

- La fragilidad en las condiciones de salud de la población en edades avanzadas, así como la mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades, lo que impone la necesidad de modificar los sistemas de salud;
- El cambio en las relaciones familiares y las condiciones de domicilio (cada vez habrá más personas que vivan en residencias o asilos para ancianos), producto de la transformación en las estructuras familiares y de los hogares conformados cada vez con más miembros envejecidos y menos familiares en edades juveniles y de la infancia;
- Las necesidades de transferencias intergeneracionales e intrafamiliares ante la falla o simple inexistencia de los sistemas públicos de apoyo a la población envejecida;
- La feminización del envejecimiento, debida no sólo a la mayor sobrevivencia de las mujeres, sino también a las condiciones más adversas, físicas, económicas y sociales, con las que las mujeres llegan y pasan por la vejez en comparación con los hombres;
- La vulnerabilidad ante la vejez y sus aspectos físicos, sociales, éticos, legales y de derechos humanos (Ham, 2003: 38,39).

Los cambios familiares y sociales derivados del envejecimiento poblacional no siempre constituyen un problema. En algunos casos, dichos cambios se convierten en oportunidades para el enriquecimiento de las relaciones intergeneracionales, mientras que en otros las relaciones familiares se tornan abusivas (Schiemberg y Gans, 1999).

Cuando las relaciones familiares se tornan abusivas, la violencia familiar constituye otro de los problemas –desde nuestro punto de vista, no menos importante que los mencionados anteriormente– que enfrentan las personas mayores. La violencia familiar se manifiesta en actos que van desde las agresiones físicas, los insultos, el abuso económico y material hasta el abandono o la negligencia (OMS y OPS, 2002). Sus efectos se traducen en “un deterioro general de su calidad de vida, que se manifiesta en crecientes niveles de indigencia, desnutrición y un mal estado de salud física y mental, todo lo cual genera fragilidad, baja autoestima, estrés y frustración y, en algunos casos, lleva al suicidio” (HelpAge, 2002: 37, 38).

La violencia familiar hacia las personas mayores es un fenómeno multifactorial. El aislamiento social, el estado de salud, la dependencia económica del generador de violencia, la cohabitación, el estrés, una historia de violencia previa entre víctimas y perpetradores, son algunas condiciones que favorecen y/o potencializan su ejercicio.

En el siguiente apartado, se abordan los factores de riesgo asociados a la violencia familiar hacia las personas mayores, como el eje nuclear que motivó la realización de este trabajo, contextualizados en un breve acercamiento conceptual, el cuál se ampliará posteriormente.

## **1.2. El problema: Violencia familiar hacia las personas mayores**

Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) consideran que la violencia hacia las personas mayores se remonta a la antigüedad, ésta se documentó por primera vez en Gran Bretaña en el año de 1975, cuando

---

pública, o bajo cualquier otro esquema, son insostenibles en las condiciones económicas del país (Ham, 2003).

normal en la familia, esto genera sentimientos de marginación y desmoralización en las personas mayores (Guilland y Picado, 2000). Este tipo de conductas típicamente son consideradas como abusivas por parte de los profesionales, pero no por las familias.

Los signos y síntomas más habituales de este tipo de maltrato son:

- Preocupación o trastorno emocional
- Falta de comunicación o aislamiento total
- Conducta inusual, normalmente atribuida a la demencia
- Información por parte de un anciano de haber sido maltratado verbal o emocionalmente (Motte y Muñoz, 2004).

Otros signos de este tipo de maltrato pueden ser: “sentimiento de resignación y desesperanza con vagas referencias de maltrato, conductas pasivas, de inutilidad, introversión, ansiedad, temblor, temer, miedo ante algo o alguien, autoculpabilizarse por situaciones que ocurren entre la persona y su pareja/cuidador” (Bass y otros, 2001: 35).

Los principales efectos de este tipo de violencia son el deterioro de la identidad, la dignidad y la autovalía de la persona mayor (*Elder Abuse Resource Centre*, 1995, citado en Crichton y otros, 1999)

### 2.5.3.3. *Violencia familiar económica*

Delimitar algunos actos como violencia familiar económica es complicado debido a la interrelación entre los distintos tipos de ésta. Habitualmente la violencia económica converge en violencia física o psicológica (Motte y Muñoz, 2004), o bien los tres tipos de violencia pueden mantener una relación paralela y abigarrada. Giordano y Giordano (1984, citados en Choi, Kulick y Mayer, 1999), y Micksin (1993, citado en Choi y otros, 1999) consideran que con frecuencia el maltrato económico co-ocurre con otras formas de maltrato y negligencia, de manera que es común que este tipo de violencia se acompañe de maltrato físico y/o emocional.

Esta co-ocurrencia entre los tipos de maltrato favorece que algunos investigadores sitúen como maltrato económico ciertos actos y mientras que esos mismos actos, otros investigadores los etiqueten dentro de otros tipos de maltrato. Por ejemplo, algunos autores incluyen institucionalizar a la fuerza a una persona mayor (meterla a un asilo o casa de retiro sin su consentimiento) como una forma de abuso material. Sin embargo, otros estudios definen la institucionalización, sin un proceso legal que lo respalde, como una violación a los derechos humanos más que como abuso financiero (Giordano, Yegidis y Giordano, 1992, citados en Choi y otros, 1999).

De acuerdo con el *Elder Abuse Resource Centre*, (1995, citado en Crinhton y otros, 1999) la violencia económica familiar se define como el robo, o el manejo inadecuado de dinero o propiedades de una persona mayor en el ámbito de una relación de confianza. Esto incluye conductas como la tentativa de persuadir, o la persuasión misma para que la persona mayor ceda su dinero, propiedades o bienes; engañar a la persona para quedarse con su dinero, propiedades o bienes; amenazarla con despojarla de su dinero, propiedades o posesiones, así como tratar de influenciarla con los fines antes descritos. Otras acciones, como cobrar cheques o la pensión sin autorización, y emplear el dinero de la persona mayor para propósitos distintos a los proyectados por ella, también corresponden a este tipo de

maltrato; de la misma manera despilfarrar su dinero, no pagar los recibos, dejar cheques sin fondos, no pagar los recibos, uso irresponsable de tarjeta de crédito y otras irregularidades en el manejo de las finanzas.

Para las Naciones Unidas (2002) el abuso económico incluye: a) el uso, o la apropiación indebida o ilegal de las propiedades o las finanzas de las personas de edad, b) modificación forzada del testamento u otros documentos jurídicos, c) la negación del derecho de acceso y control sobre sus fondos personales y d) los timos financieros y otros tipos de fraude.

Para algunos, el maltrato económico forma parte de una noción más amplia: la explotación financiera. Otros, por el contrario, consideran que la categoría más amplia es el maltrato económico y que la explotación financiera es una forma de éste. Están aquellos que distinguen entre explotación económica y malversación. Finalmente, están aquellos que no discriminan entre violencia familiar económica y explotación económica y los emplean como sinónimos.

Giordano, Yegidis y Giordano (1992, citados en Choi y otros, 1999: 52), definen el abuso financiero como: “una forma de explotación financiera que involucra la adquisición injusta de dinero u objetos de valor pertenecientes a la persona mayor, por parte de sus amigos, parientes o cuidadores” y la explotación financiera como “una categoría mucho más amplia que involucra robo, adquisición injusta de dinero u objetos de valor a través de la fuerza o mala representación”.

Por su parte Quinn y Tomita (1986, citados en Motte y Muñoz, 2004), consideran que la explotación es un subtipo de violencia económica. Se habla de explotación económica cuando se le asigna al anciano trabajos (domésticos o no), que deberían ser realizados por el cuidador remunerado o por cualquier otra persona, se le mantiene en el hogar haciendo el papel de criado o se le fuerza a realizar funciones inapropiadas. También aparece este tipo de maltrato cuando se obliga a la persona mayor a que practique la mendicidad o se le utiliza en trabajos de economía sumergida.

Choi y otros (1999) consideran como explotación: la extorsión, la desaparición misteriosa de fondos o valores, el uso inapropiado de teléfono, comida, y otros recursos, transferencia de propiedades, transferencia de bienes raíces, rehusar emplear los fondos de la persona mayor para cubrir sus necesidades básicas y pagar sus servicios y en cambio cubrir las necesidades y/o pagar los servicios de los cuidadores. Como malversación o mala administración del hogar incluyeron: derrochar o despilfarrar el dinero de la persona mayor, no pagar recibos, expedir cheques sin fondos, uso irresponsable de su tarjeta de crédito y dar el dinero de la persona mayor a alguien más.

Bass y otros (2001) coinciden con Choi y otros (1999) en que la explotación se puede manifestar a través del uso o transferencia de dinero, propiedades o bienes raíces de la persona mayor sin su consentimiento, o bien robarle cualquiera de los antes enunciados. Para Hudson (1991) el maltrato económico se puede manifestar mediante el robo y/o la malversación de fondos o propiedades de la persona mayor.

A menudo el maltrato económico/explotación financiera pasa desapercibido para las personas mayores porque ellas depositan su buena voluntad y confianza en sus cuidadores y/o hijos o porque ellas no pueden manejar sus finanzas (Choi y otros, 1999). O bien, porque el maltrato económico puede ser un proceso gradual de apropiación de los bienes del anciano que inicia con el robo crónico del monedero, al devolverle el cambio, y

desembocar en la coacción de hijos y/o nietos para que la persona mayor transfiera a su nombre todas o algunas de sus propiedades (Quinn y Tomita, 1986. citados en Motte y Muñoz, 2004).

Algunas de las señales de este tipo de maltrato se evidencian en las personas más cercanas y/o en los cuidadores del anciano, éstas pueden mostrar recelo a gastarse dinero en el cuidado de la persona mayor o preocuparse más por la gestión del dinero que de su bienestar (Quinn y Tomita, 1986, citados en Motte y Muñoz, 2004).

Los signos de la explotación/maltrato económico puede ser: “pago excesivo por bienes o servicios, cambios inexplicables de apoderado legal, testamento u otros documentos legales, dinero o cheques perdidos, decremento inaplicable de cuentas bancarias, desaparición de pertenencias personales” (Bass y otros, 2001: 35).

#### ***2.5.3.4. Violencia familiar sexual***

De todos los tipos de violencia familiar hacia las personas mayores, la violencia sexual es la más invisibilizada. Esto corre de manera paralela al vejeismo. Muchas personas, incluidos los profesionales, tienen prejuicios para considerar a las mujeres y a los hombres ancianos como objeto de deseo sexual. Lo anterior trae consigo un abordaje tangencial de este problema (Motte y Muñoz, 2004).

Además del vejeismo existe otro elemento que intrinca la comprensión y detección del maltrato sexual en la familia, Decalmer (2000:69) lo expone de manera clara:

... cada año, son varios los casos que salen a la luz de hijos adultos, hombres por lo general, que mantienen una relación incestuosa con sus mayores, habitualmente su madre. Dado que el anciano padece demencia, el consentimiento no puede ser obvio, y, a menudo se observan lesiones físicas. Uno de los dilemas a los que los profesionales deben enfrentarse es determinar quién inició los abusos en un principio, puesto que en muchos casos empezaron en la infancia, y después se han invertido los papeles.

Es importante aclarar que dicha inversión de papeles en las relaciones violentas sexualmente entre padres e hijos, no justifica la existencia de ésta. Motte y Muñoz (2004) consideran que cuando la persona mayor que es violentada sexualmente presenta alguna incapacidad mental o cognitiva para protegerse, comprender y/o decidir plenamente sobre su sexualidad, se debe partir de la idea de que una persona mayor en esas condiciones no debería implicarse en actividades sexuales.

Pese a los elementos que podrían dificultar la definición de la violencia familiar sexual, Motte y Muñoz (2004) la conceptualizan como “todo contacto [sexual] sin consentimiento, incluidos la violación, el atentado al pudor y el acoso sexual por parte del cuidador de la persona mayor”.

Para Duncan y otros (2002) el maltrato sexual en la familia incluye la explotación sexual, amenazar o forzar a la persona mayor para tener relaciones sexuales y aprovecharse de la inhabilidad de ésta para acceder a tener relaciones sexuales.

Los signos y síntomas de este tipo de maltrato son: contusiones alrededor del pecho y de la zona genital, enfermedades venéreas o infecciones genitales inexplicadas, hemorragias anales o vaginales no explicadas, ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada, información por parte de un anciano de haber sido agredido o violado (Decalmer, 2000; Motte y Muñoz, 2004). Las dificultades para andar o sentarse, el dolor o picor en las zonas

genitales, el rechazo sin explicaciones de cooperar en la higiene o examen físico de los genitales, las evidencias de lesiones en el perineo, los dolores al orinar y las secreciones vaginales también son síntomas de violencia familiar sexual (Decalmer, 2000).

#### 2.5.3.5. *Negligencia y descuido*

La negligencia se define como el rechazo o fracaso de cumplir cualquier parte de las obligaciones o responsabilidades que una persona tiene hacia el anciano (Daichman, 2004). Para algunos este rechazo o fracaso debe ser intencional (Motte y Muñoz, 2004), mientras que para otros puede ser intencional o no intencional (Decalmer, 2000; Hudson, 1991).

Para el *Elder Abuse Resource Centre* (1995, citado en Crichton y otros, 1999), así como para Bass y otros (2001) la negligencia se define como el fracaso del cuidador/conviviente en la satisfacción de las necesidades de una persona mayor incapaz de satisfacer esas necesidades por sí misma.

Podnieks (1992), al igual que Pillemer y Finkelhor (1988) en sus respectivos estudios, consideraron la negligencia como la negativa a ayudar a las personas adultas mayores cuando estas necesitaban ayuda para realizar actividades de la vida diaria como preparar comida, realizar las tareas domésticas, ir al supermercado, así como vestirse y bañarse.

La negligencia puede manifestarse de manera activa o pasiva. La primera de ellas se define como “el incumplimiento o el rechazo de las obligaciones en los cuidados e incluyen el intento intencionado y consciente de infligir malestar emocional o físico al anciano” (Wolf y Pillemer, 1989, citados en Decalmer, 2000: 77). Los actos de negligencia activa más comunes son: malnutrición, higiene personal inadecuada, negación de asistencia médica o de medicamentos, abandonar a la persona mayor privándola de su libertad, obligándola a quedarse en cama o sentado en un sillón, sin ayuda, cuando ésta no puede valerse por sí misma (Motte y Muñoz, 2004).

Mientras que la negligencia pasiva se conceptualiza como el “rechazo o incumplimiento de la realización de obligaciones en los cuidados (excluyendo el intento intencionado y consciente de infligir malestar emocional o físico al anciano)” (Wolf y Pillemer, 1989, citados en Decalmer, 2000: 78). Se manifiesta cuando a las personas mayores se les ignora, no se les tiene en cuenta para nada, se les confina en un rincón y se olvida llamarlas para comer, bañarlas, interactuar con ellas. La falta de respuesta en reiteradas ocasiones por parte del cuidadores y/o hijos a las señales, expresiones, emociones y conductas de búsqueda de proximidad e interacción de las personas mayores, también se tipifican como negligencia pasiva (Motte y Muñoz, 2004).

Para otros la tipología de la negligencia se divide en: física y emocional. La negligencia física se puede definir como aquellas conductas de omisión de los cuidados que pueden provocar o provocan daños físicos y/o cognitivos en la persona mayor. Dentro de la negligencia física se ubica la negligencia en la alimentación<sup>22</sup>, negligencia o abandono de la

---

<sup>22</sup> Se da cuando el cuidador no suministra comida a la persona mayor de forma regular y con los requisitos nutritivos básicos, no le da de comer durante días o le proporciona alimentos en mal estado o a deshoras y/o una dieta inadecuada (Motte y Muñoz, 2004).

higiene personal<sup>23</sup> (Motte y Muñoz, 2004), la negligencia económica<sup>24</sup>, de medicamentos<sup>25</sup>, etc.

La negligencia física incluye actos como:

- Falta continuada de vigilancia, en especial a lo que actividades peligrosas se refiere, o a periodos de tiempo prolongados
- Sobremedicación o medicación insuficiente (Decalmer, 2000; Bass y otros, 2001).
- No proveer tratamiento médico cuando existan problemas de salud física
- Aislar a la persona de los otros (Bass y otros 2001; *Abuse Resource Centre*, 1995, citado en Crichton y otros, 1999).
- Negación de comida, agua y ropa, así como la negación de servicios de enfermería, equipo y/o ayuda de rehabilitación, y negación de derechos (*Abuse Resource Centre*, 1995, citado en Crichton y otros, 1999).

Entre los principales síntomas de la negligencia física se encuentran:

- Hambre constante, higiene deficiente, vestuario inapropiado, incluyendo ropa deteriorada, pérdida no explicable de peso, deshidratación
- Constante cansancio o desgan, confusión creciente o inexplicable
- Problemas físicos o necesidades médicas desatendidas, incluyendo irritaciones por orina, llagas producidas por la postura
- Carencia o materiales auxiliares deficientes: gafas, dentaduras, aparatos auditivos, andadores y sillas de ruedas
- Abandono, inmovilidad, hipotermia como signo de un posible aislamiento (Decalmer, 2000: 64).
- Vestimenta inadecuada para el clima o las condiciones ambientales, protección inadecuada (Bass y otros, 2001).
- “Poca limpieza en la apariencia física, alimentación inadecuada o provisiones insuficientes para preparar alimentos en el hogar, bajo peso, fragilidad o debilidad física, deshidratación, o confusión sobre la administración de medicamentos, servicios inadecuados: agua, calefacción, electricidad, y facilidades para ir al baño, medio ambiente inseguro o poco higiénico, incluyendo infestación de insectos o desatención de las mascotas de la casa, negligencia sobre las finanzas de la casa, incluyendo el no pago de la renta o los recibos” (Bass y otros, 2001: 35).

---

<sup>23</sup> Consiste en una falta constante de atención a la higiene corporal del anciano y también en el abandono de la higiene del hogar, que se materializa cuando, por negligencia del cuidador, la casa está sucia, desordenada, hay olores de orina, excremento, etc. (Motte y Muñoz, 2004).

<sup>24</sup> Consiste en el rechazo a proveer la disponibilidad de medios a través de los cuales las necesidades materiales básicas de la persona mayor puedan ser satisfechas (Hudson, 1991).

<sup>25</sup> Principalmente se da cuando la persona mayor es sobremedicada o cuando no es medicada lo suficiente (Decalmer, 2000) o bien, cuando se le medica de manera inadecuada (no se respeta el horario de administración).

La negligencia emocional se caracteriza por el incumplimiento del cuidador para proporcionar soporte social o emocional adecuado a la persona mayor (Bass y otros, 2001: 33). Este tipo de negligencia se produce cuando la persona mayor es dejada sola, sin ayuda por largos periodos de tiempo, es ignorada o se emplea el silencio como un arma para hacerla sentir mal. La persona permanece sola, sin compañía, sin noticias, sin información (Fulmer, Guadagno, Pavesa, VandeWeerd, Baglioli y Abraham, 2002).

## **2.6. Vulnerabilidad, causalidad y factores de riesgo**

Frecuentemente los términos vulnerabilidad, causalidad y riesgo son usados indistintamente. Aunque éstos guardan una íntima relación, su significado no es el mismo. A continuación expondremos cada uno de estos conceptos y explicaremos por qué en este estudio nos referiremos a factores de riesgo y no a vulnerabilidad o causalidad.

El concepto vulnerabilidad alude a la cualidad de ser vulnerable y se aplica a lo que puede ser herido o recibir lesión física o moralmente (CEPAL, 2002). La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2002) considera que el término vulnerabilidad denota una dimensión amplia que incluye: riesgo, incapacidad de respuesta a éstos, e inhabilidad para adaptarse al nuevo escenario producido por la materialización del riesgo.

El concepto de vulnerabilidad se ha empleado regularmente para identificar a grupos específicos de la población. Dicho uso ha recorrido un amplio trayecto en el ámbito de las políticas sociales, dentro del cual se identifican por lo menos tres grupos. El primero de ellos se ha utilizado para identificar grupos que se hallan en situación de riesgo social; se trata de colectivos integrados por personas que debido a factores propios de su ambiente doméstico y comunitario son más proclives a presentar conductas anómicas (agresividad, delincuencia, etc); o bien, se encuentran más expuestas a vivir diversas formas de daños ocasionados por terceros (maltrato familiar, agresiones callejeras, desnutrición, etc.). El segundo grupo está conformado por personas que por el hecho de actuar de acuerdo a un patrón de conducta común están más propensos a algún evento dañino (por ejemplo, las personas que ejercen la prostitución, están más expuestas al contagio de enfermedades de transmisión sexual). Por último, el tercer tipo de grupos a los que típicamente se les atribuye el adjetivo de vulnerables, son los colectivos que comparten algún atributo básico común (edad, sexo, condición étnica o localización territorial), el cual se supone produce problemas similares entre sus miembros (CEPAL, 2002).

Aunque estas tres aplicaciones de la noción de vulnerabilidad han tenido valiosas aportaciones, se considera que su uso debe replantearse porque éstas no otorgan un papel protagónico al reconocimiento de los riesgos relevantes. Además, la caracterización de los grupos como vulnerables suele ser genérica, homogénea, por lo tanto, ignoran distinciones internas fundamentales que pueden estar relacionadas a la capacidad de respuesta y a la habilidad de adaptación de las personas (CEPAL, 2002).

Recientemente la CEPAL propone cambiar el uso tradicional del término vulnerabilidad, por la noción de vulnerabilidad sociodemográfica. De acuerdo con estas instituciones, existen razones para hablar de vulnerabilidad sociodemográfica en lugar de vulnerabilidad a secas. La primera razón es que las variables de población –excepto variables como la mortalidad– no son riesgos en sí mismas; sólo lo serán en la medida en que sus efectos adversos socaven el desempeño social (rutinas, obligaciones y mejoramientos), o dificulten el ejercicio de derechos de las personas. La segunda razón es que la exposición a los riesgos

se particulariza según estratos socioeconómicos y culturales. Y la tercera, es que la capacidad de respuesta y la habilidad de adaptación a la materialización de los riesgos, son asuntos eminentemente sociales, pues se relacionan con la disponibilidad de activos relevantes, la visibilidad y el potencial negociador de los actores sociales, así como con las políticas públicas y las oportunidades disponibles (CEPAL, 2002).

En resumen, para la CEPAL (2002:7), la vulnerabilidad sociodemográfica es “un síndrome en el que se conjugan eventos sociodemográficos potencialmente adversos (riesgos), incapacidad para responder a la materialización del riesgo e inhabilidad para adaptarse activamente al nuevo cuadro generado por esta materialización. Para que haya vulnerabilidad sociodemográfica deben concurrir estos tres componentes; sin embargo, basta con la presencia simultánea de los dos primeros para que se configure una situación dañina a corto plazo”.

De los tres elementos indispensables para referirse a la noción de vulnerabilidad sociodemográfica, nosotros nos concentraremos sólo en identificar eventos sociodemográficos potencialmente adversos, que exponen a las personas mayores a sufrir algún daño (físico, emocional y/o económico). En México existe poca respuesta ante el problema de la violencia hacia las personas mayores, sin embargo, identificar dicha ausencia como incapacidad para responder a la materialización del riesgo de violencia requiere de un ejercicio profundo y minucioso que rebasan los objetivos de este trabajo. Al igual que la incapacidad para responder a la materialización del riesgo de vivir violencia, la dimensión: inhabilidad para adaptarse a la materialización del riesgo no será estudiada por las mismas razones. Es por eso que nosotros nos decantamos por el uso del término riesgo en lugar de vulnerabilidad sociodemográfica.

En lo que se refiere al concepto causalidad, el método empirista considera que la causa de cualquier efecto es consecuencia de un precedente sin el cual el efecto en cuestión nunca se hubiere producido (Encarta, 2005). Aplicando esta lógica al tema que nos ocupa, diríamos que la violencia hacia las personas mayores no se produciría si éstas no estuvieran enfermas, si no tuvieran deficiencias físicas, si no otorgaran ayuda a sus hijos, si no cohabitaran con ellos y si no estuvieran aisladas. Sin embargo, en ciencias sociales, aunque se está consciente de que un factor de riesgo puede dar pistas sobre la causalidad de un fenómeno, es difícil establecer una relación causa-efecto, ya que la génesis de los problemas sociales obedece a una intrincada red de situaciones y/o condiciones. Por lo tanto –como lo afirman Fernández, Vila y Montero (2002) – la presencia de un factor de riesgo no es necesariamente causal. Por las razones antes descritas, se privilegió el concepto de riesgo sobre el de causalidad.

El término de riesgo denota la presencia de una característica o factor que aumenta la posibilidad de experimentar consecuencias adversas. Y en cada sociedad existen grupos de personas, familias o personas que presentan más probabilidades que otros de sufrir enfermedades, accidentes, muertes prematuras o cualquier evento dañino (Fernández y otros, 2002).

Para Fernández y otros (2002: 1), la identificación de factores de riesgo de un proceso mórbido o un problema social tiene diversos objetivos:

1. *Predicción*: La presencia de un factor de riesgo significa un riesgo aumentado de presentar en un futuro una enfermedad, en comparación con personas no expuestas.



En este sentido sirven como un elemento para predecir la futura presencia de una enfermedad.

