

Relación entre síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en adultos mayores víctimas de violencia familiar

Relationship between Psychopathological Symptoms and Family Functioning in Older Adults Victims of Family Violence

Henry Santa-Cruz-Espinoza^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6475-9724>

Kimberlyn Lilí Saona-Carril² <https://orcid.org/0000-0002-8735-0278>

Mónica Michelle Jara-Barrena² <https://orcid.org/0000-0002-5718-0917>

¹Universidad Autónoma del Perú. Lima, Perú.

²Universidad César Vallejo. Lima, Perú.

*Autor para correspondencia: hsantacruz@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las familias son un soporte social importante para el bienestar de sus miembros, sobre todo los adultos mayores, quienes resultan vulnerables al maltrato intrafamiliar que pueden afectar su calidad de vida y generar síntomas psicopatológicos; sin embargo, existe poca evidencia científica de esta relación.

Objetivo: Analizar la relación entre síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en adultos mayores, víctimas de violencia familiar.

Métodos: Estudio transversal, correlacional, en hospital distrital de La Esperanza, Trujillo, Perú, entre junio-octubre 2019. Población 170 adultos mayores asistidos en consulta psicológica, muestra por conveniencia de 151 adultos mayores: 84 víctimas y 67 no víctimas de maltrato. Los instrumentos empleados fueron cuestionario SCL-90 y APGAR familiar. Se procesaron los datos con el Coeficiente de correlaciones de Spearman, la fórmula de transformación de Rupinski y Dunlap y la q de Cohen.

Resultados: El funcionamiento familiar tiene relación inversa con la somatización y depresión, en víctimas ($r = -0,481$; $-0,536$) y no víctimas de violencia familiar ($r = -0,329$; $-0,387$); las víctimas presentaron relaciones negativas del

funcionamiento familiar con la obsesión-compulsión ($r = -0,336$), sensibilidad interpersonal ($r = -0,314$), ansiedad ($r = -0,355$), hostilidad ($r = -0,435$) e ideación paranoide ($r = -0,511$); la proporción de las diferencias entre las correlaciones de muestras arrojan un tamaño de efecto grande entre funcionamiento familiar e ideación paranoide y mediano entre hostilidad y funcionamiento familiar.

Conclusiones: Existe correlación entre los síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en adultos mayores víctimas y no víctimas de violencia familiar, con diferencias entre correlaciones de ambas muestras en la relación del funcionamiento familiar con la hostilidad y la ideación paranoide.

Palabras clave: familia; psicopatología; violencia; violencia doméstica; anciano; maltrato al anciano.

ABSTRACT

Introduction: Families are an important social support for the welfare of their members, especially older adults, who are vulnerable to familial mistreatment, which can affect their quality of life and produce psychopathological symptoms; however, there is little scientific evidence about this relationship.

Objective: To analyze the relationship between psychopathological symptoms and family functioning in older adults who are victims of family violence.

Methods: Cross-sectional and correlational study carried out in La Esperanza district hospital, in Trujillo, Peru, between June and October 2019. The population was made up of 170 older adults attended in the psychological consultation. A convenience sample of 151 older adults was chosen: 84 victims and 67 non-victims of mistreatment. The instruments used were the Symptom Checklist-90 (SCL-90) and the Apgar-family questionnaires. Data were processed with Spearman's coefficient of correlation, Rupinski and Dunlap's transformation formula, and Cohen's q .

Results: Family functioning showed inverse relationships with somatization and depression in victims ($r=-0.481$; -0.536) and non-victims of family violence ($r=-0.329$; -0.387). Victims presented negative relationships of family functioning with obsession-compulsion ($r=-0.336$), interpersonal sensitivity ($r=-0.314$), anxiety ($r=-0.355$), hostility ($r=-0.435$) and paranoid ideation ($r=-0.511$). The proportion of differences between sample correlations yielded a large effect size

between family functioning and paranoid ideation, while it is average between hostility and family functioning.

Conclusions: There is correlation between psychopathological symptoms and family functioning in older adult who are victims and non-victims of family violence, with differences between correlations of both samples in the relationship of family functioning with hostility and paranoid ideation, respectively.

