

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA VIOLENCIA FAMILIAR
CONTRA LAS PERSONAS MAYORES EN LA CIUDAD DE
MONTERREY, NUEVO LEON

TESIS

PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTOR EN
FILOSOFIA CON ESPECIALIDAD EN TRABAJO SOCIAL
Y POLITICAS COMPARADAS DE BIENESTAR SOCIAL

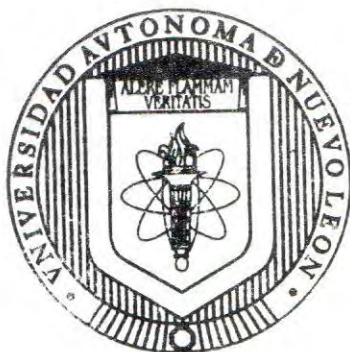
SANDRA ELIZABET MANCINAS ESPINOZA

MAYO DE 2007

asesor de Tesis
Dr. Manuel Ribeiro Ferreira

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA VIOLENCIA FAMILIAR
CONTRA LAS PERSONAS MAYORES EN LA CIUDAD DE
MONTERREY, NUEVO LEON

TESIS

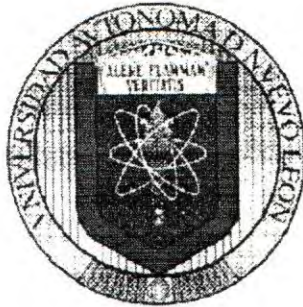
PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTOR EN
FILOSOFIA CON ESPECIALIDAD EN TRABAJO SOCIAL
Y POLITICAS COMPARADAS DE BIENESTAR SOCIAL

SANDRA ELIZABET MANCINAS ESPINOZA

MAYO DE 2007

asesor de Tesis
Dr. Manuel Ribeiro Ferreira

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA VIOLENCIA FAMILIAR
CONTRA LAS PERSONAS MAYORES EN LA CIUDAD DE
MONTERREY, NUEVO LEÓN.

TESIS
PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTOR EN FILOSOFÍA CON ESPECIALIDAD
EN TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS COMPRADAS DE BIENESTAR SOCIAL

SANDRA ELIZABET MANCINAS ESPINOZA

MAYO DE 2007

Asesor de tesis
Dr. Manuel Ribeiro Ferreira



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DE TESIS DE DOCTORADO

Los suscritos, Miembros de la Comisión de Tesis de Doctorado de

Sandra Elizabet Mancinas Espinoza

hacemos constar que han evaluado y aprobado la tesis:

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA VIOLENCIA FAMILIAR CONTRA LAS PERSONAS MAYORES EN LA CIUDAD DE MONTERREY, N.L."

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de Doctor en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social.



Dr. Manuel Ribeiro Ferreira
Director de Tesis



Dr. José Guillermo Zúñiga Zárate
Miembro de la Comisión de Tesis



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
Y DESARROLLO HUMANO
SUBDIRECCION DE
ESTUDIOS DE GRADO



Dr. Diego Juárez Bolaños
Miembro de la Comisión de Tesis



Dr. René Landero Hernández
Miembro de la Comisión de Tesis



Dr. Cirilo Humberto García Cadena
Miembro de la Comisión de Tesis

Ciudad Universitaria, 23 de Mayo de 2007

Ciudad Universitaria. C.P. 66451
San Nicolás de los Garza, Nuevo León
Teléfono y fax: 83 52 13 09, 83 76 91 77
Apartado Postal 2811
fts@mail.uanl.mx

DEDICATORIA

*A la memoria de mis abuelos: Antonio, Ofelia y Gregorio
A la memoria de mi tía "Jesusita", ya que sin su apoyo no
estaría hoy aquí..*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) el apoyo otorgado para la realización de mis estudios de doctorado y para la culminación de este trabajo de tesis.

Quiero agradecer al Dr. Manuel Ribeiro Ferreira por darme la oportunidad de formar parte de un equipo de investigación. Durante este tiempo el Dr. Ribeiro, como mi asesor de tesis, me ha guiado por los interesantes senderos de la investigación, ha aclarado mis dudas y me ha compartido en todo momento su vasta experiencia como investigador. Agradezco profundamente la confianza académica que ha manifestado por mí, así como su disposición para buscar siempre diversas formas de apoyarme durante mi proceso de formación.

De igual manera me siento agradecida con todos los miembros de la comisión de tesis. Del Dr. Guillermo Zúñiga Zárate aprecio y agradezco su actitud siempre dispuesta para responder mis interrogantes y para mostrarme salidas a mis dudas y angustias académicas. Al Dr. René Landero Hernández le agradezco su ayuda para desenmarañar los hilos del complejo mundo de la estadística, así como las horas dedicadas para la materialización de este trabajo. Al Dr. Cirilo García Cadena le doy las gracias por su disposición y sugerencias para mejorar este estudio. Al Dr. Diego Juárez Bolaños le agradezco el profesionalismo que ha mostrado en todo momento al revisar mi trabajo de tesis, así como su interés en ofrecer sugerencias para mejorarla.

No tengo palabras para agradecer a todas las personas mayores que confiaron en nosotros abriéndonos las puertas de sus casas y con eso un poco de su corazón.

A Jesús Rivera le doy las gracias por su cariño y por ayudarme a reconocermé en el otro. Agradezco también su confianza en mí como profesional y por haber participado en muchos talleres en que revisó y aportó importantes sugerencias a mi trabajo de manera desinteresada.

Agradezco infinitamente a mis padres, Consuelo y Jaime, por acompañarme y apoyarme en mis proyectos y por creer en mis aspiraciones. A mis hermanos: Hugo, Ofelia, Alonso e Isela, por su incondicional afecto.

A mis amigos: Alejandra, Cony, Enrique, Martha, Ma. Luisa, Pablo, Raquel, Sandra y Yadira, gracias por entenderme, escucharme y alentarme cuando la angustia y la desesperación me invadían durante este proceso.

A mis compañeros de doctorado: Ana Ma. Acosta, Ana Ma. López, Candy, David, Enrique, Felipe, Ma. Luisa, Oscar, Rogelio, Sandra, les agradezco los gratos y especiales momentos que compartimos.

Con Alejandra Bolívar me siento en deuda por sus interesantes debates intelectuales que enriquecieron en todo momento mi proceso de aprendizaje.

Agradezco a todos los que me han acompañado desde el momento en que decidí, hace seis años, iniciar la aventura de cambiar de ciudad y de progresar profesionalmente.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
TABLA DE CONTENIDO	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS	XI
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Envejecimiento poblacional y dificultades asociadas	1
1.2. El problema: Violencia familiar hacia las personas mayores	2
1.3. Objetivos	6
1.4. Hipótesis	7
1.5. Justificación	7
1.5.1. La magnitud del problema	8
1.5.2. Los espacios en la investigación	8
1.5.3. La importancia para el diseño de las políticas sociales	9
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Algunas consideraciones demográficas sobre la vejez en México	11
2.2. El envejecimiento poblacional como objeto de las políticas sociales	13
2.3. Vejez	15
2.3.1. La edad cronológica	16
2.3.2. La edad fisiológica	17
2.3.3. La edad social	18
2.3.4. La vejez desde el punto de vista de los actores	19
2.3.5. La vejez desde el punto de vista holístico	20
2.4. Principales líneas teóricas en el estudio de la violencia familiar hacia Las personas mayores.	21

2.4.1. La teoría de la interacción social	21
2.4.2. La economía política	21
2.4.3. El feminismo-construccionista	22
2.4.4. La perspectiva de género	23
2.4.5. El enfoque ecológico	24
2.5. Violencia familiar hacia las personas mayores	28
2.5.1 Conceptualización	28
2.5.2. Elementos que dificultan la conceptualización de la violencia familiar hacia las personas mayores	31
2.5.2.1 Naturalización de la violencia familiar	31
2.5.2.2 Invisibilización de la violencia familiar	32
2.5.3. Tipologías de la violencia hacia las personas mayores	33
2.5.3.1. Violencia familiar física	38
2.5.3.2. Violencia familiar emocional	39
2.5.3.3. Violencia familiar económica	40
2.5.3.4. Violencia familiar sexual	42
2.5.3.5. Negligencia y descuido	43
2.6. Vulnerabilidad, causalidad y factores de riesgo	45
2.7. Factores de riesgo asociados con la violencia familiar hacia las Personas mayores	47
2.7.1. Factores individuales	52
2.7.2. Factores relacionales	53
2.7.3. Factores sociales	54
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	
3.1 Antecedentes	60
3.1.1. Ubicación geográfica del estudio	60
3.1.2. El diseño de investigación	60
3.2 Tamaño y selección de la muestra	61

3.3	Diseño del instrumento de medición	63
3.4	Proceso de recolección de la información	65
3.4.1.	Entrevistadores (adiestramiento)	65
3.4.2.	Prueba piloto	66
3.4.3.	Levantamiento de los datos	67
3.5.	Codificación, captura y procesamiento de los datos	67
3.6.	Las variables y sus indicadores	68
3.6.1	Violencia hacia las personas mayores	68
3.6.2	Factores de riesgo	71
3.7.	Limitaciones del estudio	73
3.8.	Aspectos éticos	73
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		
4.1.	Características sociodemográficas de la población	75
4.2.	Violencia familiar y factores de riesgo asociados a ella	96
4.2.1.	Violencia familiar	96
4.2.1.	Factores de riesgo	100
4.2.1.1.	Preparación de los datos	100
4.2.1.2	Factores de riesgo individuales	104
4.2.1.3	Factores de riesgo relacionales	112
4.2.1.4	Factores de riesgo sociales	118
4.2.1.5	Factores de riesgo sociodemográficos	119
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS		124
CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		131
CAPÍTULO VII. ANEXOS		141
Anexo 1.	Criterios de codificación	141
Anexo 2.	Instructivo para los encuestadores	143
Anexo 3.	Cédula de entrevista	144
Anexo 4.	Datos que se codifican por separado	158
Anexo 5.	Listado con numeración de personas mayores	163
Anexo 6.	Base de datos en Excell.	169

INDICE DE TABLAS

	Página
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	11
Tabla 2. Población en millones de personas de 65 años y más y su distribución porcentual en relación con la población total. 1900-2000	12
Tabla 3. Población de 65 y más años según sexo en México hasta el año2005	12
Tabla 4. Población de 65 y más años según sexo en Nuevo León hasta el año2005	13
Tabla 5. Principales conceptos sobre violencia familiar hacia las personas mayores	30
Tabla 6. Categorías sobre factores de riesgo en la familia	48
Tabla 7. Principales factores de riesgo y mecanismos de operación	49
Tabla 8. Propuesta para detección de riesgo de vivir violencia familiar en personas mayores	51
Tabla 9. Clasificación de los factores de riesgo individuales	53
Tabla 10. Ejemplo del listado de personas mayores	62
Tabla 11. Ejemplo de base de datos de excell	62
Tabla 12. Recodificación de opciones de respuesta para las preguntas que conforman la variable negligencia	69
Tabla 13. Estado civil de la población total y de la población con incidentes de maltrato	77
Tabla 14. Estado civil de la población total y de la población con incidentes de maltrato según sexo	77
Tabla 15. Estrato socioeconómico de la población total y de la población con incidentes de maltrato	78
Tabla 16. Estrato socioeconómico según sexo. Población total y población con incidentes de maltrato	78
Tabla 17. Tipo de instrucción de la población total y de la población con incidentes de maltrato	79

Tabla 18. Tipo de instrucción según sexo. Población total y población con incidentes de maltrato	79
Tabla 19. Tipo de familia de la población total y de la población con incidentes de maltrato	81
Tabla 20. Tipo de familia según sexo. Población total y población con incidentes de maltrato	82
Tabla 21. Jefatura familiar según sexo. Población total y población con incidentes de maltrato	83
Tabla 22. Condición ante al mercado laboral según sexo. Población total y población con incidentes de maltrato	84
Tabla 23. Razón por la cuál se encuentran inactivos o activos en el mercado laboral. Población total y población con incidentes de maltrato	85
Tabla 24. Razón por la cuál se encuentran inactivos o activos en el mercado laboral, según sexo. Población total y población con incidentes de maltrato	86
Tabla 25. Fuente de ingresos de la población total y de la población con incidentes de maltrato	87
Tabla 26. Fuente de ingresos de la población total y de la población con incidentes de maltrato, según sexo	87
Tabla 27. Satisfacción de sus necesidades de acuerdo al ingreso recibido. Población total y población con incidentes de maltrato	88
Tabla 28. Número de enfermedades que padece la población total y la población con incidentes de maltrato	89
Tabla 29. Número de enfermedades que padece la población total y la población con incidentes de maltrato, según sexo.	90
Tabla 30. Número de orden en las primeras 10 causas de muerte en personas de 65 y más años del estado de Nuevo León, según sexo	91
Tabla 31. Tipo de enfermedad más frecuente en la población total y en la población con incidentes de maltrato	91
Tabla 32. Tipo de enfermedad más frecuente en la población total y en la población con incidentes de maltrato, según sexo	92
Tabla 33. Esquema de Nagi sobre el proceso de salud, enfermedad e incapacidad	93
Tabla 34. Tipo de ayuda requerida para realizar actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria. Población total y población con	94

incidentes de maltrato

Tabla 35. Tipo de maltrato más frecuente. Población con incidentes de maltrato	96
Tabla 36. Acciones de maltrato físico más frecuentes, población con incidentes de maltrato	97
Tabla 37. Tipo de maltrato más frecuente, según sexo. Población con incidentes de maltrato	98
Tabla 38. Acciones de maltrato económico más frecuentes, población con incidentes de maltrato	98
Tabla 39. Acciones de maltrato emocional más frecuentes, población con incidentes de maltrato	99
Tabla 40. Acciones de negligencia más frecuentes, población con incidentes de maltrato	100
Tabla 41. Factores sobre los tipos de violencia familiar	101
Tabla 42. Modelo de regresión	102
Tabla 43. Análisis de multicolinealidad para las variables predictoras	103
Tabla 44. Ejemplo de tabla de 2x2 para el cálculo del índice de riesgo	103
Tabla 45. Ejemplo de estimación del riesgo de vivir incidentes de violencia con relación a la funcionalidad	104
Tabla 46. Ejemplo de incidentes de maltrato y su relación con la funcionalidad	104
Tabla 47. Matriz de correlaciones	105
Tabla 48. Incidentes de maltrato y su relación con el estado de salud	106
Tabla 49. Estimación del riesgo de vivir incidentes de violencia con relación al estado de salud	106
Tabla 50. Incidentes de maltrato y su relación con la funcionalidad	108
Tabla 51. Estimación del riesgo de vivir incidentes de violencia con relación a la funcionalidad	108
Tabla 52. Tipos de ayuda que los padres otorgan a sus hijos	113
Tabla 53. Tipos de ayuda que los hijos otorgan a los padres	113

Tabla 54. Estimación del riesgo de vivir incidentes de maltrato con relación a la ayuda otorgada a los hijos	114
Tabla 55. Incidentes de maltrato y su relación con el aislamiento	115
Tabla 56. Estimación del riesgo de vivir incidentes de violencia con relación al aislamiento	116
Tabla 57. Indicadores de aislamiento de la población con incidentes de maltrato según sexo	117
Tabla 58. Incidentes de maltrato y su relación con la instrucción	121
Tabla 59. Estimación del riesgo de vivir incidentes de violencia con relación a la instrucción	121
Tabla 60. Incidentes de maltrato y su relación con el estrato	122
Tabla 61. Estimación del riesgo de vivir incidentes de violencia con relación al estrato	122

INDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS**Página**

Figura 1. Perspectivas teórico explicativas del maltrato hacia las personas mayores	33
Figura 2. Taxonomía del maltrato a las personas mayores a través de un panel Delphi de expertos	
Figura 3. Tipos de violencia hacia las personas mayores	34
Gráfico 1. Condición ante al mercado laboral de la población total y de la población con incidentes de maltrato	84
Grafico 2. Necesidad de ayuda para realizar quehaceres domésticos según sexo. Población total	95
Grafico 3. Necesidad de ayuda para realizar quehaceres domésticos según sexo. Población con incidentes de maltrato	96

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Envejecimiento poblacional y dificultades asociadas

Las tendencias demográficas señalan que el envejecimiento poblacional es un fenómeno que ha ido en aumento. En 1950 la población mundial de 60 años¹ y más era de 204 millones (INEI, 1993) y para el año 2000 se había triplicado; es decir, para ese año había un poco más de 600 millones de personas de 60 años y más, de las cuales el 62% –374 millones– estaban concentradas en países en vías de desarrollo (HelpAge, 2002). Para el año 2002, en América Latina y el Caribe existían 41 millones de personas mayores de 60 años (HelpAge, 2002). En México, los registros oficiales indicaban que en el año 2005, la población de 60 y más años ascendía a 8,338,835 millones de personas. El colectivo de 65 años y más representaba el 5.5 % de la población total² (2.6% hombres y 2.9% mujeres). En el Estado de Nuevo León la población total era de 4,199,292, de las cuales el 4.7% tenían 65 años y más (2.4% hombres y 2.9% mujeres). En la ciudad de Monterrey 79,624 personas constituían este grupo etéreo (INEGI, 2005a).

El envejecimiento poblacional, en sí mismo no representa un problema social; por el contrario, se considera un logro³ (Vizcaíno, 2000; HelpAge, 2002). Sin embargo, puede convertirse en un conflicto cuando los recursos (a nivel familiar y social) para atender las necesidades de las personas que conforman esta categoría son insuficientes, cuando los estereotipos negativos se traducen en actitudes discriminatorias hacia ellas y cuando el Estado no prevé políticas sociales pertinentes para su bienestar. Entre los principales desafíos que el envejecimiento poblacional plantea a nivel mundial, se encuentra la disminución de la pobreza, la reducción de la morbilidad, garantizar el acceso a la justicia y brindar protección a aquellas personas que viven violencia de cualquier tipo (HelpAge, 2002).

En México, el envejecimiento poblacional impone los siguientes problemas:

- La insuficiencia financiera y actuarialmente deficitaria de la seguridad social y los sistemas de retiros y pensiones⁴;

¹ Aunque en este trabajo se consideran como adultos mayores a aquellas personas de 65 años y más, la mayoría de las fuentes estadísticas consultadas presentan información a partir de los 60 años; es por eso que muchos de los datos sociodemográficos que se presentan en este trabajo no se ajustan al criterio de edad establecido.

² El II Censo de Población y Vivienda de 2005 indica que la población total en México es de 103,263, 388 millones de personas.

³ El envejecimiento poblacional se considera un logro “puesto que los mejores indicadores de desarrollo social y económico coinciden con sociedades notablemente envejecidas desde el punto de vista demográfico” (Vizcaíno, 2000:29,30).

⁴ La reforma que da origen a la creación de las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores) se argumentó en solucionar los problemas actuariales y financieros y en procurar pensiones dignas y justas; además con esto último se espera que el nuevo sistema se convierta en la fuente de ahorro interno que requiere la economía. Sin embargo, se ha visto que el ahorro en Afores no cumplirá la meta de sustitución de ingreso en el retiro ya que los montos que se acumulen sólo permiten rentas muy por debajo del último salario devengado. Además se cree que no existen los mercados financieros ni las condiciones de inversión que garanticen que las Afores se conviertan en un mecanismo de ahorro interno e inversión productiva. De manera que, aunque existen algunos beneficios, los pasivos actuariales muestran cifras que convertidas en deuda

- 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 indignancia, 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).

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

El maltrato⁵ 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 sí⁶. 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 Jonhson 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 familia⁷. 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

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ 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 sistemáticamente⁸ (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 grupo⁹ (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 Schiamberg 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 estudio¹⁰ 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 hijos¹¹, 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:

⁸ Una o dos veces por mes.

⁹ 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.

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

¹¹ 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 información¹² no fueron incluidos. Por otro lado, creemos que el estudio de algunos factores de riesgo comunitarios¹³ 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.

¹² 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.

¹³ 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 sexo¹⁴ 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

¹⁴ 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%¹⁵. 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 psíquica¹⁶. 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

¹⁵ Cuando en el estudio se incluyen el maltrato físico, psíquico, económico y el descuido.

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

cuestiona; 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 Decalmmmer 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 indisociable 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

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
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
Total	5 716 359	2 649 203	3 067 156

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
Total	226 341	104 832	121 509

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 sociales¹⁷

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

¹⁷ 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 población¹⁸, 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 construidos 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

¹⁸ 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 estudio¹⁹, 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).

¹⁹ 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 cronológica²⁰ 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.

²⁰ 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 (transtornos 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 (Schiemberg 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 (Schiemberg 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.

