

VIOLENCIA Y ANCIANIDAD EN EL PERU: ALGUNAS REFLEXIONES (*)

Mariella GUERRA (**)

PALABRAS CLAVE: Adulto mayor - Salud mental - Violencia

KEY WORDS: Elderly - Mental Health - Violence

Se presenta el tema de la salud mental del adulto mayor en el contexto de las actuales condiciones de vida del país. Destaca la pobreza así como la desatención de este grupo etario por el estado y la familia, hecho que el autor califica de violencia. A modo de ilustración presenta, también, algunas observaciones relativas a las condiciones de vida del geronte en un asilo de ancianos de Lima. Finalmente, hace un llamado a la reflexión e insta a un afronte integral de esta problemática a través de una participación multiprofesional, multisectorial y comunitaria, así como del propio anciano, dado que la tendencia demográfica se orienta hacia un envejecimiento de la población.

VIOLENCE AND THE ELDERLY IN PERU: SOME REFLECTIONS

The mental health problem of the elderly within the framework of Peruvian context is presented. Poverty and abandonment of this age group by the government and the family are emphasized, fact that is qualified as violence by the author. Some observations related to the living conditions of elders in an asylum of Lima City highlight the comments. Finally, the author calls for a reflection and urges towards an integral approach to this problem through a multiprofessional, multisectorial and community participation as well as that of the elderly in view that the demographic trend orients it- self towards the aging of the population.

(*) Trabajo presentado en el Seminario Internacional "Violencia: reflexión y diálogo", marzo de 1995, Lima

(**) Jefe de la Unidad de Psicogeriatría del INSM"HD-HN"

La violencia, en cuyo origen se postulan variadas hipótesis, es una de las características contemporáneas de la vida en las sociedades modernas, particularmente en las industrializadas y de aquellas en proceso de incorporación al sistema económico mundial. De la sociedad peruana se dice que la violencia constituye uno de sus rasgos más característicos (1, 2) y sus diversas manifestaciones se aprecian en comportamientos cotidianos que afectan a hombres y mujeres de todas las edades (3). Sin embargo, el silencio y la indiferencia que acompaña a la violencia, el abuso o la negligencia hacia el anciano, vienen ocurriendo de modo *invisible*, diferenciándose claramente de las amplias manifestaciones que se producen cuando los mismos hechos ocurren en niños o mujeres. Es por ello que la reflexión en torno a las diversas formas de violencia en la senectud es de suma relevancia, mucho más hoy en día que la población de adultos mayores está creciendo y su atención constituye un reto para los agentes de salud.

La revisión de la literatura especializada revela que se carece de estudios relacionados con la violencia en el anciano en el Perú. A nivel foráneo, tales estudios son, también, escasos; así, en los últimos 5 años sólo se han publicado 26 artículos relacionados con el maltrato en la ancianidad. En el mismo periodo, sin embargo, hubieron 248 informes relacionados con el abuso en la niñez (4). Se señala, asimismo, que una de las dificultades existentes en la obtención de datos es la carencia de una definición aceptable de los términos: *violencia, abuso, negligencia y abandono*, en el anciano. Por ello, actualmente, la tendencia de los autores es evitar tales térmi-

nos y usar en su lugar el de *cuidado inadecuado del anciano o maltrato del anciano* (4, 5). De cualquier forma, al hablar de maltrato en el anciano es necesario considerar sus diferentes modalidades de presentación (4, 6, 7) tales como: violencia física, de mayor frecuencia las bofetadas, golpes, heridas por objetos; abuso psicológico o emocional, agresiones verbales, humillación, abandono o institucionalización, entre otros; explotación material o apropiación ilícita de dinero y/o bienes; y, finalmente, la negligencia, particularmente de aquellos en condición de dependencia. Cualesquiera que sea la definición se señala que el maltrato de ancianos es frecuente (8). Así, un estudio reciente en Boston (4, 5) en 2020 ancianos de 65 años o más, encuentra una incidencia anual de maltrato de 26/1,000; siendo la prevalencia de 32/1,000. La forma de violencia más frecuente es la física (2,2%), seguida de agresión verbal (1,1%) y negligencia (0,4%). Dos tercios de los abusadores corresponden a la propia pareja y el tercio restante, a adultos jóvenes.