2. *Causalidad*: La presencia de un factor de riesgo no es necesariamente causal. El aumento de incidencias de una enfermedad entre un grupo expuesto en relación a un grupo no expuesto, se asume como factor de riesgo, sin embargo esta asociación puede ser debida a una tercera variable. La presencia de esta o estas terceras variables se conocen como variables de confusión.
3. *Diagnóstico*: La presencia de un factor de riesgo aumenta la probabilidad de que se presente una enfermedad. Este conocimiento se utiliza en el proceso de diagnóstico ya que las pruebas diagnósticas tienen un valor predictivo positivo más elevado, en pacientes con mayor prevalencia de enfermedad. El conocimiento de los factores de riesgo se utiliza también para mejorar la eficiencia de los programas de cribaje, mediante la selección de subgrupos de pacientes con riesgo aumentado.
4. *Prevención*: Si un factor de riesgo se conoce asociado con la presencia de una enfermedad, su eliminación reduciría la probabilidad de su presencia. Este es el objetivo de la prevención primaria.

En el caso concreto de la violencia hacia las personas mayores la identificación de factores de riesgo es una herramienta importante facilita el diseño de estrategias de prevención e intervención más pertinentes (Dunlop, Rothman, Condon, Hebert y Martínez, 2000; y Choi y otros, 1999). Además “los perfiles del abuso a las personas mayores son muy útiles para los diseñadores de políticas sociales y para los planeadores de programas, así como para los investigadores de abuso, si ellos describen las características de las víctimas y los perpetradores y las situaciones de abuso en términos de factores de riesgo o indicadores que están asociados con, éstos pueden ser usados como predictores de futuros episodios de abuso” (Dunlop, y otros, 2000: 98, 99).

## **2.7. Factores de riesgo asociados con la violencia familiar hacia las personas mayores**

Existe polémica en considerar los factores de riesgo como elementos de causa efecto entre dos o más variables, por ello Pillemer (1988, citado en Muñoz y Tapia, 2004) clasifica los factores de riesgo hallados en su estudio en tres categorías: probables, potenciales y cuestionables (**tabla 6**). Los primeros son aquellos que aparecen sistemáticamente en todas las investigaciones realizadas sobre factores de riesgo. Los segundos son aquellos cuya identificación como factores de riesgo resulta contradictoria, es decir aquellos que en algunos estudios las evidencias los señalan como factores de riesgo, mientras que en otros no. Y los terceros son aquellos cuya presencia aumenta la probabilidad de ocurrencia, sin embargo las evidencias empíricas no han sido lo suficientemente contundentes.

**Tabla 6. Categorías sobre factores de riesgo en la familia**

<b>Probables</b>	<b>Potenciales</b>	<b>Cuestionables</b>
Condiciones de convivencia	Género (mujer)	Discapacidad física en la persona mayor
Aislamiento social	Relación entre la víctima y el agresor	Dependencia de la víctima y estrés del cuidador
Demencia	Características de las víctimas	Transmisión intergeneracional del abuso
Características individuales de los agresores	Raza	
Enfermedad mental		
Hostilidad		
Abuso de alcohol		
Dependencia del agresor		

Dadas las contradicciones en los resultados de investigaciones sobre factores de riesgo, se sugiere interpretar los datos obtenidos con cautela. En este sentido Lasch y Pillemer (1995: 438) exponen que para que los factores de riesgo en la familia operen se requieren de mecanismos; es decir, que una situación específica por sí sola no es una situación de riesgo, sino que se requiere la confluencia de eventos de distinta índole para constituirse como tal (tabla 7).

La violencia familiar contra las personas mayores no es un problema monolítico, se singulariza según ciertas características y condiciones de la persona adulta mayor, del cuidador, así como del medio ambiente familiar y social en que ésta se desenvuelve.

Por ejemplo, Comijs, Smit, Pot, Bouter y Jonker (1998) realizaron un estudio en Holanda para identificar los indicadores de riesgo asociados al maltrato contra las personas adultas mayores. Encontraron que los factores de riesgo varían de acuerdo al tipo de violencia. La cohabitación estuvo relacionada con la agresión verbal crónica y con la agresión física, pero no con el maltrato financiero; tener síntomas depresivos (estado de salud) estuvo asociado con la agresión física y con el maltrato financiero, pero no con la agresión verbal crónica; la dependencia parcial para realizar actividades de la vida cotidiana, el ser mujer, y vivir sólo fueron factores asociados con el maltrato financiero. Los resultados de la investigación indican también que el maltrato financiero más frecuentemente se presenta solo, mientras que la agresión verbal crónica y la violencia física aparecen acompañadas.

**Tabla 7. Principales factores de riesgo y mecanismos de operación**

<b>Factores</b>	<b>Mecanismos</b>
Enfermedad lentitud funcional	Reducción de la posibilidad de solicitar ayuda
Perdida intelectual	Agresividad, comportamientos incoherentes como resultado de la demencia
Comportamiento violento habitual o trastornos mentales del cuidador	Los maltratadores son personas dependientes del alcohol o de drogas y presentan disfunciones psicológicas que favorecen los comportamientos violentos
El cuidador depende de su víctima	La persona que maltrata depende económicamente de sus víctimas
Cohabitación	Los malos tratos aparecen con menos frecuencia cuando la persona mayor vive sola
Factores externos de estrés	Los acontecimientos que favorecen el estrés (dificultades económicas y otros) reducen la tolerancia de la familia y aumentan los riesgos de maltrato
Aislamiento social	La persona mayor que ha reducido sus relaciones sociales extrafamiliares es, a menudo, víctima de malos tratos al haber disminuido también el número de testigos de su situación
Historia de violencia	Un historial de violencia aumenta la probabilidad de maltrato en la vejez. También los padres que han maltratado a sus hijos corren el riesgo de ser maltratados, especialmente cuando pierden su autonomía

Fuente: Lasch y Pillemer (1995: 438).

Por su parte, Wolf (1996) afirma que la violencia física y psicológica se favorece cuando entre los actores de la violencia existe una relación cercana y se encuentran vinculados emocionalmente. Mientras que el maltrato por negligencia, -según la misma Wolf (1996)- a diferencia de la violencia física y psicológica, está más relacionado con la dependencia de necesidades de los receptores de violencia, con la viudez, con la mayor edad y con las dificultades físicas y cognitivas de los adultos mayores. Finalmente, el abuso financiero está más asociado con el aislamiento social y con la soltería de la persona mayor.

Otros, como Lasch y Pillemer (2004) no identifican los factores de riesgo dentro de algún nivel o dimensión, pero si mencionan los siguientes como los más importantes:

- Vivir con alguien. Las personas que viven solas tienen menor riesgo de ser maltratadas, excepto para el abuso financiero, ya quienes viven solos son un blanco ideal para este tipo de abuso.
- Padecer demencia
- Aislamiento social
- Características patológicas del perpetrador (enfermedad mental, abuso de alcohol)
- Una historia previa de maltrato
- Impedimentos físicos de la persona adulta mayor.
- Transmisión intergeneracional de la violencia de conductas violentas.

Por su parte Kingsley (2001, citada en Duncan y otros, 2002), identifica los siguientes factores de riesgo:

- Cuestiones relacionadas a las personas mayores, incluyendo vulnerabilidad, dependencia, aislamiento social, dificultad en la conducta, y constantes o poco razonables demandas de atención.
- Viejismo, presentar como negativas actitudes y valores sobre las personas mayores y el cuidado a las personas envejecidas.
- Conflictos interpersonales, incluyendo historias de familias disfuncionales, conflictos o violencia, y conflictos entre una persona mayor y su cuidador.
- Cuestiones psicosociales incluyendo la inhabilidad de la persona para manejar su enojo o emoción, abuso de sustancias y estrés personal.
- Intento malevolente, presentar un intento deliberado de daño o control externo sobre alguien o para controlar sus bienes.
- Cuestiones relacionadas al cuidador formal, relacionadas a la situación de trabajo, las cuales pueden incluir poca experiencia, personal insuficiente, inhabilidad para manejar conductas difíciles, así como prácticas y actitudes inapropiadas.

En tanto, Bass y otros (2001: 37) proponen realizar las siguientes preguntas para realizar la detección sobre factores de riesgo (**tabla 8**).

Tabla 8. Propuesta para detección de riesgo de vivir violencia familiar en personas mayores

PREGUNTAS PARA REALIZAR LA DETECCIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO	Posible víctima	Posible perpetrador
<b>Negligencia, abuso u ofensas criminales en el pasado</b>		
¿Existe una historia de abuso, violencia (incluyendo uso de pistolas/armas) o negligencia en el pasado?		
¿Ha sido la persona convicta por abuso u otro crimen violento (incluyendo violación de una orden de la corte) en el pasado?		
¿Actualmente ejerce violencia hacia los miembros de la familia o hacia las mascotas, o tiene acceso a armas de fuego?		
<b>Problemas en la relación entre posible víctima y posible perpetrador</b>		
¿Actualmente existen evidencias, o en el pasado, de problemas en la relación (incluir abuso/violencia)?		
¿Actualmente existen problemas específicos sobre cuestiones de poder, control, dominación, coerción y manipulación?		
¿Existen evidencias de celos extremos y posesividad?		
¿Las personas involucradas tiene expectativas irreales sobre el otro?		
<b>Problemas relacionados con la salud física, emocional o mental.</b>		
¿Tienen problemas con el enojo y la hostilidad?		
¿Tienen problemas con el uso de alcohol, drogas o medicamentos?		
¿Tienen problemas de salud mental (incluyendo depresión) o emocionales?		
¿Es la persona culpabilizadora?		
¿Existen problemas con la salud física o en las actividades funcionales (Actividades de la vida diaria/actividades instrumentales de la vida diaria)?		
¿Existen evidencias de daño cognitivo o de memoria?		
¿Le hace falta a la posible víctima visitar al doctor?		
¿Es la posible víctima emocionalmente dependiente?		
¿Existen evidencias de problemas de la conducta?		
¿La persona comprende su condición médica?		
¿El posible perpetrador tiene problemas de desempleo o laborales?		
<b>Soporte social y de cuidado</b>		
¿Existen evidencias de pérdida de soporte social?		
¿Existe evidencia de asilamiento social?		
¿Existe dificultad con o rechazo a realizar tareas relacionadas con el cuidado?		
¿Existe estrés, tensión o inexperiencia del cuidador?		
¿Es el posible perpetrador cuidador de otros miembros dependientes de la familia?		
¿Es la dependencia financiera un problema?		
<b>Características ambientales y del hogar.</b>		
¿Comparten la posible víctima y el posible perpetrador el hogar?		
¿La casa tiene condiciones medio ambientales peligrosas?		

Para Corsi (2004: 32) los factores de riesgo se agrupan en tres niveles:

- “Los factores de riesgo con eficacia causal primaria. Están constituidos básicamente por aspectos culturales y educativos sobre los que se construye la violencia como modo naturalizado de las relaciones de poder interpersonal.

- *Los factores de riesgo asociados.* No constituyen elementos causales para la violencia, pero su presencia aumenta la probabilidad de ocurrencia y/o la gravedad de sus manifestaciones.
- *Los factores que contribuyen a la perpetuación del problema.* Son aquellos que, derivados del funcionamiento de las instituciones, impiden una identificación temprana del problema y una respuesta eficaz a éste, lo cual los transforma en un elemento de peso dentro de la cadena causal, ecológicamente entendida”.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OMS y OPS, 2002), en su primer informe mundial sobre la violencia y la salud reconocen tres tipos de factores de riesgo asociados a la violencia hacia las personas mayores: factores individuales, factores relacionales y factores comunitarios y sociales. Nosotros consideramos que el espectro de esta clasificación es el más adecuado, ya que es muy amplio y en él pueden caber los factores enunciados en las anteriores categorizaciones.

### **2.7.1 Factores individuales**

Los factores de riesgo individuales son aquellos que tienen lugar en el entorno más próximo de las personas mayores, donde éstas pueden interactuar cara a cara con facilidad (Bronfenbrenner, 1987). Para Schiamberg y Gangs (1999) tanto las características individuales de las personas que reciben violencia, como las características de las personas que la infligen forman parte de este tipo de factores.

La OMS y la OPS (2002) enmarcan dentro de este tipo de factores, al género<sup>26</sup>, las enfermedades incapacitantes, así como algunas deficiencias cognitivas y físicas de las personas mayores. También consideran que los trastornos de personalidad de los agresores y el resentimiento de los miembros de la familia cuando invierten en la atención de la salud de las personas mayores son características que aumentan la probabilidad de que las personas mayores vivan violencia (OMS y OPS, 2002).

Como se ha mencionado antes, los factores individuales pueden estar relacionados a la persona mayor y/o al cuidador/agresor (Daichman, 2004). Tal como lo ilustra la **tabla 9**, estos dos grandes grupos, a su vez se subdividen.

Quizá el factor de riesgo que habitualmente se identifica como un factor de riesgo de violencia hacia las personas mayores es la falta y/o disminución de independencia de éstas o el padecer alguna enfermedad incapacitante, desde ceguera o sordera hasta la total dependencia para realizar actividades de la vida diaria (Podnieks, 2001; Berg, Erlingson y Saveman, 2001).

De los factores individuales, tanto del agresor como de la víctima de violencia, antes descritos, solamente se incluirán las enfermedades crónicas y las deficiencias físicas<sup>27</sup>.

<sup>26</sup> En tanto construcción sociocultural, nosotros consideramos la categoría de género como un factor social.

<sup>27</sup> Véase en la sección de metodología el apartado sobre limitaciones del estudio.

Tabla 9. Clasificación de los factores de riesgo individuales

Factores asociados a la persona mayor	Factores asociados al cuidador/agresor
<i>Factores relacionados con características psicológicas/conductuales de la persona mayor:</i>	<i>Factores relacionados con características psicológicas/conductuales del cuidador/agresor:</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio de personalidad</li> <li>• Agresión física o verbal hacia los demás</li> <li>• Conducta incoherente, demandante o bizarra</li> <li>• Intolerancia marcada</li> <li>• "Indefensión aprendida"</li> <li>• No aceptación del cuidado por otro que no sea el "cuidador oficial"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo agotador sin descanso</li> <li>• Falta de espacio y tiempo personal</li> <li>• Sentimiento de aislamiento psico – social</li> <li>• Sentimiento de ser explotado por otros</li> <li>• Percepción de necesidades básicas no satisfechas</li> <li>• Sentimiento de pérdida por "la persona que el anciano fue"</li> <li>• Falsas expectativas sobre las capacidades del anciano</li> </ul>
<i>Factores relacionados con características fisiológicas de la persona mayor:</i>	<i>Factores relacionados con características fisiológicas del cuidador/agresor</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deprivación sensorial (ceguera, sordera, trastornos del habla y comprensión)</li> <li>• Déficit cognitivo</li> <li>• Pérdida de la memoria y la concentración</li> <li>• Problemas físicos</li> <li>• Alteraciones del sueño</li> <li>• Incontinencia</li> <li>• Discapacidad múltiple</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad física o mental del cuidador</li> <li>• Uso de drogas, alcohol</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con datos de (Daichman, 2004).

### 2.7.2 Factores relacionales

En los factores de riesgo de tipo relacional encuentran cabida el mesosistema y el exosistema. Por lo tanto comprende tanto las interrelaciones entre dos o más subsistemas en que las personas mayores participa activamente como a aquellos entornos en los que éstas no participan de manera activa, pero los hechos que se producen en dichos contextos las afectan (Bronfenbrenner, 1987). De manera que las redes de apoyo (formales e informales), así como el trabajo del hijo son ejemplos de uno y otro respectivamente (Schiamberg y Gangs, 1999).

La OMS y la OPS (2002) ubican dentro de estos tipos de factores el nivel de estrés de la persona que está a cargo de la persona mayor, el hacinamiento y la dependencia económica de los hijos con los padres.

Por su parte, Daichaman (2004) a los factores de riesgo relacionales los llamó factores de riesgo comunes a la persona mayor y a su cuidador, y entre los cuales destaca los siguientes:

- Historia de violencia en la familia
- Historia de una mala relación entre ambos
- Sensación permanente de frustración, enojo y desesperanza.
- Inversión del rol parental.
- Cuidador dependiente económicamente (o de vivienda del anciano)

Como parte del exosistema –recordemos que los factores de riesgo relacionales que forman parte del exosistema, son aquellos en que la persona mayor no participa activamente en los entornos en interacción, pero sí es impactada por los efectos de dicha interrelación; en este caso se habla de la interrelación de dos o más contextos en que el agresor participa activamente– Daichaman (2004) identifica los siguientes factores de riesgo relacionales:

- La falta de apoyo por parte de otros familiares para cuidar a la persona mayor
- El conflicto marital y reacciones adversas de otros familiares hacia el anciano
- Las lealtades y responsabilidades divididas (esposo, hijos, etc.)
- El cambio de estilo de vida (involuntario)
- La responsabilidad absoluta del cuidado o incapacidad para recibir ayuda
- La falta de información sobre la enfermedad y su evolución
- La demanda permanente y excesiva por parte del anciano
- Factores estresantes (económicos, laborales, sociales).
- Uso de alcohol y/o drogas del agresor

En estudios realizados en Canadá, la pérdida de soporte familiar, el estrés del cuidador y una historia pre-mórbida entre la persona mayor y los hijos fueron considerados los principales factores de riesgo relacionales (Podnieks, 2001).

Debido a que los únicos informantes para esta investigación son personas mayores, en este trabajo nos concentraremos únicamente en aquellos factores relacionales situados en el mesosistema, es decir en la interrelación entre dos o más contextos en que la persona participa activamente. Los factores relacionales en estudio son: que los padres otorguen ayuda a sus hijos, la cohabitación y el asilamiento.

### **2.7.3. Factores sociales**

Finalmente, el macrosistema “se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro, meso- y exo-) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o



ideología que sustente estas correspondencias” (Bronfenbrenner, 1987: 45). En el caso del maltrato y negligencia hacia las personas mayores tiene que ver con el sistema de creencias construido alrededor de la vejez.

Este tipo de factores son lo que Corsi (2004) llama factores de riesgo con eficacia causal primaria, básicamente están conformados por aspectos culturales y educativos sobre los que se asienta la violencia como una manera naturalizada de las relaciones de poder. En la misma línea, la OMS y la OPS (2002) consideran que los prejuicios existentes contra la vejez (viejismo), el sexismo y la cultura de la violencia, así como el aislamiento debido a algunas deficiencias físicas o mentales se ubican dentro de este tipo de factores. HelpAge (2002) propone comprender el maltrato contra las personas mayores como un problema complejo, asociado a elementos sociales, sistemas y actitudes discriminatorias contra la vejez.

Para Daichman (2004) los factores de riesgo sociales son:

- Lugar desvalorizado que ocupan las personas mayores, especialmente las mujeres viejas
- Pérdida progresiva y sustancial de los roles domésticos
- Pérdida progresiva de la interdependencia intergeneracional
- Sostenida migración rural hacia las grandes ciudades
- Erosión de las estructuras familiares tradicionales
- El aislamiento
- Las normas culturales, mitos y prejuicios
- Imágenes negativas de la vejez.

Por su parte Corsi (2004), propone los siguientes factores de riesgo sociales:

- Pautas culturales que mantiene la desigualdad entre los géneros/generaciones<sup>28</sup>
- Socialización de género/generaciones (adultos mayores) según estereotipos
- Organizaciones familiares verticales y autocráticas
- Aprendizaje femenino de la indefensión
- Aprendizaje masculino del uso de la fuerza para la resolución de conflictos
- Naturalización de la violencia por parte de otros modelos sociales (Corsi, 2004).

Dentro de los factores que Corsi (2004) denomina de eficiencia causal primaria se encuentra el género, o mejor dicho las pautas que mantienen la desigualdad entre los sexos. Dicha desigualdad echa raíces en la socialización de género basada en estereotipos sobre lo masculino y lo femenino, privilegiándose el aprendizaje femenino de la indefensión y el aprendizaje masculino del uso de la fuerza para la resolución de conflictos.

---

<sup>28</sup> Las cursivas indican elementos que la autora agrega a la propuesta de Corsi.

Pese a la importancia que la categoría de género tiene como elemento que influye en la configuración de la violencia familiar, la idea de considerarlo como un factor de riesgo cuando ésta se ejerce hacia las personas mayores se encuentra fragmentada, esto, debido a la variabilidad en los hallazgos. Pillemer y Finkelhor (1988) realizaron una investigación en la que encontraron que la proporción de hombres que vivía violencia familiar (52%) era superior a la de las mujeres (48%). Sin embargo, Pedrick- Cornell y Gelles (1982, citados en Daichman, 2004) al igual que Tataru (citado en Muñoz y Tapia, 2004), consideran que las personas mayores víctimas de maltrato regularmente son mujeres de más de 75 años. Según estadísticas del *National Center of Elder Abuse* de Estados Unidos, el 62% de las denuncias que recibieron correspondía al sexo femenino (NCEA, 1994, citado en Daichman, 2004). En México, estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2000) indican que el porcentaje de personas de 60 años o más que viven violencia es mayor en hombres (20.7%) que en mujeres (17%).

Pero el género es un elemento que no debe leerse sólo desde la persona mayor, el género de los perpetradores también marca la dinámica de una relación violenta. Daichman (2004) menciona que estudios han demostrado que son generalmente las mujeres familiares de las personas mayores quienes las maltratan. Sin embargo, Millar y Dodder (1989, citados en Daichman, 2004), al igual que Sengstock (1991, citado en Daichman, 2004) encontraron que al diferenciar entre los tipos de violencia, el género de la persona agresora variaba; así que mientras los hombres ejercían más violencia física, las mujeres estaban más relacionadas con actos de negligencia.

Existe una diversidad de interpretaciones que tratan de sustentar los resultados antes mencionados. Para Fattoh y Sacco (1989, citados en Muñoz y Tapia, 2004), el hecho de que la proporción de hombres violentados familiarmente sea mayor a la de mujeres, se debe a que los organismos públicos se interesan más por el maltrato de sufren éstas. Por lo tanto, las denuncias de las mujeres mayores se asientan con mayor facilidad en las estadísticas oficiales que las de los hombres; además considera que las primeras tienen mayor tendencia a denunciar este tipo de hechos. En contrapartida, Tataru (1993, citado en Muñoz y Tapia, 2004) considera que la proporción de hombres mayores que experimentan violencia familiar es superior a la de las mujeres, debido a la inversión generacional. En otras palabras, los hombres que infligían violencia hacia sus hijos y/o esposa, al llegar a la vejez pasa de perpetrador a víctima de violencia.

Para nosotros, la división de opiniones en torno a la idea de considerar el género –tanto de la víctima como del agresor– como un factor de riesgo para experimentar violencia familiar, en lugar de alejar la discusión sobre el tema, debe sentar las bases para analizar esta categoría, como indisociable en el estudio de la violencia familiar hacia las personas mayores. Consideramos que el desacuerdo y la fragmentación pueden encontrar sentido si el género en lugar de incluirse como una variable más, se toma como una construcción sociocultural a través de la cuál se pueda entender la paternidad y la maternidad, como procesos que particularizan las relaciones madre-hijo-hija y padre-hijo-hija.

A los factores de riesgo sociales antes mencionados se suman otros, que se materializan en la incapacidad institucional para atender el problema de la violencia familiar y contribuyen a su perpetuación:

- Ausencia de legislación adecuada o dificultades en la aplicación de la existente

- Falta de capacitación del personal de salud para la identificación para identificar los casos
- Falta de capacitación del personal policial y judicial para atender adecuadamente los casos
- Psicopatologización del problema por parte de los servicios de asistencia
- Ausencia de redes comunitarias de apoyo (Corsi, 2004).

Otro factor de riesgo social que no debe ignorarse es el vejeísmo, es decir las actitudes que perpetúan la desigualdad entre los distintos grupos de edad que se encuentran ancladas en estereotipos negativos sobre la vejez. Robert Butler, es quien en 1969 le da forma al concepto de vejeísmo y lo identifica como un proceso de “estereotipación y discriminación sistemática contra las personas debido a que son viejas” (Oddone y Chernobilsky, 2003: 2).

En estudios recientes se ha considerado al vejeísmo como un factor de riesgo importante que aumenta la posibilidad de que las personas mayores vivan maltrato (Podnieks, 2001; Berg y otros, 2001), mientras que en otros estudios se considera al vejeísmo tanto una causa de maltrato como una forma de maltrato en sí mismo (INPEA y WHO, 2002). Existen también casos en que se ha considerado al vejeísmo como marco explicativo en la comprensión y atención del maltrato hacia las personas mayores (Harbison, 1999b).

Podnieks (2001) encontró que en general, existe un consenso entre las personas mayores que el abuso hacia muchos de sus pares tiene que ver con el vejeísmo, con las actitudes hacia los ancianos. Las actitudes de vejeísmo más comunes que se identificaron son:

- Pensar que las personas mayores debido a su edad son estúpidas
- Subestimar a las personas mayores refiriéndose a ellas como “dulces” o “adorables”
- Decir a la persona mayor lo que debe de hacer porque se asume que se sabe más que ésta o porque no sabe lo que le conviene
- Etiquetarlos como improductivos una vez que dejan de formar parte de la fuerza laboral
- Ridiculizar a las personas mayores en los medios de comunicación
- Asumir que los ancianos son incompetentes mentalmente
- Ver a las persona mayores como seres asexuales
- Asumir que las personas mayores no son aptas para responder formularios y en presencia de éstas ignorarlas y plantear las preguntas a sus familiares (Podnieks, 2001).