Schiemberg 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 (Schiemberg 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 (Schiemberg 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 (Schiemberg 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 (Schiemberg 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

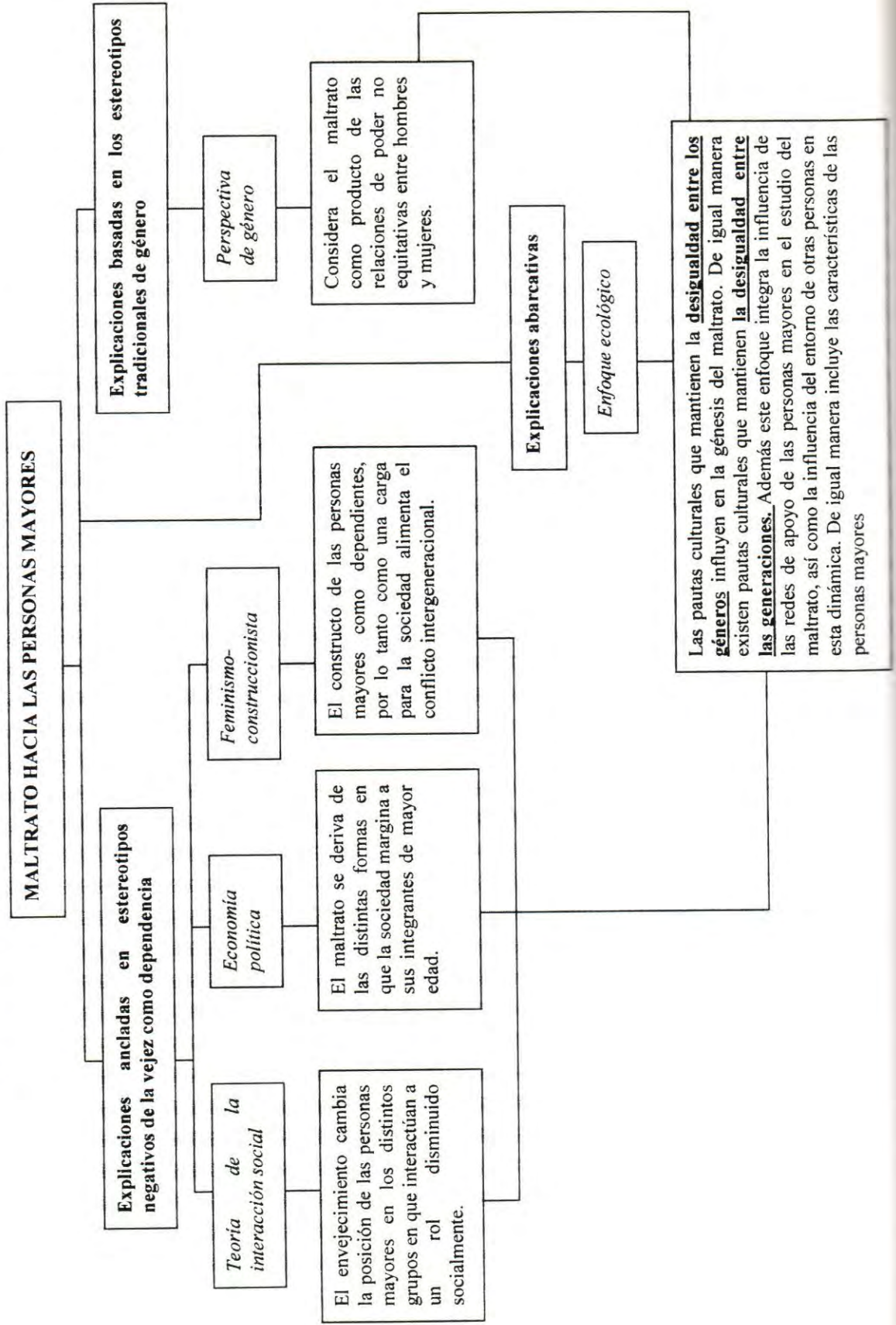
(aunque para nosotros, como se expone en el apartado sobre factores de riesgo, éste forma parte del macrosistema), el estado civil, la edad cronológica, los problemas de salud/demencia, conductas provocadoras, abuso de sustancias y factores psicológicos. Los factores individuales propios de los hijos 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 recopilamos 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 doméstico²¹ 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

²¹ 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 mexicano-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:

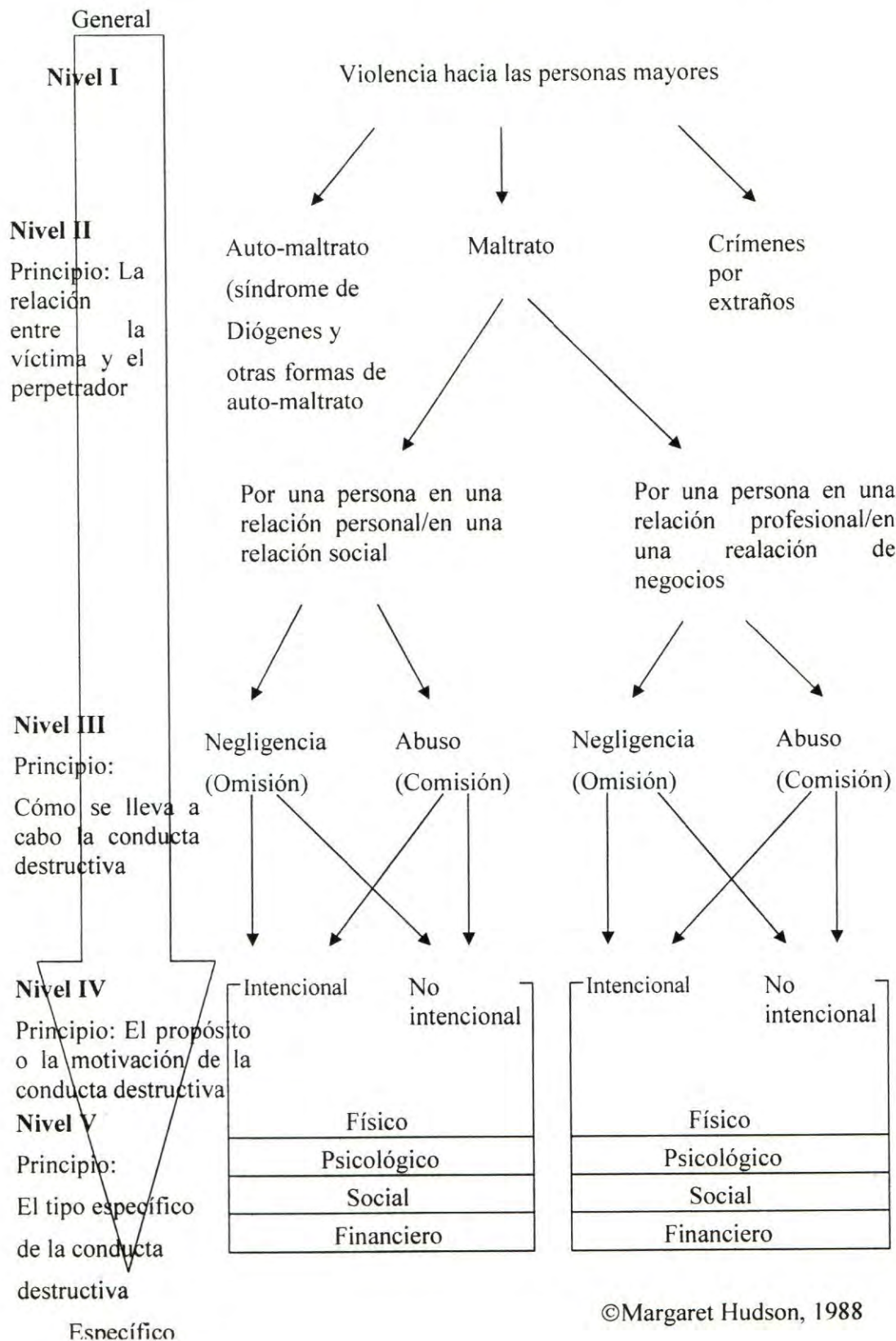
- a) **Abuso físico:** infligir daño físico, o amenazar con usar la fuerza.
- b) **Abuso social:** restricción de la libertad social y aislamiento de la familia y/o amigos.
- c) **Abuso psicológico:** Conductas tales como causar angustia emocional o mental o miedo.
- d) **Abuso sexual:** el abuso y la 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.

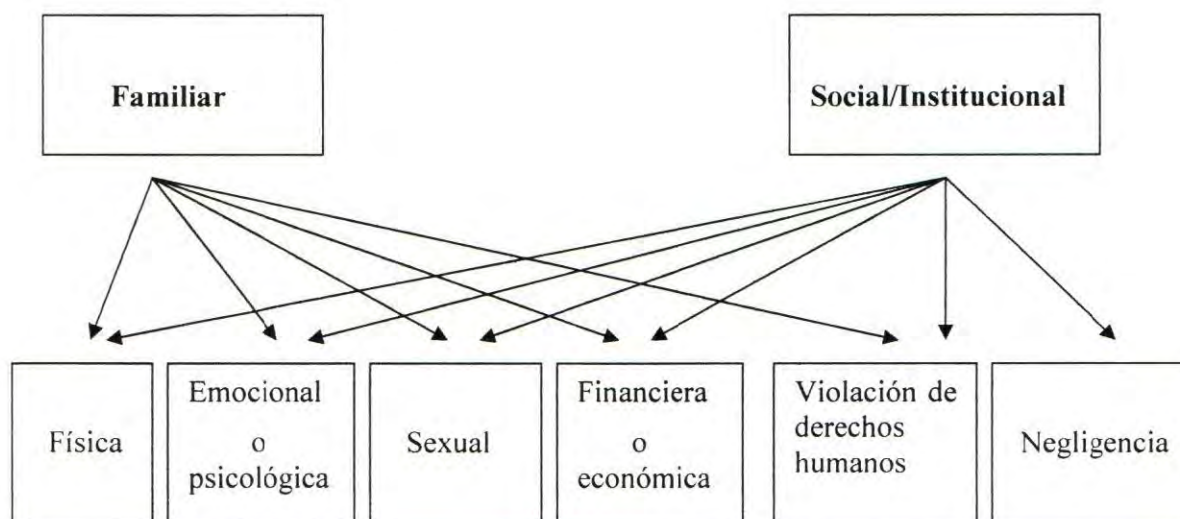
Figura 2.

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

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 Crinchton 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 viejismo. 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 viejismo 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 alimentación²², negligencia o abandono de la

²² 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 personal²³ (Motte y Muñoz, 2004), la negligencia económica²⁴, de medicamentos²⁵, 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 desganado, 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).

²³ 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).

²⁴ 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).

²⁵ 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

Probables	Potenciales	Cuestionables
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

Factores	Mecanismos
Enfermedad lentitud funcional	Reducción de la posibilidad de solicitar ayuda
Pérdida 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 vejez, 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
Negligencia, abuso u ofensas criminales en el pasado		
¿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?		
Problemas en la relación entre posible víctima y posible perpetrador		
¿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?		
Problemas relacionados con la salud física, emocional o mental.		
¿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?		
Soporte social y de cuidado		
¿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?		
Características ambientales y del hogar.		
¿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 (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, dónde 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 género²⁶, 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 físicas²⁷.

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

²⁷ 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
<p><i>Factores relacionados con características psicológicas/conductuales de la persona mayor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de personalidad • Agresión física o verbal hacia los demás • Conducta incoherente, demandante o bizarra • Intolerancia marcada • "Indefensión aprendida" • No aceptación del cuidado por otro que no sea el "cuidador oficial" 	<p><i>Factores relacionados con características psicológicas/conductuales del cuidador/agresor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo agotador sin descanso • Falta de espacio y tiempo personal • Sentimiento de aislamiento psico – social • Sentimiento de ser explotado por otros • Percepción de necesidades básicas no satisfechas • Sentimiento de pérdida por "la persona que el anciano fue" • Falsas expectativas sobre las capacidades del anciano
<p><i>Factores relacionados con características fisiológicas de la persona mayor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Deprivación sensorial (ceguera, sordera, trastornos del habla y comprensión) • Déficit cognitivo • Pérdida de la memoria y la concentración • Problemas físicos • Alteraciones del sueño • Incontinencia • Discapacidad múltiple 	<p><i>Factores relacionados con características fisiológicas del cuidador/agresor</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad física o mental del cuidador • Uso de drogas, alcohol

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 mas 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/generaciones²⁸
- 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.

²⁸ 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 Tatara (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, Tatara (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 *vejismo*, 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 *vejismo* 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 *vejismo* 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 *vejismo* 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 *vejismo* 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 *vejismo*, con las actitudes hacia los ancianos. Las actitudes de *vejismo* 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 *vejismo* 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 *vejismo* resultaron ser el tipo de maltrato más universal. Las actitudes de *vejismo* 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 vejeísmo 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 si 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 vejeísmo.

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 vejeísmo. 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 vejeísmo 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 vejeísmo. 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 general²⁹ 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

²⁹ 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 remplazamos $N-1$ 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 1057³⁰ 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	

³⁰ 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 medición³¹

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:

³¹ 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 indicadores³² 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 Podnieks³³ (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 reciben³⁴. 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

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

³³ 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.

³⁴ 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 instructivo³⁵ 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

³⁵ 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 negligencia³⁶, 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.

³⁶ 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.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como se ha mencionado en la sección de metodología, el presente estudio forma parte de un trabajo de investigación de mayor magnitud, cuyo objetivo general es delinear un perfil sobre las características sociodemográficas de las personas mayores en Monterrey, su bienestar, las redes de apoyo y solidarias con que cuentan, entre otros temas. Dado que nuestro tema de interés son los factores de riesgo asociados a la violencia familiar que experimenta este colectivo por parte de sus hijos, excluirémos de nuestro análisis a todos aquellos que no tienen hijos. Por ello, de los 1057 casos que integran la muestra, se seleccionaron solamente aquellos en que las personas tenían hijos, y nuestra población quedó constituida por 952 casos. De manera paralela se describen las características de la población total (N=952) y la de la población con incidentes de maltrato (N=411). A partir de este momento cuando se haga alusión a la población total nos referiremos a las 952 personas que tienen hijos y cuando se mencione a la población con incidentes de maltrato estaremos hablando de los 411 personas que han reportado haber vivido por lo menos un incidente de maltrato por parte de sus hijos.

Este apartado está dividido en dos grandes secciones, en la primera de ellas se discuten los la distribución de los principales datos sociodemográficos de la población con base en los criterios de la estadística descriptiva. Así se discute sobre la edad, el sexo, el estado civil, el estrato, la escolaridad, las características familiares y económicas, así como el estado de salud y la condición funcional de las personas mayores.

La segunda sección inicia con la distribución porcentual de los tipos de violencia y posteriormente se divide en cuatro epígrafes: factores de riesgo individuales, factores de riesgo relacionales, factores de riesgo sociales y factores de riesgo sociodemográficos. En cada uno de estos se discute si las hipótesis de investigación fueron comprobadas o no.

Al final de este apartado se muestran el modelo de regresión y la matriz de correlación sobre los que se discute la comprobación de hipótesis.

4.1. Características sociodemográficas

Edad

El correlato social entre ciclos de vida y edad cronológica es muy fuerte, de manera que ésta última se usa en términos legales y funcionales para estipular obligaciones y asignar derechos, así como para decretar roles, desempeños y expectativas para cada persona (Clark y Anderson, 1967, citados en Ham, 2003). Por ello, la variable edad en el proceso de envejecimiento suele convertirse en una directriz, no sólo biológica, sino también social, de la manera en la que las personas mayores experimentan su vida.

Se dice que a medida que la edad de la persona aumenta lo hacen de manera simultánea sus necesidades y demandas en todos las esferas de su vida. No es lo mismo pertenecer a la tercera que a la cuarta edad. Ham (2003) considera que aunque las personas que pertenecen a tercera edad (65 a 74 años) se caracterizan por presentar un deterioro en sus condiciones físicas, papeles sociales y actividad económica, aún cuentan con oportunidades importantes para llevar una vida aceptable en términos de funcionalidad y salud. Mientras tanto, la generalidad de las personas que se encuentran en la cuarta edad (75 y más años) enfrentan enfermedades crónicas en estadios avanzados y pérdidas de sus capacidades físicas, por lo que muchos de ellos dependen de otros para su sostenimiento y cuidado.

En nuestro estudio, el promedio de edad tanto de la población total como de la población que ha tenido incidentes de maltrato fue de 74 años³⁷. El rango para ambas poblaciones fue de 65 a 97 años. El promedio nos permite ubicar a nuestros sujetos en los límites de lo que se denomina la tercera edad. Es decir, se trata de personas que pese a que sus características físicas, sus actividades y papeles en la vida acusan un envejecimiento, en términos generales cuentan con suficiente autonomía económica, física, mental y social como para poder llevar una vida adecuada e independiente con suficiente calidad (Ham, 2003).

Sexo

Como señalamos al inicio de este trabajo, aunque el sexo por sí sólo no alude a la categoría género, sí es un referente a partir del cual se construye de manera social y cultural esta dimensión. El género es un elemento indisociable cuando se aborda el tema de envejecimiento. Como se ha dicho en secciones anteriores el envejecimiento, en tanto proceso, es polisémico y multidimensional y por lo tanto no envejecen igual los hombres que las mujeres. Los hombres y mujeres –como subgrupos del colectivo adultos mayores– poseen ciertas particularidades: por ejemplo la esperanza de vida de las mujeres es superior entre 3 y 5 años a la de los hombres; en general son más las mujeres viudas, las que viven solas, en la pobreza, tienen menor escolaridad, menos experiencia laboral y su acceso al mercado laboral es más limitado que el de los hombres; además, éstas tienen más responsabilidades de cuidado hacia los otros que los varones (Salgado, 2003). También son las mujeres quienes utilizan con más frecuencia las redes de apoyo social formal y reciben más soporte social y familiar que los hombres (Mendoza, 2003).

Todo lo anterior nos da una idea de las singularidades que pueden configurar los ciclos de vida de 49.3% (N=469) mujeres que integran la población total, así como de 48.2% (N=198) de ellas que conforman la población con incidentes de maltrato. De igual manera el género marca la pauta sobre las vivencias de los 50.7% (N=483) hombres que componen la población total y del 51.8% (N=213) que se encuentran en la población con incidentes de maltrato.

Estado civil

Como se aprecia en la **tabla 13**, la distribución porcentual del estado civil entre la población total y la población con incidentes de maltrato no hace distinciones. La mayoría de las personas en ambas poblaciones son casadas, un porcentaje considerable son viudas, menos de ellas están separadas o divorciadas y sólo una pequeña proporción son solteras.

Algunos consideran que el tener una pareja durante el envejecimiento representa una serie de beneficios como la satisfacción sentimental y psicológica de la compañía, la posibilidad de atención y cuidados mutuos y la oportunidad de apoyo material y moral. Sobre todo en casos de dependencia física y económica, ya que la atención de otros miembros de la familia no es tan constante ni fiable como la de la pareja (Ham, 2003).

³⁷ Nuevo León es el quinto estado con la mayor esperanza de vida a nivel nacional. La media estatal (75.2) se encuentra ligeramente por encima de la media nacional (74.5) (INEGI, 2006).

Tabla 13. Estado civil de la población total y de la población con incidentes de maltrato

Estado civil	Población total (%)	Población con incidentes de maltrato (%)
Casado o unión libre	56.5	56.7
Divorciado o separado	4.4	4.4
Viudo	38.2	37.2
Soltero	.8	1.7
Total	100.0	100.0

Sin duda el género es una dimensión que atraviesa la variable estado civil, ya que como se observa en la **tabla 14**, son más las mujeres viudas que los hombres y el porcentaje de hombres casados es casi el doble que el de las mujeres. Esto puede deberse a dos razones: por un lado, una mayor proporción de hombres que enviudan o se divorcian se vuelven a casar, mientras que más mujeres tienden a permanecer solas una vez que enviudan o se separan de sus parejas (Hakkert y Guzmán, 2004; Ham, 2003); por otro lado, puede deberse también a que las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres.

Tabla 14. Estado civil de la población total y de la población con incidentes de maltrato según sexo

Estado civil	Hombres		Mujeres	
	Población total (%)	Población con incidentes de maltrato (%)	Población total (%)	Población con incidentes de maltrato (%)
Casado o unión libre	74.3	73.2	38.2	38.9
Divorciado o separado	4.6	7.0	4.3	1.5
Viudo	20.9	19.2	56.1	56.6
Soltero	.2	.5	1.5	3.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Estrato

Independientemente de lo arbitrario que suelen ser las clasificaciones de estrato, éste sin duda es un indicador sobre las condiciones económicas y habitacionales que, en términos generales, prevalecen en los hogares de las personas; esto nos da la pauta para interpretar las implicaciones sociales que representa pertenecer a uno u otro estrato.

El área metropolitana de Monterrey se caracteriza por tener una baja proporción de Áreas Geostatísticas Básicas (AGEBS) de alta marginación. García y De Oliveira (2006) mencionan que Monterrey tiene 7% de AGEBS de alta marginación. Por lo tanto cuenta con una mayor proporción de áreas con buenas condiciones socioeconómicas y habitacionales que áreas con malas condiciones. Dicha clasificación se refleja en nuestro estudio, ya que no se entrevistó a ninguna persona de estrato marginal. No obstante, los estratos medio-bajo y bajo registraron las mayores proporciones. Se aprecia también que en la población con incidentes de maltrato la concentración de personas mayores en los estratos medio-bajo y bajo es superior a la de la población total (**tabla 15**).