Por las consideraciones expuestas y con el propósito de llamar la atención sobre este problema en nuestro medio, se presenta la experiencia del autor en la Unidad de Psicogeriatría del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", cuya área de influencia es el Cono Norte de la ciudad de Lima.

PERFIL DEL GERONTE PERUANO

En el Perú, se denomina anciano a la persona de 60 y más años, siendo la expectativa de vida actual en nuestro medio, de 66.7 años en promedio - 69.2 años para la mujer y 64.4 años para los varones- (9) (10).

Actualmente, los ancianos representan en el país el 7% de la población total; es decir, alrededor de 1 millón 544 mil personas son ancianas. Predomina el sexo femenino (51.7%), y el comportamiento del índice de masculinidad refleja la tendencia de una mayor mortalidad masculina a medida que avanza la edad. El 68% vive en áreas urbanas, concentrándose principalmente en la provincia del Callao (99.9%) y en los departamentos de Lima (96.3%), Arequipa (84%), Tacna (82.9%), Tumbes (82.8%), Ica (80%) y Lambayeque (77.3%). De acuerdo al censo de 1993, sólo el 36.5% de la población de 60 años y más, es económicamente activa, - varones 78% y mujeres 22%; y de ellos, la mayor proporción está constituida por los más jóvenes (60-64 años). El 25.8% percibe un ingreso único por concepto de remuneración; en el 53% los ingresos provienen de la modalidad de pensión, sea de tipo institucional (por jubilación 23.7%) o familiar. Los ingresos por jubilación en su mayoría de pensiones por concepto de alimentación y viudez (10). De las características sociales resaltamos que la tasa de analfabetismo de este grupo etario es de 35.7%, casi tres veces más que la nacional. En relación a la salud, en nuestro medio, aproximadamente el 28% de adultos mayores presenta algún tipo de limitación, siendo las causas más frecuentes de discapacidad la invalidez, sordera, ceguera y los trastornos mentales (9) (10); asimismo, como característica propia de esta edad, la mayoría es portadora de más de una enfermedad, frecuentemente de naturaleza crónica (11). Según la Encuesta Nacional de Propósitos Múltiples (ENAPROM) realizada a nivel nacional en 25 ciudades del país, el 56.3% de la población urbana de tercera edad cuenta con algún tipo de seguro contra riesgo de

enfermedad o accidente; el 77.7% de esos asegurados, entre pensionistas, activos y facultativos, corresponde a los que se encuentran adscritos al IPSS (10) (12). La Seguridad Social cubre parcialmente los gastos de salud, asimismo provee las pensiones de jubilación. Recordemos que este servicio es el producto de las cotizaciones que los trabajadores han aportado durante toda su vida activa; sin embargo, las pensiones no están sujetas a mejoras sustantivas, aún cuando los costos de vida aumentan. Así, las pensiones que perciben los ancianos pueden ser tan magras como el equivalente a \$ 50/ mensuales.

Con este marco de referencia surgen, de inmediato, algunas preguntas ¿puede vivir dignamente un anciano con este monto? ¿cubre sus necesidades básicas? ¿podrá desarrollarse? ¿qué sucede con los 2/3 de ancianos que no están cubiertos por la Seguridad Social? Con respecto a este último grupo, es probable que una buena proporción de ellos esté en condiciones de infraconsumo de lo esencial -alimentación, vivienda, salud- además de no poder satisfacer sus necesidades socioculturales.

La distribución del gasto familiar en la pobreza prioriza las necesidades de alimentación, relegando a un segundo plano la cobertura de otros servicios como los de salud, sin embargo, esta situación se constituye en el origen de ulteriores problemas sanitarios. De otro lado, la oferta de servicios muchas veces excluye al anciano pobre, quien sufre, probablemente, con mayor intensidad los efectos de la violencia estructural cuyo impacto no resulta en la muerte inmediata como en el caso de la violencia suversiva, sino que, más bien, ocasiona daños físicos y

trastornos psicológicos que limitan su funcionalidad personal y social. Es por ello necesario que nos preguntemos ¿cuándo haremos conciencia de los límites sociales? ¿estas personas no responderán con violencia, la violencia que sufren? Recordemos, al respecto, que en el Perú se postula que una de las fuentes de la violencia es el deterioro creciente de las condiciones de vida (1, 13).