Por su parte, la *Internacional Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA) y la *World Health Organization* (WHO, 2002) reportan que las personas mayores de ocho países, identificaron las actitudes irrespetuosas hacia ellas y el vejeísmo como las formas más dolorosa de maltrato. En comparación con otros tipos de maltrato (*maltrato físico y negligencia*), la falta de respeto hacia los ancianos y el vejeísmo resultaron ser el tipo de maltrato más universal. Las actitudes de vejeísmo son un factor de riesgo que potencializan

la aparición de incidentes de violencia, ya que cuando dichas actitudes se socializan colocan a las personas mayores en un rango inferior al de las personas más jóvenes, o de aquellas que continúan insertas en el ámbito laboral. Al mismo tiempo, las actitudes de *viejismo* son una forma de maltrato en sí mismas cuando a la persona mayor se le desprecia por que se cree que vale menos porque no trabaja, porque no es productiva y por lo tanto no tiene los mismos derechos de los que sí lo son. Así, demoras inexplicables para acceder a los servicios de salud e ignorar la solicitud de parada a un camión del transporte urbano por parte de una persona mayor, son sólo dos ejemplos de maltrato por *viejismo*.

Como se ha mencionado antes, el maltrato hacia las personas mayores y por lo tanto su atención también pueden ser vistos como un reflejo del *viejismo*. Harbison (1999b) identifica seis modelos de en que se sustenta la atención a las personas mayores que viven violencia familiar en Canadá: el modelo psicopatológico, el modelo sistémico, el modelo jerárquico, el modelo cuasilegal, el modelo del bienestar infantil y el modelo participativo.

*El modelo psicopatológico:* Identifica el origen del abuso en características individuales de la víctima y del perpetrador usando los términos de dependencia, estrés, disfunción familiar, psicopatologías individuales. Este modelo incorpora la noción de violencia familiar como un problema individual de las familias. El tema predominante es la respuesta “psicopatológica” de algunos individuos hacia otros. Por lo tanto el tratamiento y la intervención, están orientados al cambio en el proceso intrapsíquico e interpersonal de los individuos, incluso a través del *counseling*. También la dependencia de la víctima tiende a ser enfatizada. En este modelo se identifica el *viejismo* porque tiende a perpetuar los estereotipos de las personas mayores en el contexto de las relaciones familiares. Al mismo tiempo puede tener una tendencia a imponer juicios de valor acerca de la naturaleza de las relaciones de las personas mayores con sus familias.

*El modelo sistémico:* Para este modelo el abuso ocurre por diversas razones y se manifiesta de diversas maneras. Sugiere que la respuesta a las situaciones de abuso debería estar basada en la naturaleza específica y el grado de severidad del abuso. Enfatiza la importancia de la interacción facilitada entre prestadores de servicio, a través de equipos multidisciplinarios. La participación en de las personas mayores en este modelo son ilimitadas.

*El modelo jerárquico:* Este modelo construye el abuso y la negligencia como un problema de los individuos y de las familias. No obstante, asume que en el abuso están involucrados una variedad de factores. Este modelo toma lugar en la jerarquía de la severidad social, donde el individuo/familia son la base de la jerarquía, con intervenciones sociales/profesionales en el medio y las intervenciones legales/criminales en la cima.

*El modelo cuasi-legal:* Este modelo relaciona la intervención profesional y/o legal basada en principios de consulta y mediación con individuos, sus familias y cuidadores. Es usado predominantemente en situaciones donde la capacidad de las personas mayores para tomar decisiones por ellos mismos es cuestionable o cuando éstos no son competentes.

*El modelo del bienestar infantil:* Este modelo está basado en los modelos de protección para niños. Las personas mayores son vistas como vulnerables y con necesidad de protección. Este modelo es en el que se refleja más nítidamente el *viejismo*. Su premisa es el tratamiento de la persona mayor “como si” ellos fueran niños e incapaces para cuidar sus propios intereses.

*El modelo participativo de pares:* En este tipo de modelos las personas mayores son involucradas en la atención al maltrato. Las personas mayores a menudo participan para educar a sus pares para que ellos aprendan como protegerse a ellos mismos y a otros del abuso. El *counseling* es usualmente ofrecido en centros de personas mayores y es orientado a proporcionar soporte a las personas mayores en general. Por un lado este modelo proporciona una intervención libre de *viejismo* y por el otro refuerza la idea de que las personas mayores tienen la experiencia para tratar o intervenir en problemas de abuso y negligencia.

Para Harbison (1999b), en cada uno de estos modelos, la construcción del abuso y negligencia como problema social están relacionados con el *viejismo*. No obstante, el modelo participativo de pares es el que potencialmente puede superar el *viejismo* y promover el bienestar de las personas mayores a través del empoderamiento.

Para concluir este capítulo recordamos que definimos la violencia hacia las personas mayores como una forma de violencia familiar hacia este colectivo, que incluye todo acto que por acción u omisión provoque daño físico o psicológico a una persona mayor por parte de un miembro de la familia, en este caso los hijos. Identificamos que existen varios tipos de maltrato: físico, psicológico, sexual y económico; dijimos también que dada la complejidad del maltrato sexual, éste no sería incluido en nuestro estudio. Se mencionó que el maltrato por negligencia, se agregaría como un tipo de maltrato más a estudiar.

Se caracterizaron los factores de riesgo en tres: individuales, relacionales y sociales. De todos los factores de riesgo individuales nos concentraremos en las enfermedades crónicas y las deficiencias físicas. Mientras que los factores relacionales a estudiar son: la ayuda que los padres otorgan a los hijos, la cohabitación entre padres e hijos y el asilamiento. Finalmente, el único factor social considerado es el género.

## CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación tiene como propósito identificar cuales factores de riesgo son predictores de violencia familiar o se encuentran asociados a ella; además se busca calcular la probabilidad de vivir violencia con base en las condiciones que se marcan como de riesgo. Los factores de riesgo incluidos son: el sexo, la presencia de enfermedades crónicas, otorgar ayuda a los hijos de la persona mayor, la cohabitación y el asilamiento. El maltrato fue discriminado en dos tipos para el análisis de regresión (maltrato en general<sup>29</sup> y negligencia) y en cuatro para el análisis de correlación (físico, emocional, económico y negligencia). Mientras que para el cálculo del riesgo se diferenció a la población en dos: con incidentes de maltrato y sin incidentes de maltrato.

Esta tesis forma parte de un estudio de mayor proporción que permite dibujar características y situaciones demográficas, sociales y familiares de la población antes mencionada. Para llevar a cabo el estudio antes dicho, se conformó un grupo de investigación encabezado por el Dr. Manuel Ribeiro Ferreira y contó además con la colaboración de dos estudiantes de la Maestría en Trabajo Social y dos más del Doctorado en Filosofía con Especialidad en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social. Este equipo trabajó en el diseño de investigación, la selección de la muestra, el diseño del instrumento de medición, el proceso de selección de la información y la captura de los datos.

### 3.1. Antecedentes

#### 3.1.1. Ubicación geográfica del estudio

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Monterrey, capital del Estado de Nuevo León. Sus 3,834,141 habitantes hacen de Nuevo León el noveno núcleo poblacional más grande de México, después del Estado de México, el Distrito Federal, Veracruz, Jalisco, Puebla, Guanajuato, Michoacán y Chiapas. El 4.7 % de su población (2.2 % hombres y 2.5 % mujeres) tiene 65 años y más. Tres municipios –de los 51 que constituyen la entidad–, concentran el mayor porcentaje de personas mayores. Estadísticas oficiales indican que en Guadalupe, San Nicolás de los Garza y Monterrey se concentra el 63.3 % de la población total de este grupo de edad. Con 68, 503 personas mayores de 65 años y más, Monterrey se sitúa como el municipio de Nuevo León más habitado por individuos pertenecientes a este colectivo (INEGI, 2001a).

El equipo investigador consideró que el número de habitantes por municipio era uno de los criterios prácticos apropiados para la delimitación del contexto geográfico, ya que esto ayudaría a reducir la posibilidad de dispersión de la unidad de observación y favorecería el ahorro de recursos. De esta manera, la ciudad de Monterrey se convirtió en el espacio más idóneo para esta investigación.

#### 3.1.2. El diseño de investigación

Se empleó un diseño transversal, no experimental, o *ex post-facto*. Es decir, se identificó y analizó factores de riesgo, asociados a la violencia familiar, hacia las personas de 65 años y más en la ciudad de Monterrey, una vez ocurrido el fenómeno sin manipular condiciones, estímulos o variables. El interés del estudio en esta primer etapa estaba centrado en tomar

---

<sup>29</sup> Esta categoría abarca tanto actos de violencia física, como emocional y económica.

una fotografía sobre el problema, en un solo punto en el tiempo, en un único momento, por ello se usó el enfoque trasversal. Dado que este trabajo medirá el grado de asociación entre los seis factores de riesgo y los cuatro tipos de violencia familiar hacia las personas mayores aquí considerados, la investigación es de tipo correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

### 3.2. Tamaño y selección de la muestra

La muestra se calculó empleando un muestreo irrestricto aleatorio. Es importante mencionar, que las estadísticas disponibles al momento de calcular la muestra correspondían al XII Censo General de Población y Vivienda del año 2000; por ello, además de las personas mayores de 65 años, en el universo se incluyeron a aquellas personas que en el año 2000 se encontraban en la franja de 60 a 64 años de edad, asumiendo que para 2005 se habrían sumado al colectivo de adultos mayores. De esta manera  $N = 101,372$  personas mayores.

Con un nivel de confianza de 95% ( $\alpha = .05$ ), un límite de error de estimación de .03 ( $\pm 3\%$ ) y empleando un enfoque conservador ( $p = \frac{1}{2}$  y  $q = \frac{1}{2}$ ), la muestra se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N(P*Q)}{(N-1)(D) + (P*Q)}$$

Dado que el tamaño del universo es grande reemplazamos  $N-1$  por  $N$  (Scheaffer, Mendenhall y Ott, 1987) quedando:

$$n = \frac{N(P*Q)}{(N)(D) + (P*Q)}$$

Dónde:

$$N = 101,372$$

$$D = (\beta / Z_{\alpha/2})^2$$

$$\beta = .03$$

$$\alpha = .05$$

$$Z_{\alpha/2} = 1.96 \quad \therefore$$

$$n = \frac{101372 (.25)}{(101372)(.03/1.96)^2 + .25} = 1056$$

$$n = 1057$$

La selección de la muestra se realizó en varias etapas. Primero, se partió de los datos proporcionados por el programa SINCE 2000 por AGEBS para obtener un listado que incluía los 376 AGEBS de la ciudad de Monterrey; con base en este listado se descartó aquellos que no contaban con personas de 65 años y más. De manera que el número de AGEBS por muestrear se redujo a 299.

Después se elaboró de manera paralela un listado con la numeración del 1 al 1057<sup>30</sup> y una base de datos en el programa excell. El listado está conformado por dos columnas. La primera de ellas indica el número de observación y abarca la numeración del 1 hasta el 1057 (n=1057). En tanto que la columna “No. De adulto mayor” registra el número de persona, que la tabla de números señaló que dentro de nuestro universo (N=101, 372) se debía seleccionar (véase anexo tal). La base de datos en el programa excell incluye el número de AGEB especificando la cantidad de manzanas (Manzanas) y de personas en cada uno de ellas (Z42); además nos dice la cantidad de personas a entrevistar (Total) en un AGEB, el promedio de adultos mayores por manzana (AM/Man) y la frecuencia acumulada (Acum.) del 1 al 1057. Las columnas M01 al M12 nos señalan el número de manzana en que se debía seleccionar a las personas mayores a entrevistar (véase anexo número 6).

El listado y la base de datos elaborada en el programa excell permitían seleccionar el número de adulto mayor debía ser entrevistado. A continuación se ejemplifica esta parte del proceso de selección de la muestra. El listado del número de personas mayores nos indicaba en su columna izquierda el número de observación, mientras que la columna derecha nos marcaba qué número de persona mayor (20, 221, 248 y 253), dentro de nuestro universo (N=101, 372), debería ser entrevistada (**tabla 10**).

**Tabla 10. Ejemplo del listado de personas mayores**

No de observación	No. De Adulto Mayor
1	20
2	221
3	248
4	253

Por su parte la base de datos de excell (**tabla 11**) nos indicaba que en el AGEB 002-9 se debería entrevistar a cuatro personas mayores (Total), estas personas, de acuerdo con la frecuencia acumulada (Acum.) serán las que ocupan el lugar 1 al 4 en el listado de persona mayor (20, 221, 248 y 253). Este archivo también señala que las manzanas en que se deben buscar a estas personas son la número 3 (M01), la número 23(M02), la número 26(M03) y la número 27 (M04).

**Tabla 11. Ejemplo de base de datos de excell**

Orden	AGEB	Manzanas	Z42	Total	Acum	AM/Man	M01	M02	M03	M04	M05
1	002-9	45	434	4	4	9.6	3	23	26	27	

<sup>30</sup> Salvo el padrón electoral y las bases de datos del INEGI, en México, los registros a gran escala de personas de 65 años y más son prácticamente inexistentes. Sin embargo, la información de ambas instituciones es confidencial. Ante la ausencia de esta información se elaboró este listado, el cual garantizaba el requisito de aleatoriedad para muestras representativas. Parte de este listado se puede en el anexo número 5.



Una vez identificado el número de manzana en que se buscarían nuestros sujetos de estudio, se debía identificar la ubicación geográfica de ésta. Para esto fue necesario imprimir los mapas de los 299 AGEBS de la ciudad de Monterrey que registran población de personas mayores y asignar a cada una de las manzanas un número de manera arbitraria.

Una vez en campo, la selección de la persona mayor, tenía que hacerse de la siguiente manera: se ubicaba el número de manzana y el entrevistador tenía que pararse en la esquina noreste y caminar en sentido contrario a las manecillas del reloj hasta encontrar el primer hogar con una persona de 65 años o más. Cuando en un hogar había *más* de una persona que cumplía con este criterio, se privilegiaba aquella de mayor edad, siempre y cuando no tuviera algún padecimiento físico o mental que impidiera la entrevista; o bien, cuando había hombre y mujer en el hogar seleccionado, el encuestador elegía a cual de ellos encuestar. Si sólo había una persona mayor en el domicilio y no se encontraba en el momento en que el entrevistador lo requería, éste debía fijar una cita e insistir en la entrevista. Si lo anterior no era posible, el encuestador debía seguir caminado en dirección contraria a las manecillas del reloj, hasta encontrar a otra persona mayor.

Los criterios de elegibilidad fueron los siguientes:

- Tener 65 años o más.
- Estar en posibilidad física y mental de responder a las preguntas.

El primer criterio se fijó en base a la literatura sobre envejecimiento. Los estudiosos del tema consideran que existe una tendencia global a retrasar la edad en la que se considera “viejas” a las personas. Hoy en día, cada vez más personas llegan a edades avanzadas en mejores condiciones de salud. Además, aunque en países en vías de desarrollo se ha identificado la edad de 60 años como el boleto de entrada a la vejez, consideramos que a esta edad existe una cantidad considerable de personas económicamente activas, cuyas características físicas, económicas y sociales están perfectamente diferenciadas de las de 65 años y más.

El segundo criterio se estableció porque la naturaleza de alguna información solicitada, sobre todo en el apartado de violencia, hacía poco pertinente la selección de informantes sustitutos. Por eso decidimos que aquellas personas que tuvieran algún padecimiento físico o mental, y pudiera impedir la entrevista no fueran incluidas en la muestra.

Una vez indagado los criterios de inclusión, se solicitaba la colaboración de los entrevistados potenciales y cuando su respuesta era afirmativa se procedía a explicarles el motivo de la encuesta haciendo énfasis en la confidencialidad del estudio. Los acuerdos se hicieron de manera verbal.

### 3.3. Diseño del instrumento de medición<sup>31</sup>

Se elaboró una cédula de entrevista con 190 preguntas, 171 cerradas, precodificadas y 19 abiertas. El tiempo promedio de duración de la entrevista fue de 40 minutos.

La cédula está constituida por diez secciones:

---

<sup>31</sup> Véase el instrumento (cédula de entrevista) en el anexo número 3.

*Datos sociodemográficos:* características sociodemográficas de las personas mayores entrevistadas.

*Composición e historia familiar:* listado de los hijos vivos, identificando los que viven con las personas entrevistadas y aquellos que no. Características demográficas de ambos grupos de hijos, interés que estos muestran en los problemas que las personas mayores enfrentan, frecuencia y tipo de contacto que mantienen hacia ellas.

*Ayuda recibida y otorgada:* ayuda financiera y funcional, identificando el parentesco de quien lo proporciona con la persona mayor. Suficiencia y desinterés de la ayuda recibida. Tipo de ayuda que las personas mayores han otorgado a sus hijos.

*Vivienda:* condición de propiedad de la vivienda de las personas mayores.

*Trabajo, pensiones e ingresos:* fuentes y suficiencia de ingresos, incluyendo salarios, pensiones, recepción de apoyo de programas gubernamentales o no, rentas, ahorros y ayuda de hijos o parientes. Razones por las que realiza o no actividades de tipo económico actualmente. Búsqueda de empleo y dificultad para encontrarlo, o para obtener cierto tipo de promociones en caso de tenerlo. Discriminación laboral a causa de la edad. En caso de tener pensión tiempo de estarla recibiendo.

*Seguridad social y servicios de salud:* existencia y en su caso fuente y origen de servicios médicos gratuitos, condición de salud en los últimos cinco años. Demanda de servicios de salud en caso de sentirse enfermo.

*Salud:* estado de salud percibido, presencia de enfermedades crónicas, tratamientos médicos en curso, hábitos y estilos de vida.

*Afectividad y estado de ánimo:* calidad en las relaciones familiares, sentimientos de soledad, aburrimiento, satisfacción con la vida, estado de ánimo y eventos que lo afectan.

*Actividades:* cantidad y frecuencia en la realización de actividades recreativas, deportivas, culturales, de esparcimiento, religiosas y familiares.

*Maltrato y negligencia:* tipo y frecuencia de actitudes violentas por parte de los hijos.

Aunque este trabajo —como se mencionó al inicio de este capítulo— forma parte de una investigación conjunta de mayor proporción sobre las características sociodemográficas, económicas y familiares de las personas adultas mayores en la ciudad de Monterrey, daremos énfasis a la parte del instrumento diseñada para indagar sobre maltrato y negligencia, así como a aquellas características y/o situaciones de las personas mayores que se presume son factores de riesgo para vivir violencia.

La construcción de las secciones antes enunciadas se realizó de la siguiente manera. Una vez revisada la literatura sobre el tema se elaboró un listado sobre las variables dependientes e independientes, y se examinaron las definiciones conceptuales de cada una de ellas. También se exploraron algunos instrumentos diseñados para otros estudios sobre envejecimiento y violencia familiar (Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001b; INEGI, 2000; INEGI e Instituto Nacional de las Mujeres, 2003; Podnieks, 1992; Pillemer y Finkelhor, 1988). De esta revisión se derivaron las definiciones operacionales, las dimensiones e indicadores para cada una de las variables.

Los indicadores<sup>32</sup> para los tipos de violencia física, emocional, y económica, en su mayoría, se retomaron de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (ENDIREH) realizada por el INEGI y el Instituto Nacional de las Mujeres. La sección VIII, que se refiere a la relación de pareja actual, fue la que específicamente ayudó en esta tarea. Aunque hubieron otros indicadores que se tomaron de la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar 1999 (INEGI, 2000), y unos cuantos se idearon tomando como punto de partida la literatura sobre violencia familiar hacia las personas mayores.

En el apartado sobre negligencia se retomó la iniciativa de Pillemer y Finkelhor (1988) y Podnieks<sup>33</sup> (1992), de incluir como indicadores de ese tipo de violencia ítems encaminados a indagar si las personas mayores que necesitan ayuda para realizar actividades de la vida diaria la reciben<sup>34</sup>. De manera que los indicadores de negligencia en este trabajo se tomaron de los propuestos en la sección H, del instrumento empleado para realizar el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Dicha fracción plantea preguntas sobre funcionalidad y ayuda, y está dividida en ítems sobre actividades de la vida diaria e ítems sobre actividades instrumentales de la vida diaria.

En relación con los factores de riesgo que aborda este estudio se puede decir lo siguiente. Para indagar sobre las deficiencias físicas, se consideraron algunos ítems de la sección H del cuestionario del ENASEM, específicamente los que interrogan sobre la capacidad de la persona para realizar actividades de la vida diaria. La presencia de enfermedades crónicas se exploró mediante la formulación de preguntas, con relación a los padecimientos que se incluyen en el apartado de salud (sección C) del cuestionario del ENASEM. También la situación económica de la persona mayor se construyó retomando algunos indicadores propuestos en el apartado de ayuda e hijos (sección G) del citado instrumento.

El resto de los factores de riesgo incluidos se construyeron con base en la revisión de la literatura. Todas las secciones que integran el instrumento de medición fueron discutidas al interior del equipo de investigación que participó en este trabajo.

Dado que típicamente la violencia es un tema ante el cual muchas personas mayores se muestran reacias (HelpAge, 2002), se decidió que las preguntas sobre maltrato constituyeran la última sección del instrumento. Por la misma razón, se decidió que las preguntas sobre maltrato físico fueran las últimas en formularse. Además, con la intención de evitar respuestas basadas en la deseabilidad social, se elaboró una breve introducción a las preguntas sobre este tema.

### **3.4. Proceso de recolección de la información**

#### **3.4.1. Entrevistadores (adiestramiento)**

En el estudio participaron ocho entrevistadores; se hicieron dos reuniones para capacitarlos. En estas sesiones se les explicó la terminología, los objetivos y la importancia de la investigación de manera general; también se explicó detalladamente el contenido del instrumento. Tomando como base experiencias previas en la recogida de datos se

---

<sup>32</sup> Se excluyeron aquellos indicadores encaminados a indagar estrictamente sobre violencia familiar entre los miembros de la pareja.

<sup>33</sup> Estos autores incluyeron la sección concerniente a actividades de la vida diaria del instrumento propuesto por el *Older Americans Resources and Services (OARS)* de EEUU.

<sup>34</sup> Se refiere a actividades que no necesariamente impiden a la persona participar en la entrevista.

plantearon posibles escenarios durante esta fase, sugiriendo la manera en que deberían conducirse los encuestadores ante esas situaciones.

Con el fin de evitar errores de observación debidos al entrevistador (Corbetta, 2003), cuando se consideró necesario, a la cédula de entrevista se le insertaron comentarios. El instrumento con comentarios fue proporcionado a los encuestadores para que lo estudiaran y les ayudara a minimizar errores al momento de plantear preguntas o registrar respuestas. También se elaboró un instructivo<sup>35</sup> sencillo para que los encuestadores, en caso de duda, pudieran consultarlo.

Se enfatizó a los encuestadores la importancia de mencionar las palabras introductorias contenidas en el apartado sobre maltrato de la cédula de entrevista, antes de formular las preguntas sobre este tema.

### 3.4.2. Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto, con la intención de detectar aquellas preguntas mal planteadas, que indujeran la respuesta, que no guardaran una secuencia pertinente, que fueran poco claras, o que provocara respuestas dadas en función de la “deseabilidad social”.

Una vez aplicadas las 35 entrevistas que conformaron la prueba piloto, se realizó una reunión en la que se discutieron las observaciones presentadas por cada encuestador y a continuación se realizaron los cambios pertinentes, algunos de los cuales se describen a continuación.

Para saber el tipo de familia al que pertenecía la persona mayor, inicialmente se había considerado preguntar sólo el número de miembros que vivían en la casa y el parentesco que guardaban con ella, sin embargo nos dimos cuenta que esta información no era suficiente. De manera que para tener más elementos que nos ayudaran en esta tarea se agregó la pregunta ¿Quién es el jefe de la familia? (pregunta 26 del instrumento).

Para mejorar la pertinencia secuencial entre una sección y otra, el apartado ayuda recibida y otorgada se ubicó después del cuadro B (véase el anexo número 3). Además, se comprimieron en uno solo los dos cuadros que inicialmente se habían planteado para detectar el tipo de ayuda que la persona mayor recibía, y para identificar el parentesco de quien la otorgaba, respectivamente.

Con la misma intención, de preservar la congruencia interseccional del instrumento, se consideró que las preguntas contenidas en el apartado de trabajo, pensiones e ingresos, deberían plantearse después de las de vivienda, previo a las relativas sobre seguridad social y servicios de salud, las cuales a su vez resultaban más convenientes antes de la sección de salud.

Además se insertaron flechas que indicaban la secuenciación de las preguntas, así como algunas opciones de respuesta que no se habían considerado y que durante esta fase de prueba piloto, los entrevistados las mencionaron reiteradamente. Un ejemplo de esto último es la pregunta 159 ¿Cómo reaccionan sus hijos cuando usted manifiesta sentirse mal emocionalmente?, inicialmente se habían considerado tres opciones de respuesta:

1) Todos o la mayoría se preocupan

---

<sup>35</sup> Véase anexo número 2.

- 2) Algunos/sólo uno se preocupa
- 3) Ninguno se preocupa/se muestran indiferentes
- 8) No se aplica/no tiene hijos/no se enferma

Sin embargo, era habitual escuchar que muchas personas, sobre todo del sexo masculino, no les comunicaba a sus hijos y/o hijas sobre su estado emocional, por eso se agregó la opción:

- 4) No les dice

Finalmente, se observó que en la parte sobre maltrato y negligencia se hacía necesario iniciar con una breve introducción al tema que ayudara a relajar el ambiente y así evitar la deseabilidad social.