Keywords: family; psychopathology; violence; family violence; older adult; older adult mistreatment.

Recibido: 03/11/2020

Aceptado: 21/01/2021

Introducción

Existe un aumento considerable de la población adulta mayor en todo el mundo, y se estima que en el 2050 se habrá duplicado, ascendiendo de 12 % a 22 %.⁽¹⁾ La comprensión de su etapa vital, involucra una serie de cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales, como consecuencia del cúmulo de daños celulares que, con el paso del tiempo, generan un descenso gradual de las capacidades físicas, mentales y un riesgo mayor de enfermedad y mortalidad.⁽¹⁾

Existen diferentes sucesos que acompañan esta etapa, por ejemplo, se destacan los efectos de la jubilación, la pérdida de autonomía, la vida social reducida y los problemas de salud, que pueden interferir en la salud mental. Muestra de ello es que 20 % de adultos mayores de 60 años sufren de algún trastorno mental y 6,6 % atribuye su discapacidad a tal trastorno, las más comunes son: la depresión (7 %), la ansiedad (3,8 %) y el abuso de sustancias sicotrópicas (1 %).⁽¹⁾ Otro estudio mostró que los adultos mayores mexicanos presentan sintomatología psicopatológica como somatización, obsesiones, ansiedad y depresión, con una mayor frecuencia en las mujeres.⁽²⁾

Un factor protector al desarrollo de la sintomatología clínica en adultos mayores lo constituye el apoyo social familiar, puesto que favorece su salud mental⁽³⁾ y aumenta su sensación y estado de bienestar.⁽⁴⁾ Sin embargo, no todas las familias están preparadas para enfrentar esta etapa; en algunos hogares, el proceso de envejecimiento acarrea consecuencias negativas en la funcionalidad familiar,⁽⁵⁾ ya que la familia puede no adaptarse a las mayores necesidades de cuidado presentes en esta etapa.⁽⁶⁾ Esto no sería positivo para los ancianos, pues como lo demuestra la investigación, la presencia de sintomatología depresiva en esta etapa estaría relacionada al soporte familiar,⁽⁷⁾ asimismo, las familias disfuncionales presentan una mayor frecuencia de abuso de adultos mayores.⁽⁸⁾ En casos más graves, los ancianos pueden sentirse vulnerables al experimentar situaciones de maltrato físico, sexual, psicológico, emocional y económico; así como abandono, falta de atención y constantes pérdidas de respeto y dignidad.⁽⁹⁾ Como evidencia de ello, se encuentra una investigación internacional que reporta que 15,7 % de adultos mayores fueron víctimas de maltrato; es decir, 1 de cada 6 adultos mayores sufren algún tipo de abuso y de 24 casos se denuncia solo uno.⁽⁹⁾

El impacto negativo de la violencia intrafamiliar está documentado, pero se conoce menos sobre las repercusiones negativas en la etapa de la vejez. La evidencia muestra que el abuso se asocia a mayores niveles de depresión,⁽¹⁰⁾ angustia psicológica⁽¹¹⁾ e ideación suicida;⁽¹²⁾ en suma, se reportan efectos perjudiciales en el bienestar psicológico y salud física en diferentes dominios de la vida del adulto mayor.⁽¹⁰⁾

El estudio en población adulta mayor es escaso; sin embargo, no es conveniente extrapolar los resultados hallados en poblaciones de menor edad, dado que las características propias de esta edad y los desafíos a los que se enfrentan hacen meritorio el estudio de esta población.⁽¹⁰⁾ La investigación busca centrar la atención en las condiciones familiares de la población adulta mayor y al aumento alarmante de sintomatología psicopatológica que pueda presentar este grupo etario, razón por la cual el acceso a la población resulta pertinente en el servicio de Psicología de un contexto hospitalario.

Dilucidar los correlatos entre la sintomatología psicopatológica y el funcionamiento familiar en el contexto de la violencia intrafamiliar, contribuye

a examinar el impacto del hogar en el bienestar del senil; lo que constituye una necesidad si se desea plantear intervenciones de promoción y prevención que favorezcan la salud individual y de la familia. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en adultos mayores, víctimas de violencia familiar.