Otro aspecto a destacar en el perfil del anciano es el tema de la jubilación, vocablo que deriva de *júbilo*, aunque irónicamente no refleja tal estado de alegría en la mayoría de jubilados sino que, más bien, tiene la connotación de amenaza a la integridad biopsicosocial del que se va a jubilar y de depresión en el jubilado (14). En nuestro medio, las mujeres se jubilan a los 55 años y los hombres a los 60. Es decir, a una edad en la que según las clasificaciones actuales, constituyen el grupo de *viejos jóvenes*, quienes, aún en la plenitud de sus capacidades son frustrados en su productividad y desarrollo, siendo sometidos bruscamente a un nuevo estilo de vida, pues, en su mayoría, ni ellos ni su entorno -familia, comunidad- están preparados para tal acontecimiento. ¿Cuál es el impacto de esta nueva etapa llamada jubilación? Para aquellos que se prepararon con anticipación constituye un periodo de estabilidad, donde el desarrollo y la productividad se siguen dando. En otros, al ser infructuosos los intentos de seguir trabajando y haber cortado los intereses formados, se producen cambios trascendentes. Un grupo se desajusta pues el sentimiento de pérdida -económica, laboral, status social, autosuficiencia, etc.- es tan grande que suele deprimirlo, llegando inclusive al suicidio como complicación de la depresión no

tratada (15, 16). Otro grupo, de víctima pasa a victimario, gerontes que, de pronto, tienen acceso a un tiempo libre pero vacío de contenido; al *sobrarles* el tiempo, una buena proporción de ellos se dedica a *fiscalizar* lo que sucede en el ámbito familiar, del cual estuvieron, muchas veces, distanciados durante su etapa laboral, desestabilizando, de esta manera, un sistema que funcionó bien durante muchos años. A esta edad, casi siempre los hijos suelen haberse casado y vivir aparte; como consecuencia y con frecuencia, la peor parte la lleva la esposa, generándose conflictos tan serios entre la pareja que van desde la agresión verbal hasta la violencia física. Si a ello se suma la pobreza, la insatisfacción es aún mayor.

Vemos, así, que la jubilación y sus consecuencias sostienen una de las hipótesis de la violencia -Hipótesis de la Frustración-Agresión- desarrollada por Miller et al (17), a fines de la década del 30, que postula que toda frustración puede inducir conductas agresivas. Asimismo, se ha constatado que la frustración no sólo genera cuadros de agresión, sino que trasciende a otras condiciones emocionales como la depresión (18).

SOCIEDAD, FAMILIA Y VEJEZ

¿Cuál es la actitud que asumen los familiares y la sociedad, en general, frente a la vejez y qué concepto tienen de ella? En una revisión histórica del anciano (11, 19) encontramos que, en la época incaica, los gerontes pertenecientes a la clase social alta tenían privilegios, pertenecían a la élite gobernante y muchos eran considerados como sabios y de amplia experiencia, miembros de los *consejos de ancianos* que

asesoraban a los gobernantes. Los que pertenecían al sector popular, formaban parte del Ayllu, bien integrados, manteniéndose ocupados hasta el fin de sus vidas en quehaceres que variaban de acuerdo a sus capacidades, además de mantener las tradiciones de generación en generación. El geronto se mantenía como miembro participante de la actividad social y cuando no podía trabajar era mantenido por su comunidad. Durante la conquista y la colonia, épocas en las que interesaban los grupos poblacionales aptos para el trabajo, los ancianos comenzaron a sumirse en la mendicidad y desamparo, con excepción de aquellos que aún se mantenían en las comunidades indígenas. Las pocas leyes de amparo que entonces se dieron, no fueron cumplidas. Epocas posteriores no nos informan sobre cambios mayores en tal situación. Actualmente, aún cuando los datos demográficos nos hablan del aumento de este grupo etario, no se les presta la debida atención, a pesar de su tendencia creciente; así, en 1980, por cada persona de 65 años o más, habían 4,3 niños menores de 5 años, y para el año 2,000, la relación proyectada es de 1 adulto mayor por cada 2,6 niños menores (9).