### ***3.4.3. Levantamiento de los datos***

El trabajo de campo se inició en septiembre de 2005 y concluyó en enero de 2006; en términos generales la dinámica fue la siguiente. Después de la capacitación, se asignaron los AGEBS a cada uno de los encuestadores. Éstos debían entregar semanalmente las encuestadas realizadas. Para asegurarse que la información registrada fuera congruente entre sí y que las cédulas estuviesen completas, el equipo de investigación se reunía semanalmente y revisaba el material entregado.

Cuando hacía falta alguna información y era factible regresar con la persona entrevistada, se recomendaba completar la entrevista. Si no era posible, la entrevista se anulaba y debía elegirse otra, siguiendo los criterios marcados en el apartado de selección de la muestra.

## **3.5. Codificación, captura y procesamiento de los datos**

### ***Codificación y captura***

La codificación de los datos se realizó durante los meses de febrero y marzo de 2006 y en la misma participaron cinco personas. Se realizó una capacitación especial para que estas personas identificaran aquellos datos que debían codificarse en una sección anexa al instrumento (véase anexos). Después se revisaron las preguntas abiertas y se elaboró un listado para categorizar las respuestas obtenidas y asignarles un código (véase anexo número 4).

Las primeras entrevistas se codificaron en colectivo con el fin de despejar las dudas que se fueran presentando. Para minimizar errores en el tratamiento de los datos, una vez codificadas, las cédulas eran revisadas por una persona distinta a la que había realizado dicha actividad. Además, a cada codificador se le otorgó un cuadro con los criterios que debían seguirse en esta fase (véase anexo tal número 1).

Los datos se capturaron sobre una base diseñada en el *Statistical Package for Social Science* (SPSS) para windows versión 10.0. Posteriormente, se ejecutaron pruebas de estadística descriptiva para detectar errores de captura, por último se limpió la base de datos.

### ***Procesamiento de los datos.***

El procesamiento de los datos se realizó empleando el SPSS versión 10.0 para Windows. La identificación de los factores de riesgo se realizó empleando cinco pruebas estadísticas. Primero se ejecutó una prueba de correlación para indagar la relación de variación conjunta

que tenían los factores de riesgo y los tipos de violencia; para cumplir este objetivo se consideraron cinco de los seis factores de riesgo (enfermedades crónicas, deficiencias físicas, ayuda otorgada a los hijos, cohabitación y aislamiento) y cuatro tipos de violencia (física, emocional, económica y negligencia). El sexo por tratarse de una variable nominal se analizó con la prueba U de Mann Withney.

Posteriormente se realizó un análisis de regresión múltiple. Previo al empleo de esta prueba se ejecutó un análisis factorial; éste indicó que lo más conveniente era considerar solamente dos factores o tipos de maltrato: maltrato global (que incluía acciones de maltrato físico, económico y emocional) y negligencia. La regresión se ejecutó para estudiar la relación de los factores de riesgo y la violencia en términos de predictibilidad. Se elaboraron dos modelos, uno que incluía seis variables independientes (sexo, enfermedades crónicas, deficiencias físicas, ayuda otorgada a los hijos, la cohabitación y el aislamiento) y como variable dependiente maltrato. El segundo modelo de regresión incluía las mismas variables independientes, pero la variable dependiente fue negligencia.

Finalmente, para saber el índice de riesgo se empleó la razón odds, la cual permitió calcular el riesgo de aquellos factores que resultaron estadísticamente significativos en las pruebas antes mencionadas; para este fin la población se dividió en dos: con incidentes de maltrato y sin incidentes de maltrato.

### **3.6. Las variables y sus indicadores**

La violencia hacia las personas mayores se divide arbitrariamente para su estudio, con el fin de facilitar su descripción y posibilitar su análisis. Los tipos de violencia se encuentran imbricadas entre sí; por ejemplo, cuando una persona es agredida físicamente, las repercusiones se irradian de la esfera física a la psicológica; de igual forma, cuando se es receptor de violencia económica, se observan efectos en la estructura psíquica (Torres, 2001). Pese a la interdependencia en los tipos de violencia hacia las personas mayores, se cree que los elementos que favorecen la manifestación de algún tipo de ellas, se encuentran claramente diferenciados (Comijs y otros, 1998; Wolf, 1996). Por estas razones se considera pertinente ajustarse a la tipología de maltrato propuesta por el INPEA, con la intención de indagar si en el contexto geográfico de interés para este estudio, la asociación entre los tipos de violencia y los factores de riesgo asumen variaciones.

#### **3.6.1. Violencia hacia las personas mayores.**

La sumatoria de los ítems que se incluyen para indagar los tipos de violencia ejercida por alguno (s) de los hijos y/o hijas hacia la persona entrevistada, incluidos en la cédula de entrevista elaborada para este estudio son: maltrato por negligencia<sup>36</sup>, violencia psicológica, violencia económica y violencia física.

*La negligencia* será medida por la sumatoria de ítems orientados a recopilar información sobre la negativa de los hijos a ayudar a sus padres a realizar actividades de la vida diaria e instrumental, cuando estos la necesitan; así como la negativa de ayudarlos ante la necesidad económica y en especie.

---

<sup>36</sup> En este estudio los términos negligencia y descuido se toman como sinónimos. Para la definición operacional se consideraron algunos indicadores propuestos en el estudio de Podnieks (1992), *National Survey on Abuse of Elderly in Canadá*, quien a su vez los retomó del *Older American Resources and Services (OARS)*. También se incluyeron indicadores de la sección *actividades de la vida diaria* de la ENASEM.

Para poder construir esta variable, se requirió primeramente recodificar las variables que interrogaban sobre la ayuda necesitada y recibida (tabla 12).

**Tabla 12. Recodificación de opciones de respuesta para las preguntas que conforman la variable negligencia**

Opciones de respuesta	de	Pregunta	
		¿Necesita ayuda?	¿Recibe ayuda?
Antes de la remodificación	la	1) Sí	1) Sí
		2) No	2) No
		3) A veces	3) A veces 88) No aplica
Después de la recodificación	la	0) No	0) No
		1) Si	1) Si
			88) No aplica

Posteriormente se le ordenó al programa estadístico realizar la siguiente operación para cada una de los indicadores de negligencia. Si la variable necesita ayuda = 1 y la variable recibe ayuda = 0, entonces crea una nueva variable (mediante la suma de las dos anteriores) que se llame negligencia. Estas variables creadas eran variables sobre un tipo de negligencia específico (para realizar quehaceres domésticos, para caminar, para ir al baño, etc), las cuales a su vez son indicadores de una variable de carácter más general que suma todos los tipos de negligencia.

Los indicadores que se incluyen en la construcción de la variable negligencia son los siguientes:

¿Necesita ayuda económica?

¿Recibe ayuda económica?

¿Necesita ayuda para realizar quehaceres domésticos (preparar comida, limpieza, etc.)?

¿Recibe ayuda para realizar quehaceres domésticos (preparar comida, limpieza, etc.)?

¿Necesita ayuda funcional para caminar?

¿Recibe ayuda funcional para caminar?

41 rec. ¿Necesita ayuda funcional para ir al baño?

¿Recibe ayuda funcional para ir al baño?

¿Necesita ayuda funcional para asearse y bañarse?

¿Recibe ayuda funcional para asearse y bañarse?

¿Necesita ayuda funcional para tomar medicamentos?

¿Recibe ayuda funcional para tomar medicamentos?

¿Necesita ayuda funcional para levantarse de la cama y acostarse?	¿Recibe ayuda funcional para levantarse de la cama y acostarse?
¿Necesita ayuda funcional para alimentarse?	¿Recibe ayuda funcional para alimentarse?
¿Necesita ayuda en especie (despensa, medicinas, ropa, pagos varios)?	¿Recibe ayuda en especie (despensa, medicinas, ropa, pagos varios)?
¿Necesita ayuda instrumental para que lo lleven a recibir atención médica, sacar cita, que le acompañen, que le apoyen, para hacer los mandados, para salir a pasear?	¿Recibe ayuda instrumental para que lo lleven a recibir atención médica, sacar cita, que le acompañen, que le apoyen, para hacer los mandados, para salir a pasear?

*La violencia psicológica* será medida por la sumatoria de los ítems que indagaban acciones de los hijos hacia las personas mayores que infligían sufrimiento psíquico.

Los ítems incluidos en esta variable son:

Alguno de sus hijos ¿Le ha tratado como un menor de edad?

Alguno de sus hijos ¿Le ha dejado de hablar?

Alguno de sus hijos ¿Le ha avergonzado delante de otras gentes?

Alguno de sus hijos ¿Le ha menospreciado?

Alguno de sus hijos ¿Le ha amenazado con correrle de la casa?

Alguno de sus hijos ¿Le ha gritado?

Alguno de sus hijos ¿Le ha insultado?

Alguno de sus hijos ¿Ha hecho que el resto de su familia se ponga contra usted?

Alguno de sus hijos ¿Le ha ignorado? (hace como si usted no estuviese ahí).

Alguno de sus hijos ¿Le prohíbe que reciba visitas en su casa?

Alguno de sus hijos ¿Le ha amenazado con pegarle?

Alguno de sus hijos ¿Le ha amenazado con matarle?

Alguno de sus hijos ¿Le ha amenazado con algún arma (cuchillo, navaja, pistola)?

*La violencia física:* incluyó la sumatoria de ítems destinados a indagar aquellos actos únicos o reiterados que puedan causar dolor o lesiones, a las personas mayores. Los ítems que investigan sobre la coerción física o la restricción de la libertad de movimientos mediante la fuerza, también forman parte de este tipo de violencia.

Los ítems que integran esta variable son:

Alguno de sus hijos ¿Le ha encerrado?

Alguno de sus hijos ¿Le ha pegado?



Alguno de sus hijos ¿Le ha empujado?

Alguno de sus hijos ¿Le ha jalado el cabello?

Alguno de sus hijos ¿Le ha amarrado?

Alguno de sus hijos ¿Le ha pateado?

Alguno de sus hijos ¿Le ha aventado algún objeto?

Alguno de sus hijos ¿Le ha disparado con un arma?

Alguno de sus hijos ¿Le ha tratado de ahorcar?

Alguno de sus hijos ¿Le ha atacado con cuchillo o navaja?

*La violencia económica:* incluyó la sumatoria de ítems encaminados a investigar la acción o tentativa de los hijos para apropiarse de manera indebida o ilícita de los fondos o recursos de las personas mayores entrevistadas.

Los ítems que conforman esta variable son:

Alguno de sus hijos ¿Le ha quitado dinero sin su consentimiento?

Alguno de sus hijos ¿Ha tomado alguna cosa suya sin su consentimiento?

Alguno de sus hijos ¿Le ha presionado para que usted le dé bienes y propiedades?

Alguno de sus hijos ¿Le ha amenazado con quitarle dinero o bienes?

### **3.6.2. Factores de riesgo**

El término factores de riesgo es frecuentemente empleado en la medicina para designar aquellas circunstancias, características o elementos propios de una persona o grupo de personas, que aumentan la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un determinado proceso mórbido (American Cancer Society, 2006; Fernández y otros, 2002). En este sentido el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. El término de riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversas” (Fernández y otros, 2002:1).

En el caso de la violencia hacia las personas mayores, la OMS y la OPS (2002) consideran que los factores de riesgo se pueden categorizar en: individuales, relacionales y sociales. Siguiendo la propuesta antes mencionada, a continuación se describen la manera en que estos factores se operacionalizan para este trabajo de investigación.

#### *a) Factores de riesgo individuales*

*Género:* Aunque sabemos que el sexo de la persona, por sí mismo no es equivalente a la noción de género, sí representa un elemento básico en la construcción cultural de redes de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades sobre lo masculino y lo femenino (Burín y Meller, 2001). Por eso, para este trabajo, la pregunta que identifica a las personas entrevistadas como hombres o mujeres, servirá como base para operacionalizar la variable género como factor de riesgo para vivir violencia.

*Enfermedades crónicas:* La sumatoria de ítems (del 110 al 118) que indican la presencia de padecimientos como artritis/reumatismo, osteoporosis, enfisema/embolia, enfermedades

degenerativas de los ojos (cataratas, mácula, glaucoma), enfermedades del corazón, disminución o pérdida auditiva, alta presión, diabetes y cáncer, conformarán esta variable.

*La presencia de deficiencias físicas:* Incluye la sumatoria de ítems que indican la incapacidad de la persona para realizar actividades de la vida diaria:

¿Necesita ayuda para realizar quehaceres domésticos (preparar comida, limpieza, etc)?

¿Necesita ayuda funcional para caminar?

¿Necesita ayuda funcional para ir al baño?

¿Necesita ayuda funcional para asearse y bañarse?

¿Necesita ayuda funcional para tomar medicamentos?

¿Necesita ayuda funcional para levantarse de la cama y acostarse?

¿Necesita ayuda funcional para alimentarse?

¿Necesita ayuda instrumental para que lo lleven a recibir atención médica, sacar cita, que le acompañen, que le apoyen, para hacer los mandados, para salir a pasear?

#### *b) Factores de riesgo relacionales*

Se consideraba *cohabitación* cuando la respuesta a la pregunta 19 indique la presencia de algún hijo o hija en la casa que habita la persona mayor.

*Ayuda otorgada a los hijos:* Esta variable era medida por la respuesta afirmativa a cualquiera de los ítems que indican si la persona mayor, desde que cumplió 65 años, ha otorgado ayuda a alguno de sus hijos.

Los indicadores considerados para esta variable son:

¿Ha otorgado ayuda económica (con dinero, bonos) a sus hijos?

¿Ha otorgado ayuda para realizar quehaceres domésticos (preparar comida, limpieza, etc)?

¿Ha otorgado ayuda para cuidar nietos?

¿Ha otorgado ayuda en especie (despensa, medicinas, ropa, pagos varios) a sus hijos?

#### *c) Factores de riesgo sociales*

*Aislamiento:* Para esta variable se sumarán los ítems enfocados a indagar si la persona entrevistada realiza actividades individuales y grupales de distinta índole.

Los ítems incluidos son:

¿Se reúne con un grupo de amigos con el cuál puede jugar cartas, ir al cine, platicar/convivir, jugar a la lotería?

¿Asiste usted a eventos sociales o actividades recreativas? (bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine)

¿Asiste a servicios religiosos?

¿Participa usted con algún grupo o institución en actividades? (manualidades, actividades religiosas, deportes, etc).

¿Practica algún pasatiempo?

¿Recibe visitas en su casa?

¿Participa usted con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa?

¿Realiza usted actividades recreativas o sociales con su pareja?

¿Tiene usted algún amigo (a) o confidente con quien pueda platicar de sus cosas muy personales?

Finalmente, es importante mencionar que en este estudio se hablará de estratificación como una variable y no como una etapa del muestreo. La variable estratificación fue elaborada por investigadores de la facultad de economía basándose en componentes principales.

### **3.7. Limitaciones del estudio**

Se identifican principalmente tres limitaciones. La primera de ellas es que la investigación no estaba diseñada exclusivamente para el tema de violencia familiar hacia las personas mayores, sino que abarcaba distintos temas; esto se tradujo en problemas de espacio en la cédula de entrevista, por ello en algunas dimensiones no fue posible extenderse en el número de preguntas. Así que se decidió, en orden de relevancia para el estudio, no incluir algunos factores de riesgo que han salido representativos en otros estudios, como por ejemplo el hacinamiento.

La segunda limitación tiene que ver con las características de los sujetos. Pese a los diversos estudios que indican que a mayor incapacidad física de la persona mayor, ésta vive más violencia, en este estudio no se incluyó a personas cuya incapacidad le impidiera responder a la cédula de entrevista, esto principalmente por dos razones:

1.- La violencia familiar, como se menciona en el apartado de marco teórico, es un tema a menudo ocultado e invisibilizado. Asumimos que la persona que ejerce violencia tiene mayores razones para ocultarla que aquella que la recibe. Así que el empleo de informantes sustitutos era poco viable.

2.- La violencia que viven las personas mayores con algún tipo de discapacidad se evidencia con mayor facilidad en espacios distintos al hogar. Además la inclusión de personas con estas características requiere el empleo de otro tipo de metodologías.

La tercera de las limitaciones tiene que ver con las características de la información revisada. Cuando se habla de violencia familiar hacia las personas mayores, se observan disparidades en las estadísticas, las razones pueden ser de distinto orden. En algunos casos se debe al empleo de criterios laxos en las conceptualizaciones sobre maltrato y violencia familiar; en otros, a los distintos parámetros, tipologías e indicadores empleados en la medición del problema. Por estas razones se debería analizar minuciosamente las metodologías de abordaje del problema de la violencia en los distintos estudios, así como los indicadores empleados para medirla. En nuestro caso, esta tarea no fue del todo posible ya que en algunos estudios las fuentes directas de las investigaciones no eran de fácil acceso.

### **3.8 Aspectos éticos**

El trabajo con individuos entraña aspectos éticos insoslayables, de manera que la actitud con la que se dirige el investigador hacia las personas entrevistadas debe ser cuidadosa. Por

ello, en este trabajo se consideró necesario hacer hincapié a los entrevistados sobre la confidencialidad con que se manejaría la información, explicándoles que los resultados se darían a conocer en términos de porcentajes, sin identificar algún caso en particular. Se les mencionaba también que si había una pregunta que no deseaban responder no estaban obligados a hacerlo. De igual manera, si durante el transcurso de la entrevista no deseaban responder más, con toda libertad podían hacerlo.

Los entrevistadores explicaban a las personas el objetivo del estudio, subrayando el valor de su participación. Era importante dejar claro que la investigación estaba bajo el cobijo de la Universidad Autónoma de Nuevo León, a través de la Facultad de Trabajo Social, por eso los entrevistadores portaban una credencial que los identificaba como colaboradores del equipo de investigación, además portaban una carta dirigida a los encuestados en la cual se exponía la intención del proyecto, el nombre del investigador principal, así como los números telefónicos a los cuales las personas se podían comunicar en caso de duda.

Finalmente, se preguntaba a la persona si quería colaborar contestando las preguntas. Los acuerdos se hicieron de manera verbal.

en algunas revistas se utilizó el término “*granny battering*” que significa “abuelita golpeada” o “apaleada” (OMS y OPS, 2002; Glendenning, 2000).

El maltrato<sup>5</sup> a las personas mayores consiste en “...un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor” (Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores, citada en OMS y OPS, 2002:137). El maltrato hacia las personas mayores puede ser de distintos tipos:

*Maltrato físico:* causar dolor o lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o el uso de las drogas.

*Maltrato psíquico o emocional:* infligir sufrimiento psíquico.

*Abuso económico o material:* explotar a una persona mayor o hacer uso de sus fondos o recursos en forma ilícita o indebida.

*Abuso sexual:* mantener contacto sexual no consentido de cualquier tipo con una persona mayor.

*Descuido:* negarse a cumplir la obligación de atender a una persona mayor, o no cumplirla. Esto puede entrañar o no la tentativa, consciente e intencional, de causar sufrimiento físico o emocional a la persona mayor (OMS y OPS 2002:137).

Los datos sobre violencia familiar hacia las personas mayores alrededor del mundo difieren significativamente entre sí<sup>6</sup>. En Estados Unidos, entre el 4 y el 10% de las personas mayores experimentan malos tratos, principalmente por algún miembro de la familia (Hudson y Johnson 1986, citados en Glendenning, 2000). En Boston concretamente, un estudio reveló que el 3.2 % de las personas mayores entrevistadas habían experimentado abuso físico, agresión verbal y/o negligencia (Pillemer y Finkelhor, 1988). En Canadá, mediante la aplicación de una encuesta se determinó que el 7% de las personas mayores había recibido algún tipo de violencia emocional en los cinco años anteriores al estudio, un 1% había sido víctima de violencia económica y otro 1% sufrió violencia sexual o violencia física a manos del cónyuge o de los hijos (OMS y OPS, 2002; Podnieks, 1992).

Mientras tanto, hallazgos en algunos países de Latinoamérica indican porcentajes entre tres y cinco veces mayores que los observados en países desarrollados. Por ejemplo, en Chile un 34.2% de mujeres adultas mayores entrevistadas durante un estudio piloto externaron ser víctimas de alguna forma de violencia; en el 80% de los casos los perpetradores eran miembros de la familia<sup>7</sup>. El maltrato psicológico se observó en un 75.6% de los casos, y el físico en un 31.7% (HelpAge, 2002). En Perú un estudio epidemiológico reveló que el

---

<sup>5</sup> En este trabajo maltrato y violencia familiar serán empleados como sinónimos. Aunque no negamos la discusión que existe respecto a las conceptualizaciones sobre el tema. En el marco teórico se realizarán precisiones conceptuales.

<sup>6</sup> Las diferencias pueden tener su origen en la metodología empleada, específicamente en el tipo de muestreo. Por ejemplo, los estudios realizados en Estados Unidos y Canadá obedecieron a muestreos probabilísticos, mientras que los estudios hechos en Chile, Panamá y Perú tuvieron como base muestreos no probabilísticos. Tampoco se debe ignorar el tipo de instrumento empleado, la conceptualización y operacionalización del maltrato y su tipología, así como elementos culturales relacionados con la vejez.

<sup>7</sup> No se especifica la distribución porcentual según la relación de parentesco con las víctimas.

24.5% de las personas mayores entrevistadas había recibido algún tipo de maltrato durante el último año y que un 9.8% lo recibe sistemáticamente<sup>8</sup> (MIMDES, 2005: 17).

Por su parte, un estudio realizado en Panamá por el Programa de Atención Integral del Adulto Mayor del Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia (MINJUMNFA), señaló que de 2001 a 2003 acudieron a dicha institución 2,060 personas mayores de 60 años, de las cuales 33.3% manifestó el maltrato como motivo de consulta (MINJUMNFA, 2003).

Los registros que se tienen en México son similares a los observados en Perú. La encuesta nacional sobre violencia intrafamiliar realizada en 1999 reportó que en el 20.7% de los hogares encuestados los hombres de 60 años y más experimentaban algún tipo de violencia familiar. En el caso de las mujeres de 60 años y más, el 17% de los hogares encuestados reportó la presencia de violencia familiar contra este grupo<sup>9</sup> (INEGI, 2000).

A diferencia de la violencia conyugal, dónde invariablemente el perpetrador es uno de los cónyuges, en la violencia contra las personas adultas mayores los perpetradores pueden ser un hijo o hija adulta, los nietos, los cónyuges, los parientes políticos (nueras y yernos) u otros familiares. No obstante, existen evidencias que demuestran que los hijos más frecuentemente son reportados como agresores, en comparación con los cónyuges. El *Nacional Center on Elder Abuse (NCEA)* (Citado en Schiamburg y Gans, 1999) indica que, durante 1998 los hijos adultos se perfilaron como los abusadores más frecuentes de las personas mayores. Por su parte, Hwalek y otros (1996, citados en Stassen y Thompson, 2001) realizaron un estudio en Illinois y encontraron que el 87% de las personas mayores experimentaba violencia familiar, el 24% la recibía de parte de hijos de mediana edad, y sólo el 14% la recibía de parte de los cónyuges. En Perú según datos de un estudio<sup>10</sup> realizado con 1,663 personas mayores en los Centros de Emergencia Mujer (CEM), de enero de 2002 a junio de 2003, revelaron que el 45.9% de las personas mayores vivían violencia a manos de sus hijos<sup>11</sup>, el 21.5% eran agredidos por la pareja actual, el 7.5% por parte del yerno o de la nuera y el 13.2% refirió agresiones por parte de otros familiares que viven en la casa de la persona adulta mayor (MIMDES, 2005).

Dado que la mayoría de los estudios muestran evidencias de que son los hijos los principales ejecutores de violencia y/o negligencia hacia las personas mayores, este estudio se enfocará en la violencia familiar de los hijos e hijas hacia sus padres.

Pero, ¿qué mecanismos actúan para que la violencia hacia las personas mayores se dé en algunas familias y en otras no? Aunque la ONU (1998, citada en OMS y OPS, 2003) menciona que la violencia (en general) es un fenómeno que no distingue edades, estrato sociocultural ni económico, sí reconoce que existen factores como la ignorancia, la tendencia a repetir patrones de conductas y la falta de leyes que sancionen severamente el hecho, que contribuyen para que este fenómeno se multiplique. La misma ONU considera que existen cinco factores causales de la violencia familiar hacia las personas mayores:

<sup>8</sup> Una o dos veces por mes.

<sup>9</sup> Los tipos de violencia que el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) consideró en este estudio son la violencia emocional, la violencia física, la violencia sexual y la intimidación.

<sup>10</sup> Aunque las estadísticas no parten de una muestra representativa de la población, son valiosas ante la escasez de información sobre el tema.

<sup>11</sup> 66.8% hombres y 33.2% mujeres.

*Dependencia:* física, económica o emocional del abusador o de la víctima.

*Estrés familiar:* Condiciones socioeconómicas, desempleo, pérdida de recursos adecuados para el cuidado de los miembros familiares dependientes.

*Psicopatología del abusador o de la víctima,* la cual puede incrementar la oportunidad de violencia doméstica. Desórdenes de personalidad, algunas enfermedades y el abuso del alcohol y drogas.

*El aislamiento social de la persona mayor o del perpetrador.* El perpetrador pierde contacto social o habilidades sociales. Su vida está centrada dentro del hogar. La persona mayor aislada no reconoce que lo está, tampoco reporta o detiene el maltrato. El aislamiento puede ocurrir porque el perpetrador sistemáticamente corta el contacto de la persona mayor con otros, o debido al deterioro funcional de las personas mayores con otros, su miedo, o el peligro fuera del hogar, o su distancia de la familia y amigos.