Métodos

Estudio transversal de diseño correlacional, realizado con adultos mayores que se atendieron en un hospital del distrito de La Esperanza, Perú entre los meses de junio a octubre del año 2019. De una población accesible de 170 adultos mayores que ingresaron a consulta psicológica, se eligieron por conveniencia 151 sujetos: 84 víctimas de maltrato y 67 no víctimas. Se verificó en la historia clínica que los participantes no tuvieran alguna deficiencia física o mental que les hubiera impedido comprender y responder a los cuestionarios, por ello, fueron excluidos quienes presentaran dichas dificultades.

La aplicación de los instrumentos fue presencial e individual a modo de entrevista, en las fechas en que los adultos mayores asistieron a sus consultas programadas en el hospital. Primero, se les informó en qué consistía su participación y se solicitó su consentimiento informado, después se aplicaron los instrumentos que se describen a continuación.

- La variable síntomas psicopatológicos: Fue medida con el instrumento SCL-90-R (Symptom Check List 90), creado por L.R. Derogatis en 1974 en Minnesota, EE.UU. Se utiliza para tareas comunitarias, epidemiológicas y de diagnóstico clínico. Está compuesto por 90 ítems que se evalúan en una escala de 5 puntos, cuyas opciones son: nunca, muy poco, poco, bastante y mucho. Las escalas sintomáticas son las siguientes:⁽¹³⁾
 - Somatización: Incomodidad que se manifiesta por la sensación de anomalías corporales.
 - Obsesión y compulsión: Pensamientos, acciones e impulsos propios del síndrome obsesivo compulsivo.

- Sensibilidad interpersonal: Expectativas negativas con respecto a las interacciones sociales y sentimientos de desvalorización.
- Depresión: Manifestaciones clínicas del trastorno depresivo, como estado de ánimo disfórico, desmotivación, anhedonia.
- Ansiedad: Síntomas como nerviosismo, tensión, pánico.
- Hostilidad: Manifestaciones características de estados afectivos como la rabia o ira.
- Ansiedad fóbica: Ansiedad que conlleva a conductas de evitación o escape.
- Ideación paranoide: Síntomas y características de la conducta paranoide.
- Psicoticismo: Conglomera un amplio espectro de síntomas como estados de soledad y alucinaciones.

Puntuaciones altas en el SCL-90 indican la presencia de síntomas psiquiátricos, durante la última semana, que generan perturbación o malestar psicológico en relación con alguna de las dimensiones que evalúa la prueba.⁽¹⁴⁾

Sus propiedades psicométricas fueron confirmadas en contextos similares al peruano,⁽¹⁵⁾ mientras que, en esta muestra, el promedio de las Alphas de Cronbach de las dimensiones sintomáticas fue de 0,677 y la escala total de 0,87; considerados como confiabilidad mínimamente aceptable y muy buena respectivamente.⁽¹⁶⁾

- La funcionalidad familiar fue medida a través de las puntuaciones obtenidas en el APGAR Familiar, diseñado por Smilkstein en 1978. El autor define esta variable como el estado emocional de la familia con base en la percepción de los miembros de la familia, cuenta con 5 componentes: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Tiene una escala de respuesta tipo *Likert* de cinco opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre.⁽¹⁷⁾

Puntuaciones bajas en la prueba de Apgar familiar describen indicadores de disfuncionalidad que implican dificultades para resolver problemas en periodos

de crisis, poca implicación, pobre apoyo para lograr el crecimiento de los miembros de la familia, escaso afecto y tiempo dedicado atender los requerimientos físico-emocionales de los miembros de la familia. ⁽¹⁷⁾

Este instrumento se encuentra validado en el contexto peruano, ⁽¹⁸⁾ en esta muestra se obtuvo un coeficiente de confiabilidad muy bueno ($\alpha = 0,938$). ⁽¹⁶⁾