Tabla 15. Estrato socioeconómico de la población total y de la población con incidentes de maltrato

Estrato	Población total (%)	Población con incidentes de maltrato (%)
Alto	2.9	1.2
Medio alto	11.9	6.3
Medio bajo	60.4	62.5
Bajo	24.8	29.9
Total	100.0	100.0

Los datos revelan que en el caso de la población con incidentes de maltrato las mujeres registran una ligera proporción por encima de los varones en los estratos medio alto y alto; pero esta proporción se invierte cuando se trata de la población total. Con base en los datos de la **tabla 15**, podemos decir que la diferencia por estrato entre hombres y mujeres en términos porcentuales es muy pequeña y por ello tal vez no sea estadísticamente significativa; de manera que consideramos que tanto hombres como mujeres se encuentran distribuidos de manera muy similar. En otras palabras, que el estrato parece no marcar diferencias entre hombres y mujeres.

Tabla 16. Estrato socioeconómico según sexo. Población total y población con incidentes de maltrato

Estrato	Población total (%)		Población con incidentes de maltrato (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Alto	3.1	2.8	.5	2.0
Medio alto	12.0	11.7	5.6	7.1
Medio bajo	61.1	59.7	64.3	60.9
Bajo	23.8	25.8	29.6	30.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Escolaridad

La escolaridad suele entenderse como un indicador relevante de progreso, por ello se habla de ésta como referencia, consecuencia o causa del desarrollo. También se ha visto que en los sectores urbanos los índices de escolaridad son el doble de altos que en las áreas rurales³⁸ (Ham, 2003). Dado que Monterrey es un área eminentemente urbana, se esperaría que la población registrara altos índices de escolaridad, sin embargo, estos más bien son bajos. Se apreció que la escolaridad de la población total fue ligeramente superior a la de la población con incidentes de maltrato; la primera registró un rango de 0 a 24 años, con un promedio de 5.6 años, mientras que el rango de la segunda fue de 0 a 20 años y el promedio de 4.3.

³⁸ Ham (2003) señala que en el grupo de 70 a 74 años de edad el porcentaje de mujeres urbanas sin instrucción es de 23.7, y el hombres urbanos es de 16.9, mientras que en sus coetáneos rurales el porcentaje de personas sin instrucción asciende al doble (56.1% mujeres y 43.9% hombres).

Creemos que dos cosas influyen en que la escolaridad se dibuje de esta manera. La primera de ellas es que el promedio de edad (74 años) de los adultos mayores que constituyen nuestra muestra sugiere que su ingreso a la escuela primaria se dio cuando, de acuerdo con Ham (2003), el sistema educativo del país se afianzaba, luego de la creación de la Secretaría de Educación Pública, al término de la Revolución Mexicana. La segunda razón es que la procedencia de 55.3% de la población estudiada es rural, lo que significa menor oferta educativa y posiblemente menores oportunidades de acceder a ella.

Es importante mencionar que la mayoría de las personas mayores se encuentran en la categoría de instrucción básica (poco más de 73% tanto en la población total como en la población con incidentes de maltrato) (**tabla 17**), lo cual significa que aunque el promedio de escolaridad es bajo, muchas personas saben leer y escribir y fueron a la escuela primaria entre 1 y 6 años.

Tabla 17. Tipo de instrucción de la población total y de la población con incidentes de maltrato

Tipo de instrucción	Población total (%)	Población con incidentes de maltrato (%)
Sin instrucción	13.9	19.7
Instrucción básica	73.5	73.2
Instrucción media o técnica	5.7	4.6
Instrucción profesional	6.9	2.4
Total	100.0	100.0

La **tabla 17** también evidencia que la población con incidentes de maltrato aglutina casi 6% más personas sin instrucción que la población total. Además es notorio que conforme aumenta el grado de instrucción, la proporción de personas mayores maltratadas descende. Es decir, parece ser que el maltrato se concentra en mayor proporción en personas con baja instrucción.

Los porcentajes de no instrucción que se registran en la población con incidentes de maltrato son similares a los que Ham (2003) identifica como propios de las personas de 70 a 74 años de edad en poblaciones urbanas; este autor señala que el porcentaje de mujeres urbanas sin instrucción es de 23.7%, y el hombres urbanos es de 16.9%. En tanto que, como se aprecia en la **tabla 18**, 19.2% de los hombres y 20.2% de las mujeres que conforman la población con incidentes de maltrato no tienen instrucción.

Tabla 18. Tipo de instrucción según sexo. Población total y población con incidentes de maltrato

Tipo de instrucción	Población total (%)		Población con incidentes de maltrato (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sin instrucción	12.9	14.9	19.2	20.2
Básica	70.5	76.5	74.2	72.2
Media o técnica	5.0	6.4	3.8	5.6
Profesional	11.6	2.1	2.8	2.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Es importante puntualizar que en la población total las mujeres (76.5%) en mayor proporción que los hombres (70.5%) se encuentran en el rango de instrucción básica; no así en el caso de la población con incidentes de maltrato, donde los hombres (74.2%) se encuentran dos puntos porcentuales por arriba de las mujeres (72.2%). En ambas poblaciones las mujeres más que los hombres cursaron educación media o una carrera técnica. Un dato muy relevante es que los hombres de la población total acusan un porcentaje de instrucción profesional (11.6%) más alto que las mujeres (2.1%). Sin embargo, en la población con incidentes de maltrato la proporción de personas con instrucción profesional es muy baja tanto en hombres (2.8%) como en mujeres (2.0%) (**tabla 18**).

Lo anterior nos permite deducir dos cosas: la primera de ellas es que si bien las personas mayores en general tienen un bajo nivel de escolaridad, la población con incidentes de maltrato registra menores proporciones de instrucción profesional que la población total, con lo cual podemos vislumbrar que la instrucción parece tener relación con experimentar incidentes de maltrato. La segunda de las apreciaciones tiene que ver con el reflejo de la construcción cultural de género en la distribución porcentual de los datos arriba presentados. Se observa que los grados más altos de instrucción corresponden al género masculino, lo que nos hace pensar en la construcción tradicional de género, caracterizada por la socialización de las mujeres para desempeñar labores de ama de casa, en contraposición con la de los hombres que privilegia la capacitación de éstos para desempeñar roles de proveedores.

Características familiares

Aunque el tamaño y el tipo del hogar en que vive la persona mayor nos permite darnos una idea de las posibilidades de apoyo al interior de su familia, no se debe olvidar que la coresidencia es una dimensión compleja. En ella, dice Montes de Oca (2004) se esconde una dinámica de convivencia y apoyos heterogénea, matizada por el género, el estado de salud, el contexto social y económico, entre muchas otras variables. Por ejemplo, Salgado (2003) menciona que en el caso de muchas mujeres la familia extensa puede proporcionarles una red de apoyo social inmediata, pero al mismo tiempo, les obliga a involucrarse y a participar activamente en la solución de los problemas familiares y a contraer deberes y obligaciones con cada uno de los miembros de la familia, en especial los padres o los familiares más ancianos. También, Montes de Oca (2004), ha encontrado que las personas que poseen bienes reciben más apoyo familiar que aquellas que no; esto se debe a que tienen más capacidad para intercambiar bienes y apoyos, es decir, tienen mayor capacidad de reciprocidad.

Pese a que la relación entre hogar ampliado y ayuda otorgada a las personas mayores no obedece a la lógica causa-efecto y que la coresidencia por sí sola no significa más ayuda, Montes de Oca (2004) encontró que los adultos mayores que viven en hogares ampliados o coresidentes tienen más probabilidades de tener un mayor flujo de ayudas de tipo instrumental que las personas mayores que residen en hogares nucleares.

En nuestro estudio se observó que tanto entre la población total como en la que tiene incidentes de maltrato, la mayoría de las personas mayores coresiden con otras personas, principalmente familiares (**tabla 19**). En promedio, ambas poblaciones, tenían –en el

momento de la entrevista— 5 hijos vivos; de los cuales en promedio 1 de ellos vivía en casa de la persona mayor y el número de integrantes del hogar ascendía a 3.5.

A pesar de lo anterior, es importante mencionar que un porcentaje importante, 10.2% de las personas mayores viven solas. Esto quiere decir que estas personas mayores deben apropiarse de su espacio más próximo para desenvolverse en su vida cotidiana, o bien deben buscar estrategias para ser apoyados en caso de necesitar ayuda para realizar actividades de la vida diaria. Con esto no queremos decir que condenamos otros tipos de organización familiar que no sea la nuclear o aquellas en que las personas mayores corresiden con hijos y/o familiares. Lo que queremos exponer es que el corresidir con familiares u otras personas representa, por lo menos, mayores oportunidades para recibir ayuda y reciprocársela. Lo cual no excluye las tensiones que pudieran darse al interior de las familias.

Tabla 19.

Tipo de familia de la población total y de la población con incidentes de maltrato

Tipo de familia	Población total (%)	Población con incidentes de maltrato (%)
Persona sola	8.5	10.2
Pareja sola	19.5	18.7
Nuclear	20.7	20.7
Compuesta	4.9	5.1
Monoparental encabezada por mujer	10.2	10.7
Monoparental encabezada por varón	3.9	4.1
Monoparental compuesta (Monoparental con presencia de parientes)	3.8	2.9
Monoparental extensa (de más de una generación)	10.8	8.3
Extensa (tres generaciones en la misma casa)	12.4	12.9
Extensa compuesta (tres generaciones más parientes)	3.6	4.4
Unidad familiar atípica (Hnos. viviendo juntos, etc)	1.1	1.5
Unidad de corresidencia (residentes sin parentesco)	.6	.5
Total	100.0	100.0

Es importante también contemplar la noción de género, ya que como se aprecia en la **tabla 20**, las mujeres más que los hombres conforman hogares unipersonales. En el caso de la población total, la proporción de mujeres solas (12.8%) triplica a la de hombres solos (4.3%). En tanto que en la población con incidentes de maltrato la diferencia entre ambos grupos es de un poco más de la mitad (14.1% mujeres y 6.6% hombres). La mayor facilidad que tienen los hombres de emparejarse cuando enviudan los coloca en una situación de mayor ventaja que las mujeres para contar con una fuente de ayuda próxima y confiable. Esto es muy relevante puesto que se ha visto que las personas mayores prefieren en primera instancia que sea su pareja quienes las ayuden en casos de dependencia (Robles, 2006).

Dentro de un hogar la designación del jefe de familia no sólo representa que éste es el sustento económico más fuerte, también significa el reconocimiento y la posición que el resto de la familia le otorgan (Ham, 2003). En la población estudiada se observó que la

mayoría de las personas mayores son jefes de familia; se registró un 71.1% para la población total y 69.3% para la población con incidentes de maltrato.

El nombramiento de jefe del hogar muestra una clara influencia de las tradiciones sociales y culturales (Ham, 2003). Tanto en la población total como en la población con incidentes de maltrato, existe una mayor proporción de hombres que de mujeres al frente del hogar (tabla 21). Esto es un reflejo de la socialización tradicional de género; ya que como Varley y Blasco 2000 (citadas en Montes de Oca, 2004) afirman, los hombres que hoy son mayores fueron educados para proveer económicamente sus hogares, lo cual les otorga el requisito que típicamente se debe cumplir para ocupar la jefatura familiar.

Tabla 20.

Tipo de familia según sexo. Población total y población con incidentes de maltrato

Tipo de familia	Población total (%)		Población con incidentes de maltrato (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Persona sola	4.3	12.8	6.6	14.1
Pareja sola	25.7	13.2	24.4	12.6
Nuclear	28.0	13.2	28.2	12.6
Compuesta	7.2	2.6	8.0	2.0
Monoparental encabezada por mujer	.4	20.3	.5	21.7
Monoparental encabezada por varón	7.5	.2	7.5	.5
Monoparental compuesta (Monoparental con presencia de parientes)	2.3	5.3	.9	5.1
Monoparental extensa (de más de una generación)	7.9	13.9	5.6	11.1
Extensa (tres generaciones en la misma casa)	12.2	12.6	11.3	14.6
Extensa compuesta (tres generaciones más parientes)	3.1	4.1	4.7	4.0
Unidad familiar atípica (Hnos. viviendo juntos, etc)	1.2	.9	2.3	.5
Unidad de coresidencia (residentes sin parentesco)	.2	1.1	0	1.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Aunque habitualmente los jefes de familia son hombres, conforme aumenta la edad existe una tendencia a que la jefatura en el hogar sea femenina, debido a que éstas adoptan dicha posición a la muerte de sus esposos (Montes de Oca, 2004). Esta situación parece no ser la excepción en nuestra población, ya que se observa que el porcentaje de mujeres que son jefas de familia (50.4% de la población total y 50.5 de la población con incidentes de maltrato) coinciden con los porcentajes de viudez (56.1% de la población total y 56.6% de la población con incidentes de maltrato).

Tabla 21. Jefatura familiar según sexo. Población total y población con incidentes de maltrato

Tipo de población	Sexo	¿Quién es el jefe de familia?					Total por sexo (%)
		Usted	Su cónyuge	Uno de sus hijos (as)	Otra Persona	Ambos cónyuges	
PT	Mujer	50.4	28.2	13.2	7.5	.6	100.0
	Hombre	91.3	1.2	3.5	3.5	.4	100.0
PIM	Mujer	50.5	26.3	15.7	6.6	1.0	100.0
	Hombre	86.8	1.9	4.7	6.1	.5	100.0

PT= Población total

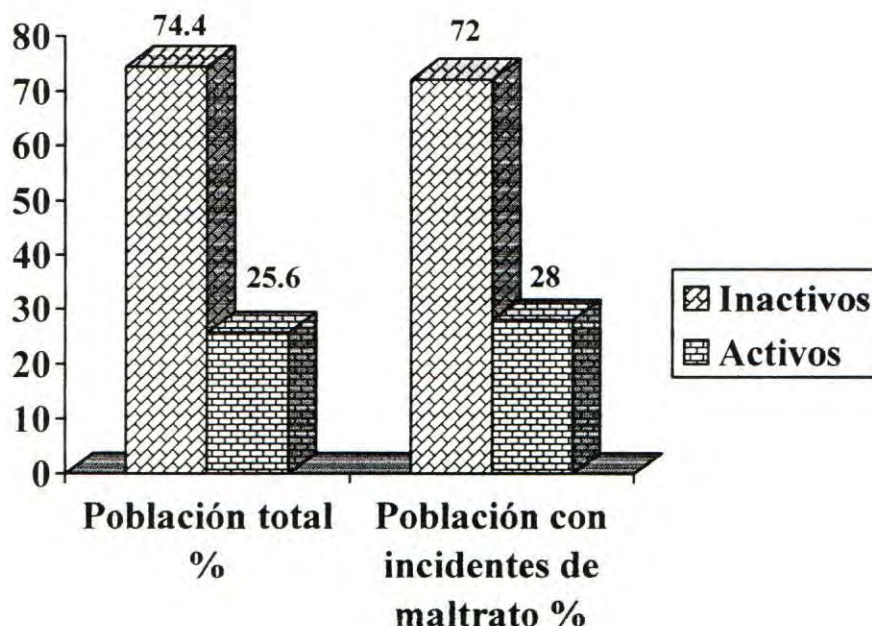
PIM= Población con incidentes de maltrato

Características económicas

Dado que en nuestro país el retiro del mercado laboral se basa en criterios cronológicos, uno esperaría que en una población de 65 y más años la mayoría no estuviera incorporada al mercado laboral. Sin embargo, en nuestro estudio observamos que la cuarta parte de las personas mayores son económicamente activas (gráfico 1).

Gráfico 1

Condición ante al mercado laboral de la población total y de la población con incidentes de maltrato



Como era de esperarse, dada la socialización tradicional de género, basada en una ideología sexista de lo masculino y lo femenino, es menor la proporción de mujeres que la de hombres que se encuentra activa laboralmente. En la tabla 22 se observa que aproximadamente 8 de cada 10 mujeres no trabajan, en comparación con 6 de cada 10 hombres.

Tabla 22.
Condición ante al mercado laboral según sexo. Población total y población con incidentes de maltrato

Condición	Población total (%)		Población con incidentes de maltrato (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Activo	35.6	15.4	36.6	18.7
Inactivo	64.4	84.6	63.4	81.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Las razones de esta actividad laboral pueden deberse a varias situaciones: por necesidad económica, porque le gusta trabajar, para estar en forma o porque aún no cumple con los requisitos para la jubilación. Pese a que en Monterrey, como ya se dijo antes, los índices de marginación son bajos, la principal causa por la que las personas mayores trabajan es porque necesitan hacerlo para poder solventar sus gastos (16.4% de la población total y 20.1% de la población con incidentes de maltrato). Trabajar por gusto, para estar en forma o para sentirse útil, o porque aún no se jubila acusan porcentajes muy poco significativos (**tabla 23**). El orden de las causas se mantiene independientemente del sexo. Tanto los hombres como las mujeres de ambas poblaciones señalaron trabajar por necesidad (**tabla 24**).

Las causas para encontrarse activos o inactivos en el mercado laboral no pueden sustraerse a la ideología de género. Por ejemplo, más de la cuarta parte de las mujeres en ambas poblaciones nunca han trabajado (34.8% de la población total y 26.5% de la población con incidentes de maltrato) (**tabla 24**). Esto se debe a que, como dice Yanes (1999), las mujeres fueron socializadas principalmente para desempeñar roles de esposas, madres e hijas. De la misma manera, el que los hombres (20.8% población total y 25.6% población con incidentes de maltrato), en mayor proporción que las mujeres (11.8% de la población total y 14.3% de la población con incidentes de maltrato) señalen que trabajan porque lo necesitan, puede tener una relación directa con la idea de construir gran parte de su masculinidad sobre el desempeño del rol de proveedor.

Los motivos para estar insertos en el mercado laboral se conjugan con las razones por las cuales las personas no trabajan y juntos constituyen una clara señal de que estamos ante un colectivo con carencias económicas. Por ejemplo, en el caso de la población total la principal razón para no trabajar fue la jubilación (26.5%), mientras que la población con incidentes de maltrato mencionó el estado de salud como la razón de mayor peso por la que no se encuentra en el mercado laboral (24.6%) (**tabla 23**). El común denominador en ambos casos es el impacto negativo que estos dos hechos pueden tener en la economía familiar de las personas mayores. Como es sabido la jubilación para muchas de estas personas significa reducir su capacidad de ingresos y gastos (Montes de Oca, 2006) y para las que están enfermas su estado de salud puede representar un gasto significativo, además de la dificultad para realizar actividades que les redituen ingresos.

Al desagregar los datos por sexo, observamos que la situación de las mujeres se antoja más complicada que la de sus pares hombres ya que las principales causas por las que no trabajan son porque nunca lo han hecho y por su estado de salud (**tabla 24**). Sin embargo es necesario señalar que las mujeres tienen una situación económica muy peculiar, ya que por

un lado son las que se benefician más con las transferencias informales, el 75.3% de éstas son apoyadas económicamente por sus familias, a diferencia del 60.2% de los hombres en la población total; pero por otro lado, la situación se revierte cuando se habla de transferencias formales: el 73.3% de los hombres cuenta con una pensión, mientras que sólo el 42.4% de las mujeres de la población total tienen esta prestación (**tabla 26**). Pese a lo anterior se ha dicho las mujeres mayores sufren más carencias económicas que los hombres. Salgado (2003) manifiesta que los ancianos, de manera especial las mujeres, frecuentemente son más pobres, tienen más problemas de salud y requieren de más servicios de salud que el resto de la población.

Tabla 23. Razón por la cuál se encuentran inactivos o activos en el mercado laboral. Población total y población con incidentes de maltrato

Razón por la cual se encuentra activo	Población total (%)	Población con incidentes de maltrato (%)
Necesita trabajar/necesidad económica/nadie le ayuda	16.4	20.1
Le gusta/Para estar ocupado (a)/Para salir de casa	6.9	4.9
Por salud/ para estar en forma	.5	1.2
Porque todavía no se jubila	.1	0
Para sentirse bien/para sentirse útil	.7	.7
Razón por la cual se encuentra inactivo		
No encuentra trabajo	1.1	1.0
A su edad nadie le de trabajo	4.5	6.4
No necesita/no quiere/ya se jubiló/ya quiere descansar	26.5	19.4
Nunca ha trabajado	17.2	12.8
No le dejan	1.6	1.7
Por ser mujer	.4	.7
Por su estado de salud/por enfermedad/por limitaciones físicas	18.9	24.6
No tiene capacidad para las nuevas tecnologías	.3	.2
Otra	4.9	6.1
Total	100.0	100.0

Las principales fuentes de ingresos de las personas entrevistadas son las pensiones y la ayuda de hijos o parientes. Los porcentajes de pensión (58.1% en la población total y 56.5% en la población con incidentes de maltrato) que se muestran en la **tabla 25**, son más altos que los observados a nivel nacional en 1997; según Pedrero (1999), en aquel entonces sólo una cuarta parte de las personas inactivas mayores de 60 años contaban con una pensión derivada de su trabajo. Estos datos pueden encontrar explicación en el contexto muy particular de Monterrey. Aquí las actividades económicas se estructuran principalmente a partir de la industria manufacturera y de las grandes empresas (Garza, 1999; Martínez de la Peña, 2005, citados en García y de Oliveira, 2006); lo cual es un factor importante que puede favorecer la incorporación de sus habitantes al mercado laboral formal.