*El aprendizaje social de la violencia* ocurre mediante la observación de conductas violentas en el hogar y en la sociedad y reciben mensajes encubiertos que condonan las inequidades de poder entre los géneros, entre los jóvenes y los viejos y entre las mayorías y las minorías (ONU, 1993, en Montoya, 1997: 3).

Por otro lado, estudios realizados en Holanda (Hannie y otros, 1998) y Estados Unidos (Wolf, 1996) sugieren que los factores asociados a la violencia familiar no son monolíticos, varían de acuerdo con el tipo de violencia familiar; incluso se han elaborado perfiles de los perpetradores y de los receptores de violencia de acuerdo con los tipos de ésta. Según Wolf (1996), las personas mayores con una salud emocional pobre, aunque relativamente independientes en sus actividades de la vida cotidiana, y las personas que tienen una historia de psicopatología y son dependientes económicamente de las personas mayores se encuentran en mayor riesgo de convertirse en receptores y ejecutores de violencia física y psicológica, respectivamente.

La tipificación de los factores de riesgo asociados a la violencia familiar hacia las personas mayores es muy diversa; en medio de esta variedad la categorización que ofrece la OMS nos parece pertinente. Para esta institución los factores de riesgo se pueden agrupar en tres: individuales, relacionales y comunitarios. Entre los factores individuales se encuentran el género, las enfermedades incapacitantes, o algunas deficiencias cognoscitivas y físicas de las personas mayores; este tipo de factores reconoce también los trastornos de la personalidad de los agresores y el resentimiento de los miembros de la familia cuando invierten tiempo o dinero en la atención de la salud de las personas mayores como riesgos individuales asociados al maltrato. Los factores relacionales, por su parte, tienen que ver con el nivel de estrés de la persona que está a cargo de las personas mayores, así como con el tipo de relación entre padres e hijos durante la infancia y adolescencia de éstos últimos; el hacinamiento y la dependencia económica de los hijos con los padres también son factores relacionales. Finalmente, los factores comunitarios y sociales se refieren a los prejuicios existentes contra la vejez, el sexismo y la cultura de la violencia, también el aislamiento debido a algunas deficiencias físicas o mentales se constituye como una característica de riesgo para recibir violencia en esta etapa del ciclo vital (OMS y OPS, 2002).

### 1.3. Objetivos

Este estudio busca identificar si la presencia de deficiencias físicas para realizar actividades de vida diaria, la presencia de enfermedades crónicas, otorgar ayuda a los hijos, la cohabitación, el aislamiento y el sexo de la persona mayor constituyen factores de riesgo, individuales, relacionales, y sociales respectivamente, que favorecen el ejercicio de violencia familiar de los hijos y/o hijas hacia las personas mayores, que viven en la ciudad de Monterrey.

Para llevar a cabo el objetivo general se formularon los siguientes objetivos específicos:

- Identificar si el sexo de las personas entrevistadas constituyen un factor de riesgo social, que aumenta la probabilidad de experimentar maltrato por parte de sus hijos y/o hijas.
- Detectar si la presencia de alguna enfermedad crónica en las personas mayores las coloca en riesgo de vivir violencia familiar.
- Indagar si la presencia de deficiencias físicas se constituye como un factor de riesgo individual para que las personas mayores vivan maltrato.
- Identificar si otorgar ayuda (económica, quehaceres domésticos, cuidar nietos) a los hijos, es un factor de riesgo relacional, para que las personas mayores reciban maltrato de parte de ellos.
- Detectar si la cohabitación de las personas mayores con alguno(s) de sus hijos, forma un elemento de carácter relacional asociado a la violencia familiar.
- Indagar si el aislamiento se constituye como un factor de riesgo relacional que favorece la manifestación de violencia familiar de los hijos de las personas mayores entrevistadas hacia ellas.

Debido a que la población de este estudio está constituida únicamente por personas mayores, todos los factores de riesgo que requieren participación de otros miembros de la familia para la obtención de información<sup>12</sup> no fueron incluidos. Por otro lado, creemos que el estudio de algunos factores de riesgo comunitarios<sup>13</sup> es más factible bajo una perspectiva antropológica. Por último, el hacinamiento fue el único elemento que se excluyó debido a las limitaciones del estudio.

Así que de los factores de riesgo expuestos previamente, el presente estudio se enfocará en características individuales como la presencia de deficiencias físicas y de enfermedades crónicas. Los factores relacionales a considerar son la ayuda que la persona mayor otorga a sus hijos, la cohabitación y el aislamiento. A nivel social, el género constituirá el único factor a analizar.

---

<sup>12</sup> Los trastornos de personalidad de los agresores, los resentimientos entre los miembros de la familia, el tipo de relación entre padres e hijos durante la infancia y adolescencia de éstos últimos, la dependencia económica de los hijos hacia sus padres y el nivel de estrés de los cuidadores.

<sup>13</sup> Prejuicios hacia la vejez, sexismo y cultura de la violencia.



#### 1.4. Hipótesis

Las hipótesis que guían este trabajo son las siguientes:

- La presencia de alguna o varias enfermedades crónicas pueden ser factores de riesgo individuales que aumentan la posibilidad de que las personas mayores vivan violencia familiar por parte de sus hijos.
- La presencia de incapacidades para realizar actividades de la vida diaria se constituyen como un factor de riesgo que incrementa la probabilidad de que las personas mayores vivan violencia familiar por parte de sus hijos.
- Dado que típicamente las personas mayores que tienen una mayor solvencia económica están en una mejor posición para otorgar ayuda a los distintos miembros de sus familias, es plausible pensar que aquellos pueden ser coaccionados por sus hijos para obtener algún tipo de beneficio, o bien pueden recibir maltrato por no otorgarlo.
- Asumiendo que el mayor contacto diario incrementa la probabilidad de fricción entre los miembros de una familia, es factible pensar que la cohabitación entre las personas mayores entrevistadas y sus hijos, será un factor de riesgo de orden relacional asociado al maltrato (físico, económico y emocional).
- Partiendo de la premisa de que el escaso o nulo contacto de una persona con el exterior potencia el ejercicio de la violencia, se considera que el aislamiento de las personas mayores es una condición de orden relacional, que las coloca en una situación de riesgo frente al maltrato por negligencia y al maltrato emocional.
- El sexo<sup>14</sup> de la persona, puede erigirse como una característica que marca una diferencia en el tipo de violencia que las personas mayores experimentan por parte de sus hijos.

Este estudio se hará bajo el paradigma cuantitativo; se empleó un diseño no experimental, transversal, *ex post-facto*. La unidad de análisis son las personas de 65 y más años de la ciudad de Monterrey. La muestra fue seleccionada siguiendo un muestreo irrestricto aleatorio. El tamaño de ésta es de 1057 personas mayores. Se aplicó una cédula de entrevista compuesta por 190 ítems. Para el análisis de los datos, se empleó el *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versión 10.0 para Windows. Las pruebas estadísticas empleadas fueron correlación, U de Mann Withney, análisis factorial y regresión múltiple; además la ji- cuadrada sirvió para el cálculo de la razón Odds.

#### 1.5. Justificación

La relevancia del estudio de los factores de riesgo asociados a la violencia familiar contra las personas mayores se puede argumentar desde tres vertientes: a) La magnitud del

---

<sup>14</sup> Aunque sabemos que el sexo de la persona, por sí mismo no es equivalente a la noción de género, en este trabajo partimos de la variable sexo para estudiar las diferencias de género en el ejercicio de la violencia familiar hacia las personas mayores. Coincidimos con Burin y Meler (2001) en que la categoría de género se refiere a la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades sobre lo masculino y lo femenino.

problema, b) los espacios en la investigación y c) la utilidad del tema para el diseño de políticas sociales.

### *1.5.1. La magnitud del problema*

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) afirma que el maltrato hacia las personas mayores es un problema sorprendentemente generalizado y sus manifestaciones y efectos se extienden tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud en 2002 reporta que de acuerdo con estudios realizados en cinco países desarrollados, la tasa de maltrato a las personas mayores observada fue de 4 a 6%<sup>15</sup>. En Australia, Canadá y el Reino Unido la proporción se registró entre el 3 y el 10%.

Mientras tanto, en los países en desarrollo –donde vive la mayor parte de las personas mayores–, se han realizado pocos estudios empíricos que alimenten una base de datos estadística, aunque sí existen numerosas pruebas de la diseminación de la violencia en los archivos policiales, los distintos medios de comunicación, los archivos de organismos de asistencia social y en algunos estudios de escala menor (ONU, 2002).

Aunque las estadísticas dan cuenta de la prevalencia de la violencia familiar y ofrecen una apreciación global del problema, no se debe ignorar las repercusiones de ésta en las esferas física y psíquica<sup>16</sup>. Se ha evidenciado que los malos tratos contra las personas mayores “provocan problemas físicos y psicológicos a largo plazo, como lesiones físicas permanentes, dependencia de medicamentos y del alcohol, disminución de la respuesta del sistema inmunitario, trastornos alimenticios crónicos y desnutrición, autopunición y dejadez, depresión, temor y ansiedad crónica, tendencias suicidas y muerte” (ONU, 2002).

Además, la violencia familiar hacia las personas mayores puede estimarse en costos económicos (directos) y humanos (indirectos). Los primeros, están vinculados a los recursos empleados para prevenir el maltrato, prestar servicios en intervención, establecer procesos penales y realizar investigación. En tanto, los costos humanos (indirectos), están relacionados con la disminución de la productividad, una menor calidad de vida, dolor y sufrimiento emocional, pérdida de confianza y autoestima, discapacidad y muerte prematura (ONU, 2002).

En resumen, la violencia familiar hacia las personas mayores tiene importantes efectos a nivel social e individual y existen factores de riesgo asociados a ella. Además, desde una perspectiva de derechos humanos, las personas mayores son ciudadanas que tienen derecho a gozar de un medio ambiente seguro y para lograrlo es importante identificar aquellos elementos que individual, familiar y socialmente potencializan la aparición de la violencia.

### *1.5.2. Los espacios en la investigación*

Especialistas en el tema de la violencia familiar consideran que las situaciones de maltrato y abuso en el núcleo familiar “sólo comienzan a revertirse cuando una mirada externa las devela, las denuncia, no las legitima” (Corsi, 2004: 28), e indiscutiblemente una manera de señalar un hecho es a través de la investigación. La investigación no sólo devela, también

<sup>15</sup> Cuando en el estudio se incluyen el maltrato físico, psíquico, económico y el descuido.

<sup>16</sup> Para mayor información sobre los efectos de la violencia en la estructura psíquica de las personas, véase Corsi, 2004.

questiona; además, puede servir como catalizador y soporte para desarrollar acciones sobre temas específicos. HelpAge (2002) –institución protagónica en temas vinculados al envejecimiento– considera que la investigación es una de las tareas primordiales en el diseño de políticas sociales destinadas a combatir la violencia en todos los niveles. En el mismo sentido, Gnaediger (1989, citado en Decalmer y Glendenning, 2000), considera que, en la construcción de estrategias sociales para la atención a la violencia hacia las personas mayores, poco se puede hacer sin la obtención de una base de conocimientos sólida, y el tránsito hacia esa plataforma no puede realizarse sino a través de la investigación.

El interés por resaltar el estudio de la violencia en las publicaciones sobre envejecimiento es cada vez mayor. Instituciones internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), *HelpAge International*, y la *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA) destacan por su labor enfática en la investigación de la violencia familiar ejercida hacia las personas mayores. Al revisar la producción bibliográfica sobre el tema del maltrato hacia las personas mayores, sobresalen países como Estados Unidos, Canadá, Australia, Holanda y Reino Unido. En países como España, Chile y Argentina, el tema ha cobrado relevancia, mientras que en China, Israel, Costa Rica, Perú, Puerto Rico, Bolivia y Panamá el maltrato a las personas mayores se está convirtiendo en una dimensión indisoluble en el estudio del envejecimiento.

Pese a lo anterior, en México se ha publicado poco sobre el maltrato a las personas mayores. Hasta la fecha no se cuenta con un estudio nacional que permita conocer la prevalencia de la violencia familiar hacia este colectivo. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) ha efectuado estudios como la Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), que abordan el tema de la violencia familiar hacia las personas mayores, pero de manera colateral. También existen registros administrativos en algunas instancias gubernamentales, como la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) que retratan la situación de maltrato que viven las personas mayores que son sus usuarias. Aunque la información existente favorece un primer acercamiento al problema de la violencia familiar hacia las personas mayores en nuestro país, el tema sigue siendo una veta a explotar.

### ***1.5.3. La importancia para las políticas sociales***

El envejecimiento poblacional ha planteado desafíos importantes a la humanidad; por ello organismos internacionales han convocado a los distintos países a discutir tanto su situación, como su prospectiva relacionada con este fenómeno.

La vejez, como una cuestión relevante en las agendas públicas de los distintos países, cobró mayor importancia a partir de 1982, con la realización de la Conferencia de Viena sobre Derechos Humanos, donde se resaltó la inalienabilidad, integralidad e indivisibilidad de los derechos humanos de las mujeres y niñas (Lagarde, 1997). Además, en el marco de esta cumbre se realizó la *Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*, donde México se comprometió a desarrollar marcos jurídicos, económicos, sociales y culturales para favorecer el desarrollo de las personas adultas mayores (Rodríguez, 1999).

A pesar de las distintas cumbres en las que se ha subrayado la importancia de la implementación de políticas sociales a favor de las personas mayores, actualmente, en Latinoamérica, su diseño acusa un inadecuado marco jurídico, fundamentado más en conceptos básicos de ciudadanía que en las necesidades de las personas mayores. Además las insuficientes asignaciones presupuestarias, subyacen a la poca prioridad que se da a los problemas que enfrenta este grupo etéreo (Pinzón y Solás, 2002).

Los retos en materia de política social para atender las distintas problemáticas derivadas del envejecimiento poblacional, se acentúan en países en vías de desarrollo. HelpAge (2002) considera que en América Latina, pese a que se han elaborado algunas políticas sociales, leyes y planes nacionales sobre envejecimiento, las condiciones económicas y sociales no son las más aptas para resistir los acelerados cambios demográficos.

Entonces, aunque se han desplegado acciones de manera incipiente, el problema de la violencia familiar hacia las personas mayores, aún es “insuficientemente diagnosticado y denunciado, y en la actualidad deficientemente abordado en las políticas públicas” (HelpAge, 2002. 65-66).

En México, pese a que se empiezan a realizar algunas acciones para combatir la violencia familiar hacia las personas mayores, no se ha elaborado un plan que atienda de manera sistemática el maltrato hacia este grupo de edad. Hasta la publicación del Primer Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, a cargo de la OMS y la OPS en 2002, nuestro país no figuraba como una nación en la que se estuvieran tomando acciones sobre el tema.

## CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Algunas consideraciones demográficas sobre el envejecimiento en México

El envejecimiento poblacional a nivel global ha seguido un ritmo heterogéneo, no todos los países envejecen en tiempos y formas iguales. De acuerdo con Ham (2003), México transitará en 40 años, un sendero demográfico que a Francia le tomó 250 años. Francia inició este recorrido en 1750 con 5.2% de su población envejecida y para 2050 contará con 26.4% de personas mayores de 65 años. México, por su parte, en el año 2000 tenía una población de 4.6% adultos mayores y para 2050 este grupo constituirá un 24.0%.

Un ejemplo del acelerado envejecimiento poblacional que se producirá en México es la estimación de que la población de adultos mayores aumentará un 18% del año 2010 al 2050 (tabla 1). Esta rapidez trascenderá el ámbito de lo demográfico e impactará en las esferas económica y social; de manera que, como lo afirma Ham (2003), nuestro país tendrá menos tiempo que países desarrollados como Francia, para construir y adaptar sus sistemas económicos, sociales, de salud y de seguridad social a las circunstancias del nuevo reto sociodemográfico.

**Tabla 1. Población en millones de personas de 65 años y más y su distribución porcentual en relación con la población total. Proyecciones 2010-2050**

<i>Año</i>	<i>Población total en millones</i>	<i>% de personas de 65 años y más</i>
2010	117.7	6.0
2020	121.8	8.1
2030	130.3	11.7
2040	132.8	18.9
2050	132.4	24.6

Fuente: Ham (2003:35).

México se ha transformado demográficamente, hasta acumular, en el año 2000, casi 5% de adultos mayores de su población total. En la tabla 2 se muestra la evolución cronológica de dicha metamorfosis en el último siglo. Las fechas que se exponen además de corresponder a los datos censales disponibles, obedecen a un contexto social y político concreto. Ham (2003) señala que el decrecimiento en la población de 1921 en relación con la de 1910, es producto tanto de la Revolución Mexicana, como de la carencia de servicios médicos y sanitarios, así como de la falta de alimentación apropiada que imperaba en aquella época.

**Tabla 2. Población en millones de personas de 65 años y más y su distribución porcentual en relación con la población total. 1900-2000**

<i>Año</i>	<i>Población total en millones</i>	<i>% de personas de 65 años y más</i>
1900	13.6	2.2
1910	15.2	2.4
1921	14.8	3.6
1930	16.9	2.6
1940	20.3	2.8
1950	26.2	3.1
1960	35.6	3.3
1970	49.7	3.4
1980	66.6	3.5
1990	83.5	3.7
2000	99.8	4.6

Fuente: Ham (2003:35).

Las estadísticas oficiales indican que la población total en México en 2005 fue de 103 263 388 millones de habitantes, 50 249 955 hombres y 53 013 433 mujeres, de los cuales, como se puede apreciar en la **tabla 3**, el 5.5% tienen 65 años o más. Se puede observar claramente como se refleja la mayor esperanza de vida de las mujeres (77.2 años) en relación con la de sus pares del sexo opuesto (71.8 años) en cada uno de los grupos quinquenales (INEGI, 2005a).

**Tabla 3. Población de 65 y más años según sexo en México hasta el año 2005**

<b>Grupos de edad</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
65 a 69 años	1 958 069	922 592	1 035 477
70 a 74 años	1 496 691	703 277	793 414
75 a 79 años	1 048 315	490 840	557 475
80 a 84 años	657 011	296 351	360 660
85 y más años	556 273	236 143	320 130
<b>Total</b>	<b>5 716 359</b>	<b>2 649 203</b>	<b>3 067 156</b>

Fuente: INEGI (2005a).

Para el año 2000, las tres entidades con mayor peso relativo de adultos mayores eran Zacatecas (16%), Oaxaca (15.9%) y Michoacán (15.1%), mientras que las tres con menor peso eran Quintana Roo (6.1%), Baja California (9.4%) y el estado de México (9.4%). Nuevo León ocupa el décimo noveno lugar con un porcentaje de 11.6 (INEGI, 2005b).

En el Estado de Nuevo León residen 4 199 292 personas, 2 090 673 hombres y 2 108 619 mujeres. De la población total, 226 341 personas conforman el colectivo de 65 y más años, de las cuales 104 832 son hombres y 121 509 son mujeres (**tabla 4**).

La dinámica de la población de Nuevo León indica que los tres municipios que en números absolutos concentran la mayor cantidad de personas de 65 y más años son Monterrey (79,624), Guadalupe (35,182) y San Nicolás (26,639). Sin embargo, en números porcentuales, este orden se modifica y aunque Monterrey, de estos tres municipios, sigue

ocupando el primer lugar (7.0%), San Nicolás se posiciona como segundo lugar (5.5%) y Guadalupe como tercero (5.0%) (INEGI, 2005a).

**Tabla 4. Población de 65 y más años según sexo en Nuevo León hasta el año 2005**

Grupos de edad	Población por grupos quinquenales	Hombres	Mujeres
65 - 69 años	83 083	39 917	43 166
70 - 74 años	59 373	27 965	31 408
75 - 79 años	40 397	18 477	21 920
80 - 84 años	24 628	10 827	13 801
85 - 89 años	11 929	5 007	6 922
90 -94 años	4 738	1 787	2 951
95 - 99 años	1 817	709	1 108
100 y más años	376	143	233
<b>Total</b>	<b>226 341</b>	<b>104 832</b>	<b>121 509</b>

Fuente: INEGI (2005a).

Finalmente, los indicadores sociodemográficos señalan que la esperanza de vida en Nuevo León (75.2) está 1 punto por arriba de la media nacional (74.5), esto lo coloca como el quinto estado con la mayor esperanza de vida a nivel nacional (INEGI, 2005a).

## 2.2. El envejecimiento poblacional como objeto de estudio de las políticas sociales<sup>17</sup>

El análisis de los problemas públicos desde la perspectiva de las políticas sociales se remonta hacia la década de los sesenta, época en la cual este paradigma contribuyó a pensar la relación entre las esferas estatales y los grupos sociales (Lorenc, 2005).

La vejez como cuestión de las políticas públicas puede ser definida por lo menos desde cuatro perspectivas: como asunto de pobreza, como integración social, como exclusión social y como un asunto de derechos humanos (Huenchuan, s/f).

La vejez como un asunto de pobreza considera la edad de las personas mayores como una condición de fragilidad en que los individuos descienden violentamente del nivel de subsistencia al nivel de pobreza con mayor facilidad que en otras etapas del ciclo vital. De manera que el objetivo de las políticas públicas emanadas de este enfoque sientan sus bases en la seguridad de ingresos de las personas mayores (Huenchuan, s/f).

Desde el enfoque de la integración social, las personas mayores son vistas como sujetos que deben adherirse al sistema social y mantener su estructura y observar un comportamiento funcional y reproductivo de la estructura y sus componentes. Las políticas públicas bajo este enfoque están orientadas a que el Estado provea mecanismos de apoyo encaminados a modificar o superar las condiciones y procesos que pueden provocar desadaptación de las personas mayores (Huenchuan, s/f).

Los proponentes de la vejez como una cuestión de exclusión social argumentan que la edad (cronológica, social y/o biológica) es fuente de susceptibilidad. En otras palabras, consideran que ésta es un riesgo que expuesto a ciertos factores puede materializarse en algún daño. Las políticas desde este enfoque buscan anticipar y desactivar aquellos

<sup>17</sup> En los anexos se incluye información específica sobre las políticas sociales en materia de prevención y atención a la violencia familiar hacia las personas mayores.

factores y procesos que producen la exclusión individual y colectiva hacia las personas mayores (Huenchuan, s/f).

Finalmente, las políticas derivadas del enfoque centrado en la vejez como un asunto de derechos humanos fomentan la construcción de la ciudadanía de este colectivo, al mismo tiempo que garantiza, por parte del Estado, las condiciones para el ejercicio de derechos individuales y de grupo (Huenchuan, s/f).

En cada una de estas perspectivas, subyace una orientación teórica o un enfoque disciplinar específico. Por ejemplo en el enfoque que sitúa a la vejez como un asunto de pobreza se observan elementos propios de la economía. Passante (1985) sugiere que desde dicha disciplina, en países desarrollados, las políticas emanadas giran en torno a los regímenes de seguridad social y asistencia pública, así como en cuestiones relativas a la jubilación.

En las políticas que conciben la vejez como integración social se identifican algunos postulados de la teoría de la continuidad. Para ésta los roles, las actitudes, los hábitos, las conductas y las metas que las personas van desarrollando a lo largo de su ciclo vital, son retenidos en cierta medida durante la vejez. Desde esta perspectiva, la edad avanzada no supone cambios bruscos en la vida de las personas, puesto que viene determinada por su estilo de vida y conductas anteriores (Mishara y Riedel, 1986, citados en Motte y Muñoz, 2002).

La columna vertebral de la teoría de la continuidad es la idea de que tanto las personas mayores como el resto de la sociedad tienden a proteger y a mantener la estructura de ésta última (Motte y Muñoz, 2002).

Por otro lado, el estrecho vínculo entre las políticas emanadas de la vejez como exclusión social y el enfoque de vulnerabilidad sociodemográfica, no puede ignorarse. Recordemos que las primeras consideran a la edad como fuente de susceptibilidad, la cual se potencia con la exposición a factores como: invisibilidad, desigualdad, factores culturales adversos hacia este colectivo, etc. (Huenchuan, s/f). Mientras que la perspectiva de vulnerabilidad sociodemográfica considera que las variables de población<sup>18</sup>, como la edad, no son riesgos en sí mismas; sólo lo son en la medida en que sus efectos trastocan el desempeño social (rutinas, obligaciones y mejoramientos) de las personas, o dificulten el ejercicio de sus derechos (CEPAL, 2002).

Finalmente, la promoción de la vejez como un asunto de ciudadanía, cuando se considera a la primera como un asunto de derechos, alude al empoderamiento, elemento central en las propuestas constructoristas feministas sobre el estudio de la violencia hacia las personas mayores y vinculadas a la economía política. La economía política sostiene que las condiciones sociales, políticas y económicas influyen la manera en cómo se definen y abordan los problemas sociales de la población anciana. Representantes de esta teoría – Minkler y Estes (1984, 1991, citadas en Sánchez, 2000)– argumentan que los problemas principales de la población anciana son contruidos socialmente como efecto de las representaciones que cada sociedad tiene sobre la vejez y sobre los ancianos. La misma Estes (1979, citada en Sánchez, 2000) expone que el concepto de personas mayores dependientes es un constructo social, cuyos efectos nocivos han contribuido a la formación del estereotipo: anciano igual a dependiente. Para deconstruir éste, no sólo se debe realizar

---

<sup>18</sup> Excepto la variable mortalidad



un cambio en las actitudes de la sociedad hacia la vejez, sino también replantear las políticas sociales existentes. En este último ámbito se deberán proponer modelos participativos, que ayuden a superar el viejismo y que promuevan el bienestar de las personas mayores (Harbison, 1999b).