Para diferenciar a los adultos mayores víctimas y no víctimas de maltrato, se usó la ficha de tamizaje - Violencia familiar y maltrato infantil del Ministerio de Salud (VIF). Esta ficha forma parte de las Normas y Procedimientos del Protocolo de Atención y Seguimiento de la Violencia Familiar, elaborada por expertos bajo el auspicio del Programa Mujer y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud, usada en los establecimientos de salud como parte de la estrategia de detección de violencia intrafamiliar. Cuenta con tres preguntas, las cuales exploran información sobre el agresor, inicio y término de la violencia que permite identificar tres tipos de violencia: física, psicológica y sexual. ⁽¹⁹⁾ La confiabilidad de sus puntuaciones alcanzó un coeficiente respetable de 0,769. ⁽¹⁶⁾

Para el análisis de datos se empleó el programa informático Excel y el Software estadístico de datos IBM SPSS v.25, en su versión libre de prueba. Para realizar el análisis de la normalidad de los datos se procedió a evaluar la distribución de los datos por medio de la asimetría y curtosis, obteniendo una distribución asimétrica ($>1,5$), por lo cual se utilizó la prueba no paramétrica de Coeficiente de Rangos de Spearman. Después, para obtener el tamaño de efecto de la diferencia de las correlaciones, fue necesario convertir las correlaciones de Spearman en correlaciones Pearson mediante la fórmula de transformación de Rupinski y Dunlap, para después aplicar la fórmula de la q de Cohen, cuyos tamaños de efecto de diferencias se interpreta según los parámetros: $< 0,10$: sin efecto; $0,10$ a $0,30$: efecto pequeño; $0,31$ a $0,50$: efecto moderado; $> 0,51$: efecto grande. ⁽²⁰⁾ Por último, se reportó la confiabilidad de los instrumentos aplicados en esta muestra.

Como aspectos éticos de la investigación científica, se contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad César Vallejo (Sede Trujillo - Perú). Además, se solicitó el permiso institucional del nosocomio, una vez fue aprobado el proyecto, se procedió a la evaluación. Asimismo, se pidió el consentimiento informado de cada persona, ratificando así su libre deseo de participación.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 151 adultos mayores: 84 víctimas de maltrato y 67 no víctimas. Las edades de ambos grupos estuvieron comprendidas entre los 65 años y 100 años ($M = 75,13$; $DE = 7,17$), 63,58 de ellos eran mujeres y 36,42 % hombres; 66.89 % tenía estudios primarios, 15,23 % tenía estudios secundarios, 5,96 % tenía grado de instrucción superior y 11,92 % de la muestra no tenían estudios.

Las medias obtenidas en los diferentes síntomas psicopatológicos fueron más elevadas en los adultos mayores víctimas de violencia, especialmente en los síntomas depresivos y somatización. Esta diferencia también es notoria en la dinámica familiar, donde los adultos mayores víctimas de violencia presentan puntuaciones bajas, lo que indica la presencia de disfuncionalidad familiar (Tabla 1).

Tabla 1- Estadísticos descriptivos de los síntomas psicopatológicos y funcionalidad familiar en los adultos mayores víctimas y no víctimas de maltrato

Síntomas	Condición	n	M	Mdn	DS	g1	g2
Somatización	Víctimas	84	24,58	24,00	6,13	0,55	-0,08
	No víctimas	67	19,18	19,00	4,52	1,16	1,74
Obsesión compulsión	Víctimas	84	17,50	17,00	5,74	1,27	1,79
	No víctimas	67	12,48	12,00	2,72	1,36	1,70
Sensibilidad Interpersonal	Víctimas	84	14,10	13,00	4,09	0,88	0,26
	No víctimas	67	9,81	9,00	1,31	1,51	1,27
Depresión	Víctimas	84	30,60	28,50	9,30	0,47	-0,33
	No víctimas	67	18,45	17,00	5,11	2,12	7,27
Ansiedad	Víctimas	84	17,15	16,00	5,01	0,73	-0,15
	No víctimas	67	12,57	12,00	3,06	1,74	3,41
Hostilidad	Víctimas	84	8,13	7,00	3,21	2,12	5,44
	No víctimas	67	6,30	6,00	0,67	2,31	4,66
Ansiedad fóbica	Víctimas	84	9,40	8,50	2,74	1,07	0,39
	No víctimas	67	7,60	7,00	1,19	2,38	6,24
Ideación paranoide	Víctimas	84	9,48	8,00	3,45	1,01	0,40