De otro lado, si bien la Constitución Política del Perú menciona el respeto, amparo, atención y protección que amerita el anciano y otras leyes buscan mejorar su situación, en la práctica, aún falta mucho por hacer. Así, por ejemplo, los servicios que se ofertan para esta población -salud, educación, recreación, transporte, etc.- de un lado son escasos, y de otro, su accesibilidad es limitada pues para una buena proporción de gerontos y sus familiares, representan gastos prescindibles.

En relación a los servicios de salud, la situación tampoco es adecuada. En la actualidad, los únicos hospitales que tienen servicios de Geriatría con programas desarrollados son los militares (FAP, Naval, Policía, Militar) y el del IPSS, aunque sus actividades, principalmente de las castrenses, están centralizadas en la capital (11). En los hospitales estatales, la asistencia a este grupo poblacional no está sistematizada y los pocos profesionales que se dedican a la atención del adulto mayor lo hacen por iniciativa propia y en forma aislada. Como consecuencia, el sistema de salud especializado para el adulto mayor, no resulta accesible para todos ellos, ni suficiente para la satisfacción de sus necesidades de salud, constituyendo este hecho una situación plausible de recibir el calificativo de violenta. Un probable argumento que suele esgrimirse es ¿cómo y para qué invertir en un grupo que no produce, y más bien consume? además de ¿si aparentemente las necesidades de este grupo etario se cubren, de alguna manera, con el aporte de los más jóvenes, qué pasará en el futuro si esta población mantiene un crecimiento sostenido?

LA FAMILIA DEL GERONTO

En la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Viena, 1982), se reafirmó su importancia como unidad que integra generaciones y que deberá mantenerse, fortalecerse y protegerse de acuerdo a las tradiciones y costumbres de cada país (20). En nuestro medio, aún cuando existen núcleos familiares donde los adultos mayores ejercen un rol importante, son cuidados y respetados, se vienen produciendo muchos cambios, políticos, económicos y sociales. Tales cambios demandan y acarrear

consecuencias que se reflejan en la familia; así, la falta de educación, el rol devaluado del geronto, la estrechez económica y el esfuerzo para superarla, entre otras razones, hacen, de un lado, que la capacidad de atención material y emocional del anciano disminuya y, del otro, se produzca en la familia la sensación de *carga*, y en el anciano la sensación de *estorbo*. Como consecuencia se generan conflictos intergeneracionales que se traducen en agresiones, que van desde las subliminales hasta las claramente manifiestas, y que eventualmente, desembocan en la posibilidad de institucionalizar al anciano como forma de solución (21). Tal sensación de carga se acentúa si el geronto está limitado por alguna enfermedad pues tanto la familia cuanto el anciano, en su mayoría, no conocen ni practican las mínimas acciones preventivas para conservar la salud. Peor, aún, si el anciano es dominante y demandante, o poco afectuoso con sus familiares directos; cuando se presenta el momento en el que hay que asumir el cuidado del anciano enfermo, nadie quiere involucrarse en esta responsabilidad. Este es el caso que observamos, con relativa frecuencia, en la práctica clínica; los hijos del anciano hipertenso, diabético o deprimido, no quieren hacerse cargo de él, en lo material y afectivo. Las razones que esgrimen, con frecuencia, son: *nunca fue buen padre; por qué tengo que ocuparme de él si nunca se preocupó por mí; de él sólo recibí malos tratos, por qué tengo que quererlo; como acto de caridad puedo comprarle una vez los medicamentos, pero más no, él nunca me dió nada*. Finalmente, uno de los hijos, por diferentes presiones, asume el cuidado del anciano quien de no tener un buen soporte de los demás familiares, se convierte en el *paciente oculto*, confirmando una y otra

vez y desestabilizando a su familia. Finalmente, optan por la única solución viable, recurren a la *casa de reposo* que, en nuestro medio, como en otros, constituyen, en su gran mayoría, depósitos humanos y preámbulos a la muerte, donde, además de actitudes negligentes se propicia el abuso físico, psicológico y material del geronto (18).