### 2.3. Vejez

En el contexto de la vejez, circulan una variedad de conceptos y dimensiones, algunos vinculados de manera directa y otros derivados de ésta. Por ejemplo, algunos autores distinguen entre vejez y envejecimiento. Consideran que la vejez obedece más a un proceso biológico e individual. En tanto que el término envejecimiento es asociado comúnmente a la demografía, por su competencia en el estudio de este fenómeno a nivel poblacional; desde este enfoque, el envejecimiento es situado en una dimensión colectiva. No obstante, hay quienes no distinguen entre vejez y envejecimiento, sino que hablan de envejecimiento a nivel individual y a nivel colectivo (o poblacional) (Aranibar, 2001). Finalmente, están aquellos que consideran que el envejecimiento es un proceso fisiológico que acompaña al ser humano desde el nacimiento y que se acentúa conforme se van ganando años (Sosa, 1997, citado por Trujillo, 1999; Navarro, 1999); mientras que la vejez es de alguna manera la confluencia de condiciones cronológicas, biopsíquicas y sociales (Magno de Carvalho y Andrade, 2000, citados en Del Popolo, 2001).

Además de su carácter polisémico, la vejez está atravesada por una serie de elementos como el género, la condición socioeconómica, el lugar de residencia, la escolaridad, el tipo de trabajo y el estado de salud, que marcan las vivencias subjetivas de las personas mayores. “La vejez adopta una multiplicidad de rostros” (De Beauvoir, 1970); existen diversas representaciones que influyen en la construcción de esta fase del ciclo vital. No envejecen igual los hombres y las mujeres, los pobres y los ricos, los obreros y los profesionistas, los que viven con sus familias y los que no, los que viven en medios urbanos y los que viven en medios rurales, los discapacitados y los que gozan de buen estado de salud, etc.

Arber y Ginn (1996: 241) consideran que “en la vejez, la vida sigue a caballo entre el mundo público y el privado, pero de forma diferente para los hombres y para las mujeres, y según la clase social, la raza y la etnia... pero también les afectan los roles desempeñados con anterioridad en el ámbito productivo y el reproductivo”.

Otro elemento indisociable del estudio de la vejez es la distinción entre envejecimiento normal y patológico. Para Navarro (1999), el primero de ellos es conocido comúnmente como senectud y el segundo como senilidad. La senectud tiene que ver con los cambios fisiológicos naturales en el cuerpo, influidos de manera compleja por factores genéticos, ambientales, psicosociales y relacionados con el estilo de vida. Mientras que “el concepto de senilidad se aplica a individuos que, por causas propias de la edad, sufren determinado problemas y limitaciones físicas y/o mentales que en mayor o menor medida les hacen depender de los demás para las actividades básicas, independientemente de lo que la cultura diga sobre su estado social” (Fericgla, 2002: 88).

Dada la polisemia y la multidimensionalidad del concepto vejez, los paradigmas que abordan su estudio suelen ser diversos y ofrecen una pluralidad de lecturas (Reig, 1999; Aranibar, 2001), a veces contrapuestas. Disciplinas como la biología, la medicina, la psicología, la antropología, la sociología, las ciencias de la educación y la demografía

proponen acercamientos ceñidos a sus respectivos enfoques, por lo que es difícil que cualquiera de estos por sí solos ofrezcan una interpretación absoluta del significado de la vejez; la fragmentación en el acercamiento al fenómeno de la vejez hace visible una pluralidad de caminos por los cuales transitar hacia ese destino (Aranibar, 2001).

Independientemente del enfoque elegido como lente a través del cual estudiar la vejez, existen dos dimensiones que básicamente rigen su construcción como categoría social: la edad y la estructura o sistema social. Estos dos elementos son complementarios (Aranibar, 2001), ya que la edad es conformada por el tiempo, pero el poliedro de significados es construido por la sociedad, la cultura y el momento histórico (Aranibar, 2001; Reig, 1999).

En este sentido Arber y Ginn (1996), proponen distinguir entre los distintos significados de la edad y sus interrelaciones, cuando se tome ésta como punto de partida en la definición de vejez. Para llevarlo a cabo, estas autoras identifican tres significados de la edad: uno cronológico, uno fisiológico y otro social.

### *2.3.1. La edad cronológica*

La edad cronológica hace alusión a la edad en años y es considerada una de las grandes variables organizadoras en las vidas de las personas. La edad cronológica, como criterio, posiciona a los sujetos socialmente, adjudicándoles responsabilidades y privilegios, como el servicio militar, el derecho al voto, el derecho a recibir jubilación o pensión por parte del Estado, etc. (Arber y Ginn, 1996). Es decir, la edad cronológica funciona como mecanismo para alcanzar ciertos fines sociales (Maddox, 1999).

En este sentido, el significado de la edad cronológica no se apega sólo a lo biológico, sino que tiene una parte que varía a lo largo del tiempo y a través del espacio, la cual está influida por un consenso social basado en la manera de utilizar la edad para proyectar normas o parámetros que organicen el comportamiento de las personas (Maddox, 1999).

Sin embargo, es importante aclarar que edad avanzada y vejez no tienen inevitablemente el mismo significado. Aranibar (2001) afirma que la edad cronológica no da pie a equívocos, ya que las personas, independientemente de que lo deseen o no, cumplen años, mientras que el significado de vejez posee una condición metamórfica derivada del momento histórico, de la cultura e incluso de condiciones sociodemográficas propias de un país o una región.

Por otro lado, es indispensable denotar que, aunque sólo se emplee un criterio cronológico para definir a la vejez, no hay que ignorar la heterogeneidad de personas que subyacen al corte de edad. De manera que no hay que perder de vista elementos biográficos como la clase social, el sexo, la raza, el área de residencia, etc.; así como los distintos subgrupos de edad (Aranibar, 2001; Arber y Ginn, 1996) que coexisten en la franja de personas de 65 años y más.

Pese a las dificultades asociadas a los criterios cronológicos en la definición de vejez, éstos son empleados frecuentemente por el Estado y los diseñadores de políticas sociales como requisito para ser favorecido por algunos programas. Por ejemplo en México, la edad de 60 años es la condición cronológica sobre el cual el Estado sienta sus bases para otorgar algún beneficio. Dicho criterio se enmarca jurídicamente en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en la cual se consideran personas adultas mayores a todas

aquellas personas que cuenten con sesenta años o más de edad y se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional (INAPAM, 2002).

Nosotros estamos conscientes de las limitaciones y los cuidados que hay que tener al usar el criterio cronológico como eje nuclear en la identificación de las personas como adultas mayores; sin embargo, apelamos a su precisión en la demarcación de una población como objeto de estudio<sup>19</sup>, ya que como afirma Fericgla, (2002: 28) “la edad natural o cronológica constituye un elemento importante en relación con la delimitación de cada uno de los sistemas de valores de nuestras sociedades complejas”.

### *2.3.2. La edad fisiológica*

La noción de edad fisiológica se encuentra fuertemente vinculada a la edad cronológica, pero va más allá, ya que incorpora al análisis de la vejez las capacidades funcionales y el decremento paulatino de la densidad ósea, del tono muscular y de la fuerza, que se produce con el paso de los años (Arber y Ginn, 1996). “Sin embargo la velocidad y la distribución temporal de estos cambios fisiológicos varía según la posición que ocupen los sujetos en la estructura social, en especial la relativa al género y la clase social” (Arber y Gin, 1996: 29, 30).

Los principales cambios fisiológicos observados en las personas mayores son: alteraciones histológicas, dermatológicas, cardiovasculares, del sistema respiratorio, del sistema gastrointestinal, del sistema urinario, del sistema músculo esquelético, alteraciones de la autorregulación, neurológicas, de la función inmunitaria, de la visión, de la audición y déficits nutricionales, sin olvidar los cambios en la esfera psicológica (Navarro, 1999). Éstos deben ser evaluados necesariamente en su interrelación con factores económicos, sociales y culturales, sin pasar por alto los hábitos de higiene de las personas (Mishara y Riedel, 2000).

La edad fisiológica está profundamente marcada por el género,

... las mujeres mayores de 65 años están más expuestas [que los hombres] a padecer enfermedades crónicas que limitan su movilidad y su capacidad para vivir sin necesidad de los cuidados de sus familiares, de otras personas o del Estado. Por tanto, aunque la esperanza de vida de las mujeres supera en unos cinco años a la de los hombres, la diferencia de edad respecto a la esperanza de vida sin enfermedades discapacitantes (esperanza de vida activa) es mucho menor (Arber y Ginn, 1996: 242).

Como señalamos antes, dentro de esta categorización de edad es trascendental diferenciar entre senectud y senilidad. La senectud se refiere al envejecimiento fisiológico y tiene que ver con los cambios naturales o “normales”, propios de un organismo que va acumulando años; en tanto, la senilidad está asociada a una condición mórbida, es decir a la exacerbación en la manifestación de enfermedades (previas o recientes) (Navarro, 1999).

Un concepto que se hace presente, cuando se habla de envejecimiento normal es el envejecimiento exitoso. Éste se encuentra solidamente marcado en mayor proporción por el estilo de vida, el ejercicio, la actividad mental, la autoeficacia y por la implicación con otras personas, que por factores genéticos. Se dice que las personas han envejecido exitosamente cuando disminuyen sus periodos de morbilidad antes de morir (González-Celis, 2005).

<sup>19</sup> Esto no significa que ignoraremos los elementos biográficos a los que previamente se hace alusión en palabras de Redondo (1990).

### 2.3.3. *La edad social*

Arber y Ginn (1996: 24) argumentan que este tipo de edad “se construye socialmente y se refiere a las actitudes y conductas adecuadas, a las percepciones subjetivas (lo mayor que el sujeto se siente) y a la edad atribuida (la edad que los demás le atribuyen al sujeto)”.

En la sociedad actual se observa un doble discurso en relación al significado social de la edad. Por un lado se dice que es un periodo más del ciclo vital y se puede vivir con plenitud, pero al mismo tiempo se rechaza, se aleja y se segrega a las personas viejas (Navarro, 1999).

Algunos autores coinciden en que en la construcción de la edad social, han predominado la estigmatización y los estereotipos negativos, derivados de la industrialización y el capitalismo (Fericgla, 2002; Wang, 2001; Yubero y Larrañaga, 1999; Morales, 2000; Sierra, 2000; Aranibar, 2001).

El desarrollo de la economía capitalista proporcionaba el contexto para una reinterpretación de la tercera edad. Se devaluaba a los ancianos porque su disminuida fuerza física significaba un trabajo menos rentable para el capitalismo... la exclusión a menudo involuntaria de los ancianos del mercado de trabajo producía en ellos un sentimiento de marginalidad. La jubilación se convirtió en la institución social que construyó el sentido de la tercera edad como falta de seguridad económica y pérdida de status social. En el contexto de una economía capitalista cada vez más establecida y en expansión, la tercera edad comenzó a entenderse como un problema social (Wang, 2001: 289).

Pero la vejez no siempre ha tenido una imagen negativa, sino que ésta se ha construido gradualmente en sociedades donde el trabajo es el vehículo a través del cual circula el prestigio social, y donde la identidad se configura a partir de él (Yubero y Larrañaga, 1999). La edad cronológica mantiene una estrecha relación con la edad social, ya que a través de la primera, la legislación estatal, marca los criterios de permanencia en un trabajo formal, signado con la exclusión a las personas mayores como improductivas y colocándolas en un proceso de devaluación social (Fericgla, 2002). “Tras el discurso del “merecido descanso” parecería que las sociedades modernas esconden un espacio subordinado destinado a sus ancianos, dentro de una jerarquía de edades que coloca a la adulta (productiva) en su cúspide” (Redondo, 1990: 20).

En la sociedad occidental atravesada por un modelo económico capitalista, la vejez no representa una etapa del ciclo vital con posibilidades y limitaciones como cualquier otra. En la sociedad actual “predomina la cultura de lo desechable, y la sociedad está llena de mensajes que valoran la juventud, la belleza física y el éxito económico, se hace cada vez más difícil para las personas que envejecen, el encontrar su lugar de dignidad y de sentido de vida ante el deterioro del cuerpo y de las habilidades físicas y mentales que experimenta” (Sierra, 2000:3).

La vejez desde el capitalismo se ve como una desgracia, como un fenómeno discordante con los valores de competencia, individualismo, productividad, consumismo, juventud y agresividad que postula este modelo económico. Y desde este enfoque, la identidad del anciano se construye negativamente a partir de todo lo que ha dejado de ser: joven, autónomo, sano, útil, consumidor y autosuficiente (Morales, 2000).

Desde el punto de vista social, se habla de edad como una construcción, que polariza la vejez y juventud; donde la primera es vista como un movimiento descendente de decadencia, y la segunda como un movimiento ascendente de plenitud (Becerra, 2001). Además, la vejez es una construcción histórica, donde el proceso biológico que caracteriza esta edad adquiere significado de acuerdo al modelo cultural vigente (Redondo, 1990). Y en el modelo cultural vigente, a diferencia de las sociedades más ancestrales, los viejos no ocupan un lugar predominante, por el contrario, existe un desinterés por ellos (Rodríguez, 1999).

Pero la imagen de la vejez, no es única ni inmutable, más bien existen una serie de “imágenes variadas que evolucionan y se modifican en función de los factores y creencias que manejamos en su formación. La vejez, más que entenderse como un fenómeno fisiológico, debe entenderse como un producto social” (Yubero y Larrañaga, 1999:61).

#### *2.3.4. La vejez desde el punto de vista de los actores*

Hablar de imágenes de la vejez es un tema que debe correr en una doble dirección: por un lado, la imagen que los otros tienen de las personas mayores y por otro, la que ellas tienen de sí mismas (Yubero y Larrañaga, 1999). Ambas imágenes forman una díada insoslayable en la construcción y reconstrucción de imágenes de la vejez. Para De Beauvoir (1970: 348), la imagen de la vejez es “una representación de lo que somos a través de la visión que los otros tienen de nosotros”.

Lo que dicen los demás (los otros) sobre lo que la persona mayor es, muchas veces se encuentra contrapuesto con lo que la persona mayor quiere ser. Navarro (1999) afirma que se ha documentado que es preponderantemente la actitud de los demás, y no los propios deseos o el estado físico de la persona mayor, la que habitualmente marca la adopción de una conducta “adecuada a la edad”. Lo anterior –continúa Navarro– limita la acción de los sujetos, quienes se abstienen de realizar cosas que aún pueden hacer sin contratiempos físicos, e incluso ignoran actividades que les agradan por temor a provocar la hilaridad ajena. No obstante, es el comportamiento de los demás, lo que permite a la persona tomar conciencia de su propia edad. Al respecto, De Beauvoir (1970:340) dice que la compleja verdad de la vejez es “una relación dialéctica entre mi ser para el otro, tal como se define objetivamente, y la conciencia que tomo de mí mismo a través de él”.

Pero la imagen de la persona mayor no se suscribe al orden de lo relacional (entre ellas y los otros), la imagen que la persona mayor tiene de sí misma no puede configurarse aparte de la edad fisiológica. “La imagen que se tiene de uno mismo puede cambiar cuando comienza a darse cuenta de que los cabellos se vuelven grises o más escasos, cuando aparecen las arrugas y la sequedad de la piel y aumenta el peso” (Mishara y Riedel, 2000: 25). Sin embargo, estos cambios fisiológicos no tendrían significado fuera de un contexto social, actualmente caracterizado por un culto a la estética, objetivable en el auge de la industria cosmética que invita a ocultar o reparar las huellas del tiempo marcadas en el cuerpo. Es por eso que la imagen que las personas tienen de sí mismas tampoco puede sustraerse de la edad social. En este sentido Améry (2001:64) afirma:

—el envejecer es una enfermedad y como tal es vivida por nosotros— no nace sólo del hecho de que por una lado percibimos cada vez más nuestro cuerpo como despojo mortal, mientras que por el otro este despojo se desarrolla cada vez más como tal; se

manifiesta incluso en la contradicción social y el yo que nace a partir del cuerpo sufriente, el yo corpóreo, que es al mismo tiempo revestimiento y cosa revestida.

Se distinguen por lo menos dos imágenes que las personas mayores tienen de sí mismas: una de rechazo y otra de admisión. La primera de ellas se caracteriza por la negación. Ser viejo es una categoría a la que no se quiere pertenecer (Navarro, 1999; Antequera-Jurado 1998), y una manera en que las propias personas mayores quieren escapar de ella y de la marginación que trae consigo es auto-distanciándose, denunciando como viejos a aquellos sujetos que aunque iguales en edad a ellos, no lo son en cuanto condición étnica, económica y/o cultural (Fericgla, 2002).

La segunda imagen que las personas mayores tienen de sí mismas se caracteriza por el acogimiento de la vejez como una vía directa para acceder a coartadas que le autoricen a disminuir exigencias, ya que “es menos fatigoso abandonarse a ella que negarla” (De Beauvoir, 1970: 342).

Debido a que las imágenes que los sujetos se forman de sí mismos hunden sus raíces en la diversidad de lecturas, que éstos extraen de la estructura de relaciones en las que se encuentran inmersos (Yubero y Larrañaga, 1999), así como en la interpretación que hacen de lo corpóreo (Améry, 2001), es posible decir que la vejez desde el punto de vista de los actores está entrecruzada con la edad social, y la edad fisiológica.

### *2.3.5. La vejez desde el punto de vista holístico*

El término holístico alude a los sistemas como una totalidad (Arroyo, 2002). En este sentido, el proceso de envejecimiento es una totalidad que “refleja las influencias de la genética, el ambiente físico y social, así como la organización de la conducta individual, dejando atrás la concepción de envejecimiento meramente cronológico, en donde sólo se reduce a un límite de tiempo y a registros convencionales” (Trujillo, 1999: 8). Es por eso que la edad cronológica, la edad fisiológica, la edad social y la imagen que tienen las personas mayores de sí mismas son categorías de análisis indivisibles cuando se habla de vejez.

El análisis de la vejez desde una perspectiva holística cobra cada vez más importancia. Por ejemplo, la OMS (2004) ha reiterado la importancia de adoptar este enfoque, con la intención de incluir la totalidad del ciclo vital en el cuidado de la salud de las personas mayores. Además el estudio del envejecimiento desde el punto de vista holístico está vinculado de manera estrecha con la gerontología, ya que para esta disciplina el estudio de la vejez tiene que abarcar la relación entre los cambios biológicos, sociales y psicológicos de las personas (Cárcamo, Labra, Mancilla y Rivas, 2003).

A pesar de lo ya discutido, decidimos partir del criterio de la edad cronológica<sup>20</sup> porque resulta el más práctico a la hora de establecer un parámetro para la selección de la muestra. Pero también creemos que delimitar la vejez a partir de la edad cronológica no se contraponen con los conceptos desarrollados en la edad fisiológica, la edad social, la edad desde el punto de vista de los actores y la edad desde el punto de vista holístico. Más bien creemos que éstas mantienen una relación de interdependencia y complementaria.

---

<sup>20</sup> Pero no por eso ignoraremos dimensiones importantes vinculadas a ella, como el género, la escolaridad, el estado de salud, la residencialidad y algunos otros elementos de índole sociodemográfica.

La edad cronológica es la que permite discriminar las personas que serán susceptibles de ser entrevistadas, mientras que las otras perspectivas aportan al criterio cronológico la posibilidad de configurar el significado de la vejez y del maltrato. El número de años cumplidos, trae efectos fisiológicos, los cuales, al igual que la edad, son interpretados tanto socialmente como por las personas mayores. Como se discutirá en la sección de resultados la idea que las personas mayores tienen sobre sí mismos, abarca tanto la edad cronológica, como sus impactos en el cuerpo fisiológico y en el cuerpo social. Por eso consideramos que tomar la edad cronológica como punto de partida no significa renunciar a las otras perspectivas desde donde se puede leer la vejez.

#### **2.4. Principales líneas teóricas en el estudio de la violencia familiar hacia las personas mayores.**

En el estudio de la violencia familiar hacia las personas mayores se identifican distintas perspectivas teóricas. Dentro de éstas destacan la teoría interaccionista, la perspectiva de la economía política, la perspectiva construccionista-feminista, la perspectiva de género y el enfoque ecológico.

##### **2.4.1. La teoría de la interacción social**

La teoría de la interacción social, cuyos precursores fueron Blumer y Simmons, se centra en la manera en que las personas se adaptan y responden a la etapa de la vejez. Expone que los estilos de vida se gestan desde el interior de la sociedad misma y fuera de los procesos de interacción entre sus miembros. Desde este enfoque el maltrato y la negligencia son vistos como una consecuencia de la interacción, ya sea dentro de las familias o dentro de las instituciones. También sostiene que el maltrato y la negligencia emergen debido a que el envejecimiento biológico y social suele cambiar la posición que ocupan las personas mayores dentro de los grupos sociales en que interactúan, lo cual puede cuestionar la identidad de los ancianos y producir estrés en sus relaciones sociales. Adoptar la perspectiva de la interacción social implica configurar el maltrato y la negligencia a la luz de una relación abigarrada entre la persona mayor, cuidadores y/o convivientes y el impacto que producen en ambos los procesos de envejecimiento. Dicha relación compleja está guiada por estereotipos negativos sobre el envejecimiento, los cuales afectan la percepción de la vejez tanto propia como la de los otros (Phillipson, 2000, citado en Decalmer y Glendenning, 2000). De acuerdo con Phillipson (2000, citado en Decalmer y Glendenning, 2000), la perspectiva interaccionista se centra en la resolución del maltrato a través de la negociación de una nueva identidad para las personas mayores.

##### **2.4.2. La economía política**

La economía política, en oposición a la perspectiva interaccionista, analiza la influencia de la sociedad en las personas mayores, tanto en el interior de sus familias como fuera de ellas. Esta línea teórica argumenta que el maltrato hacia las personas mayores se deriva de las distintas formas en que la sociedad margina a sus integrantes de mayor edad (Phillipson, 2000, citado en Decalmer y Glendenning, 2000).

Para las perspectivas críticas, la vejez es un estatus construido tanto de forma biológica como de forma social, "... las experiencias que afectan a los ancianos se pueden considerar producto de una determinada división del trabajo y de una estructura de desigualdad más que como un resultado natural del proceso de envejecimiento." (Phillipson, 2000, citado en Decalmer y Glendenning, 2000: 117). De esta perspectiva se han derivado propuestas

como las de Alan Walker y Peter Townsend (1970), para quienes la dependencia en la vejez es una construcción social que se produce con la exclusión forzada de los ancianos del trabajo, así como de las experiencias de pobreza, institucionalización y restricción de las funciones domésticas y ciudadanas. Estees (1979) por su parte acuñó el término “el negocio de la vejez” para señalar que las personas mayores son consideradas como un artículo de consumo (Phillipson, 2000, citado en Decalmer y Glendenning, 2000).

En resumen, la economía política aporta al estudio del maltrato y la negligencia hacia las personas mayores, la posibilidad de situar las luchas de los cuidadores/convivientes y de las personas en un plano ideológico y de recursos políticos y sociales. Para esta perspectiva la solución al problema del maltrato y la negligencia se debe planear en una doble dirección: como asunto de política social, así como una cuestión relacionada con las disfunciones familiares (Phillipson, 2000, citado en Decalmer y Glendenning, 2000).

#### *2.4.3. El feminismo-construccionista*

Para la perspectiva feminista-construccionista, el abuso y negligencia hacia las personas mayores es un constructo que refleja el intento de encasillar este problema en el ámbito de lo individual, emanado de las relaciones interpersonales enmarcadas en familias disfuncionales; o bien, como producto de conductas ilegales o criminales de unos miembros de la familia hacia otros. Este enfoque considera que muchas de las dependencias de las personas mayores, inicialmente fueron creadas por el Estado y por los intereses de la economía. Dichas dependencias fueron fomentadas mediante el florecimiento de la gerontología, acompañado de un crecimiento exponencial en la industria del cuidado. Esto ha reforzado la construcción de las personas mayores como dependientes y por lo tanto como una carga para la sociedad, lo cual alimenta de manera alarmante el conflicto intergeneracional (Harbison, 1999a).

Según la perspectiva construccionista, en la sociedad contemporánea prevalece una idea “terapéutica”, donde el maltrato es visto como un asunto de familia y como tal debe ser resuelto, la familia debe recibir atención terapéutica para resolver un problema que está en su seno. Esto les da menos oportunidad a las personas mayores de poder protestar en masa acerca de sus condiciones y necesidades. Por lo tanto, las personas mayores reciben poco soporte para tomar parte en el combate al maltrato a nivel societal (Harbison, 1999a).

Para la perspectiva feminista-construccionista, la trayectoria del abuso a las personas mayores y la negligencia debe cambiar en una nueva dirección: empoderar a las personas mayores para que sean ellos quienes eduquen a sus pares sobre el abuso y negligencia con base en sus propias experiencias. Esta propuesta sugiere que los profesionales sean colaboradores o asistentes en el proceso de prevención y asistencia del maltrato y la negligencia (Harbison, 1999a).

Para las teóricas feministas es importante subrayar cómo el poder de las estructuras dentro de una sociedad asegura o perpetúa la sujeción de las personas mayores a la opresión y a las desventajas económicas. Por eso ellas insisten que el abuso contra las personas mayores debiera ser una cuestión pública en la cual el cambio no sólo se diera en el cambio actitudes hacia la vejez en la sociedad, sino mediante políticas sociales en las que los ancianos participen activamente en los distintos programas; ya que si la atención al abuso y negligencia queda solo en manos de los expertos, se le quita a las personas mayores la oportunidad de explorar colectivamente su entendimiento y aportaciones para enfocar la



atención a este problema. Además, se les priva de cambiar y/o corregir sustantivamente los estereotipos de la vejez (Harbison, 1999a).

