad física (6 meses)	Presencia de alguna condición médica diagnosticada o reportada por el adulto mayor durante los seis meses previos a la encuesta, que pudiera afectar su funcionalidad o bienestar general.	SI, NO	Categórica dicotómica	Nominal
Trastornos depresivos	Episodio depresivo del último año. Son medidos con el (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos en base a criterios de	Preguntas 24 – 30 del cuestionario del estudio epidemiológico primario – Modulo Adulto Mayor (ver anexo N° 05)	Categórica	nominal

	investigación de la CIE-10			
Indicadores suicidas	Diferentes aspectos del espectro suicida: deseos de morir, pensamientos o ideación suicida, planificación del suicidio o intento de suicidio.	Preguntas 14 – 23 del del cuestionario del estudio epidemiológico primario - Modulo Adulto Mayor (ver anexo N° 06)	Categorica	nominal
Trastorno de ansiedad	Presencia de síntomas o diagnóstico clínico de ansiedad en el adulto mayor, identificado mediante instrumentos estandarizados o autorreporte durante la	SI, NO	Categórica dicotómica	Nominal

	<p>evaluación (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos en base a criterios de investigación de la CIE-10</p>			
<p>Abuso / Dependencia Alcohol</p>	<p>Presencia de patrones de consumo problemático de alcohol en el adulto mayor, evaluados mediante criterios clínicos estandarizados (MINI) que permiten identificar abuso o dependencia en base a criterios de investigación de la CIE-10</p>	<p>SI, NO</p>	<p>Categórica dicotómica</p>	<p>Nominal</p>