FACTORES DE RIESGO

Se describen características que predisponen y aumentan el riesgo de maltrato en el anciano. Las mismas que están relacionadas al propio geronte en calidad de *maltratado* y al que lo cuida en calidad de *abusador*. Para los ancianos se citan (4, 5) como factores de riesgo:

- a) Salud física deteriorada con pobre desenvolvimiento funcional. Características que reducen la habilidad del anciano para defenderse.
- b) Alteración cognoscitiva. Las agresiones físicas o verbales del demente hacia el que lo cuida y sus conductas inapropiadas pueden precipitar el maltrato. En un estudio en el que se entrevistaron 50 familias de dependientes, Koin (8) señala que las conductas que más propician el maltrato de parte de los familiares son los gritos y la deambulación nocturna.
- c) Personalidad. Algunos ancianos son hostiles y demandantes, características que irritan al que los cuida y hace que los familiares tiendan a evitarlo.
- d) Dependencia. No sólo la física, sino también la psicológica y económica.
- e) Recursos del anciano. Mientras más

recursos tenga el anciano - económicos, intelectuales, emocionales o de soporte social- el riesgo del maltrato disminuye.

f) Historia de violencia y factores estresantes. El antecedente histórico de conductas violentas en la pareja y/o en la familia puede predecir maltrato en edades tardías. Asimismo, la poca tolerancia al estrés, responsabilidad para cuidar al anciano, conflicto entre los miembros que rodean al geronte, gasto que su cuidado demanda, entre otros, contribuye a que el riesgo de maltrato aumente.

Se señalan como factores de riesgo de los abusadores (4, 8):

a) Familiares con enfermedad mental o con problemas de dependencia a sustancias.

b) Familiares que dependen excesivamente del anciano en los aspectos económicos o de vivienda.

c) Problemas personales: desempleo, relación conyugal conflictiva como consecuencia de las conductas perturbadoras del anciano.

d) Deprivación del sueño y fatiga por la pérdida del reloj biológico -día/noche- a causa del anciano enfermo.

Luego de las consideraciones expuestas podemos deducir que el maltrato en la vejez puede ser sutil, insidioso, progresivo; haciéndose difícil, la mayoría de veces, separar el deterioro propio del envejecimiento asociado a una serie de enfermedades, del maltrato real. De cualquier forma es obligación del médico pensar en esta posibilidad y dedicarle un tiempo adecuado en

la historia y evaluación del anciano que acude a la consulta. Con cierta frecuencia, el anciano no va a poder dar mayores datos por lo que es indispensable buscar, reconocer e interpretar adecuadamente los indicadores físicos y psicológicos sugerentes de maltrato.

Por último, el autor hace referencia a su experiencia en uno de los mayores albergues para ancianos que existe actualmente en el Perú, el Albergue Central Ignacia Rudolfo Vda. de Canevaro. En este centro, así como en una gran proporción de *asilos o casas de reposo* para ancianos, es plausible identificar diferentes expresiones de violencia. La institución en mención fue inaugurada en el año 1982, funciona como una dependencia de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima y tiene como objetivo brindar atención integral especializada a personas mayores de 60 años. Alberga aproximadamente 600 ancianos de ambos sexos, unos pagantes y otros subvencionados; en el último grupo, aproximadamente el 30-40% son indigentes. Del total de ancianos, el 52% tiene familiares directos (hermanos, hijos, nietos), el 23% cuentan con familiares indirectos y el 7% tiene el apoyo de personas no familiares (21). Si revisamos con detenimiento los porcentajes mencionados observamos que, la mitad de albergados, entre pagantes y subvencionados, tienen familiares directos, y según información de los propios gerontos y del personal, una buena proporción de éstos, una vez que logran el ingreso de su viejo, *desaparecen*, sumergiendo al anciano en abandono material, y principalmente en la soledad y carencia afectiva. ¿Qué tipo de violencia es ésta? ¿cuáles son las razones que motivan la institucionalización de estos ancia-

nos? ¿qué otros factores, independientemente de los materiales, precipitan esta decisión?