Pese a que el recibir una pensión representa un ingreso fijo para las personas mayores, la mayoría de ellas (67.6% de la población total y 60.4% de la población con incidentes de maltrato) tienen que recurrir a sus familiares en busca de ayuda para hacerle frente a sus necesidades económicas, o muchos de ellos continúan trabajando para subsistir (**tabla 25**). Estos resultados coinciden con los presentados por Pedrero (1999) quien encontró con base en datos del INEGI (1997) que muchas de las personas inactivas sobreviven gracias a la solidaridad familiar, ya que recibían más ingresos por regalos y donativos monetarios (59.3%) que por pensiones (37.7%).

Tabla 24. Razón por la cuál se encuentran inactivos o activos en el mercado laboral, según sexo. Población total y población con incidentes de maltrato

Razón por la cual se encuentra activo	Población total (%)		Población con incidentes de maltrato (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Necesita trabajar/necesidad económica/nadie le ayuda	20.8	11.8	25.6	14.3
Le gusta/Para estar ocupado (a)/Para salir de casa	10.1	3.7	5.7	4.1
Por salud/ para estar en forma	.6	.4	1.4	1.0
Porque todavía no se jubila	.2	0	0	0
Para sentirse bien/para sentirse útil	1.3	.2	.9	.5
Razón por la cual se encuentra inactivo				
No encuentra trabajo	1.5	.6	1.4	.5
A su edad nadie le da trabajo	6.3	2.6	8.1	4.6
No necesita/no quiere/ya se jubiló/ya quiere descansar	38.0	14.6	29.4	8.7
Nunca ha trabajado	0	34.8	0	26.5
No le dejan	.4	2.8	.5	3.1
Por ser mujer	0	.9	0	1.5
Por su estado de salud/por enfermedad/por limitaciones físicas	17.4	20.4	22.3	27.0
No tiene capacidad para las nuevas tecnologías	.6	0	.5	0
Otra	2.7	7.1	4.3	8.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 25. Fuente de ingresos de la población total y de la población con incidentes de maltrato

Fuente de ingreso	Población total	Población con incidentes de maltrato
Sueldo fijo o pagos por trabajos	23.3	24.4
Ahorro	9.7	7.0
Pensión	58.1	56.5
Programas gubernamentales	5.4	6.8
Rentas	6.2	5.3
Ayuda de hijos o parientes	67.6	60.4

La **tabla 26** muestra la dinámica en los tipos de ingresos entre hombres y mujeres. Las tres principales fuentes de ingreso de los hombres son: la pensión, la ayuda de hijos o parientes y el sueldo o pago por trabajo. Las mujeres en cambio reciben ingresos en primera instancia de la ayuda de hijos o parientes, por pensión y por salario. Los hombres muestran mayor capacidad de ahorro y las mujeres se benefician en mayor medida de programas gubernamentales.

Tabla 26. Fuente de ingresos de la población total y de la población con incidentes de maltrato, según sexo

Fuente de ingreso	Población total (%)		Población con incidentes de maltrato (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sueldo fijo o pagos por trabajos	32.1	14.3	31.9	16.2
Ahorro	12.6	6.6	8.5	5.6
Pensión	73.3	42.4	70.9	40.9
Programas gubernamentales	3.1	7.7	3.3	10.6
Rentas	6.8	5.6	4.2	6.6
Ayuda de hijos o parientes	60.2	75.3	55.9	65.2

A pesar de que una misma persona mayor puede tener dos o más fuentes de ingresos, en términos generales, la población con incidentes de maltrato en mayor proporción (42.7%) que la población total (30.8%) considera que sus ingresos no les alcanzan para cubrir sus necesidades básicas; cerca de la mitad (en ambas poblaciones) dijo que sus ingresos alcanzan sólo para cubrir sus necesidades básicas (**tabla 27**). Las carencias económicas manifestadas por las personas entrevistadas coinciden con las cifras del Consejo Nacional de Población (Citado en Salgado, 2003), el cual expone que en nuestro país cerca de la mitad de las personas mayores de 70 años vive bajo la línea de la pobreza y sólo alrededor de un tercio percibe un ingreso fijo.

Tabla 27. Satisfacción de sus necesidades de acuerdo al ingreso recibido. Población total y población con incidentes de maltrato

	Población total (%)	Población con incidentes de maltrato (%)
Alcanza muy bien para cubrir mis necesidades	16.0	8.3
Alcanza sólo para cubrir las necesidades básicas	49.5	43.7
No alcanza para cubrir las necesidades básicas	30.8	42.7
No tiene ingresos	3.7	5.4
Total	100.0	100.0

Si bien no tenemos elementos precisos para clasificar el nivel de pobreza en que se ubica nuestra población, sí podemos hablar de una población con serias dificultades para cubrir sus necesidades básicas, ya que sólo el 16% de la población total y 8.3% de la población con incidentes de maltrato manifestaron poder solventar dichas necesidades sin ninguna dificultad (**tabla 27**).

Estado de salud y funcionalidad

Aunque no existe un límite claro entre envejecimiento y enfermedad, se sabe que existe una relación positiva entre vejez y enfermedad, de manera que a medida que la edad aumenta, habitualmente el estado de salud se deteriora o por lo menos el número de enfermedades que se padece se incrementan (Mendoza, 2003; Ham, 2003)

La relación entre ambas variables (vejez y enfermedad), no es una relación de causa-efecto; más bien existe una serie de determinantes del perfil epidemiológico de las personas mayores, entre los que se encuentran: la mayor expectativa de vida, los cambios biológicos asociados con la edad; el capital genético heredado y moldeado en el transcurso de la vida; la acumulación de riesgos, en particular los asociados con el estilo de vida y los ocupacionales; la oportunidad de expresión de los periodos de latencia de las enfermedades; el acceso y uso de los servicios de salud, el contexto ecológico y las características socioeconómicas (Garrido, Ramírez y Gómez, 1999: 269), nosotros agregaríamos al género.

De todos estos determinantes nos interesa resaltar el contexto socioeconómico y el género. El contexto socioeconómico cobra relevancia en este estudio porque Nuevo León es considerado uno de los estados con mayor desarrollo urbano, con un sector industrial de primer orden, con una vasta actividad de servicios y con un nivel educativo por encima del promedio nacional (Ham, 2003). Todos estos factores, además de que matizan la morbilidad de las personas mayores, hacen suponer la existencia de un medio ambiente favorable para aumentar la esperanza y la calidad de vida. Ham (2003) menciona que existe una relación positiva entre los procesos demográficos y epidemiológicos y los medios socioeconómicos altos; en otras palabras, entre más fuerte sea una región en términos socioeconómicos, mejor es su condición demográfica y epidemiológica.

Por ejemplo, si comparamos los resultados de nuestra investigación con las la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) (Citada en Menéndez, Guevara, Arcia, León,

Marín y Alfonso, 2005), encontramos que, entre los resultados de ésta y nuestra población existen diferencias importantes. Creemos que esto se debe a que el promedio de edad en la población de la SABE era más joven (69.9 años en promedio) que la nuestra (74 años en promedio). La diferencia de edad puede influir en una menor morbilidad; los datos sustentan lo antes dicho, ya que se observó que en el Distrito Federal el 31.4% de las personas no tenían ninguna enfermedad y en nuestro estudio sólo el 18.3% manifestó no tener ningún padecimiento. Se observa también que cuando las personas han tenido incidentes de maltrato la proporción de personas sanas disminuye tres puntos porcentuales (15%) (tabla 28), lo cual tiene sentido porque se han encontrado evidencias que señalan que el vivir situaciones de violencia impacta de manera negativa en la salud (Heise, 1994; Carrillo, 1992).

En las edades avanzadas es común la acumulación de condiciones crónicas, es decir, de una polipatología la cual en muchos casos no es fatal, pero sí tiene un fuerte impacto en la calidad de vida (Ham, 2003). En nuestro estudio se observa que 6 de cada 10 personas de la población total presentan cuadros polipatológicos, en tanto que en la población con incidentes de maltrato casi 7 de cada 10 individuos se encuentran en esta situación. En promedio estas personas presentan 2 enfermedades y cerca del 80% presenta por lo menos una enfermedad crónica. Podemos observar también que a medida que la co-morbilidad se agudiza (3 enfermedades o más) los porcentajes de la población con incidentes de maltrato en comparación con los de la población total aumentan (tabla 28).

Tabla 28. Número de enfermedades que padece la población total y la población con incidentes de maltrato

Número de Enfermedades	Población total	Población con incidentes de maltrato
0	18.3	15.1
1	22.2	17.0
2	19.4	19.0
3	16.7	18.5
4	11.2	13.1
5	6.6	8.8
6	3.7	5.6
7	1.7	2.7
8	.2	.2
Total	100.0	100.0

En ambas poblaciones, en términos porcentuales, la co-morbilidad más aguda (4 padecimientos o más) parece ser mayor en las mujeres que en los hombres. Es importante destacar que los hombres, en mayor proporción que las mujeres, reportan no estar enfermos (tabla 29). Estos hallazgos son consistentes con lo expuesto por Ham (2003) quien afirma que las mujeres viven más tiempo que los hombres, pero esa sobrevivencia representa muchas veces vivir con enfermedades crónicas y discapacidades. En este sentido, la encuesta SABE reportó que existía una asociación directa entre la dificultad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria y el ser mujer (Menéndez y otros, 2005).

Tabla 29. Número de enfermedades que padece la población total y la población con incidentes de maltrato, según sexo.

Número de enfermedades	Población total		Población con incidentes de maltrato	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0	24.4	11.9	19.7	10.1
1	21.5	22.8	16.0	18.2
2	20.7	18.1	21.1	16.7
3	14.3	19.2	18.3	18.7
4	9.9	12.6	11.3	15.2
5	5.8	7.5	7.5	10.1
6	2.5	4.9	4.2	7.1
7	.8	2.6	1.9	3.5
8	.0	.4	.0	.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Aunque la morbilidad no necesariamente significa mortalidad, las causas e índices de mortalidad con frecuencia se retoman como indicadores de salud y bienestar, debido a la escasez de la información sobre las causas, incidencias, prevalencias, consecuencias y desenlaces de las enfermedades (Ham, 2003). De acuerdo con la **tabla 30**, las principales causas de muerte en las personas mayores de Nuevo León son el infarto al miocardio y la diabetes. Estas causas de mortalidad nos dan pistas de que tanto la diabetes como las enfermedades relacionadas con el corazón son importantes fuentes de morbilidad.

Nuestros resultados indican que la principal enfermedad que padece tanto la población total como la población con incidentes de maltrato es la hipertensión arterial³⁹ (**tabla 28**). Como sabemos, la hipertensión coloca a las personas en el riesgo de sufrir un infarto, por lo tanto, la primera causa de mortalidad en Nuevo León coincide con la enfermedad que más padecen las personas en nuestro estudio. Aunque, como ya se dijo antes, morbilidad no es equivalente a mortalidad. Por ejemplo la diabetes que se coloca como la segunda causa de muerte en la población de personas mayores neolonesa (**tabla 30**), representa tanto en la población total como en la población con incidentes de maltrato la sexta enfermedad más frecuente (**tabla 28**).

En la misma situación se encuentra el cáncer; según Mendoza (2003), éste es uno de los padecimientos de mayor prevalencia en el envejecimiento, ya que casi la mitad de todas las neoplasias malignas a nivel mundial se presentan en personas mayores y en México se ubica entre las primeras 10 causas de muerte en personas mayores de 65 años. No obstante, en nuestra población objeto de estudio fue la enfermedad menos frecuente. En otras palabras puede haber enfermedades, como el cáncer, que tengan poca prevalencia, pero el riesgo de morir a causa de ellas es alto.

³⁹ La posición de la hipertensión arterial como principal causa de morbilidad en la población en estudio, es consistente con los resultados encontrados en otras investigaciones. Por ejemplo la Encuesta de Salud y Bienestar (SABE) reporta que 1 de cada 2 personas manifestó padecer hipertensión arterial (Mendoza, 2003).

Tabla 30. Número de orden en las primeras 10 causas de muerte en personas de 65 y más años del estado de Nuevo León, según sexo

Enfermedad	65- 74		75 y más años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Diabetes	2	1	2	2
Infarto al miocardio	1	2	1	1
Otras enfermedades del hígado	4	3		
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	5	6	3	3
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	3	10	5	
Cáncer de próstata	6		7	
Otra enfermedad isquémica del corazón	9	5	6	4
Insuficiencia renal	7	4		8
Neumonía			4	6
Otros accidentes y efectos tardíos	10			
Insuficiencia cardíaca			9	5
Secuelas de enfermedad cerebrovascular	8		8	9
Hemorragia intraencefálica e intracraneal		9		
Otras enfermedades cerebrovasculares		7	10	7
Cáncer de mama		8		
Accidente vascular encefálico agudo				10

Fuente: Elaboración propia con datos presentados por Ham (2003)

Tabla 31. Tipo de enfermedad más frecuente en la población total y en la población con incidentes de maltrato (%)

Enfermedad	Población total	Población con incidentes de maltrato
Cáncer	1.6	1.0
Diabetes/enfermedades derivada de ésta	23.7	28.0
Alta presión	41.8	45.0
Artritis/reumatismo	27.0	32.8
Osteoporosis	15.3	16.1
Enfermedades incapacitantes (enfisema, embolia, etc.)	15.3	8.0
Enfermedades degenerativas de los ojos (cataratas, mácula, glaucoma, etc.)	34.2	39.2
Enfermedades del corazón	18.3	21.4
Disminución o pérdida auditiva	25.9	30.8
Depresión o desgano	31.3	39.4

Al desagregar los datos por sexo nos damos cuenta de la influencia que el género tiene en el proceso mórbido de las personas mayores. Con excepción del cáncer, las enfermedades incapacitantes (enfisema, embolia, etc), las pérdidas auditivas y la diabetes, las mujeres registraron mayores proporciones que los hombres en el resto de enfermedades. En particular llama la atención la osteoporosis, ya que las diferencias entre hombres y mujeres tanto de la población total (6.6% hombres y 24.1% mujeres), como de la población con incidentes de maltrato (8.0% hombres y 24.7% mujeres) es bastante considerable (tabla 32).

Tabla 32. Tipo de enfermedad más frecuente en la población total y en la población con incidentes de maltrato, según sexo

Enfermedad	Población total (%)		Población con incidentes de maltrato (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Cáncer	1.7	1.5	1.4	.5
Diabetes/enfermedades derivadas de ésta	23.7	23.7	28.2	27.8
Alta presión	34.6	49.1	39.9	50.5
Artritis/reumatismo	19.7	34.5	25.4	40.9
Osteoporosis	6.6	24.1	8.0	24.7
Enfermedades incapacitantes (enfisema, embolia, etc.)	8.3	4.9	10.3	5.6
Enfermedades degenerativas de los ojos (cataratas, mácula, glaucoma, etc.)	32.6	35.8	39.0	39.4
Enfermedades del corazón	16.0	20.7	17.4	25.8
Disminución o pérdida auditiva	30.5	21.3	33.3	28.0
Depresión o desgano	22.8	40.1	31.9	47.5

Por último, la depresión se posicionó como la segunda enfermedad de mayor frecuencia en la población con incidentes de maltrato y la tercera en la población total (**tabla 31**). En términos generales, las mujeres manifiestan mayor tendencia a sentirse deprimidas o desganas que los hombres. Además, las mujeres con incidentes de maltrato son las que registran el porcentaje más alto de depresión, ya que casi 5 de cada 10 manifestó sentirse deprimida o desgana (**tabla 32**). Estos datos son consistentes con otros estudios que reportan que la depresión y el maltrato mantienen una asociación positiva (a mayor maltrato, mayor depresión) (Heise, 1994; Carrillo, 1992).

Como se dijo al principio de esta sección, las fronteras entre envejecimiento y enfermedad son difusas; esta ausencia de nitidez también se refleja en el imaginario de las personas mayores. Un estudio señala que muchas de las personas entrevistadas, ante el cuestionamiento de qué significa para ellos ser anciano o viejo, a menudo se referían a la vejez como enfermedad, como si ésta en la vejez fuese un destino. Por ejemplo, un señor de 72 años de la zona rural de Veracruz se describía como viejo de la siguiente manera:

Yo como soy viejo, ya no puedo andar y aquí la señora todavía anda caminando, yo no puedo caminar porque mi rodilla que se me duela ya para andar caminando...como que reumas, pero ya no se puede combatir eso...pero queda que ya es mi vejez...porque así me dijo el doctor; que ya cuando uno ya es viejo, ya así, su enfermedad ya viene, ya soy viejecito, ya no se puede combatir (Orozco, 2006: 227).

Además, como se observa en el relato del señor antes descrito, en la vejez aludir a la enfermedad, muchas veces es evocar la tríada enfermedad-incapacidad-dependencia. Por ello algunos autores consideran que la salud en las personas mayores no puede ser medida sólo en términos de la presencia o ausencia de enfermedades, sino que también se debe valorar el grado de conservación de la capacidad funcional (Menéndez y otros, 2005)

Nagi (1991, citado en Ham, 2003:153) esquematiza la manera en que cambian la calidad y la forma de vida conforme se viven más años y se acumulan enfermedades crónicas (**tabla 33**).

Cuando el proceso al que se refiere Nagi alcanza la última fase, la incapacidad y la consecuente dependencia impacta de manera emotiva a las personas mayores. Orozco (2006) considera que la dependencia es una de las situaciones que causa mayor temor y enojo a los ancianos. Por ejemplo, Margarita, una mujer de 64 años del área rural de Jalisco dijo:

Yo cuando pienso en un anciano, pienso que es triste la vida de un anciano, que yo hasta mal les digo. ¡Ay no! Yo no, yo le pido a Dios que no llegue a una edad que ya no pueda seguirme por mí misma, porque es muy triste... (Orozco, 2006: 228).

Tabla 33. Esquema de Nagi sobre el proceso de salud, enfermedad e incapacidad

<i>Etapa</i>	<i>Descripción</i>
Patología activa ↓	Interrupción o interferencia con algún proceso normal en el funcionamiento del organismo, con intentos de éste para recuperar la normalidad.
Deterioro ↓	Anormalidad o pérdida anatómica, fisiológica, mental o emocional.
Limitación funcional ↓	Trabas para el desempeño de actividades consideradas normales de acuerdo con características individuales.
Incapacidad	Limitaciones para la realización de actividades o tareas socialmente definidas propias de la persona afectada.

Además de que las subjetividades de las personas mayores son trastocadas por la enfermedad y posteriormente por la discapacidad, es importante resaltar, a través de las estadísticas, el contexto más global que enmarca dichas singularidades. En nuestro estudio se observa que tanto en la población total como en la población con incidentes de maltrato, las personas conservan relativamente su funcionalidad⁴⁰; los resultados indican que los tipos de ayuda que más requieren las personas mayores son la instrumental (ayuda para recibir atención médica, sacar cita, que le lleven, le acompañen, le apoyen, para hacer mandados, salir a pasear) (49.4% la población total y 57.5% la población con incidentes de maltrato) y para realizar quehaceres domésticos (62.1% población total y 66.9% población con incidentes de maltrato) (**tabla 34**). En tanto que la frecuencia de limitaciones para realizar actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, ir al baño, movilizarse y

⁴⁰ En nuestro estudio se excluyeron sólo aquellas personas que si discapacidad física y/o cognitiva les impidiera contestar; de manera que cuando el tipo o el grado de discapacidad no representaba problemas en ese sentido, la entrevista se realizaba. Además es importante mencionar que justamente el promedio de edad de nuestra población encaja con el grupo de edad (74 años) en que las personas mayores, aunque estén viviendo un proceso mórbido, aún no entran en estadios avanzados de enfermedad y/o discapacidad.

alimentarse), coincide con los resultados de la SABE (Citada en Mendoza, 2003), la cual evidenció que, al igual que en nuestro estudio, entre un 80 y 90% de las personas de 60 a 74 y más años no presentan limitaciones de este tipo.

Tabla 34. Tipo de ayuda requerida para realizar actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria. Población total y población con incidentes de maltrato

Tipo de ayuda que necesita	Población total (%)				Población con incidentes De maltrato (%)			
	Nunca	A veces	Siempre	Total	Nunca	A veces	Siempre	Total
Quehaceres domésticos	37.9	.1	62.0	100	33.1	0	66.9	100
Funcional para caminar	87.3	.2	12.5	100	82.0	.5	17.5	100
Funcional para ir al baño	94.4	.3	5.3	100	94.4	.5	5.1	100
Funcional para asearse o bañarse	93.5	.1	6.4	100	93.4	.2	6.3	100
Funcional para tomar medicamentos	91.5	.4	8.1	100	92.5	.5	7.1	100
Funcional para levantarse de la cama o acostarse	94.6	.2	5.2	100	95.4	.2	4.4	100
Funcional para alimentarse	95.3	.1	4.6	100	97.1	0	2.9	100
Ayuda instrumental	50.7	1.2	48.2	100	45.5	2.4	52.1	100

Es necesario mencionar que existen algunas actividades de la vida diaria que las personas mayores no realizan por una cuestión relacionada más al género que una situación de discapacidad. Por ejemplo en la **tabla 34** se observa que uno de los tipos de ayuda que más requiere este colectivo es para realizar quehaceres domésticos. Y si analizamos más abajo los **gráficos 2 y 3**, vemos que el porcentaje de personas mayores del sexo masculino que piden ayuda para este tipo de actividades es mayor que el de las mujeres.