	No víctimas	67	6,54	6,00	1,15	2,18	4,05
Psicoticismo	Víctimas	84	12,54	12,00	2,98	1,87	5,53
	No víctimas	67	10,72	10,00	1,57	2,55	5,79
Funcionalidad Familiar	Víctimas	84	11,37	11,00	4,83	0,47	-0,25
	No víctimas	67	19,91	20,00	3,40	-1,42	4,64

n = casos, M = media, Mdn = mediana, DS = desviación estándar, gl = curtosis, g2 = asimetría

Se observaron los correlatos del funcionamiento familiar y los síntomas psicopatológicos. Tanto la somatización como la depresión se relacionaron de manera negativa con la funcionalidad familiar, en víctimas y no víctimas de violencia familiar; mientras que solo en los adultos mayores víctimas de maltrato se encontraron relaciones negativas del funcionamiento familiar con la obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad e ideación paranoide. Por otro lado, la proporción de las diferencias entre las correlaciones de ambas muestras arrojaron un tamaño de efecto grande entre ideación paranoide y funcionamiento familiar y un tamaño de efecto mediano entre hostilidad y funcionamiento familiar (Tabla 2).

Tabla 2- Correlación de los síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en los adultos mayores víctimas y no víctimas de maltrato

Funcionamiento familiar/ síntomas psicopatológicos	No víctimas (n = 67)		Víctimas (n = 84)		Diferencias	
	r1	IC 95 %	r2	IC 95 %	q	r1 - r2 IC 95 %
FF-Somatización	-0,33	-0,53; -0,10	-0,48	-0,63; -0,30	0,18	0,02; 0,34
FF-Obsesión compulsión	-0,22	-0,44; 0,02	-0,34	-0,51; -0,13	0,13	-0,06; 0,29
FF-Sensibilidad interpersonal	-0,14	-0,37; 0,10	-0,31	-0,50; -0,11	0,18	0,02; 0,34
FF-Depresión	-0,39	-0,57; -0,16	-0,54	-0,67; -0,36	0,19	0,03; 0,35
FF-Ansiedad	-0,21	-0,43; 0,03	-0,36	-0,53; -0,15	0,16	0,00; 0,32
FF-Hostilidad	-0,08	-0,32; 0,16	-0,44	-0,59; -0,24	0,38	0,22; 0,55
FF-Ansiedad fóbica	-0,20	-0,42; 0,04	0,06	-0,16; 0,27	-0,26	-0,43; -0,10
FF-Ideación paranoide	-0,03	-0,27; 0,21	-0,51	0,33; 0,66	0,53	0,37; 0,69
FF-Psicoticismo	-0,18	-0,06; 0,40	-0,15	-0,36; 0,06	-0,03	-0,19; 0,13

Nota: FF = funcionamiento familiar, r = correlaciones observadas, IC = intervalo de confianza, q = q de Cohen.

Discusión

Se ha reconocido la indudable influencia de las relaciones familiares sobre la salud y el bienestar personal.⁽²¹⁾ Sin embargo, el estudio de estas variables en la población adulta mayor es reducido en comparación con otros grupos etarios, aun cuando el apoyo familiar durante esta etapa es importante para preservar la salud mental.⁽³⁾

El funcionamiento familiar promueve la adaptación, participación, crecimiento físico y emocional, afectividad y recursos para la resolución de problemas, en cada uno de los miembros del hogar.⁽²²⁾ Por lo tanto, puede inferirse que una baja funcionalidad podría traer algunas consecuencias negativas a la familia. En hogares con baja funcionalidad pueden encontrarse niveles más altos de depresión, por ejemplo, en un estudio se probó que el aislamiento social de la familia se correlacionó con síntomas depresivos en ancianos;⁽²³⁾ asimismo, el abuso de personas mayores se asoció a mayores niveles de depresión.⁽¹⁰⁾ Mientras que un estudio identificó que el apoyo social familiar podría reducir los niveles de depresión en adultos mayores.⁽³⁾ Por otro lado, se encontró la misma relación con la somatización, hallazgo respaldado por la evidencia, pues las experiencias negativas en la familia se asociarían a afecciones físicas.⁽¹¹⁾