En cambio, cuando se ve a las personas como agentes de sus propias vidas, es entender que las condiciones y circunstancias del maltrato están basadas en sus propias experiencias en lugar de interpretaciones hegemónicas de los otros. Harbison (1999a) sustenta lo anterior en la premisa de que el maltrato a las mujeres se empezó a construir por las propias mujeres y que deberían ser las propias personas mayores las que deberían construir, o por lo menos educar a sus pares sobre el abuso y la negligencia con base en sus propias experiencias, y que en este proceso los profesionales podrían colaborar o ser asistentes.

En conclusión, para el enfoque construccionista-feminista el abuso y la negligencia hacia las personas mayores necesitan transitar de la mano de los expertos en violencia familiar, hacia un espacio donde las personas mayores participen en la intervención y prevención de este problema (Harbison, 1999a).

#### **2.4.4. La perspectiva de género**

Desde la perspectiva de género se propone estudiar al género y a las relaciones de género como algo fundamental en la vida social, incluyendo las vidas de hombres y mujeres; invita a reflexionar sobre las relaciones de poder no equitativas entre los sexos. El poder debe ser un elemento central para entender el contexto histórico específico en el que ocurre el abuso (Chrichton y otros, 1999).

Desde este enfoque se considera que hasta hoy los modelos que se han ofrecido para explicar la violencia hacia las personas mayores son inadecuados. Según Wittaker (1996), los tres modelos teóricos que han predominado son: el estrés situacional, la patología de la persona agresora y el de la violencia familiar.

El modelo del estrés situacional se enfoca en las condiciones sociales que causan el estrés y minan las relaciones intrafamiliares y/o el buen funcionamiento institucional, así como en el estudio de los valores y las prácticas culturales que favorecen la violencia social y el maltrato hacia las personas mayores. Este modelo expone que la acumulación de estrés (social y laboral) y la interacción con ciertos factores en el ámbito familiar y/o cultural culmina con la agresión hacia las personas mayores. Bajo este enfoque los cuidadores y/o convivientes de éstas pueden ser consideradas como víctimas de las condiciones sociales adversas que experimentan (Muñoz, 2004a).

Para el segundo modelo, el de la patología de la persona agresora la causa de la violencia se halla en las características patológicas del cuidador (trastornos neuróticos o psicóticos, uso de drogas, etc.) (Muñoz, 2004a).

Finalmente, el enfoque centrado en la violencia familiar, propone considerar como violencia familiar a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan de modo permanente o cíclico al vínculo familiar, e identifica las siguientes categorías: maltrato infantil, violencia conyugal y maltrato a las personas mayores (Corsi, 1999).

Wittaker (1996) cuestiona los tres modelos antes expuestos. Primero argumenta que analizar la violencia hacia las personas mayores bajo la correlación estrés del cuidador-maltrato, se encuentra anclada a ideas estereotipadas de la vejez que suponen una relación simbiótica de ésta con la dependencia; por lo tanto las estrategias propuestas desde esta perspectiva para la atención del problema, tienden a centrarse en reducir el estrés de las

personas que prestan el cuidado con el riesgo de olvidar la violencia familiar como eje nuclear.

Con relación al modelo que propugna la patología de la persona agresora, Wittaker (1996) cree que entender la violencia familiar hacia las personas mayores desde esta perspectiva es ignorar que en las familias puede existir algo intrínsecamente violento, además se refuerza el modelo ideal de la familia como espacio armónico, de tal forma que la violencia tendría origen en un elemento singular: la incompetencia (física o mental) de la persona cuidadora.

Finalmente, considera que el modelo de la violencia familiar defiende que el maltrato y la negligencia hacia las personas mayores es una más de las rutas que el espectro de la violencia familiar recorre, y los malos tratos a las personas adultas mayores se convierten en un síntoma de lo que no va bien en ciertas familias, por lo tanto se puede suponer que la violencia sólo se produce en familias trastornadas sugiriendo que no hay elementos macrosociales que reconstruir; además no abunda en el significado de género y de la edad de los actores (Wittaker, 1996).

La inadecuación de los modelos –dice Wittaker– para comprender la violencia hacia las personas mayores deviene de la sobrevaloración de ciertas características individuales y familiares como disfuncionales y por lo tanto perfectibles a través de estrategias médicas. Así que una base teórica adecuada tendría que situar el problema en la estructura social general, trascendiendo los conceptos de salud y bienestar para dar la misma importancia a la edad y al género (Wittaker, 1996).

Las políticas sociales desde la perspectiva de género se deben enfocar a las necesidades particulares según los grupos minoritarios y culturales a los que pertenecen las personas mayores. De igual manera la edad debe ser un elemento central; las mujeres mayores difieren de las mujeres jóvenes. Por ejemplo, los mayores intereses de las mujeres jóvenes que sobreviven a la violencia pueden ser primordialmente financieros; mientras que los intereses de las personas mayores están concentrados no solo en sus recursos financieros, sino también sobre sus necesidades o las de sus seres queridos en materia de salud de servicios sociales. Por todo lo anterior se deben considerar las particularidades de las mujeres mayores como separadas y únicas (Harbison, 1999a).

#### ***2.4.5. El enfoque ecológico***

Por su parte, el enfoque ecológico propone que las distintas realidades: familiar, social y cultural, pueden entenderse como un todo articulado, como un metasistema conformado por diversos subsistemas que mantienen una relación dinámica (Corsi, 1999). Desde la perspectiva ecológica se debe considerar de manera simultánea los distintos contextos en que se desarrolla la persona mayor, con la intención de no reducirla y no aislarla de su entorno ecológico (Corsi, 1999). Dichos contextos se conocen bajo este enfoque como: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

El microsistema es un entorno en el cual las personas pueden interactuar cara a cara fácilmente (el hogar, la guardería, etc.,) (Bronfenbrenner, 1987). Dentro del microsistema Schiamberg y Gangs (1999) sitúan las características individuales de las personas que interactúan cara a cara, en términos de los objetivos de nuestro estudio estaríamos hablando de las características de los ancianos y de algunas características de sus hijos.

El mesosistema, dice Bronfenbrenner (1987: 44) “comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (por ejemplo, para un niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, entre la familia, el trabajo y la vida social)”. En el caso de personas mayores, el mesosistema se conforma de redes de apoyo, tanto formales como informales (Schiamberg y Gangs, 1999).

En tanto que, un exosistema se refiere a “uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como un participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno” (Bronfenbrenner, 1987: 44). Por ejemplo, en el caso del maltrato de hijos a padres, el trabajo del hijo (siempre y cuando no sea el mismo lugar de trabajo del padre) es un exosistema (Schiamberg y Gangs, 1999).

Finalmente, el macrosistema “se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro, meso- y exo-) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias” (Bronfenbrenner, 1987: 45). En el caso del maltrato y negligencia hacia las personas mayores tiene que ver con el sistema de creencias construido alrededor de la vejez.

Schiamberg y Gangs, (1999) consideran que dada la complejidad del maltrato hacia las personas mayores, así como la de los factores de riesgo, ya que éstos últimos están relacionado a los individuos, al contexto socioeconómico y a la interacción entre la persona y el contexto, la aplicación de la perspectiva ecológica puede ser la mejor opción para una mayor comprensión del maltrato a las personas mayores.

De acuerdo con los autores antes mencionados, estudiar los factores de riesgo del maltrato y la negligencia desde un enfoque ecológico tiene una doble ventaja: por un lado proporciona un marco para desarrollar intervenciones apropiadas, y por otro se constituye como un vehículo para un mejor entendimiento de carácter intergeneracional sobre la calidad de vida de las personas mayores (Schiamberg y Gangs, 1999),

Bajo el enfoque ecológico, los factores de riesgo se identifican en sistemas específicos. Así, los factores que se ubican en el macrosistema son: las normas culturales, el viejismo, el sexismo, las actitudes sociales hacia la violencia, las actitudes sociales hacia la discapacidad, así como políticas públicas inadecuadas o la ausencia de estas (Schiamberg y Gangs, 1999).

En el exosistema, por su parte, se encuentra: la situación laboral de los hijos de la persona mayor, los recursos financieros con los que cuentan los primeros, así como el aislamiento social y la ausencia de soportes formales que apoyen a los hijos en el cuidado de sus padres.

El mesosistema está compuesto por el aislamiento de la persona mayor y por la ausencia de soportes formales como los centros de día (Schiamberg y Gangs, 1999).

Mientras que los factores de riesgo enmarcados en el microsistema son la dependencia, la cohabitación, una historia de abuso, la transmisión intergeneracional de la violencia y las demandas multigeneracionales (Schiamberg y Gangs, 1999).

Finalmente, existen factores de riesgo individuales, es decir características propias tanto de las personas mayores como de sus hijos; entre las primeras se encuentran: el género

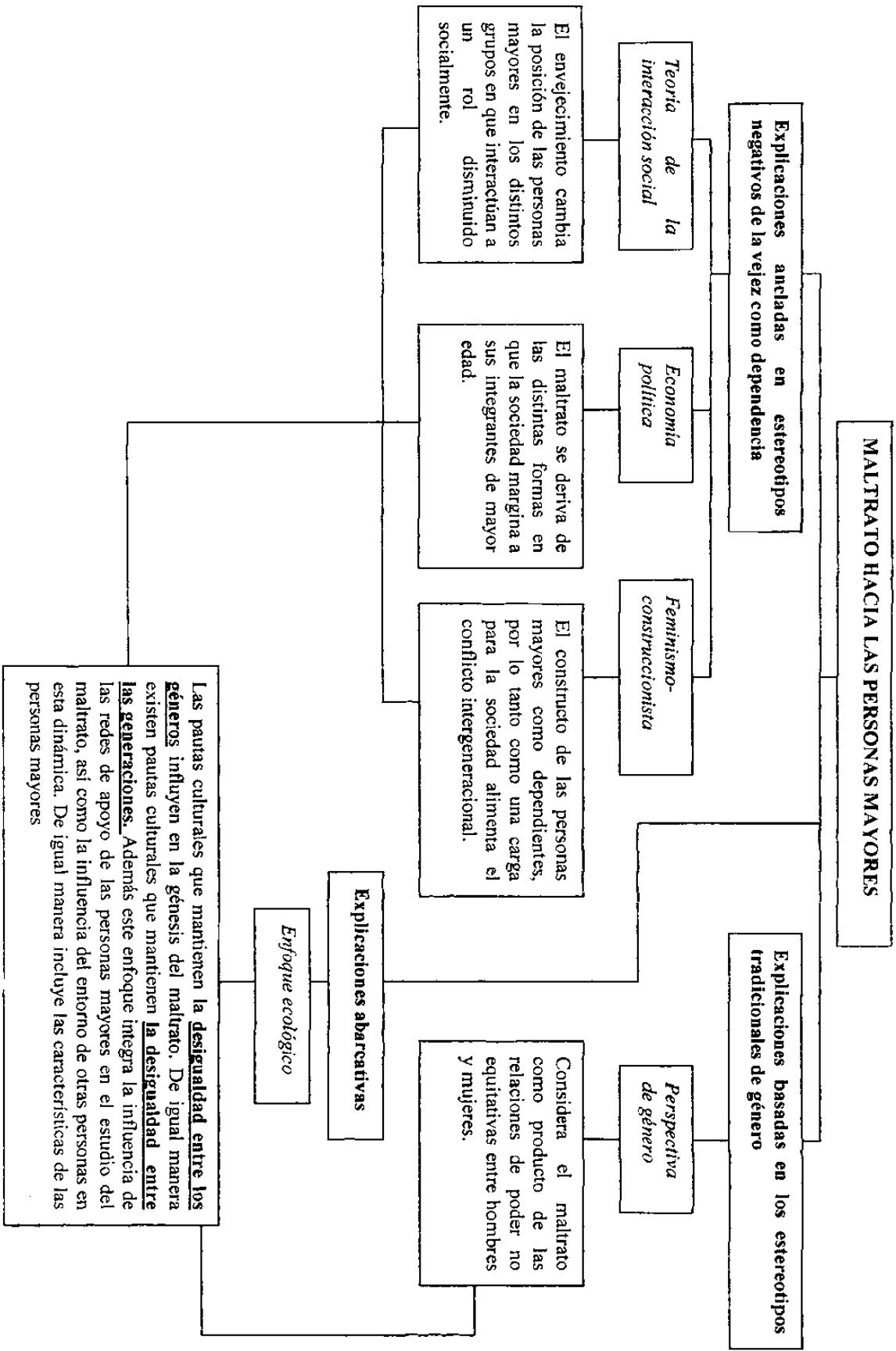
(aunque para nosotros, como se expone en el apartado sobre factores de riesgo, éste forma parte del macrosistema), el estado civil, la edad cronológica, los problemas de salud/demencia, conductas provocadoras, abuso de sustancias y factores psicológicos. Los factores individuales propios de los hijos son: el abuso de sustancias, enfermedad mental y/o emocional, estrés o agotamiento, problemas de personalidad y ausencia de soporte social para cuidar de la persona mayor (Schiamberg y Gangs, 1999).

Para concluir este epígrafe recapitulamos lo más importante de cada una de las perspectivas teóricas que abordan el tema del maltrato hacia las personas mayores y que se han mencionado en este estudio. *Para la teoría de la interacción el maltrato hacia las personas mayores es una consecuencia de las interacciones que ésta tienen al interior de la familia y al interior de las instituciones.* La economía política por su parte ancla su explicación del origen del maltrato a condiciones macrosociales como la marginación hacia las personas mayores. El feminismo-construccionista considera que el maltrato se perpetúa cuando se le encasilla en el ámbito de lo individual, o cuando se le considera como un problema de familias disfuncionales. La perspectiva de género considera que la violencia tiene su origen en las inequidades de poder entre hombres y mujeres. Pese a las importantes aportaciones de cada una de los enfoques antes mencionados, consideramos que sus explicaciones se basan sólo en un ángulo específico del maltrato.

El enfoque ecológico por su parte, argumenta que en la génesis del maltrato intervienen realidades tanto familiares, como sociales y culturales y que éstas deben estudiarse como un todo articulado y dinámico. Esta perspectiva recupera la idea de que el maltrato hacia las personas mayores se puede generar en la interacción de las personas (teoría de la interacción), pero esta interacción se encuentra matizada por un contexto social, económico y político específico (economía política), las interacciones y el marco social económico y político específico se interpretan y reinterpretan de manera distinta según se trate de hombres y mujeres (perspectiva de género) (**figura 1**).

Por lo anterior, en este trabajo nos decantamos por el empleo del enfoque ecológico como marco teórico para analizar el maltrato hacia las personas mayores porque creemos que esta perspectiva, a diferencia de la teoría de la interacción, de la economía política, del feminismo construccionista y de la perspectiva de género, estudia de manera más abarcativa la extraordinaria complejidad del maltrato.

Figura 1. Perspectivas teórico explicativas del maltrato hacia las personas mayores



## 2.5. Violencia familiar hacia las personas mayores

### 2.5.1. *Conceptualización*

El término violencia alude a una conducta destructiva y a menudo es usado en un sentido genérico para describir varios tipos de maltrato (Hudson, 1991): físico, emocional, económico, sexual, etc. La violencia puede ser social (institucional, guerras) o interpersonal (familiar).

A menudo la noción de violencia familiar es confusa, de manera que términos como violencia de género, violencia doméstica y violencia familiar se usan indistintamente. Sin embargo, nosotros consideramos importante mencionar que aunque estos tipos de violencia están interrelacionados entre sí, no significan necesariamente lo mismo.

La violencia de género comprende los múltiples dispositivos a través de los cuales se intenta perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal. Es una violencia que se ejerce hacia las mujeres a nivel estructural, con la intención de mantener o incrementar su subordinación al género masculino. En tanto, la violencia doméstica es una forma de violencia de género, tiene lugar en el espacio doméstico<sup>21</sup> y mantiene el mismo objetivo que la violencia de género: ejercer control y dominio sobre la mujer para conservar o aumentar el poder del varón en la relación. Por último, la violencia familiar hace alusión a todas las formas de abuso de poder que se desarrollan en las relaciones familiares (Corsi, 2004).

Para algunos teóricos (Bennett, Kingston y Penhale, 1997, citados en Daichmann, 2004) el abuso y la negligencia hacia las personas mayores se puede ubicar en tres niveles: macro, medio y micro. El nivel macro abarca aquellas conductas societarias abusivas como el pago de pensiones y jubilaciones inadecuadas, la dificultad en el acceso a servicios de salud y el maltrato institucional. En el nivel medio se encuentran las actitudes y conductas comunitarias como la victimización y el “viejismo”. El nivel micro se refiere a aquellas conductas que por acción u omisión provoquen daño a la persona mayor y se producen en el contexto doméstico.

Pese a los distintos escenarios (públicos o privados) en que puede representarse la violencia, existe un común denominador: el ejercicio del poder. La violencia, social o interpersonal, “siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea, psicológica, económica, política, etc.)” (Corsi, 1999:30). El poder es un elemento que siempre atraviesa las relaciones interpersonales; en otras palabras, todo tipo de relación (de producción, de alianza, de familia, de sexualidad, etc.) contiene una relación de poder (Foucault, 1988, citado en Maldonado, 1994). Pero la relación de poder que subyace a toda relación interpersonal, en sí misma no es violenta, más bien la violencia se produce cuando existe un desequilibrio de poder. En la familia existen dos núcleos de desequilibrio de poder: el género y la edad (Corsi, 1999). Al respecto, Maldonado (1994) considera que

Es evidente que en la familia se da la jerarquía y distribución de poder según características etáreas y de género. El sexo y la edad de los miembros son factores determinantes para definir quien manda y quien obedece y sobre qué áreas de la vida

---

<sup>21</sup> El concepto espacio doméstico no se circunscribe al espacio físico de la casa o del hogar, se refiere más bien a aquel espacio delimitado por las interacciones en contextos privados (Corsi, 1999).

“privada” y “pública”: entre ellas sexual, afectiva, económica, ocupacional, laboral, doméstica, recreativa, etc... (Maldonado, 1994: 157).

Entonces, el desequilibrio en las relaciones de poder derivados de la edad y el género produce relaciones de abuso. De manera que cuando hablamos de violencia familiar, nos referimos a todas las formas de abuso en las relaciones entre los miembros de una familia. El abuso puede ser por acción o por omisión y ocasionar daño físico y/o psicológico (Corsi, 1999). Bajo esta lógica es fácil deducir que el maltrato hacia las personas mayores en el ámbito familiar, se constituye como una forma de violencia familiar. No obstante, el significado del término violencia familiar hacia las personas mayores se ha caracterizado por la falta de consenso (Glendennig, 2000). Esta falta de consenso descansa en la discusión de lo que debería incluirse y excluirse en la definición. Hasta hace poco tiempo no había una definición estandarizada sobre lo que es y lo que no es violencia familiar hacia las personas mayores (Daichmann, 2004). La **tabla 5**, nos brinda una idea de la variedad y dificultad que entraña este tema.

Una definición de abuso y negligencia hacia las personas mayores de carácter más global, indica que estos problemas se producen cuando las personas actúan en contra de los estándares de normas societales establecidas para este colectivo, o bien cuando las omiten sin importar la intencionalidad o no de hacerlo (Nahmiash, 1997, citada en Nahmiash, 2002). Esta definición subraya el papel de la sociedad enmarcado en los acuerdos y expectativas hacia las conductas y actitudes violentas y no violentas, e incluye la necesidad de analizar cómo las normas y los patrones se construyen, cambian e impactan los sistemas societales. En realidad, las formas de abuso social o colectivo han sido identificados como formas societales de abuso en la cual algunos maneras de interactuar con la persona mayor pueden afectar su dignidad personal y su identidad (Nahmiash, 2002).

La conceptualización de la violencia hacia las personas mayores ha recorrido un camino sinuoso. Como se ilustra en la **tabla 5** el consenso sobre lo que es y lo que no es violencia hacia este colectivo, por lo menos en la década de los ochenta, estaba lejos. Se identifican tres tipos de definiciones: una donde el maltrato se configura en una relación cuidador-cuidado, otra donde el maltrato se concibe como un espectro más de la violencia familiar y otra más donde el maltrato puede ser infligido por otros o autoinfligido.

Actualmente, para la *United States National Academy of Sciences* (Citada Lachs y Pillemer, 2004), el abuso a las personas mayores alude a todas aquellas acciones intencionales que causen daño a la persona mayor por parte de un cuidador u otra persona con la que ésta mantenga una relación de confianza; también se incluyen aquellas acciones (intencionales o no) que creen serios riesgos de daño, así como la negativa a satisfacer las necesidades básicas o para proteger a la persona mayor de recibir algún daño.

**Tabla 5. Principales conceptos sobre violencia familiar hacia las personas mayores**

Investigador	Concepto
O'Malley y otros, 1979	Infligir de forma intencionada daño físico, injurias o angustia psicológica debilitante, encierro injustificado o privación por parte del cuidador de servicios indispensables para mantener la salud física y mental.
Rathbone-McCaun, 1980	Una forma hasta ese momento no reconocida de violencia familiar.
O'Malley y otros, 1983	La intervención activa de un cuidador que crea o mantiene necesidades insatisfechas y tiene como resultado un daño físico, psicológico o económico... el fracaso del cuidador en satisfacer una necesidad básica, aun conociéndola y contando con los medios necesarios.
Johnson, 1986	Un estado de poder autoinfligido o infligido por otra persona innecesario para mantener la calidad de vida de las personas de edad avanzada.
Fulemer y O'Malley, 1987	Las acciones de un cuidador que crean necesidades insatisfechas. El fracaso de un individuo responsable de otro en responder adecuadamente.

Fuente: Glendenning (2000: 24, 25).

Por su parte, para Corsi (1999) el maltrato hacia las personas mayores es una forma de violencia familiar, e incluye todo acto que, por acción u omisión provoque daño físico o psicológico a una persona mayor por parte de un miembro de la familia. El maltrato comprende agresiones físicas, tratamiento despectivo, descuido en la alimentación, el abrigo, los cuidados médicos, el abuso verbal, emotivo y financiero, la falta de atención, la intimidación, las amenazas, etcétera.

Existe controversia sobre la ciclicidad y la intencionalidad como condiciones necesarias para que las acciones u omisiones sean consideradas violencia familiar. Para Corsi (1999) un caso de violencia se define como tal, sólo si la relación de abuso es crónica, permanente o periódica. En cambio Hudson (1991) considera que las acciones u omisiones pueden ser consideradas como violencia si son lo suficientemente frecuentes y/o intensas para producir cualquier tipo de daño: físico, psicológico, social y/o financiero. En este estudio no se consideró ni la frecuencia, ni la intensidad de las acciones u omisiones. Es decir, fue suficiente que las personas mayores manifestaran haber experimentando una sola acción u omisión para considerarlas en la sumatoria de indicadores de algún tipo de violencia.

En resumen, la violencia se considera como un concepto general que alude al maltrato hacia las personas mayores, así como otro tipo de conductas violentas. El maltrato puede darse tanto en el contexto de las relaciones familiares, como en las institucionales y existe discusión en torno a la ciclicidad, periodicidad e intensidad de la violencia. Para los fines



de este estudio, de todos los tipos de violencia a los que está expuesta la persona mayor, nos concentraremos exclusivamente en el maltrato que se da en el contexto familiar; entendida éste como todo acto que por acción u omisión provoque daño físico o psicológico a una persona mayor por parte de un miembro de la familia. Queremos aclarar también que en este trabajo (aunque y a pesar de su interrelación no significan lo mismo), los términos violencia familiar y maltrato serán considerados como sinónimos.

### ***2.5.2 Elementos que dificultan la conceptualización de la violencia familiar hacia las personas mayores***

Para Decalmer (2000), una de las principales causas de la imprecisión en la definición tiene su origen en la falta de comunicación interdisciplinaria. Es decir, el maltrato hacia las personas mayores ha sido abordado desde distintas perspectivas: la de la víctima, la del médico, la de la enfermera, la de los organismos, la de los asistentes sociales y la de la política comunitaria; todas estas posiciones lejos de mantener un diálogo se han apegado a sus orígenes deontológicos, lo cual ha generado falta de claridad en la definición.

Por su parte, Phillipson (2000, citado en Decalmer y Glendenning, 2000) considera que, a diferencia del cuidado de los niños, el cuidado de las personas mayores no está delineado por normas sociales claras, y justamente ahí radica una de los principales causas de la ambigüedad de la noción de maltrato hacia las personas mayores.

Desde una perspectiva médica, Lasch y Pillemer (2004) manifiestan que diagnosticar maltrato físico a una persona mayor es una tarea complicada, ya que algunos síntomas de este tipo de violencia suelen ser comunes a ciertas enfermedades que afectan a este colectivo. De manera que la pérdida de peso en una persona mayor, puede deberse a la privación de alimentos, cuidados o medicamentos, pero también puede deberse a padecimientos como el cáncer u otras enfermedades crónicas.

Desde un enfoque histórico la complejidad para comprender y reconocer la violencia familiar en general se teje desde dos procesos básicos: la invisibilización y la naturalización (Corsi, 2004). Ambos procesos se describen en los siguientes apartados.