Grafico 2. Necesidad de ayuda para realizar quehaceres domésticos según sexo. Población total

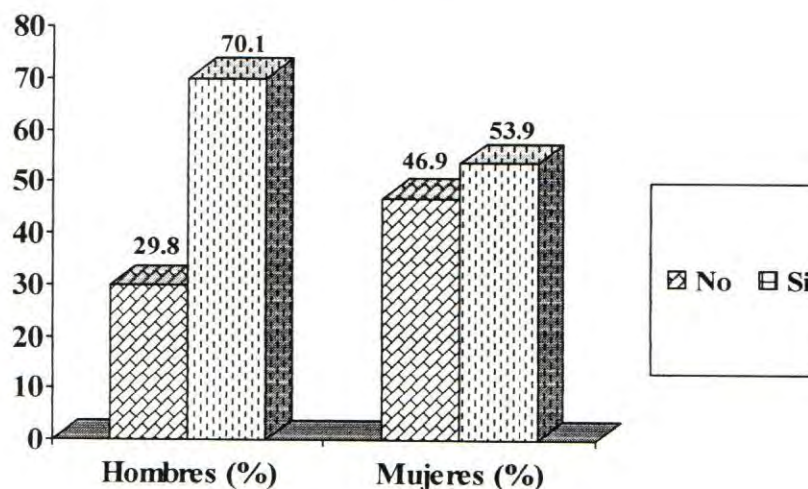
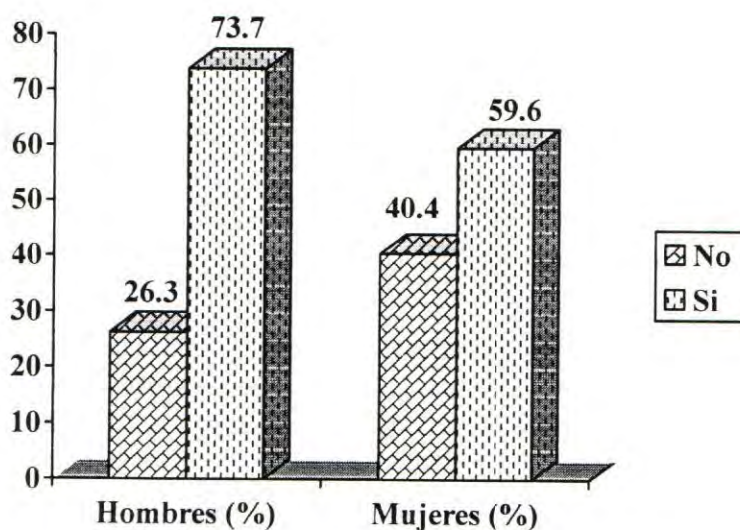


Grafico 3. Necesidad de ayuda para realizar quehaceres domésticos según sexo. Población con incidentes de maltrato



Aunque nuestra población en términos generales es una población relativamente sana⁴¹, debemos considerar que a menudo las personas mayores pierdan autonomía de manera

⁴¹ El promedio de edad de nuestra población es de 74 años, lo que, de acuerdo con Ham (2003) nos indica que se trata de individuos con una merma en sus condiciones físicas, pero en condiciones aceptables de funcionalidad y salud.

paulatina conforme van acumulando años. Por ejemplo, López de Ayala (2000) señala que en la Unión Europea uno de los rasgos distintivos de las personas mayores, sobre todo de los más envejecidos (80 años) es la dependencia. Muchas de estas personas tienen la necesidad de recibir algún tipo de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria.

El brindar ayuda a una persona mayor, para muchas familias representa cambios significativos en su estructura y modifica el proyecto de vida de muchos de sus miembros (Garrido y otros, 1999), especialmente de aquellos sobre los que recae el cuidado. De manera que las enfermedades crónicas que padecen muchos de los adultos mayores, no sólo impactan en lo biológico, Mendoza (2003) afirma que sus repercusiones abarcan a los sistemas de atención a la salud, a las familias y a las personas mayores, ya que muchas veces el deterioro en la salud se convierte en una carga sanitaria y financiera onerosa.

4.2 Violencia familiar y factores de riesgo asociados a ella

4.2.1 Violencia familiar

De los tipos de maltrato incluidos en este estudio (físico, económico, emocional y negligencia) la negligencia registró la más alta proporción (74.6%). El segundo tipo de maltrato más frecuente fue el emocional; un 35.5% de las personas mencionó que por lo menos en una ocasión ha tenido una experiencia de maltrato de este tipo. El maltrato físico fue el menos común (2.9%) (tabla 35). Nuestros resultados coinciden con los de Bazo (2001) quien encontró que es mayor la existencia de abandono o negligencia en el trato (de carácter físico o psicológico) que los malos tratos propiamente dichos.

Tabla 35. Tipo de maltrato más frecuente. Población con incidentes de maltrato

Tipo de maltrato	Población con incidentes de maltrato	
	N	Porcentaje
Físico	12	2.9
Económico	33	8.1
Emocional	145	35.5
Negligencia	327	76.6

El lugar que ocupan los tipos de maltrato tiene variación de acuerdo con el contexto. Por ejemplo, en los países sajones el maltrato económico es el que sobresale como el más frecuente. En Canadá un estudio evidenció que el abuso material fue el tipo de violencia más prevalente (19 a 33 víctimas por cada mil), seguido por la agresión verbal crónica (8 a 18 personas por cada mil), la violencia física (3 a 9 por cada mil) y la negligencia (2 a 6 personas por cada mil) (Podnieks, 1992). Por su parte, diversos estudios realizados en Estados Unidos reportan el abuso material como el más frecuente (Duncan y otros, 2002; Dunlop y otros, 2000; Franco, Gray, Gregware y Meyer, 1999).

La violencia física por su parte, parece tener menos variabilidad de acuerdo con el contexto. La proporción de la violencia física en los países sajones, al igual que en nuestro estudio, ocupa los lugares más bajos. En el estudio de Canadá este tipo de maltrato ocupó el penúltimo lugar (Podnieks, 1992) y en un estudio realizado en Estados Unidos, el maltrato físico se posicionó como el de menor prevalencia (5%) (Franco y otros, 1999). Mientras que en nuestro estudio, del maltrato físico fue que el que registró la más baja proporción (2.9%) (tabla 35). Y las acciones más frecuentes de este tipo de violencia fueron pegar y empujar a la persona mayor. Ni hombres, ni mujeres reportaron actos de violencia

extremos, caracterizados por agresiones con armas de fuego, navajas o cuchillos. De igual manera, ninguna persona manifestó haber sido amarrada (**Tabla 36**).

Consideramos que una de las razones para que los tipos de violencia, en el caso de nuestro estudio, se den en el orden arriba descritos (bajos niveles de maltrato físico, pero altos niveles de negligencia), tiene que ver con la idea del respeto hacia los padres. Bajo esta premisa, creemos que para los hijos es más difícil ejercer actos flagrantes de maltrato físico, que acciones más sutiles como el dejar de hablar a los padres, tratarlos como si fueran menores de edad o insultarlos.

Tabla 36. Acciones de maltrato físico más frecuentes, población con incidentes de maltrato

Acción violenta	Total		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Le han encerrado	2	0.5	1	0.5	1	0.5
Le han pegado	5	1.2	4	1.8	1	0.5
Le han empujado	5	1.2	3	1.4	2	1.0
Le han jalado el cabello	3	0.7	0	0	3	1.5
Le han amarrado	0	0	0	0	0	0
Le han pateado	2	0.4	1	0.5	1	0.5
Le han aventado algún objeto	1	0.2	1	0.5	0	0
Le han disparado con un arma	0	0	0	0	0	0
Le han tratado de ahorcar	1	0.2	1	0.5	0	0
Le han atacado con cuchillo o navaja	0	0	0	0	0	0

Si desagregamos los datos según el sexo, podemos percibir que tanto el maltrato económico, como el emocional se presentan con mayor proporción en mujeres que en hombres (**tabla 37**). Estudios señalan que el maltrato económico es más común en mujeres que en hombres debido a que los hijos a la muerte del padre reclaman derechos sobre los inmuebles y otros bienes que se quedan en poder de la madre, hostilizándola para que se los ceda o despojándola directamente de éstos (MIMDES, 2005). Estos resultados coinciden con nuestros hallazgos, ya que, como se aprecia en la **tabla 38**, el amenazar y el presionar a las mujeres adultas mayores para que les otorguen dinero o bienes a sus hijos, resultaron ser las manifestaciones de maltrato económico más frecuentes.

Dado que el maltrato emocional y el económico están íntimamente ligados, es común que las coacciones para que las mujeres cedan los bienes y/o propiedades a sus hijos se acompañen de conductas como el dejarles de hablar, tratarlas como incapaces, gritarles e insultarlas. Esto lo podemos apreciar en los siguientes resúmenes de fichas técnicas que ofrece el MIMDES en Perú (2005).

Tabla 37. Tipo de maltrato más frecuente, según sexo. Población con incidentes de maltrato

Tipo de maltrato	Población con incidentes de maltrato			
	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Físico	6	2.8	6	3.1
Económico	12	5.7	21	10.7
Emocional	71	33.5	74	37.8
Negligencia	172	80.8	155	78.3

Tabla 38. Acciones de maltrato económico más frecuentes, población con incidentes de maltrato

Acción violenta	Total		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Le han quitado dinero sin consentimiento	10	2.5	4	1.9	6	3.0
Le han tomado cosas sin consentimiento	15	3.7	7	3.3	8	4.0
Le han presionado para que les otorgue bienes o propiedades	17	3.9	5	2.4	11	5.5
Le han amenazado con quitarle dinero o bienes	7	1.7	2	0.9	5	2.5

Isadora, de 79 años (Cajamarca), es viuda: refiere insultos y amenazas por parte de su hijo, con quien comparte su casa. Señala que este hijo, ha quien ya le ha cedido varios ambientes del inmueble, se ha apropiado ahora de las zonas comunes, y hace problemas cuando la usuaria o su hija se acercan por la parte de la casa que el ocupa o cuando utilizan las áreas comunes como el corredor. En tal razón, la hija de la usuaria que la atiende, se ve impedida de entrar a su dormitorio y debe ingresar por un tragaluz. Cuando Isadora reclama, su hijo se muestra agresivo y la insulta (MIMDES, 2005: 53).

Leonor, de 90 años, refiere que su hijo y su nuera le agraden física y psicológicamente porque desean que deje la casa; señala que puso la vivienda a nombre de este hijo, a condición de que la dejen vivir ahí hasta que muera, pero ahora pareciera que este hijo se ha olvidado del acuerdo (MIMDES, 2005: 53).

Lo anterior concuerda con nuestros resultados, los cuales revelan que las cuatro acciones típicas a través de las cuales los hijos ejercen maltrato emocional hacia sus madres son: tratarlas como menores de edad (10.6%), dejarles de hablar (20.1%), gritarles (16.1%) e insultarlas (11.6%) (**tabla 39**).

Respecto a la negligencia se observó que la de tipo económico y en especie es alta tanto en hombres como en mujeres (**tabla 40**). Se hace necesario comentar que aunque la negligencia es definida como la omisión, intencional o no, de los hijos para ayudar a sus padres cuando éstos lo necesitan, no debe olvidarse que el contexto matiza e incluso muchas veces determina que la ayuda se otorgue o no. Estudios han encontrado que la pauperización creciente de importantes sectores poblacionales sitúan en condición de

vulnerabilidad a las personas mayores para sufrir maltrato (Ruelas y Salgado, 2006). Por ello no se debe descartar la posibilidad de que para muchos hijos la pobreza que ellos mismos viven puede rebasar su intención de ayudar económica e incluso físicamente a sus padres. Sin embargo, creemos que en casos como estos, cuando la imposibilidad de ayudar económicamente es acompañada de falta de apoyo afectivo podemos hablar con mayor certeza de negligencia.

Con relación a la negligencia para realizar actividades de la vida diaria, es importante comentar que en nuestro estudio, debido a que las personas más enfermas y dependientes se excluyeron, no podemos decir con certeza como se comportan los hijos ante las necesidades que sus padres presentan para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

Lo discutido con anterioridad tiene como finalidad tomar con cautela los datos obtenidos con relación a la negligencia. Aunque aquí la no ayuda de los hijos hacia los padres cuando éstos dijeron necesitarla es considerada como negligencia, estamos concientes que se debe investigar sobre las múltiples aristas que este problema tiene.

Tabla 39. Acciones de maltrato emocional más frecuentes, población con incidentes de maltrato

Acción violenta	Total		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Le han tratado como menor de edad	37	9.0	16	7.5	21	10.6
Le han dejado de hablar	70	17.0	30	14.0	40	20.1
Le han avergonzado delante de otras personas	20	4.9	9	4.2	11	5.5
Le han menospreciado	23	5.6	11	5.1	12	6.0
Le han amenazado con correrlo de la casa	4	0.9	2	1.0	2	1.0
Le han gritado	70	17.0	38	17.9	32	16.1
Le han insultado	42	10.2	19	9.0	23	11.6
Le han prohibido recibir visitas en la casa	5	1.2	3	1.4	2	1.0
Le han amenazado con pegarle	9	2.2	5	2.3	4	2
Le han amenazado con matarle	2	0.4	2	1.0	0	0
Le han amenazado con algún arma	1	0.2	1	0.5	0	0
Le han ignorado	39	9.5	19	9.0	20	9.0
Han hecho que el resto de la familia se ponga en contra de la persona mayor	7	1.6	3	1.5	4	2

Pese a las dificultades antes dichas consideramos importante discutir que los principales actos de negligencia (de tipo económico y de tipo doméstico) expuestos en la **tabla 40** parecen descansar sobre la base de ideologías sexistas. Ribeiro (2004) afirma que la familia aún sigue reforzando el modelo de separación tradicional de roles sexuales: hombre proveedor, mujer ama de casa. Estos supuestos se reflejan en nuestro estudio. Pareciera ser que los hijos asumen que sus madres no requieren ayuda de tipo doméstico, ya que son las mujeres quienes manifiestan mayores proporciones de negligencia de este tipo en comparación con los hombres. Los hombres por su parte, reportan mayor proporción de negligencia económica que las mujeres. Pareciera ser también que los hijos dan por hecho que sus padres, dado que fueron “diseñados” para ser proveedores, no necesitan apoyo económico.

Tabla 40. Acciones de negligencia más frecuentes, población con incidentes de maltrato

Acción negligente	Total		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%
No recibir apoyo con dinero o bonos	189	46.0	107	50.2	82	41.4
No recibir apoyo para realizar quehaceres domésticos	59	14.4	21	9.8	38	19.2
No recibir apoyo para caminar	45	10.9	18	8.5	27	13.6
No recibir apoyo para ir al baño	14	3.4	6	2.8	8	4.0
No recibir ayuda para asearse o bañarse	10	2.4	3	1.4	7	3.5
No recibir ayuda para tomar medicamentos	10	2.4	4	1.9	6	3.0
No recibir ayuda para levantarse de la cama o acostarse	6	1.4	3	1.4	3	1.5
No recibir ayuda para alimentarse	2	0.5	1	0.5	1	0.5
No recibir ayuda en especie (medicina, ropa, pagos varios)	154	37.5	81	38.0	73	36.9
No recibir ayuda instrumental (para recibir atención médica, sacar cita, que le lleven, le acompañen, para hacer mandados, salir a pasear, etc.)	35	8.5	16	7.5	19	9.6

4.2.1 Factores de riesgo

4.2.1.1 Preparación de los datos

Análisis de correlación

La literatura sobre el tema de maltrato hacia las personas mayores señala que este problema se asocia de manera distinta con los factores de riesgo, según sea el tipo de maltrato. En nuestro estudio la prueba estadística que permitía indagar este supuesto era la correlación. Debido a que nuestras variables se encontraban en un nivel de medición ordinal, se empleó el coeficiente de correlación de Spearman. Rodríguez y Moreno (2006), al igual que Levin y Levin (2001) exponen que cuando las variables a estudiar se encuentran en un nivel de medición ordinal, el coeficiente de correlación a usar será el de Spearman.

Las variables sometidas a este análisis fueron, como factores de riesgo, las enfermedades crónicas, deficiencias físicas, ayuda otorgada a los hijos, cohabitación y aislamiento. Los tipos de violencia considerados fueron: física, emocional, económica y negligencia.

U de Mann Withney

Para indagar si el género (sexo) era un factor de riesgo asociado a los diferentes tipos de maltrato se ejecutó la prueba no paramétrica conocida como U de Mann Withney.

Esta prueba se emplea cuando no se cumplen los supuestos de normalidad y homocedasticidad, o porque el nivel de medida de los datos sea ordinal. Es la alternativa no paramétrica a la prueba *t de student* (Moreno y Rodríguez, 2006). En el caso de nuestro estudio se decidió su uso por dos razones. Primero porque nuestros datos no observaban una distribución normal y segundo porque el nivel de medición de nuestros datos era de tipo ordinal.

Análisis de regresión

Inicialmente se planteó estudiar varios tipos de maltrato⁴²: económico, emocional, físico y negligencia. Sin embargo esta taxonomía se preservó solamente con fines descriptivos y para los fines del análisis de correlación. Mediante el análisis factorial se consideró conveniente trabajar únicamente sobre los constructos que resultaron significativos a través de dicha prueba.

El análisis factorial se ejecutó con el objetivo de determinar la validez de constructo y la confiabilidad de las escalas de tipos de maltrato y negligencia aquí propuestas. Se privilegió el uso del análisis factorial sobre el de componentes principales debido a que la literatura sobre la violencia familiar indican la presencia de correlaciones entre los distintos tipos de ésta (Coleman, 1990; Putnam, 1993, 1995, citados en Ferguson, 2003). En cambio el análisis de componentes principales asume que los componentes de un fenómeno no se correlacionan entre sí (Pedhazur y Schmelkin, 1991, citados en Ferguson, 2003). La **tabla 41** muestra que el análisis factorial de los cinco factores que se esperaba identificara, sólo elaboró dos: maltrato y negligencia. El alfa de cronbach para el primer componente fue de .9784, mientras que el del segundo componente fue de .7066.

Tabla 41. Factores sobre los tipos de violencia familiar

Variable	Componentes	
	1	2
Alguno de sus hijos le ha pateado	.989	
Alguno de sus hijos le ha amarrado	.988	
Alguno de sus hijos le ha disparado algún arma	.988	
Alguno de sus hijos le ha atacado con cuchillo o navaja	.988	
Alguno de sus hijos le ha tratado de ahorcar	.987	
Alguno de sus hijos le ha aventado algún objeto	.985	
Alguno de sus hijos le ha amenazado con matarle	.985	
Alguno de sus hijos le ha encerrado	.974	
Alguno de sus hijos le ha jalado el cabello	.968	
Alguno de sus hijos le ha empujado	.963	
Alguno de sus hijos le ha pegado	.950	
Alguno de sus hijos le ha quitado dinero sin consentimiento	.928	
Alguno de sus hijos ha tomado cosas suyas sin consentimiento	.852	
Alguno de sus hijos le ha gritado	.653	
Alguno de sus hijos le ha dejado de hablar	.596	
Negligencia para asearse o bañarse		.795
Negligencia para levantarse de la cama o acostarse		.795
Negligencia para ir al baño		.770
Negligencia para tomar medicamentos		.678
Negligencia para alimentarse		.610
Negligencia para caminar		.516

⁴² El maltrato fue conceptualizado como la violencia que las personas mayores viven al interior de la familia, por ello maltrato y violencia familiar son empleados como sinónimos.

Una vez ejecutado el análisis factorial y debido a que el análisis de correlación reveló que el maltrato y la negligencia estaban relacionados linealmente con los factores de riesgo, era plausible pensar que si se conocía el comportamiento de una variable (los distintos factores de riesgo), se podría predecir el comportamiento de la otra (maltrato y negligencia) (Rodríguez y Moreno, 2006). De manera que la prueba indicada era la regresión múltiple. Para ejecutarla se elaboraron dos modelos. En el primero de ellos, las variables independientes fueron los seis factores de riesgo (sexo, enfermedades crónicas, deficiencias físicas, ayuda otorgada a los hijos, cohabitación y aislamiento) y la variable criterio fue el maltrato. El segundo modelo incluía como variables independientes los factores de riesgo antes mencionados y como variable criterio negligencia. De estos dos modelos el segundo resultó estadísticamente significativo ($p < .05$) (tabla 42).