Los hogares con baja capacidad adaptativa pueden ver disminuida su funcionalidad y son los que presentan mayor porcentaje de abuso a adultos mayores.⁽⁸⁾ Esta violencia doméstica trae consigo un impacto negativo en quien la vivencia, con repercusiones sobre su bienestar mental y salud física en general.⁽¹⁰⁾ Los resultados hallados confirman dicho supuesto, visto que se identificaron correlaciones negativas entre el funcionamiento familiar y la obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad e ideación paranoide en aquellos adultos mayores que declararon haber vivenciado abuso en su hogar. El cuidado doméstico permite satisfacer la necesidad de autocuidado, lo que asegura el desarrollo y supervivencia de los miembros de una familia;⁽²⁴⁾ sin embargo, no todos los hogares están preparados para las demandas de esta etapa.

La falta de autonomía, el deficiente estado de salud, el deterioro cognitivo, la dependencia económica, entre otros, pueden actuar como factores de vulnerabilidad para ser víctima de malos tratos; ello sumado a la incapacidad del

cuidador para brindar soporte físico y emocional al senil.⁽²⁵⁾ El maltrato se reconoce como una experiencia estresante que impacta de forma negativa la salud mental, cuando estas experiencias se acumulan, los recursos de adaptación disminuyen y el sistema parasimpático causa angustia, sentimientos negativos como la tristeza, enojo y alteraciones físicas.⁽¹¹⁾ En el anciano, las consecuencias del maltrato en el hogar van desde el plano físico hasta el social, con lesiones, negligencia, trastornos afectivos y emocionales, somatizaciones, seudodemencias, aislamiento social y abandono.⁽²⁵⁾

En cuanto a la correlación de funcionalidad familiar y el síntoma psicopatológico de ideación paranoide se encontró una correlación negativa en el grupo de víctimas, con una diferencia importante entre las correlaciones de ambos grupos. Por lo tanto, este hallazgo muestra que los correlatos de ambas variables pueden encontrarse influenciados por la presencia de maltrato. Un hogar con baja funcionalidad y que presente episodios de violencia o abuso, puede generar en el adulto mayor suspicacia o desconfianza - indicadores propios de la ideación paranoide⁽¹³⁾ - con respecto a los cuidados que le pueden ofrecer los miembros de su familia. Mientras que, en los hogares donde no se vivencia maltrato, la familia puede contribuir al bienestar del adulto mayor,⁽⁴⁾ permitiéndole ser más funcional,⁽²⁶⁾ lo que es importante en esta edad, pues la funcionalidad es considerada el mejor indicador de salud.⁽²⁷⁾

Por su parte, los correlatos de funcionalidad y hostilidad también mostraron una diferencia importante entre víctimas y no víctimas de abuso. Es así que, en los hogares disfuncionales donde se vivencia abuso de cualquier tipo, los seniles pueden presentar de forma más frecuente sentimientos, pensamientos y comportamientos cargados de efectos negativos como la ira o el enojo.⁽¹³⁾ Hecho confirmado en un estudio donde se refiere que los adultos mayores que experimentan situaciones estresantes en su hogar pueden presentar enojo, entre otras emociones negativas.⁽¹¹⁾ De igual modo, se identificó la asociación entre el maltrato o abuso por parte del cuidador y la conducta agresiva del senil.⁽²⁸⁾

Luego de haber analizado los hallazgos, es importante considerar tanto las fortalezas como las limitaciones metodológicas del estudio. El análisis de datos no se limita a los correlatos de las variables, sino que aprovecha las particularidades de los grupos en cuestión y valora si las diferencias entre las

correlaciones de ambos grupos son relevantes en la práctica.⁽¹⁹⁾ Por otra parte, dentro de las limitaciones, el muestreo no probabilístico no otorga validez externa, por tanto, solo permite la generalización de los resultados a la misma institución y, con precaución, a muestras de características similares. Pero, ante los pocos estudios centrados en esta etapa vulnerable en el contexto peruano, estos hallazgos ofrecen una contribución valiosa para estudios de mayor complejidad.