Una vez que el geronto ingresa a este microcosmos, nuevamente debe sufrir todo un proceso de adaptación a un ambiente que no necesariamente es de mucha paz o tranquilidad como se cree con frecuencia. La estrechez de los espacios, los pocos bienes materiales existentes que hay que compartir, el *poder del más fuerte*, el deseo de sobresalir y de ser el *preferido*, entre otras, hace que las relaciones interpersonales entre los mismos ancianos y entre ellos y el personal sean conflictivas, generándose, así, diversas situaciones violentas. Estas observaciones nos permiten hacer alusión a una de las determinantes psicológicas de la conducta agresiva, la agresión como conducta social aprendida. En ésta -según Bandura- las conductas agresivas se pueden adquirir, entre otras razones, por: experiencias pasadas, el reforzamiento después de la agresión, condiciones sociales/ ambientales que instigan a la agresión, y por modelaje (18).

Otra forma de violencia observada es la sexual, tema sobre el cual existen diversos mitos en el caso del adulto mayor, que amerita investigaciones sistemáticas. Resalta, sin embargo, la que se da en la mujer anciana, que genera en muchas de ellas temores, actitudes y conductas agresivas de defensa, frecuentemente interpretadas como alteraciones mentales.

Finalmente, es necesario señalar que se

postula, también, como causas de la violencia a los determinantes biológicos, dentro de los cuales cabe mencionar trastornos de personalidad, los psicóticos y los mentales orgánicos. La violencia observada en estos casos es la expresión del trastorno psiquiátrico subyacente, o una descompensación que demanda evaluación e intervención inmediatas. Así, los trastornos que destacan por generar conductas violentas y hacen necesaria la intervención médica son: la demencia con manifestaciones psiquiátricas; los cuadros psicóticos descompensados, particularmente la esquizofrenia; el alcoholismo y los trastornos de personalidad con rasgos antisociales.

REFLEXIONES FINALES

Luego de las consideraciones expuestas queda como tema de reflexión plantear alternativas de afronte para esta problemática. Esto supone un esfuerzo conjunto de parte del anciano, su familia, la comunidad y el estado; el trabajo interdisciplinario, multisectorial y el trazado de líneas de acción que constituyan un proyecto integral, enfatizando el rol que debe jugar el adulto mayor en su contexto familiar y social, contexto en el cual su vida e integridad tienen que constituir el valor máspreciado. En nuestro medio, aparte de haberse formulado una serie de frases conmovedoras, sin calar suficientemente en la conciencia de todos nosotros, poco se ha hecho. En tanto no nos toque directamente el problema, la resonancia a toda esta situación siempre tenderá a ser pequeña.

REFERENCIAS

- (1) ASOCIACION PERUANA DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES PARA LA PAZ, FUNDACION FRIEDRICH EBERT. Siete ensayos sobre la violencia en el Perú. F. Mac Gregor, JL. Rouillón & M. Rubio (Eds). Lima, 1985
- (2) SEMINARIO INTERNACIONAL "VIOLENCIA: REFLEXION Y DIALOGO" Instituto de Altos Estudios 17,65%. London School of Economics and Political Science. Lima, 1995
- (3) HENRIQUEZ N, ALFARO RM, CORAL I Y COLAB. Mujeres, violencia y derechos humanos. IEPALA, Lima 1991
- (4) LACHS M & PILLMER K. Abuse and Neglect of Elderly Persons. The New England Journal of Medicine. 1995, Vol 332, N° 7:437-443
- (5) LACHS M & FULMER T. Diagnóstico de maltrato y abandono. En Clínica de Medicina Geriátrica. Pousada L. (ed) Interamericana. Mc Graw-Hill. México 1993
- (6) CAMMER P, MEIER D, GOLDSTEIN T, WEISS M & FEIN E. Elder abuse and neglect: How to recognize warning signs and intervene. Monte Peterson, MD, Serie Editor. Geriatrics, 1995, Vol 50, N° 4:47-51
- (7) MOORE J. Abuse of the elderly. American Academy of Family Physicians. Family Practice Annual. Editorial Service by Park Row Publishers, INC, Kansas 1983
- (8) KOIN D. Abuse and Neglect in the Aged. En Geriatrics Emergencies. G. Schwartz, G. Busker & J. Grissby (eds). Robert Brady Company, Maryland 1984
- (9) INEI. Informe Estadístico. Lima, 1993
- (10) INEI. Perú: Perfil Sociodemográfico de la tercera edad. Lima, 1993
- (11) LLADO BM. Geriatria, vejez y envejecimiento, sus problemas. Universidad Inca Garcilazo de la Vega, Lima 1990
- (12) ENCUENTRO NACIONAL DE SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR. Unidad de Psicogeriatría, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Lima 1995
- (13) TELLO MP. Perú: el precio de la paz. Ediciones Petro-Perú, Lima 1991
- (14) STREIB GF. Retirement as seen by the health professional and social scientist. En Clinical Aspects of Aging. W. Reichel (ed). Willians & Wilkins, Baltimore 1989
- (15) MEDALIE J. The elderly and their families. En Clinical Aspects of Aging. W. Reichel (ed). Willians & Wilkins, Baltimore, 1989
- (16) STEPHEN V. An Update on Elder Abuse and Neglect. Can J Psychiatry, 1994, 39:434-540