Tabla 42. Modelo de regresión

Modelo No.1	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	-8.521E-03	.027		-.320	.749
Sexo persona entrevistada	-6.976E-03	.010	-.023	-.714	.476
enfermedades crónicas	-5.411E-05	.000	-.008	-.246	.806
Número de hijos mayores de 18 años que viven en casa	2.424E-05	.000	.002	.060	.952
ayuda otorgada a los hijos	1.425E-04	.000	.023	.749	.454
Aislamiento	-3.441E-06	.000	.000	-.008	.993
deficiencias físicas	2.420E-03	.000	.331	9.947	.000

Variable dependiente: negligencia

Durante el análisis de los resultados de la regresión se puso especial interés a la multicolinealidad de las variables. La multicolinealidad se refiere a la correlación alta (0.90) entre tres o más variables independientes cuyo "impacto consiste en reducir el poder predictivo de cualquier variable independiente individual en la medida en que está asociado con las otras variables independientes" (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999: 152). Para identificar la presencia de correlaciones altas entre las variables independientes (predictoras) existen dos métodos: la estadística de tolerancia y el factor de inflación de la varianza (VIF). Los valores de tolerancia oscilan entre 0 y 1 y señalan la proporción de variabilidad que le es propia a cada variable predictora. Si el valor de la estadística de tolerancia está cerca de 0 se asume que la variable independiente está fuertemente correlacionada con otra (s) variable (s) (Pedhazur y Schmelkin, 1991, citados en Ferguson, 2003). Por su parte la estadística del VIF es el opuesta a la prueba de tolerancia, por eso cuando la estadística de tolerancia se encuentra cerca de 0 los valores de la VIF serán altos (SPSS, 1999, citado en Ferguson, 2003). En resumen, las estadísticas de tolerancia mayores a 0.1 y los VIF menores a 10 indican que no existe multicolinealidad entre las variables independientes de un modelo de regresión (Mertler y Vannatta, 2002; Stevens, 1992, citados en Ferguson, 2003).

Los valores de la **tabla 43** señalan que las estadísticas de tolerancia se encuentran por encima de 0.1 y los factores de inflación de varianza se encuentran por debajo de 10; así

que se interpreta que no existen problemas de multicolinealidad entre nuestras variables independientes.

Tabla 43. Análisis de multicolinealidad para las variables predictoras

Variable	Tolerancia	VIF
Sexo	.888	1.126
Enfermedades crónicas	.875	1.143
Cohabitación (número de hijos mayores de 18 años que viven en la casa)	.992	1.008
Ayuda otorgada a los hijos	.967	1.034
Aislamiento	.834	1.198
Deficiencias físicas	.856	1.168

Cálculo de la razón Odds

La razón Odds (*Odds ratio*) representa una de las formas para saber si el riesgo de probabilidad de un determinado evento es el mismo para dos grupos distintos (Childrensmercy, s/f). Una de las maneras de calcular la razón odds es mediante el empleo de una tabla de contingencia genérica de dos variables dicotómicas. Por un lado tendríamos la exposición o no a un factor, y por el otro, la ausencia o presencia de una determinada situación, enfermedad, etc. (Moreno, 2006). Un ejemplo de ello se muestra en la **tabla 44**.

Tabla 44. Ejemplo de tabla de 2x2 para el cálculo del índice de riesgo

	Deficiencias para realizar actividades de la vida diaria	
	No	Si
Persona sin incidentes de maltrato	A	b
Persona con incidentes de maltrato	C	d

La fórmula para calcular la razón odds a partir de una tabla de 2 x2 es muy sencilla (Moliner, 2001):

$$OR = \frac{axd}{bxc}$$

Como podemos observar la fórmula dará el mismo resultado independientemente si las variables dependiente e independiente son intercambiadas en sus posiciones en la tabla. De la misma manera su interpretación puede ser en ambas direcciones, ya sea como indicador de la probabilidad de presentar incidentes de violencia debido las deficiencias para realizar actividades de la vida diaria y viceversa (Universidad Católica de Chile, s/f).

Es importante mencionar que el índice de riesgo obtenido no implican una relación de causalidad entre el factor y la característica objeto de estudio; sólo dan cuenta de la mayor o menor probabilidad de que esta última se presente en función de la presencia o ausencia del factor (Moreno, 2006).

Cuando se emplea el SPSS en el archivo de resultados se abre una caja de diálogo parecida a la que abajo se expone en la **tabla 45**. En la primera fila se indica la razón Odds (2.088), las otras dos filas indican el riesgo relativo.

Tabla 45. Ejemplo de estimación del riesgo de vivir incidentes de violencia con relación a la funcionalidad

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Odds ratio para ha tenido o no incidentes de maltrato (No ha tenido / Sí ha tenido)	2.088	1.522	2.864
Para la cohorte Funcionalidad = Sin problemas	1.761	1.373	2.260
Para la cohorte Funcionalidad = Con problemas	.844	.786	.905
N de casos válidos	951		

Para interpretar la razón Odds se deben emplear los siguientes criterios. Cuando el valor de la razón Odds es igual a 1 significa que el riesgo es igual en ambos grupos. Una razón Odds mayor que 1 implica que el evento ocurre con mayor facilidad en el primer grupo. Y una razón Odds menor que 1 indica que el riesgo es menos probable en el primer grupo (Childrensmercy, s/f).

Si observamos en la tabla de arriba el valor de la razón Odds (2.088) y nuestra tabla de 2 x 2 (**tabla 46**), además de tomar en cuenta los criterios antes descritos, podemos decir que las personas mayores sin problemas de funcionalidad tienen 2 veces más probabilidades de no tener incidentes de maltrato que los adultos mayores que tienen problemas de funcionalidad.

Tabla 46. Ejemplo de incidentes de maltrato y su relación con la funcionalidad

	Funcionalidad		Total
	Sin problemas	Con problemas	
No ha tenido			
Frecuencias observadas	162	378	540
Frecuencias esperadas	131.7	408.3	540.0
% de ha tenido o no incidentes de maltrato	30.0%	70.0%	100.0%
Sí ha tenido			
Frecuencias observadas	70	341	411
Frecuencias esperadas	100.3	310.7	411.0
% de ha tenido o no incidentes de maltrato	17.0%	83.0%	100.0%

4.2.1.2 Factores de riesgo individuales

Los factores de riesgo individuales o relativos al microsistema, son aquellos que tienen lugar en el entorno más próximo de la persona mayor. Por lo tanto, las características individuales de la persona mayor, así como las de los agresores forman parte de este tipo de factores.

Sin embargo, como se acotó en el capítulo dos, de los factores que habitualmente se enmarcan en la literatura como factores de riesgo individuales, nosotros analizaremos sólo el estado de salud y la funcionalidad de la persona mayor. Partimos de las hipótesis de que las personas enfermas, así como las que tienen problemas de funcionalidad, tienen mayor riesgo que las sanas y las que no tienen problemas de funcionalidad, respectivamente, de experimentar incidentes de maltrato.

Enfermedades crónicas

La literatura sobre el tema habitualmente refiere que el padecer enfermedades suele ser un factor predictor de maltrato y negligencia. Sin embargo, en nuestra población, los datos de la regresión múltiple indican que la relación entre el número de enfermedades y el maltrato no es estadísticamente significativa ($p > .05$). Los resultados son similares entre el número de enfermedades y la negligencia. En otras palabras, el padecer enfermedades crónicas no es un factor predictor de violencia y tampoco de negligencia.

Se cree que la relación en el análisis multivariado no fue estadísticamente significativa probablemente por dos cosas. La primera de ellas se refiere a la limitación del estudio de que sólo se incluyan a personas cuyo estado de salud físico y mental les permitía contestar la cédula de entrevista y nos inclinamos a pensar que el mayor número de personas maltratadas puede encontrarse en aquellas con una multiborbilidad aguda. Por otro lado creemos que las personas con enfermedades como demencia y alzheimer son las que viven más maltrato, pero en nuestro estudio no se incluyeron personas con estas características.

Sin embargo, cuando usamos pruebas estadísticas como la correlación, y discriminamos la violencia por tipos, se observa que el padecer enfermedades se asocia a la negligencia, a la económica y a la emocional ($p < .01$), no así a la violencia física ($p > .05$) (tabla 47). En otras palabras, a mayor número de enfermedades físicas, mayor violencia económica, mayor violencia emocional y mayor negligencia.

Tabla 47. Matriz de correlaciones

Factor de riesgo	Tipo de violencia			
	Negligencia	Física	Económica	Emocional
Enfermedades crónicas	.106**	----	.081**	.217**
Deficiencias físicas	.126**	----	----	.098**
Aislamiento	.155**	----	----	.074*
Ayudar a los hijos	----	.054*	.113**	.104**
Cohabitación con hijo (s)	----	----	----	.081**

* *Correlación significativa a nivel de 0.01

* Correlación significativa a nivel de 0.05

--- No hay correlación estadísticamente significativa

Por su parte la χ^2 también nos indica que la variable enfermedad y la variable maltrato se encuentran relacionadas. Con una $N=951$, 1 grado de libertad, una χ^2 de 4.693 y una significatividad de .030, se observó que el estado de salud y la presencia de incidentes de maltrato están asociados estadísticamente ($p < .05$). Es decir, más adultos mayores que están enfermos han tenido incidentes de maltrato que aquellos que gozan de buen estado de salud (tabla 48).

La razón Odds confirma que las personas enfermas tienen mayor probabilidad de vivir violencia que las personas sanas. La **tabla 49** muestra que ésta tiene un valor de 1.456. Esto indica que las personas sanas tienen 1.4 veces más probabilidades de no tener incidentes de violencia que los enfermos.

Tabla 48. Incidentes de maltrato y su relación con el estado de salud

		Estado de salud		Total
		Sano	Enfermo	
No ha tenido	Frecuencias observadas	111	429	540
	Frecuencias esperadas	98.2	441.8	540.0
	% de ha tenido o no incidentes de maltrato	20.6%	79.4%	100.0%
Si ha tenido	Frecuencias observadas	62	349	411
	Frecuencias esperadas	74.8	336.2	411.0
	% de ha tenido o no incidentes de maltrato	15.1%	84.9%	100.0%

N= 951

p= .030

Tabla 49. Estimación del riesgo de vivir incidentes de violencia con relación al estado de salud

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Odds ratio para ha tenido o no incidentes de maltrato (No ha tenido / Si ha tenido)	1.456	1.035	2.049
Para la cohorte estado de salud = Sano	1.363	1.027	1.808
Para la cohorte estado de salud = Enfermo	.936	.882	.993
N de casos válidos	951		

Los datos anteriores nos indican que si bien la relación entre el número de enfermedades que se padece y el maltrato y/o la negligencia no se da en términos de predictibilidad, sí existe una relación de variación conjunta entre estas variables.

Esto es consistente con otros hallazgos que indican que el tener enfermedades está relacionado con vivir maltrato. Por ejemplo, Ruelas y Salgado (2006) encontraron que la multimorbilidad y la depresión pueden ser factores de riesgo para el maltrato. El mal estado de salud es un factor que sistemáticamente, en distintos contextos, aparece como relacionado a vivir maltrato y/o negligencia. Por ejemplo, Sanmartín, Coma, Boncompte, Altet, Porta, Duaso y Postigo (2000) señalan que en España, las pluripatologías que padecen los ancianos los hacen más dependientes y vulnerables y, por lo tanto, más susceptibles de vivir malos tratos tanto en la familia como en las instituciones. Ruelas y Salgado (2006), al igual que Sanmartín y otros (2000) articulan sus hallazgos con la explicación más recurrente en la literatura: las enfermedades disminuyen la capacidad de la persona mayor para defenderse, de manera que éstos se sitúan en un plano de mayor vulnerabilidad.

Es importante recordar que la relación enfermedades físicas-maltrato/negligencia, no es una relación de causa-efecto. Es decir para que se la relación de variación conjunta entre

enfermedades físicas y maltrato/negligencia debe observarse una concordancia entre condiciones sociales, económicas y emocionales del agresor y la víctima (Pillemer, 1993, citado en Muñoz, 2004).

Algunas representaciones que las personas mayores tienen sobre quiénes creen ellas que viven más violencia es una prueba de lo anterior. La narrativa que se presenta a continuación, muestra que en el imaginario de algunos adultos mayores las enfermedades con secuelas cognitivas son un factor predisponente de maltrato. Pero no como factor aislado, sino en confluencia con cuestiones axiológicas y con situaciones estresantes a las que están expuestos las personas que cuidan de los adultos mayores y que a la postre se convierten en agresores.

Porque la persona...por sus años...pierde la memoria y va perdiendo toda coordinación. Entonces realmente para la familia es un estorbo, entonces es ahí donde se produce, porque la persona que llega del trabajo y que tiene que llegar a preocuparse de un adulto mayor, es un estorbo, entonces ahí empieza la violencia con palabras y al final...le pegan porque no entiende...yo pienso que es una falta de sensibilidad de las personas. O sea el no reconocer que esas personas que fueron jóvenes lo dieron todo por su familia...lo peor de todo es cuando pierden la memoria, pierden la noción del tiempo...y repiten las cosas y eso le molesta hasta los niños; el niño dice ya abuela cállate ya lo dijiste como tres o cuatro veces (Cárcamo y otras, 2004: 68).

Deficiencias físicas

De los dos modelos de regresión que se elaboraron para indagar si la dependencia era predictora de violencia y de negligencia respectivamente, el segundo de ellos indicó que la dependencia y la negligencia mantenían una relación estadísticamente significativa ($p < .05$) (**tabla 42**). La $p = 0.001$, el porcentaje total de la variable criterio (negligencia) explicado por las seis variables independientes fue de 11% (R cuadrada = .110). Esto significa que el 11% de la varianza de la variable dependiente (negligencia) es explicada por los siguientes factores: sexo, enfermedades crónicas, número de hijos mayores de 18 años que cohabitan con la persona mayor, la ayuda que éstos otorgan a sus hijos, el aislamiento y las deficiencias físicas. La beta de la variable deficiencias físicas fue de .331, lo que significa que el 33.1% de la varianza de la variable dependiente (negligencia) es explicada por la variable deficiencias físicas (**tabla 42**).

Por su parte, la correlación indica que las deficiencias físicas están asociadas con la negligencia y con la violencia emocional ($p < .01$), pero no con la violencia física ni con la económica ($p > .05$) (**tabla 47**). Es decir, a mayor deficiencias para realizar actividades de la vida diaria, mayor negligencia y mayor violencia emocional.

La χ^2 también indica que la diferencia de frecuencias entre las personas mayores con incidentes de maltrato y tienen problemas de funcionalidad y aquellas personas sin incidentes de maltrato y sin problemas de funcionalidad es estadísticamente significativa ($p < .05$). Con una $N = 951$, una χ^2 de 21.280, 1 grado de libertad y una significatividad de .001 se observó que la funcionalidad y la presencia de incidentes de maltrato están relacionadas estadísticamente ($p < .05$). En otras palabras, más adultos mayores que tienen problemas de funcionalidad han tenido incidentes de maltrato que aquellos que no tienen problemas de funcionalidad (**tabla 50**).

Tabla 50. Incidentes de maltrato y su relación con la funcionalidad

		Funcionalidad		Total
		Sin problemas	Con problemas	
No ha tenido	Frecuencias observadas	162	378	540
	Frecuencias esperadas	131.7	408.3	540.0
	% de ha tenido o no incidentes de maltrato	30.0%	70.0%	100.0%
Sí ha tenido	Frecuencias observadas	70	341	411
	Frecuencias esperadas	100.3	310.7	411.0
	% de ha tenido o no incidentes de maltrato	17.0%	83.0%	100.0%

N=951

p=.001

Al analizar el riesgo, la Odds ratio señala un valor de 2.088; esto indica que las personas mayores sin problemas de funcionalidad tienen 2 veces más probabilidades de no tener incidentes de maltrato que los adultos mayores que tienen problemas de funcionalidad (tabla 51).

Tabla 51. Estimación del riesgo de vivir incidentes de violencia con relación a la funcionalidad

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Odds ratio para ha tenido o no incidentes de maltrato (No ha tenido / Sí ha tenido)	2.088	1.522	2.864
Para la cohorte Funcionalidad = Sin problemas	1.761	1.373	2.260
Para la cohorte Funcionalidad = Con problemas	.844	.786	.905
N de casos válidos	951		

La dependencia se ha distinguido en la literatura como un detonador potencial de abuso y negligencia en las personas mayores. Sin embargo, ésta por sí sola no debe entenderse como una explicación suficiente para la ocurrencia del abuso y de la negligencia por parte de los cuidadores. Como se ha dicho en el marco teórico, los factores de riesgo operan a través de mecanismos; la dependencia puede convertirse en un factor de riesgo para el abuso cuando se produce estrés físico, mental y financiero para los cuidadores (Fulmer y otros, 1990, Muñoz, 2004).

Es importante mencionar que los factores de riesgo para la dependencia cognitiva, operan de manera diferente que en los casos de dependencia física. Lasch y Pillemer (2004) encontraron que cuando la dependencia es ocasionada por demencia, las acciones violentas de los pacientes pueden ser factores desencadenantes de violencia del cuidador. En estos casos el maltrato se debe a la acción recíproca de varios factores: estrés, relación premórbida, alteraciones del comportamiento del enfermo y agobio o depresión del cuidador.

Otros consideran que el estado funcional de las personas no es un factor de riesgo; más bien se inclinan a pensar que sólo incide en el mantenimiento del abuso debido a que las personas mayores que se encuentran en esta situación no pueden defenderse (Muñoz,

2004). Nosotros consideramos que una explicación no se opone a la otra y que la dependencia puede ser un factor de riesgo cuando genera estrés, pero también impide a la persona pedir ayuda y con esto agravar su situación.

Tanto las explicaciones médicas de los coadyuvantes del maltrato, como las de corte más antropológico insisten en que la dependencia, por sí sola, no es razón suficiente para que las personas vivan maltrato; que debe de haber una confluencia entre las características de los actores en una relación violenta y que no se deben ignorar las condiciones económicas y culturales en que se da el maltrato. Kosberg y García (1995, citados en Montoya, 1997) en un estudio con una perspectiva cross-cultural encontraron que en países como Australia, Finlandia, Grecia, Hong Kong, Israel, Irlanda, Noruega y Sudáfrica había tres temas asociados con el abuso a las personas mayores: dependencia, condiciones económicas y cambios culturales.

La dependencia se encuentra asociada al maltrato y negligencia hacia las personas mayores como un factor de riesgo, debido a que, como ya se ha dicho antes, a menudo la persona cuidadora sufre por el estrés que el atender a un adulto mayor dependiente trae consigo, sintiéndose sobrecargada e irritable; por eso el abuso puede aparecer (Montoya, 1997; Sánchez Moncayo, 2006).

Por su parte, las condiciones económicas de un país trastocan las condiciones económicas de las familias, ya que cuando un país tiene problemas de esta índole, limita las posibilidades de empleo, así como los recursos y beneficios sociales a los que los ciudadanos tienen derecho (Montoya, 1997). Actualmente, la situación económica de muchos países demanda que en una familia ambos miembros de la pareja trabajen para tener una condición económica aceptable. Esto puede ocasionar que las necesidades afectivas de la persona mayor pasen a un segundo plano ante las múltiples preocupaciones que la familia enfrenta, de manera que el apoyo hacia los ancianos suele centrarse en aspectos concretos y utilitarios y poco en la cuestión psico-afectiva (Sánchez Moncayo, 2006).

Finalmente, los cambios culturales en los valores tradicionales, favorecen el maltrato y la negligencia hacia las personas mayores, porque en las prácticas y las relaciones interpersonales enmarcadas en economías industriales la cooperación es reemplazada por la competencia, la interdependencia por la independencia y las familias extendidas por familias nucleares (Montoya, 1997). Aguilar y Robledo (s/f) coinciden con Montoya en que el cambio en el tamaño de la familia, aunado al deterioro de los valores familiares debilitan los lazos intergeneracionales afectando la capacidad para cuidar de las personas mayores, además de exponer a éstas a malos tratos.

Nosotros consideramos que los tres factores antes descritos se encuentran muy relacionados entre sí y con frecuencia aparecen como una tríada. Creemos que la dependencia tiene un fuerte impacto en las condiciones económicas de las personas mayores y sus familias, y que existen cuestiones culturales que atraviesan la noción de dependencia, vejez y maltrato. Además, creemos que la confluencia entre estos elementos es un terreno fértil para que la dependencia florezca como un factor de riesgo.

Robles (2003) encontró que el trabajo remunerado y el cuidado de los niños hacían del cuidado a las personas mayores una experiencia *pesada* para las mujeres cuidadoras, ya que éstas debían responder a las demandas de la vida familiar en muchas direcciones, con

frecuencia incompatibles entre sí. Muchas veces las mujeres cuidadoras tienen que renunciar a sus empleos o por lo menos reducir el número de horas que trabajan y enfrentar consecuencias económicas difíciles. En el mismo sentido, Ruelas y Salgado (2006) mencionan que en muchas ocasiones el cuidar o asistir a una persona mayor a realizar sus actividades cotidianas puede representar una carga social y económica para quienes los rodean, constituyéndose así como un factor de riesgo para el maltrato.