Por último, se recomienda a los futuros investigadores, el estudio del maltrato familiar, según el tipo de agresión experimentada: física, psicológica, económica, sexual; pues cada una puede tener una repercusión diferente en la vida de la víctima. Como implicancia práctica, este estudio respalda el rol importante de la familia en el afrontamiento de esta etapa y propone el implemento de políticas públicas que fortalezcan el cuidado del adulto mayor. Primero, el apoyo del Sistema Sanitario y los profesionales de la salud para identificar problemas relacionados a la dinámica familiar, así como detección de casos de maltrato en seniles. Luego, el planteamiento de intervenciones que integren a las familias o contextos cercanos al adulto mayor, así como la formación de los cuidadores en la comprensión de la dinámica del envejecimiento a través del apoyo del personal sanitario.⁽²⁹⁾ Además, promover en el adulto mayor el autocuidado, los momentos de ocio y de esparcimiento que favorezcan nuevas motivaciones más allá de su entorno familiar;⁽³⁰⁾ todo ello destinado a estimular un envejecimiento activo.

En conclusión, se evidenció que la funcionalidad familiar se asocia con los síntomas psicopatológicos en adultos mayores del distrito de La Esperanza, Perú; sin embargo, estos correlatos van a diferir en función de que se haya o no experimentado maltrato. Por tanto, se precisa la importancia de la familia y las intervenciones dirigidas a educar en prácticas de atención a los adultos mayores, así como la preparación de las familias para asumir los retos que implican su cuidado.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. 2018 [acceso: 05/02/2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. Escalona B, Ruiz A. Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. Psicología Iberoamericana 2016 [acceso: 29/10/2020];24(1):38-46. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133947583005>
3. Chunkai L, Shan J, Xinwen Z. Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A structural equation modeling analysis. Journal of Affective Disorders 2019;248(1):73-80. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.032>
4. Cuesta C. El cuidado familiar: una revisión crítica. Invest Educ Enferm. 2009 [acceso: 22/07/2020];27(1):96-102. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198010.pdf>
5. Creagh M. Repercusión del envejecimiento en el funcionamiento familiar. Rev Cub Salud Pública. 2019 [acceso: 26/07/2020];45(4):e1317. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1317>
6. Kong J, Jeon H. Functional Decline and Emotional Elder Abuse: a Population-Based Study of Older Korean Adults. J Fam Violence. 2018 [acceso: 28/07/2020];33:17-26. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10896-017-9941-4>
7. Saavedra A, Rangel S, García A, Duarte A, Bello Y, Infante, A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, México. Aten Fam. 2016 [acceso: 28/07/2020];23(1):24-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2016/af161f.pdf>
8. Carmona J, López P, Coimbra A, Gálvez R, Goergen T, Rodríguez M. Elder Abuse in a Developing Area in Bolivia. J Interpers Violence. 2015;33(2):339-56. DOI: <https://doi.org/10.1177/0886260515608803>
9. Organización Mundial de la Salud. Maltrato de las personas mayores. [Internet] 2018 [acceso: 08/06/2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
10. Knight L, Hester M. Domestic violence and mental health in older adults. Int Rev Psychiatry. 2016 [acceso: 27/07/2020];28(5):464-74. DOI: <https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1215294>

11. Evandrou M, Falkingham J, Qin M, Vlachantoni A. Elder abuse as a risk factor for psychological distress among older adults in India: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017;7(10):e017152. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017152>
12. Lee S, Atteraya M. Depression, Poverty, and Abuse Experience in Suicide Ideation Among Older Koreans. *Int J Aging Hum Dev*. 2018;88(1):46-59. DOI: <https://doi.org/10.1177/0091415018768256>
13. Derogatis, L. SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas. Manual. 2002 [acceso: 27/07/2020]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/338073306/Manual-SCL-90R-pdf>
14. Fuentealba R, Avendaño C. Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Ter Psicol*. 2008;26(1):39-58. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>
15. Cruz C, López L, Blas C, González L, Chávez R. Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom check list 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Ment*. 2005 [acceso: 16/07/2020];28(1):72-81. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000100072&lng=es&nrm=iso
16. DeVellis RF. Scale development: theory and applications. 2nd ed. Newbury Park: Sage Publication; 2003.
17. Suárez M, Alcalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Méd La Paz*. 2014 [acceso: 16/07/2020];20(1):53-7. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
18. Castilla H, Caycho T, Ventura J, Palomino M, De la Cruz M. Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción del funcionamiento familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. *Salud Soc*. 2015 [acceso: 16/07/2020];6(2):140-53. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439742867003.pdf>.
19. Ministerio de Salud. Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil. 2018 [acceso: 26/07/2020]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/120_NORVIOFAM.pdf