#### ***2.5.2.1. Naturalización de la violencia familiar***

La noción de violencia familiar está rodeada de mitos, entre los principales se encuentran:

- Los casos de violencia familiar son escasos: no representan un problema grave
- La violencia familiar es producto de algún tipo de enfermedad mental
- La violencia familiar es un fenómeno que sólo ocurre en las clases sociales más carecientes
- El consumo de alcohol es la causa de las conductas violentas
- Si hay violencia, no puede haber amor en la familia
- A las mujeres que son maltratadas por sus compañeros les debe gustar; de lo contrario no se quedarían
- Las víctimas de maltrato a veces se lo buscan: “algo hacen para provocarlo”
- El maltrato emocional no es tan grave como la violencia física

- La conducta violenta es algo innato, que pertenece a la “esencia” del ser humano (Corsi, 1999: 36-39).

Estos mitos cumplen tres funciones: culpabilizan a la víctima, le impiden salir de la situación y naturalizan la violencia. Para que los mitos se encarnen en pensamientos, actitudes, o conductas requieren de un vehículo. Típicamente el vehículo o vehículos se materializan en aquellas instituciones que dentro de la comunidad, son verdaderas transmisoras de mensajes culturales (Corsi, 2004) y la familia es una de ellas.

La naturalización de la violencia familiar se manifiesta en el discurso popular, expresiones como: “La letra con sangre entra”, “Una buena paliza a tiempo evita problemas”, “A las mujeres hay que traerlas cortitas”, “Aquí hace falta una mano dura” (Corsi, 2004); y en el caso específico de la violencia familiar hacia las personas mayores, expresiones como: “Mi hijo probablemente necesitaba el dinero”, “La enfermera estaba muy ocupada”, “Sucede que es una persona muy difícil” o “Se rehusaba a recibir tratamiento” (HelpAge, 2002) reflejan un modelo cultural legitimador y naturalizador de la violencia. El “viejismo” que subyace en muchas de estas voces alimenta la naturalización del maltrato, ya que muchas personas mayores “no descubren los abusos porque, a su entender, ciertos comportamientos o estado de salud se debe sólo al proceso de envejecimiento” (Muñoz, 2004b: 34), por el contrario, se resignan ante las vejaciones sufridas e incluso ellas mismas se marginan y desvaloran (Cárcamo y otras, 2004).

Este “consenso” social, del cual da cuenta la voz popular atrapa a las personas que viven violencia familiar y les impide ser conscientes de sus derechos y de la manera en que están siendo vulnerados (Corsi, 2004). Por eso la naturalización se convierte en uno de los principales obstáculos para reconocer y comprender la violencia familiar.

#### ***2.5.2.2. Invisibilización de la violencia familiar***

Para Corsi (2004), la noción de familia como concepto abstracto y sacralizado constituye uno de los principales obstáculos en el proceso de revertir la invisibilización de la violencia. Conceptualizar a la familia como espacio idealizado, nutricio, proveedor de seguridad, afecto, soporte emocional, límites y estímulos es una percepción sesgada que ha entorpecido la posibilidad de visibilizar la otra cara de la familia como un escenario potencialmente patógeno, donde se pueden violar los derechos humanos, experimentar miedo e inseguridad y donde se aprenden formas violentas de resolver conflictos interpersonales.

Para que un fenómeno sea visible deben entrar en juego una serie de factores que condicionen la percepción social. De manera que un objeto puede ser visible según cumpla con dos condiciones básicas: tener inscripciones materiales que lo hagan perceptible y la disposición de herramientas y/o instrumentos del observador para percibirlos (Corsi, 2004).

En México, la visibilización parece un camino particularmente difícil de transitar, ya que aunque la violencia tenga inscripciones materiales a nivel social (los indicadores de violencia, la publicación de algunos casos en los medios de comunicación) y a nivel individual (cuerpos marcados por el maltrato, daños emocionales, etc.), los observadores parecen no poseer herramientas y/o instrumentos para reconocer la violencia en la familia. El no reconocimiento en parte está cimentado en un concepto idealizado de la familia. Según la Encuesta Nacional de Valores (1994, citada en Montes de Oca, 2004) los mexicanos regularmente asocian el concepto de familia con significados como unión, hijos,

amor, hogar, padres, comprensión, casa, cariño, educación, felicidad y apoyo. Para Salles y Tuirán (1996, citados en Montes de Oca, 2004) suponer que la familia es un espacio que cubre bajo su techo a todos sus integrantes, es un mito que oculta las muchas desigualdades entre sus miembros según su edad, sexo y parentesco. Además ignora otras formas de interacción familiar como los conflictos, las hostilidades y las negociaciones.

La idealización familiar favorece que algunas conductas como el desplazamiento de las personas mayores de la jefatura de sus hogares y la privación de su autonomía en el nombre del amor se perciban como algo “normal”, no como una conducta abusiva (Guilland y Picado, 2000).

Además de los mitos en relación con la familia, existen otros factores que contribuyen a la invisibilización de la violencia familiar. La Organización de las Naciones Unidas (2002) considera que el vínculo entre la víctima y el abusador hace especialmente dolorosa a este tipo de violencia. Otra publicación (HelpAge, 2002) subraya que las personas mayores no reconocen el maltrato porque eso significa admitir el rechazo y el abandono por parte de sus hijos. De acuerdo con Vinton, (1991, citado en Muñoz, 2004b) entre el 36 y el 40% de las personas mayores maltratadas no participan en los estudios por vergüenza, porque creen que los lazos familiares se pueden romper, por miedo a las represalias o porque padecen síndrome de dependencia.

Duncan, Webb, Horner, Davey y Kingsley (2002) mencionan que las personas mayores no reportan las situaciones de abuso de las que son víctimas por varias razones entre las que se encuentran: miedo a las consecuencias familiares, miedo a ser abandonados o “echados del hogar”, la dependencia es otra razón. Estos autores consideran que las personas mayores necesitan ayuda de sus familias y por eso callan si son víctimas de maltrato, a veces sufren demencia y por eso no denuncian o bien tienen baja autoestima, o sienten que son una carga para los otros.

La invisibilización de la violencia familiar hacia las personas mayores representa un serio obstáculo para su abordaje (HelpAge, 2002), que se acentúa cuando algunos autores (Muñoz, 2004b; MacPerson, 1990, citado en Wittaker, 1996) consideran que el maltrato a las personas mayores es quizá la forma de violencia familiar más oculta y desconocida.

Nosotros coincidimos con la idea de que el maltrato hacia las personas mayores probablemente sea la forma de violencia familiar más oculta y desconocida. Creemos que la proposición del necesario y absoluto autosacrificio de la madre en que se fundamenta la estructura de la familia mexicana (Díaz-Guerrero, 1999) la lleva a *naturalizar* acciones como el desinterés por su persona, la falta de apoyo por parte de sus hijos para realizar actividades de la vida diaria, la negligencia emocional de sus hijos hacia ella, ya que bajo la premisa antes dicha es ella quien debe cuidar a los otros y no viceversa. Además de que existe la tendencia en familias mexico-americanas a considerar el problema de la violencia familiar como un asunto privado (Franco, Gray, Gregware y Meyer, 1999), por lo tanto es un tema velado hacia los otros, hacia los que no son miembros de la familia.

### ***2.5.3. Tipologías de la violencia hacia las personas mayores***

Existe una diversidad de tipologías sobre la violencia hacia las personas mayores. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen tres grandes categorías de violencia que las personas mayores de ocho países (Argentina, Austria, Brasil, Canadá, India, Kenya, Líbano y Suecia) identifican:

- a) **Negligencia:** Aislamiento, abandono y exclusión social.
- b) **Violación:** de los derechos humanos, jurídicos y médicos.
- c) **Privación:** de opciones, decisiones, jerarquía social, recursos económicos y respeto (ONU, 2002).

HelpAge, por su parte, considera que la violencia hacia las personas mayores puede dividirse en: violencia física, violencia psicológica o emocional, negligencia y abandono, violencia sexual, violencia económica o financiera, violencia cultural y violencia estructural o institucional.

Para Lachs y Pillemer (2004: 1264) existen cinco tipos de maltrato:

- a) **Maltrato físico:** que incluye aquellas acciones que tienen la intención de causar daño o sufrimiento.
- b) **Maltrato psicológico:** definido como aquellos actos con la intención de causar daño o sufrimiento emocional.
- c) **Violación.**
- d) **Explotación material** que involucra la apropiación inadecuada del dinero o las propiedades de la persona adulta mayor, y
- e) **Negligencia u omisión de cuidados** destinados a atender las necesidades de una persona dependiente.

Bass, Anetzberger, Ejaz, y Nagpaul (2002) consideran que la violencia hacia las personas mayores se divide en:

- a) **Abuso físico:** identifican dos tipos de abuso físico: aquel infligido por otros y el autoinfligido. Abuso por otros: infligir o causar daño, dolor o sufrimiento a una persona mayor a través de otra. Auto-abuso: una forma de daño físico que ocurre cuando una persona mayor se causa daño, dolor o sufrimiento a sí misma.
- b) **Abuso sexual:** contacto de tipo sexual, forzado, no consentido.
- c) **Abuso psicológico:** Infligir angustia mental, amenazas, abuso emocional, obligar a presenciar el abuso de otros, aislamiento, o ataques contra la propiedad y otros actos de intimidación hacia la persona mayor por parte de otra persona.
- d) **Negligencia:** Negligencia física: No cumplimiento por parte del cuidador para proveer la satisfacción de bienes y servicios a la persona mayor. Negligencia emocional: Incumplimiento del cuidador para proporcionar soporte social o emocional adecuado o estimulación a una persona mayor. Abandono: Abandono de la persona mayor por parte del cuidador. Autonegligencia: fracaso de una persona mayor de proporcionarse a sí misma la satisfacción de bienes y servicios necesarios.
- e) **Explotación:** Abuso financiero: uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de las personas mayores.
- f) **Violación de derechos:** negación de los derechos humanos conferidos a la persona mayor, mediante un proceso legal.

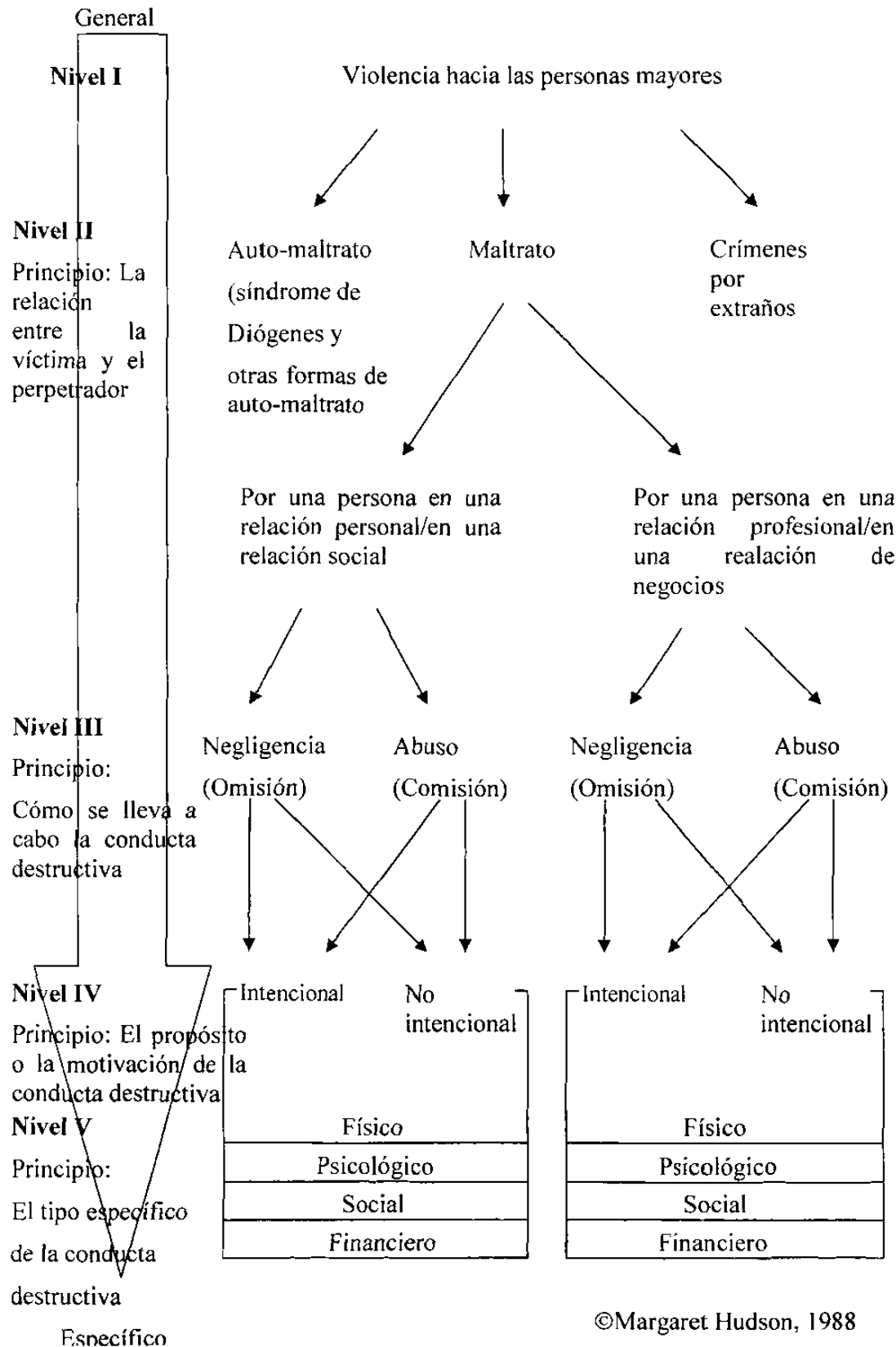
Por su parte, Duncan y otros (2002) identifican los siguientes tipos de violencia hacia las personas mayores:

- a) **Abuso físico:** infligir daño físico, o amenazar con usar la fuerza.
- b) **Abuso social:** restricción de la libertad social y aislamiento de la familia y/o amigos.
- c) **Abuso psicológico:** Conductas tales como causar angustia emocional o mental o miedo.
- d) **Abuso sexual:** el abuso y la explotación sexual involucra amenazas, fuerza o la inhabilidad de la persona para dar consentimiento.
- e) **Abuso material/financiero:** Apropiación ilegal o explotación y/o uso de fondos económicos u otros recursos.
- f) **Negligencia:** el fracaso para proporcionar, o permitir a otros proveer, las necesidades básica de una persona mayor (no incluye auto-negligencia)

Las propuestas hasta aquí presentadas ofrecen distintas formas en que se puede discriminar la violencia hacia las personas mayores; algunas de ellas describen los tipos de maltrato a nivel social, otras a nivel familiar, otras ofrecen una mezcla de ambos niveles. Podemos identificar tipologías que describen la condición general del maltrato, otras que describen sus manifestaciones. Aunque estas taxonomías son correctas, nos parece que la propuesta de Hudson (1991) (**figura 2**) nos ayuda a desentrañar la complejidad de las tipologías de los tipos de maltrato. El esquema propuesto por esta autora nos permite observar los niveles y particularidades, así como los distintos elementos que entran en juego al momento de caracterizar los tipos de violencia hacia las personas mayores.

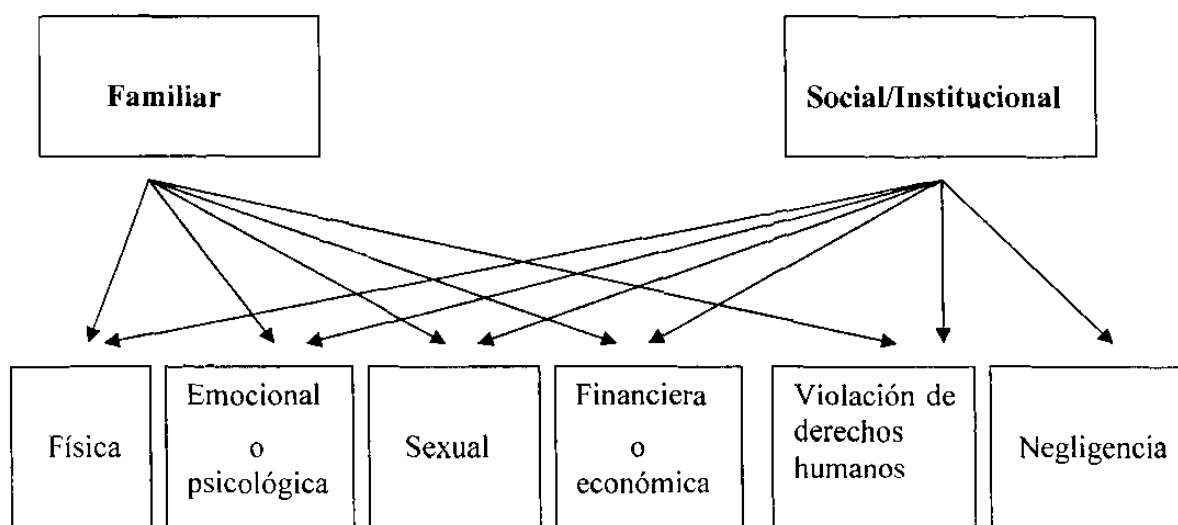
Como se puede observar en la **figura 2**, para Hudson (1991) la violencia hacia las personas mayores se da en cinco niveles. En el primer nivel se encuentra la violencia de manera general, el segundo nivel se delinea según la relación entre la víctima y el perpetrador y puede ser: automaltrato, crímenes cometidos por extraños y maltrato. Hudson (1991) considera que el maltrato puede darse en el contexto de una relación interpersonal/social, así como en el contexto de una relación profesional o de negocios. El tercer nivel se identifica de acuerdo a la manera en que la conducta destructiva se realiza, y puede ser por omisión (negligencia) y por comisión (abuso). El cuarto nivel lo marca el propósito o motivación de la conducta destructiva: intencional o no intencional. Finalmente el quinto nivel alude a los tipos de la conducta destructiva: física, psicológica, social y financiera.

**Figura 2.**  
**Taxonomía del maltrato a las personas mayores a través de un panel Delphi de expertos**



Con base en la **figura 3** se identifican dos ámbitos en los cuales se da la violencia hacia las personas mayores: la familia y la sociedad, tanto en el escenario familiar, como en el social, la violencia y la negligencia puede ser de distintos tipos. A nivel familiar el acto violento es ejecutado por un familiar: hijos, nietos, cónyuge, nueras, sobrinos, hermanos, primos, etc., o por cualquier individuo con el que la persona mayor tenga una relación de confianza: vecinos, amigos, etc. A nivel social los actos violentos son infligidos por personas extrañas a los adultos mayores.

**Figura 3**  
**Tipos de violencia hacia las personas mayores**



Fuente: Elaboración propia

La violencia física a nivel social puede ser desde actos callejeros en que la persona mayor es agredida para robarle, hasta la violencia física de que son víctimas las personas que se encuentran institucionalizadas en casas de reposo, granjas, asilos, hospitales, etc. En la violencia emocional social serían las mofas colectivas hacia las personas mayores materializadas en chistes en que se les insulta o se les devalúa. En la violencia sexual social se incluyen las violaciones y abusos sexuales que son cometidos por extraños. La violencia financiera o económica en lo social predominante son los fraudes de que son víctimas las personas. La violación de derechos humanos se caracteriza por no respetar los derechos que los mayores tienen como personas, por ejemplo institucionalizar a una persona mayor a la fuerza, sin un proceso que lo respalde. La negligencia social es el fracaso de la sociedad para ofrecer infraestructura que garantice el fácil desplazamiento de la persona mayor (transporte colectivo adecuado para personas con alguna discapacidad física, rampas, elevadores, etc.).

La violencia física a nivel familiar son todos aquellos actos de acción que causen daño físico a la persona mayor. La violencia emocional son todos aquellos actos que causen daño emocional a las personas mayores. En la violencia sexual se incluye sostener relaciones

sexuales no consentidas con la persona mayor, e incluye cualquier acto de abuso sexual como los tocamientos. La violencia económica se refiere al uso inadecuado de los bienes de las personas mayores. La negligencia tiene que ver con la no satisfacción de las necesidades básicas y emocionales de las personas mayores, y puede ser económica, física y emocional.

De todos los tipos de violencia hacia las personas mayores, nos interesa el maltrato infligido por una persona que mantenga una relación de confianza con los adultos mayores, específicamente los hijos. Se tomarán actos tanto de acción como de omisión, independientemente de la intencionalidad. Los tipos de violencia que se incluirán son: física, emocional y económica.

### **2.5.3.1. Violencia familiar física**

La violencia familiar física es la comisión de actos de abuso físico mediante el empleo de la fuerza física excesiva e inapropiada. Se distinguen dos formas de maltrato físico: los malos tratos físicos habituales y las conductas abusivas infrecuentes, episódicas, como resultado de un arranque de cólera del cuidador. Las personas maltratadas físicamente sufren agresiones físicas por parte de algunas personas de su entorno (familiar, cónyuge, hijo, cuidador, vecino, etc.) y dichas agresiones pueden poner en peligro su desarrollo físico, social o emocional (Motte y Muñoz, 2004).

El *Elder Abuse Resource Centre*, (1995, citado en Crichton y otros, 1999) así como Bass y otros (2001), consideran como abuso físico todas aquellas conductas que inflijan malestar físico, dolor, o amenazas a una persona mayor en una relación de confianza. Esto incluye conductas como abofetear, golpear, apuñetear, pegar con la mano o con instrumentos, apuñalar, disparar, quemar, violar, coaccionar físicamente y estrujar a una persona mayor.

Cualquier conducta de abuso que provoque lesiones/enfermedad/trastornos, independientemente de su gravedad y de su cronicidad (aunque solo tenga lugar una vez), se debe considerar maltrato. Los signos y síntomas de este tipo de maltrato son:

- Moretones, ojeras, magulladuras, laceraciones y marcas de cuerdas
- Fractura de hueso y cráneo
- Herida abiertas, cortes, pinchazos, heridas sin tratar en diversos estados de cicatrización
- Torceduras, dislocaciones y hemorragias/heridas internas
- Gafas/monturas rotas, señales de haber sido sometido a un castigo y señales de haber sido cohibido
- Resultados de análisis efectuados en laboratorio que indican una administración de medicamentos inferior a la prescrita
- Informe relativo al anciano en que consta que ha sido pegado, abofeteado, pateado o maltratado
- Un cambio repentino en la conducta del anciano
- La negación del cuidador a la hora de permitir al anciano que reciba visitas a solas (Motte y Muñoz, 2004; Bass y otros 2001).



Aunque para algunos (Finkehor, 1986, citado en Motte y Muñoz, 2004) la definición operacional del maltrato físico incluye el abuso sexual materializado en violaciones, vejaciones u otras circunstancias que indican que la salud o el bienestar del anciano se ven perjudicados o amenazados; para los fines de este estudio la violencia sexual en todas sus manifestaciones (tocamientos, violaciones, o cualquier vejación sexual) se consideraron como violencia sexual y no será indagada.

### 2.5.3.2. *Violencia familiar emocional*

El abuso psicológico, de acuerdo con el *Elder Abuse Resource Centre* (1995, citado en Crichton y otros, 1999), fue definido como la provocación de angustia mental o miedo, violencia, o aislamiento por una persona en una relación de confianza.

Para Hudson (1991), la violencia psicológica son aquellas conductas o acciones en las que la fuerza verbal es empleada para infligir el abuso; o cuando no se provee la disponibilidad de asistencia o soporte emocional y/o psicológico.

El maltrato emocional incluye conductas como gritar, insultar, amenazar, imitar, prometer y no cumplir, ignorar, aislar, excluir de eventos o actividades significativas, excluir de la toma de decisiones cuando el adulto mayor es capaz y quiere ser incluido y la privación de los derechos (*Elder Abuse Resource Centre* 1995, citado en Crichton y otros, 1999; Bass y otros 2001)

Además se puede manifestar a través de “poner sobrenombres, amenazar con causar daño psicológico, encerrar a la persona en un cuarto, acecharla o perseguirla, así como cualquier otra conducta que cause daño psicológico” (Bass y otros 2001: 33)

De acuerdo con Motte y Muñoz (2004), esta forma de abuso es la más frecuente, se produce cuando el cuidador inflige agresión verbal crónica, angustia o aflicción mental que hieren la identidad y dignidad de la persona mayor. El abuso psicológico supone la deshumanización de la víctima a través del miedo, las amenazas, el abuso verbal, etc. Algunos autores han identificado diversos subtipos de esta categoría distinguiendo: rechazo/degradación, terror, aislamiento. El rechazo/degradación se operacionaliza en conductas como el negarse a ayudar, no hacer caso a las peticiones de ayuda e insultar, despreciar o humillar a la persona mayor. El terror que el cuidador crea en el anciano se produce con amenazas, lesiones o abandono si este no se comporta de acuerdo con sus demandas, así mismo, la persona mayor puede experimentar terror cuando se ve expuesta a la violencia o amenazas dirigidas a un ser querido o si el cuidador pretende hacerle realizar actividades incompatibles con su estado y edad y lo castiga y regaña cada vez que el anciano no las puede llevar a cabo.

Para Guilliand y Picado (2000) la violencia emocional incluye la “sobreprotección”, ésta se produce cuando los miembros de la familia protegen ostensiblemente a la persona mayor de causarse daño a un grado tal que los privan de su autonomía. Esta sobreprotección se manifiesta en conductas como elegir la ropa, comida e incluso el momento en que la persona mayor debe tomar un baño.

La infantilización es una forma común de sobreprotección; frecuentemente ocurre cuando una persona mayor ha sido jefa de familia y en un determinado momento uno de sus hijos adultos se casa y permanece en el hogar. Entonces se producen cambios en la dinámica familiar, regularmente la persona mayor es relegada totalmente, situación que es vista como