Dado el inevitable entrecruzamiento entre maltrato y dependencia, hablar de ésta implica necesariamente traer a la discusión la carga valorativa que tiene para las personas mayores. En España, el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO, 2004) encontró que los adultos mayores explicaban que el maltrato hacia ellos se ancla en la imagen social del anciano como sujeto pasivo, improductivo y en consecuencia socialmente terminal. De manera que la persona mayor es vista como una carga potencial a corto, mediano o largo plazo.

Por eso, para muchos adultos mayores reconocerse como dependientes es traspasar la puerta de entrada hacia la devaluación social (Robles, 2005). Bajo esta lógica, al sentirse devaluados socialmente el maltrato es visto como una consecuencia natural por “no servir”.

Algunos consideran incluso que el maltrato se da a como un efecto lógico, una vez que la dependencia de la persona mayor se agrava

...sufren [de maltrato] cuando la persona, digamos adulto mayor, que son solos, que los hijos los abandonan porque es un bulto viejo, ya desvalorizado, no tienen valor digamos eh...de cuidarlos (Cárcamo y otras, 2004: 70).

La percepción de la vejez como dependencia se ancla en el estereotipo de que las personas envejecen cuando ya no pueden valerse por sí mismas. Investigaciones han revelado que los estereotipos negativos sobre las personas mayores son elementos culturales que favorecen el maltrato hacia ellas. Estudios cualitativos (Podnieks, 2001; WHO e INPEA, 2002) señalan que en el imaginario de las personas mayores, los estereotipos o actitudes prejuiciosas hacia su colectivo únicamente por ser mayores (viejismo) es un factor cultural unívoco que potencia los malos tratos hacia este colectivo.

El estereotipo de persona mayor dependiente singulariza la relación de las deficiencias físicas con el tipo de maltrato. Por ejemplo, en nuestro estudio la dependencia se correlaciona con la violencia emocional y con la negligencia ($p < .01$), pero no con la violencia física ni con la violencia económica ($p > .05$) (tabla 47). Esto puede deberse a que en la dependencia se establece entre cuidador y persona mayor un proceso interactivo, caracterizado por las expectativas negativas en relación con la capacidad de la persona mayor, esto conduce a conductas de sobreprotección expresadas en frases como: “Yo lo hago, ya que si no, te puedes caer o tardarás demasiado” (Montorio y Losada, 2005). Guilliand y Picado (2000) encontraron que en Costa Rica una de las formas más comunes de maltrato emocional era la sobreprotección. Esto, además que priva a la persona de su autonomía, deteriora su autoimagen y sobrecarga al cuidador de responsabilidades, haciéndolo presa fácil del síndrome del *burn-out*⁴³.

⁴³ El síndrome del *burn-out* se caracteriza por el agotamiento físico y psicológico de las personas que tienen bajo su cuidado a una persona mayor (Rubio, 2005).

Además para algunas personas mayores que sus deseos sean anulados es lo peor que les podría pasar:

Saben lo peor, lo peor que hay para los mayores. Lo peor: eliminar los deseos. Cuando a una persona le quitan los deseos, la han matado. El momento que le quitas la..., deja desear algo, está muerta... (IMSERSO, 2004: 59).

Como se puede apreciar, el modelo situacional parece ser el más socorrido a la hora de explicar los hallazgos de por qué las personas con problemas de salud y/o funcionalidad sufren más maltrato y negligencia que las personas sanas. Este modelo plantea que

En la misma medida en que se incrementa el estrés asociado a ciertos factores situacionales y/o estructurales que soporta el agresor, aumenta la posibilidad de cometer actos abusivos dirigidos a un individuo vulnerable al que se considera fuente de dicho estrés. Las variables situacionales que se han vinculado con el maltrato de ancianos incluyen: a) factores relacionados con la vejez, tales como dependencia física o emocional, una mala salud, un estado mental deteriorado y una personalidad <<difícil>> b) factores estructurales tales como las dificultades económicas, aislamiento social y problemas del entorno; c) factores relacionados con el cuidador, tales como crisis vitales, agotamiento a causa del trabajo de proporcionar cuidados (*burn-out*), problemas de abuso de sustancias y experiencias previas de socialización con violencia (Phillips, 1986: 198, citado en Glendenning, 2000: 45).

Sin embargo, es importante mencionar que esta teoría tiene detractores. Wittaker, (1996) critica las explicaciones del maltrato centradas en el estrés que causa el cuidar a una persona dependiente; considera que esta línea explicativa tiende a centrar las estrategias de acción para prevenir el maltrato en la reducción del estrés situacional y que la violencia ocupa un lugar poco central en la intervención. Además, refuerza el estereotipo de persona mayor dependiente. En el mismo sentido, hay quienes dicen que la responsabilidad de la acción violenta puede atenuarse si los agresores son vistos como víctimas de las condiciones sociales que experimentan (Muñoz, 2004).

A pesar de lo anterior, es innegable que las personas que están a cargo del cuidado de una persona dependiente pueden experimentar impactos en la esfera emocional. Se ha documentado que los cuidadores de una persona mayor a menudo desarrollan el síndrome del *burn-out* (Swagerty y Takahashi, 1999; Montoya, 1997; Philips, 1986, citado en Glendenning, 2000; Rubio, 2005; Ruelas y Salgado, 2006). Si bien nuestra población aún no se encuentra en condiciones agudas de dependencia, y probablemente la persona que le ayuda a realizar actividades de la vida diaria –más que un cuidador– es un asistente que le ayuda a realizar (tal como lo indican los datos descriptivos) quehaceres domésticos, le apoya para caminar, o para llevarlo al médico, hacer mandados, etc., no podemos decir que realizar estas actividades sistemáticamente no les causen estrés, sobre todo cuando se sabe que son mayoritariamente las mujeres quienes a menudo cuidan de la persona mayor, con lo cual tienen que combinar su situación laboral y familiar con el apoyo que otorgan a sus familiares ancianos.

Para concluir, se puede decir que desde un enfoque ecológico las características de las personas mayores por sí solas no son las que predisponen al maltrato, sino que son la conjugación de características del microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema son las que aumentan el riesgo de que las personas mayores experimenten maltrato. Es decir, ciertas condiciones individuales, como el estar enfermo y/o tener

deficiencias físicas, en combinación con cuestiones culturales como el significado de la vejez y el significado de la dependencia, potencian la aparición de maltrato y negligencia.

4.2.1.3 Factores de riesgo relacionales

Se comprobó que todos los factores de riesgo relacionales incluidos en este trabajo: otorgar ayuda económica a los hijos, la cohabitación entre padres e hijos y el aislamiento, mantienen una relación estadísticamente significativa con los incidentes de maltrato ($p > .05$) (**tabla 47**). Dicha relación es términos de covarianza, pero no de predictibilidad.

Otorgar ayuda a los hijos

En la literatura sobre el tema de violencia, se ha visto que la dependencia económica de los hijos hacia los padres es un factor de riesgo para que estos últimos vivan violencia familiar. Los hijos emplean diferentes métodos de coacción para obligar a sus padres a otorgarles ayuda, sobre todo de tipo económica (Quinn y Tomita, 1986, citados en Motte y Muñoz, 2004).

En nuestro estudio no pudimos especificar si la ayuda que los hijos recibían de sus padres era una ayuda parcial o dependían de ésta para solucionar su situación económica o doméstica. Por eso nuestra variable se denominó ayuda otorgada a los hijos, e incluyó variables tanto de ayuda económica (dinero y en especie) como de ayuda para realizar quehaceres domésticos o para cuidar nietos.

En nuestro estudio, los resultados señalaron que el otorgar ayuda a los hijos y los tipos de violencia estudiados no tenían una relación estadísticamente significativa en términos de predictibilidad ($p > .05$). No obstante, se observó que en términos de variación conjunta, la variable ayuda otorgada se relaciona con el maltrato físico, económico y emocional (**tabla 47**). Es decir, conforme otorgan más ayuda a sus hijos, las personas mayores experimentan más violencia física, económica y emocional. Estos datos son consistentes con los reportados por Motte y Muñoz (2004), Giordano y Giordano (1984, citados en Choi y otros, 1999), y Micksin (1993, citado en Choi y otros, 1999); estos autores afirman que a menudo la violencia económica converge con violencia física o psicológica.

Creemos que estos resultados encuentran sentido cuando se revisan las dinámicas familiares que se dan en hogares donde existen personas mayores. De acuerdo con Izquieta (1996, citado en Montes de Oca, 2004) al interior de las familias se desenvuelven distintas formas de organización e intercambios entre géneros y generaciones, muchas de éstas tienen como base procesos subjetivos de reciprocidad.

En el mismo sentido, Montes de Oca (1998) con base en la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento (1994), encontró que en México el intercambio entre géneros y generaciones se da básicamente de la siguiente manera: la población femenina adulta joven ayuda a la población adulta mayor a realizar quehaceres en el hogar, cuidado físico, elaboración de la comida, etc., en tanto que la población masculina joven apoya con dinero. Por su parte, la población adulta mayor apoya con dinero a la población a la población femenina joven y en algunos casos a la población masculina joven realizando quehaceres del hogar y aportando comida.

En el caso de nuestra población, aunque no podemos especificar los tipos de ayuda por género se observan los siguientes flujos de padres a hijos y de hijos a padres (**tablas 52 y 53**).

Tabla 52. Tipos de ayuda que los padres otorgan a sus hijos

Tipo de ayuda	N	%
Económica (Dinero y bonos)	147	35.8
Quehaceres domésticos	134	32.6
Cuidar nietos	208	50.6
Ayuda en especie (despensa, medicina, ropa, pagos varios)	108	26.3

Tabla 53. Tipos de ayuda que los hijos otorgan a los padres

Tipo de ayuda	N	%
Económica	219	53.2
Quehaceres domésticos	97	23.6
Para caminar	19	4.6
Para ir al baño	7	1.7
Para asearse o bañarse	12	2.9
Para tomar medicamentos	19	4.6
Para levantarse de la cama o acostarse	8	1.9
Para alimentarse	12	2.9
En especie	169	41.1
Instrumental	158	38.4

Como se puede observar la proporción de hijos que ayudan a sus padres económicamente y en especie es mayor que la proporción de padres que ayudan a sus hijos en estos dos rubros; con relación a los quehaceres domésticos se observa que tanto hijos como padres se ayudan en igual proporción. Por lo anterior, creemos que, aunque, los flujos de ayuda refieren a procesos de reciprocidad entre padres e hijos, el proceso de intercambio voluntario no se encuentra exento de tensiones y conflictos. Montes de Oca (1999) considera que cuando la balanza del proceso de reciprocidad entre padres e hijos se inclina hacia los primeros, en términos de otorgar ayuda, pueden generarse situaciones de abuso como las herencias adelantadas. En éstas los padres ancianos son despojados paulatinamente de sus propiedades por parte de sus hijos.

Con relación al riesgo podemos decir que, aunque, la χ^2 reporta que la diferencia de frecuencias entre las personas mayores con incidentes de maltrato y han otorgado ayuda a sus hijos y aquellas que no tienen incidentes de maltrato y no han ayudado a sus hijos, no es estadísticamente significativa ($p > .05$), la razón Odds indica un valor de 1.248. Esto quiere decir que las personas mayores que no ayudan a sus hijos tienen 1.2 más probabilidades de no tener incidentes de maltrato que aquellos que sí apoyan a sus hijos (**tabla 54**).

Tabla 54. Estimación del riesgo de vivir incidentes de maltrato con relación a la ayuda otorgada a los hijos

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ha tenido o no incidentes de maltrato (No ha tenido / Si ha tenido)	1.248	.949	1.642
Para la cohorte ayuda otorgada a los hijos = No	1.139	.969	1.339
Para la cohorte ayuda otorgada a los hijos = Si	.912	.815	1.021
N de casos válidos	860		

En resumen, aunque se observan procesos recíprocos de ayuda entre padres e hijos coincidimos con Montes de Oca (1999), en que cuando estos últimos enfrentan una situación de emergencia los padres muestran una excesiva comprensión hacia sus hijos y esta situación los coloca en riesgo de ser abusado.

Cohabitación entre padres e hijos

La literatura sobre el tema señala que la cohabitación entre agresor y víctima, en este caso entre padres e hijos, puede detonar los episodios de violencia porque favorece la posibilidad de fricciones entre las partes implicadas (Muñoz, 2004). Sobre todo en casos de violencia física y psicológica.

En nuestro estudio se observó que la cohabitación no predice la violencia familiar, ni la negligencia ($p > .05$). A pesar de no ser predictora, la cohabitación si varía conjuntamente con el maltrato emocional ($p < .05$) (tabla 47). En otras palabras a mayor cohabitación de las personas mayores con sus hijos, mayor maltrato emocional.

Creemos que la explicación a los resultados obtenidos se pueden tejer en torno al estado de salud y funcional de la población estudiada. Ya que como se ha visto en apartados anteriores, la enfermedad y la incapacidad atraviesan las subjetividades de las personas mayores trastocando su vida, especialmente su dinámica familiar (Guilliand y Picado, 2000; Cárcamo y otras, 2004, Ruelas y Salgado, 2006).

Las variables estado de salud y deficiencias para realizar actividades de la vida diaria cobran más relevancia si recordamos que en nuestro estudio la mayoría de las personas mayores con incidentes de maltrato (aunque puedan padecer dos o más enfermedades), debido a su edad promedio, parecen no atravesar por estadios avanzados en sus procesos mórbido.

Lo anterior nos lleva a pensar que en las familias en que existen miembros envejecidos con pluripatologías y/o con dependencia aguda, las posibilidades de tensión y conflicto entre sus miembros suelen ser mayores que en aquellas familias donde estas condiciones están más atenuadas o se presentan de manera incipiente. La fuerza de la correlación (.081) entre la violencia emocional y la cohabitación sustentan nuestra premisa.

El coeficiente de correlación observado tiene sentido con el cálculo de la razón Odds, ya que ésta reporta un valor de .940 y la convención dice que valores cercanos a 1 sugieren que no existe diferencia entre tener una condición u otra. Es decir, las personas que

cohabitan con sus hijos tienen el mismo riesgo de vivir maltrato que aquellas que no lo hacen.

Concluimos que la variable deficiencias para realizar actividades de la vida diaria es muy importante y además de ser un factor de riesgo, afecta también a otros factores de riesgo como la cohabitación. Debemos recordar que nuestra población, aunque enferma, es relativamente autónoma y por lo mismo requiere de pocos cuidados y/o apoyos para realizar actividades de la vida diaria, por lo tanto la cohabitación entre padres e hijos puede estar poco determinada por la tensión que genera el apoyar a una persona mayor dependiente a realizar este tipo de actividades.

Aislamiento

El aislamiento es un factor asociado al maltrato y negligencia, pero no es un predictor de éstos; es decir la relación entre estas variables se da en términos de variación conjunta, pero no de predictibilidad. Los resultados de los modelos de regresión ejecutados indican que el aislamiento y la violencia no mantienen una relación estadísticamente significativa ($p > .05$); se observaron resultados similares entre la relación de aislamiento y la negligencia. A pesar de no ser un predictor, los resultados de la correlación indican que el aislamiento mantiene una relación de significativa de variación conjunta ($p < .01$) con la negligencia y con el maltrato emocional (**tabla 47**).

En el mismo sentido, la χ^2 reveló que se comprueba la hipótesis de que el aislamiento y los incidentes de maltrato están estadísticamente relacionados ($p < .05$). La $N=950$, se observó 1 grado de libertad, la χ^2 fue de 16.004 y la significatividad de .001. Esto indica que más adultos mayores que tienen alto aislamiento han tenido incidentes de maltrato que aquellos que gozan de buen estado de salud (**tabla 55**).

Tabla 55. Incidentes de maltrato y su relación con el aislamiento

		Aislamiento		Total
		Bajo	Alto	
No ha tenido	Frecuencias observadas	326	213	539
	Frecuencia esperada	295.6	243.4	539.0
	% de ha tenido o no incidentes de maltrato	60.5%	39.5%	100.0%
Sí ha tenido	Frecuencias observadas	195	216	411
	Frecuencia esperada	225.4	185.6	411.0
	% de ha tenido o no incidentes de maltrato	47.4%	52.6%	100.0%

$N=950$

$p=.001$

Con relación al riesgo, en la **tabla 56** se muestra que la razón odds tiene un valor de 1.695. Esto significa que las personas con bajo aislamiento tienen 1.6 más probabilidades de no tener incidentes de violencia que los que tienen alto aislamiento.

Tabla 56. Estimación del riesgo de vivir incidentes de violencia con relación al aislamiento

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Odds ratio para ha tenido o no incidentes de maltrato (No ha tenido / Sí ha tenido)	1.695	1.308	2.197
Para la cohorte Aislamiento = Bajo	1.275	1.128	1.441
Para la cohorte Aislamiento = Alto	.752	.654	.864
N de casos válidos	950		

El aislamiento es considerado como un factor de riesgo porque, al igual que ocurre con las mujeres maltratadas, se cree que las personas mayores con pocos contactos sociales tienen menos oportunidades de que el maltrato que sufren sea detectado y frenado, que aquellas personas que tiene más vínculos sociales (Muñoz, 2002).

El aislamiento puede ser tanto una causa como un elemento perpetuador del maltrato, debido a que muchas veces se procede a aislar a las personas de edad como consecuencia de ciertas deficiencias físicas o mentales y bajo estas condiciones es más fácil que el maltrato se produzca (OMS y OPS, 2002, Muñoz, 2002). Y ya cuando el maltrato existe se busca reducir los contactos sociales de la persona mayor para evitar que el maltrato sea descubierto (Montoya, 1997).

Creemos que las situaciones antes descritas son más frecuentes en personas con severas deficiencias físicas y mentales, pero para poblaciones como la nuestra, donde la población a pesar de que tiene algunas incapacidades (sobre todo para realizar actividades de la vida diaria) se mantiene relativamente autónoma, el aislamiento adquiere un matiz distinto. Los resultados indican que, a pesar de que en términos generales las personas mayores con incidentes de maltrato permanecen con fuertes vínculos hacia el exterior de su familia, a veces el aislamiento es una elección propia (**tabla 57**). Lo cual no significa que éste pierda su cualidad potenciadora de violencia.

El hecho de que el aislamiento sea una elección propia no significa que las personas mayores se encuentren en mejores condiciones que cuando el aislamiento es impuesto. Muchas de las personas mayores optan por el autoaislamiento cuando sienten que su cuerpo las condiciona a la inactividad. Por ejemplo, durante la fase de levantamiento de los datos de este estudio el argumento más recurrente de por qué las personas preferían quedarse en su casa que salir, era que ya no podían desplazarse tan fácilmente; incluso para algunas subir al camión de ruta se convertía en una odisea.

Tabla 57. Indicadores de aislamiento de la población con incidentes de maltrato según sexo

	Hombres (%)			Mujeres (%)		
	1	2	3	1	2	3
Se reúne con grupo de amigos a jugar cartas, ir al cine, platicar/convivir, jugar a la lotería	34.3	17.4	48.4	29.3	12.1	58.6
Asiste a eventos sociales o actividades recreativas (bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine)	16.4	35.7	47.9	14.6	35.4	50.0
Asiste a servicios religiosos	42.7	31.5	25.8	55.6	29.3	15.2
Participa en algún grupo o institución realizando manualidades, actividades religiosas, deportes, etc.	10.4	2.4	87.2	20.2	6.1	73.3
Practica algún pasatiempo	43.2	16.0	59.2	38.1	14.7	47.2
Recibe visitas en su casa	50.0	34.4	15.6	56.6	29.8	13.6
Participa con sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa	19.2	22.5	58.2	21.0	20.5	58.5
Realiza actividades recreativas o sociales con su pareja*	17.4	18.3	39.0	7.6	6.6	27.3
Prefiere quedarse en casa que salir	55.5	27.2	17.4	53.8	22.3	23.9
Tiene algún amigo/a o confidente con quien pueda platicar sus cosas muy personales	40.8	17.8	41.3	44.9	12.1	42.9

1= Regularmente 2=Pocas veces 3= Nunca

* No suman 100% por la cantidad de viudas/os

El aislamiento voluntario además de estar marcado por la dependencia, se interrelaciona fuertemente con la definición de vejez como inutilidad. El siguiente relato lo ilustra de manera elocuente

¿Pero qué interés tiene en mi persona?, si yo no puedo leer y escribir, ya estoy viejo y no sirvo para nada. No le puedo enseñar nada. Mi vista se ha nublado, no puedo reconocer dinero, no oigo bien, me duele todo el cuerpo y me pierdo con facilidad de la iglesia a mi casa, por eso ya no salgo. Me siento en la banqueta de mi casa para que me pegue el sol. Veo sombras y las saludo, pero ellas ya no me oyen y tampoco voltean a verme. ¡Ya me hice invisible! (Me pide que no grabe su llanto). Mis hijos ya se olvidaron de mí, y si vienen, sólo para pelear. Ya quiero “descansar”, que Dios se acuerde de mí. No tengo ningún temor de morir, estoy preparado... Ya no platico con nadie, tampoco nadie me visita; estoy, pero no estoy. Anciano de 92 años originario de Chapultenango Chiapas (Reyes, 2006: 168).