- (17) KAPLAN HI, SADOCK BJ & GREBB JA. Synopsis of Psychiatry. Willians & Wilkins, Baltimore, 1994
- (18) SHAVER J & TARPY RM. Psychology. Macmillan Publishing Company, New York, 1993
- (19) ARBULU V. Historia de la geriatría en el Perú. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, 1993, Vol 6, N° 33
- (20) NACIONES UNIDAS. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Viena, 1982
- (21) MENDOZA JM. Aspectos económicosociales de los residentes del Albergue Central Ignacia Rudolfo Vda. de Canevaro. Tesis para obtener el título de licenciada en Trabajo Social, Lima 1993

Dirección Postal: Trinitarias N° 205, Surco, Lima

PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

28) Señale verdadero (V) o falso (F) según corresponda a lo expuesto por el autor:

- () A nivel foráneo abundan los estudios relacionados con la violencia en el anciano
- () En los últimos 5 años sólo se han publicado 26 artículos relacionados con el maltrato del anciano
- () La actual tendencia es a evitar los términos: violencia, abuso, negligencia, abandono, en el anciano
- () El término aceptado actualmente es: cuidado inadecuado del anciano o maltrato del anciano
- () La incidencia anual de maltrato en 2020 ancianos de 65 años o más fue de 26/1,000, en Boston.

29) El maltrato en el anciano se presenta en diversas modalidades:

- a) Violencia física (bofetadas, golpes, heridas por objetos)
- b) Abuso psicológico o emocional, agresiones verbales, humillaciones
- c) Abandono e institucionalización
- d) Explotación material o apropiación ilícita de dinero y/o bienes
- e) Negligencia de aquellos en condición de dependencia
- f) Todas las anteriores

30) En relación al perfil del geronte peruano:

- a) Los ancianos (mayores de 60 años) representan el 15% de la población total
- b) El 84% vive en áreas urbanas
- c) El 4,6% es económicamente activo
- d) Sólo el 5% tiene cobertura a través del Seguro Social
- e) Todo lo anterior es verdadero

31) En la práctica clínica se observa que los hijos del anciano hipertenso, diabético o deprimido, no quieren hacerse cargo de él argumentando que:

- a) *Nunca fue buen padre*
- b) *Por qué tengo que preocuparme de él si nunca se preocupó por mí*
- c) *De él sólo recibí maltratos, por qué tengo que quererlo*
- d) *Por caridad puedo comprarle los medicamentos una vez, pero más no, él no me dió nada*
- e) Todo lo anterior

32) Son características que predisponen y aumentan el riesgo de maltrato en el anciano:

- a) Salud física deteriorada, con pobre desenvolvimiento funcional
- b) Alteraciones cognoscitivas
- c) Personalidad
- d) Dependencia física, psicológica, económica
- e) Historia de violencia y factores estresantes
- f) Todo lo anterior es correcto

33) Son factores de riesgo para los abusadores de ancianos:

- a) Familiar con enfermedad mental o dependencia de sustancias
- b) Familias que dependen excesivamente del anciano en lo económico y vivienda
- c) Problemas personales: desempleo
- d) Relación conyugal conflictiva derivada de la conducta perturbadora del anciano.
- e) Deprivación del sueño y fatiga
- f) Todas las anteriores