20. Ventura J, Caycho T. Q de Cohen: Comparación de Correlaciones entre Muestras Independientes en base a Urzúa et al. Rev Med Chile. 2017 [acceso: 16/07/2020];145:410-12. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n3/art20.pdf>
21. Utz R, Berg C, Butner J. It's A Family Affair: Reflections About Aging and Health Within a Family Context. The Gerontologist. 2017;57(1):129-35. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnw081>
22. Smilkstein, G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. The journal of family practice. 1978 [acceso: 26/07/2020];6(6):1231-9. Disponible en: https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1978-volume_6-7/JFP_1978-06_v6_i6_the-family-apgar-a-proposal-for-a-family.pdf
23. Taylor H, Taylor R, Nguyen A, Chatters L. Social Isolation, Depression, and Psychological Distress Among Older Adults. J Aging Health. 2016;30(2):229-46. DOI: <https://doi.org/10.1177/0898264316673511>
24. Ostiguín-Meléndez R, Bustamante-Edquén S. Dimensiones del cuidado en familias urbanas mexicanas. Enfermería Universitaria. 2016 [acceso: 29/07/2020];12(2):80-9. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/92/88>
25. Fernández-Alonso M, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). Atención Primaria. 2006;37(1):56-9. DOI: <https://doi.org/10.1157/13083927>
26. Salamanca E, Velasco Z, Díaz C. Entorno familiar del adulto mayor de los centros vida de la ciudad de Villavicencio, Colombia. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2019;21(1):1-20. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.efam>
27. Jiménez B, Baillet L, Ávalos F, Campos L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. Atención familiar. 2016;23(4):129-33. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.08.002>
28. Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Morelas-Serra A, Pujol-Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk

and associated factors. BMC Public Health. 2018;18(167):1-14 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5067-8>

29. Kusaba T, Sato K, Fukuma S, Yamada Y, Matsui Y, Matsuda S, et al. Influence of family dynamics on burden among family caregivers in aging Japan. Family Practice. 2016;33(5):466-70. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw062>

30. Abreu Cervantes A, Noriega Fundora N, Pérez Inerarity M. Diagnóstico de necesidades educativas para el envejecimiento activo en una comunidad. Rev Cub Salud Pública. 2020 [acceso: 29/08/2020];46(2):e1164. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1164>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Henry Santa Cruz Espinoza, Kimberlyn Lilí Saona-Carril y Mónica Michelle Jara Barrena.

Análisis formal: Henry Santa Cruz Espinoza.

Adquisición de fondos: Kimberlyn Lilí Saona-Carril y Mónica Michelle Jara Barrena.

Investigación: Kimberlyn Lilí Saona-Carril y Mónica Michelle Jara Barrena.

Metodología: Henry Santa Cruz Espinoza.

Administración del proyecto: Henry Santa Cruz Espinoza.

Recursos: Kimberlyn Lilí Saona-Carril y Mónica Michelle Jara Barrena.

Supervisión: Henry Santa Cruz Espinoza.

Validación: Henry Santa Cruz Espinoza.

Visualización: Henry Santa Cruz Espinoza, Kimberlyn Lilí Saona-Carril y Mónica Michelle Jara Barrena.

Redacción - borrador original: Henry Santa Cruz Espinoza, Kimberlyn Lilí Saona-Carril y Mónica Michelle Jara Barrena.

Redacción - revisión y edición: Henry Santa Cruz Espinoza.