Nos damos cuenta que la interrelación entre aislamiento-dependencia-vejez y maltrato es muy compleja y que al estudiar el aislamiento se debe de abordar de manera colateral el grado de autonomía que tienen las personas para realizar actividades de la vida diaria.

4.2.1.4 Factores de riesgo sociales

Como se señaló en el marco teórico, los factores de riesgo sociales aluden al macrosistema; es decir a las correspondencias entre el microsistema, el exosistema y el mesosistema con las ideologías que sustentan un sistema de creencias. En el caso de la vejez el macrosistema tiene que ver con las creencias alrededor de la vejez, y una de los elementos indisociables de ésta es el género.

Género

Dentro de los factores que Corsi (2004) denomina de eficiencia causal primaria se encuentra el género. Para Burín y Meller (2001:20), el género se entiende como una “red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres”. Para Corsi (2004) esta red de creencias, actitudes y valores que signan las diferencias entre hombres y mujeres se ancla en estereotipos que privilegian lo femenino como indefensión y lo masculino como el uso de la fuerza en la resolución de los conflictos.

Como se mencionó en el capítulo dos, los hallazgos sobre el género como factor de riesgo asociado al maltrato hacia las personas mayores se abren en dos vertientes: la que señala que más hombres que mujeres experimentan maltrato (Pillemer y Finkelhor, 1988; INEGI, 2000) y otra que afirma que las mujeres en mayor medida que los hombres viven situaciones de maltrato (Tatara, 1993, citado en Muñoz y Tapia, 2004; NCEA, 1994, citado en Daichman, 2004; Aguilar y Robledo, s/f).

Los hallazgos que afirman que las mujeres son más susceptibles que los hombres de vivir maltrato, están soportados básicamente en estadísticas de instituciones dedicadas a atender a personas que viven violencia familiar, se trata de lugares donde las personas deben ir a denunciar. En cambio las evidencias que señalan a los hombres con mayor riesgo que las mujeres a vivir maltrato provienen de estudios a población abierta (*National Center of Elder Abuse* y Red de Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar del Distrito Federal).

Las explicaciones que se ofrecen sobre la direccionalidad en uno y otro sentido son las siguientes: se cree que las estrategias para potenciar las denuncias de maltrato en la familia están más orientadas a mujeres y que por esta razón las estadísticas provenientes de instituciones dedicadas a atender la violencia familiar registran un mayor número de denuncias de mujeres (Fattoh y Sacco, 1989, citados en Muñoz y Tapia, 2004). Por otro lado, en población abierta, se considera que los hombres en mayor medida que las mujeres experimentan maltrato debido a que éstos con mayor frecuencia viven acompañados y eso aumenta la posibilidad violencia en la familia (Pillemer y Finkelhor, 1988).

En nuestro estudio por tratarse de población abierta, se esperaría que los hombres tuvieran mayor riesgo que las mujeres de vivir maltrato. Sin embargo, la prueba estadística U de Mann-Whitney, al igual que la regresión, revelaron que el sexo y los incidentes de violencia/negligencia no mantienen una relación estadísticamente significativa ($p > .05$). En otras palabras, en nuestra población el género no es un factor de riesgo relacionado con los incidentes de maltrato/negligencia.

Aunque nuestra población masculina, al igual que la del estudio de Pillemer y Finkelhor (1988) vive acompañada, la cohabitación tampoco resultó ser un factor de riesgo asociado a

al maltrato/negligencia. Esto tal vez influya para que el género no sea un factor de riesgo relacionado al maltrato/negligencia. Sin embargo sí pensamos que algunos actos de violencia se relacionan más con un sexo que con el otro. Como se observó en páginas anteriores de este mismo apartado, el maltrato económico, al igual que el emocional, se da en mayor proporción en las mujeres que en los hombres; en tanto que la negligencia se da con más frecuencia en hombres que en mujeres y el maltrato físico parece no marcar diferencia entre ambos sexos.

Por eso creemos que los resultados obtenidos deben tomarse con cautela, ya que en México se ha encontrado información en las dos direcciones antes mencionadas; algunas fuentes señalan que son más las mujeres maltratadas que los hombres, pero otras señalan lo contrario. Por ejemplo, el 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%). Mientras tanto, estadísticas de la Red de Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar del Distrito Federal, señalan que de enero a diciembre de 2003 se registraron 158 quejas de mujeres de 60 y más años, en comparación con 35 que reportaron sus coetáneos del sexo opuesto (Aguilar y Robledo, s/f).

Los números presentados por instituciones que se ocupan de atender el maltrato, en este caso la Red de Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar del Distrito Federal, coinciden con la hipótesis de Fattoh y Sacco (1989, citados en Muñoz y Tapia, 2005) de que probablemente las mujeres denuncian más el maltrato que los hombres. Sin embargo, los datos obtenidos por el INEGI en población abierta invitan a retomar la hipótesis de la inversión generacional, atravesada por la construcción cultural de género. La perspectiva de la inversión generacional expone que el hecho de que las personas mayores (sobre todo hombres) vivan maltrato tiene que ver con una relación desfavorable en el pasado; es decir, padres que tuvieron malas relaciones con sus hijos y ahora que son mayores sus hijos no desean ocuparse de ellos. Varley y Blasco (2000, citas en Montes de Oca, 2004) encontraron que algunos casos de abandono hacia ancianos varones se debía a experiencias desfavorables que vivieron en etapas previas de su vida.

Con base en los datos del INEGI; los de Varley y Blasco; y nuestros datos descriptivos sobre los tipos de maltrato según sexo⁴⁴, pensamos que la división de opiniones en torno a la idea de considerar el género 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. Tal vez sea necesario incluir información más detallada con respecto al género, enfocando las dimensiones a investigar desde esta perspectiva. Además de realizar más estudios en población abierta.

4.2.1.5. Factores de riesgo sociodemográficos

Aunque no estaban contemplados inicialmente, se decidió estudiar algunas características sociodemográficas que pudieran ser factores de riesgo para vivir incidentes de violencia. Dichas características fueron: el estado civil (tiene o no pareja), la edad por grupos

⁴⁴ Ver el epígrafe de violencia familiar en este mismo capítulo.

decenales, el grado de instrucción (sin instrucción, con instrucción), la jefatura familiar (persona mayor, otra persona) y el estrato socioeconómico.

El análisis de los datos sociodemográficos se realizó con la intención de identificar factores entre la información que contempla la cédula de entrevista, que inicialmente no se habían contemplado riesgosos para vivir violencia.

De todos estas condiciones sociodemográficas, sólo el grado de instrucción y el estrato socioeconómico se encuentran asociados significativamente ($p < .05$) a los incidentes de maltrato.

Grado de instrucción

Existe polémica en considerar la escolaridad como un factor de riesgo para vivir violencia familiar. En algunos estudios sobre violencia hacia la mujer se ha encontrado que la baja escolaridad aumenta la probabilidad de vivir violencia conyugal (Moreno, 1999; Heise, 1994; Welland-Akong, 2001). En el caso de la violencia hacia las personas mayores esta variable no ha sido abordada. En nuestro estudio, mediante una prueba de regresión múltiple se observó que la escolaridad no era predictora de maltrato y/o negligencia. Sin embargo, al categorizar tanto la variable independiente como la variable dependiente y ejecutar una prueba de χ^2 , los resultados revelaron que el no tener instrucción está asociado estadísticamente con tener incidentes de maltrato ($p < .05$) (**tabla 57**). Con una $N = 949$, una χ^2 de 20.357, 1 grado de libertad y una significatividad de .001 se observó que la nula instrucción y la presencia de incidentes de maltrato están asociados estadísticamente ($p < .05$). Es decir, de la baja escolaridad que ya de por sí acusa nuestra población, son las personas sin instrucción las que más han experimentado incidentes de maltrato.

La razón Odds indica un valor de .427; esto significa que las personas sin instrucción tienen 0.4 menos oportunidades de no vivir violencia que las personas con instrucción (**tabla 58**). Lo que es lo mismo: las personas mayores instruidas tienen más probabilidades de no experimentar maltrato que las personas no instruidas.

Los datos encontrados deben tomarse con reserva, ya que aunque las personas menos instruidas tiene mayor riesgo de vivir maltrato que las más instruidas, estos resultados pueden deberse a que muchas veces la violencia en las personas menos instruidas es más visible debido a que las personas con mayor grado de instrucción, precisamente por su entorno, pueden reconocer menos el maltrato por temor a la crítica (Torres, 2001).

Es decir, aunque el no tener instrucción, resulte relacionada estadísticamente significativa a los incidentes de maltrato; no se debe perder de vista que son las personas con estas características quienes tiene más propensión a denunciar y esto puede marcar un sesgo que pueda llevar a concluir que el no tener instrucción es un factor de riesgo.

Tabla 58. Incidentes de maltrato y su relación con la instrucción

		Instrucción		Total
		Sin instrucción	Con instrucción	
No ha tenido	Frecuencias observadas	51	487	538
	Frecuencias esperadas	74.8	463.2	538.0
	% de ha tenido o no incidentes de maltrato	9.5%	90.5%	100.0%
Si ha tenido	Frecuencias observadas	81	330	411
	Frecuencias esperadas	57.2	353.8	411.0
	% de ha tenido o no incidentes de maltrato	19.7%	80.3%	100.0%

N= 949

p=.001

Tabla 59. Estimación del riesgo de vivir incidentes de violencia con relación a la instrucción

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Odds ratio para ha tenido o no incidentes de maltrato (No ha tenido / Si ha tenido)	.427	.293	.622
Para la cohorte Instrucción = Sin instrucción	.481	.347	.666
Para la cohorte Instrucción = Con instrucción	1.127	1.067	1.191
N de casos válidos	949		

Estrato socioeconómico

Aunque se ha dicho que la violencia familiar es un problema que no respeta estrato socioeconómico, algunos autores reconocen que los problemas económicos son factores estresantes que incrementan la probabilidad de que se de ejerzan actos de violencia entre los miembros de la familia (Corsi, 2004).

En el mismo sentido, estudios realizados en Europa y China apuntan que existen factores que agravan la vulnerabilidad al maltrato hacia las personas mayores entre los que se encuentran: la pauperización creciente de segmentos importantes de la población y el elevado nivel de desempleo (Ruelas y Salgado, 2006). Por su parte, Muñoz (2004), señala que en muchas familias que enfrentan dificultades económicas es común considerar a la persona mayor como una carga improductiva, lo cual puede favorecer el maltrato.

En lo que respecta a nuestro estudio se observó el estrato socioeconómico y los incidentes de maltrato están estadísticamente relacionados ($p < .05$). En otras palabras, la χ^2 reveló que más adultos mayores de estrato medio bajo y bajo han tenido incidentes de maltrato que aquellos que pertenecen al estrato medio alto y bajo (**tabla 60**). La $N=951$, se observó 1 grado de libertad, la χ^2 fue de 20.357 y la significatividad de .001.

Tabla 60. Incidentes de maltrato y su relación con el estrato

		Estrato		Total
		Medio bajo y bajo	Medio alto y alto	
No ha tenido	Frecuencias observadas	431	109	540
	Frecuencias esperadas	460.5	79.5	540.0
	% de ha tenido o no incidentes de maltrato	79.8%	20.2%	100.0%
Si ha tenido	Frecuencias observadas	380	31	411
	Frecuencias esperadas	350.5	60.5	411.0
	% de ha tenido o no incidentes de maltrato	92.5%	7.5%	100.0%

N=951

p=.001

Con base en lo antes expuesto, aunque concordamos con el argumento de que la violencia se presenta en todas las capas sociales, consideramos que cuestiones macroestructurales como la creciente pauperización de algunos núcleos poblacionales y los altos niveles de desempleo afectan de manera más significativa a aquellos estratos de la sociedad más desfavorecidos.

Creemos que en el caso de nuestro estudio, además de la creciente pauperización de algunos núcleos poblacionales y el desempleo que pudieran afectar a las familias y causar tensión al interior de las mismas, el hecho de que la negligencia fue el tipo de violencia que registró la mayor proporción marcan la dirección de nuestros resultados. Éstos indican que las personas de estrato medio bajo y bajo registran mayor proporción de incidentes de maltrato que las personas de estrato medio alto y alto, lo cual resulta lógico ya que las personas de este estrato no son susceptibles de maltrato por negligencia económica.

Con relación al riesgo, en la **tabla 61** se muestra que la odds ratio tiene un valor de .323, esto significa que las personas de estrato medio bajo y bajo tienen 0.3 menos probabilidades de no vivir violencia que las personas de estrato medio alto y alto. En otras palabras las personas de estrato medio alto y alto viven menos incidentes de violencia que las personas mayores de estrato medio bajo y bajo.

Tabla 61. Estimación del riesgo de vivir incidentes de violencia con relación al estrato

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Odds ratio para ha tenido o no incidentes de maltrato (No ha tenido / Si ha tenido)	.323	.211	.492
Para la cohorte Estrato = Medio bajo y bajo	.863	.821	.908
Para la cohorte Estrato = Medio alto y alto	2.676	1.834	3.905
N de casos válidos	951		

En este capítulo observamos que cinco de las seis hipótesis planteadas se comprobaron. Como se discutió, la presencia de alguna o varias enfermedades crónicas, las incapacidades para realizar actividades de la vida diaria, el otorgar ayuda a los hijos, la cohabitación con éstos y el aislamiento son condiciones que aumentan el riesgo de que las personas mayores

experimenten incidentes de maltrato. La hipótesis que asumía que el género era un factor de riesgo asociado a la violencia familiar contra las personas mayores fue rechazada, ya que como lo indican los resultados, tanto hombres como mujeres tienen las mismas probabilidades de vivir maltrato.

De todos los factores de riesgo (presencia de enfermedades crónicas, incapacidad para realizar actividades de la vida diaria, otorgar ayuda a los hijos, cohabitación con los hijos y aislamiento) el que mantuvo una relación estadísticamente significativa con el maltrato/negligencia en todas las pruebas estadísticas que se ejecutaron fue la incapacidad para realizar actividades de la vida diaria.

Es decir, las personas mayores con incapacidades para realizar actividades de la vida diaria tienen mayores probabilidades de experimentar violencia que aquellas que no. A mayores incapacidades para realizar actividades de la vida diaria, mayor negligencia y mayor maltrato emocional. Además se comprobó que el tener incapacidades para realizar actividades de la vida diaria predice la aparición de la negligencia hacia las personas mayores.

La variable incapacidad para realizar actividades de la vida diaria (deficiencias físicas) cobra relevancia en nuestro estudio porque aunque, en nuestra muestra no incluimos personas con deterioro físico y/o cognitivo que les impidiera participar en el estudio, esta condición se perfila como la de mayor peso en la aparición del maltrato/negligencia. Esto nos hace pensar que justamente las personas que tienen alguna discapacidad física y/o cognitiva pueden conformar el grupo de adultos mayores que mayormente enfrenta problemas de maltrato/negligencia.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones

Este trabajo ha perseguido la revisión de la violencia familiar de hijos a padres desde la perspectiva de las personas mayores. El estudio se llevo a cabo entrevistando a personas de 65 y más años cuyo estado físico y cognitivo les permitiera participar de manera independiente, sin informantes sustitutos.

Se analizó de manera descriptiva los tipos de maltrato más frecuentes, así como las acciones que conforman cada uno de éstos. La identificación de los factores de riesgo se realizó de tres maneras: mediante regresiones múltiples, correlaciones y cálculo de la razón odds (*odds ratio*). Para ejecutar la regresión y estudiar la relación de los factores de riesgo y la violencia en términos de predictibilidad se consideraron seis variables independientes (sexo, enfermedades crónicas, deficiencias físicas, ayuda otorgada a los hijos, la cohabitación y el aislamiento) y dos dependientes (maltrato, que incluía acciones de maltrato físico, emocional y económico y negligencia). Para saber la variación conjunta entre los factores de riesgo y los tipos de violencia se discriminó a ésta en cuatro tipos: física, emocional, económica y negligencia. Mediante la razón odds se calculó del riesgo de aquellos factores que resultaron estadísticamente significativos en las pruebas antes mencionadas.

Los factores de riesgo fueron clasificados en tres: individuales, relacionales y sociales. Los factores individuales se conformaron por las enfermedades crónicas y las deficiencias físicas; la ayuda otorgada a los hijos, la cohabitación y el aislamiento fueron clasificados como factores relacionales. Por su parte, a partir del sexo se interpretó el género como único factor de tipo social.

Este estudio identificó que la relación entre los factores de riesgo y el maltrato se comporta de manera distinta según sea en términos de predictibilidad o de variación conjunta. Así se observó que de todos los factores de riesgo solamente el presentar deficiencias físicas predice la aparición de negligencia, pero no así la del maltrato. Por su parte cuando desagregamos la violencia por tipos notamos que el maltrato emocional se correlaciona con todos los factores de riesgo. En tanto que la negligencia se correlaciona con el número de enfermedades crónicas, las deficiencias físicas y el aislamiento. También se observó que el factor de riesgo menos correlacionado con los tipos de maltrato es la cohabitación, ya que solamente se asoció con el maltrato emocional.

A continuación se expondrán las principales conclusiones a las que llegamos una vez identificado, analizado y discutido los principales factores de riesgo.

Variables sociodemográficas

En la sección de resultados se estuvieron comparando los datos sociodemográficos de la población total, con los de la población con incidentes de maltrato. En este apartado se rescataran solo los datos sociodemográficos de ésta última.

El promedio de edad de es de 74 años, 0.5 por debajo de la media nacional. La proporción de hombres (51.8%) fue ligeramente superior a la de mujeres (48.2%). La escolaridad es baja, las personas fueron a la escuela 4.3 años en promedio.

Con relación al estrato se identificó que la mayor proporción de personas corresponden al estrato medio bajo (62.5%) y bajo (29.9%).

La mayoría de las personas mayores se encuentran casadas o unidas (56.7%), aunque un porcentaje importante, 37.2%, son viudas. Al desagregar los datos por sexo, observamos que son más los hombres casados (73.2%) que las mujeres (38.9%), y que son más las mujeres viudas (56.6%) que los hombres (19.2%).

Los tres tipos de hogares predominantes fueron los nucleares (20.7%), los de pareja sola (18.7%) y los constituidos por familias extensas (12.9%). Es importante mencionar que un porcentaje significativo de hogares son unipersonales (10.2%).

Respecto a la situación económica, se observó que el 28% de las personas mayores son económicamente activos. De éstos el 20.1% manifestó que la principal razón para continuar trabajando es la necesidad económica. Un porcentaje importante (24.6%) manifestó que no desempeña ningún tipo de trabajo debido a su estado de salud. Sus principales fuentes de ingresos son las pensiones (56.5%) y la ayuda de hijos o parientes (60.4%). Casi la mitad de la población (43.7%) dijo que su ingreso le alcanza sólo para cubrir sus necesidades básicas, mientras que 42.7% expuso que su ingreso no le alcanza para cubrir sus necesidades básicas. Con base en lo antes expuesto podemos decir que las personas mayores que han tenido incidentes de maltrato enfrentan serias carencias de tipo económico.

Los indicadores de enfermedad revelan que un porcentaje importante de la población (49.9%) padece entre 3 y 8 enfermedades. Las mujeres (36.4%) presentaron mayores proporciones de co-morbilidad (4-8 enfermedades) que los hombres (24.9%). Las enfermedades más frecuentes en ambos sexos fueron la alta presión (39.9% hombres y 50.5% mujeres) y las enfermedades degenerativas de los ojos (39.0% hombres y 39.4% mujeres). Además de alta presión, la artritis/reumatismo (25.4% hombres y 40.9% mujeres), la osteoporosis (8.0% hombres y 24.7% mujeres) y la depresión/desgaste (31.9% hombres y 47.5% mujeres) son enfermedades más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

Finalmente, con relación a la funcionalidad, podemos decir que se trata de una población relativamente autónoma para realizar la mayor parte de sus actividades de la vida diaria (caminar, ir al baño, asearse o bañarse, tomar medicamentos, levantarse de la cama o acostarse y para alimentarse). Las dos actividades en las que necesitan más apoyo son las de tipo doméstico (66.9%) y las de tipo instrumental (54.5%) (ayuda para recibir atención médica, sacar cita, que le lleven, le acompañen, que le apoyen, que le ayuden a hacer mandados, lo lleven a pasear, etc.).

Tipos de maltrato más frecuentes

La negligencia fue el tipo de maltrato más frecuente. De las 411 personas que reportaron haber tenido algún incidente de maltrato, el 76.6% manifestó haber vivido negligencia. El segundo tipo de maltrato que registró la mayor proporción es el emocional (35.5%).

Las omisiones más comunes a través de las cuales se ejerce el maltrato por negligencia son: no otorgar apoyo económico (con dinero o bonos) (46.0%), no otorgar ayuda en especie (ayuda para comprar medicina, ropa, pagos varios) (37.5%) y no otorgar apoyo para realizar actividades domésticas (14.4%). Mientras que las tres primeras manifestaciones de

la violencia emocional fueron: dejar de hablarle a la persona mayor (17.0%), gritarle (17.0%) e insultarle (10.2%).

Los tipos de maltrato, al igual que las acciones u omisiones se singularizan de acuerdo con el género. Aunque, la negligencia se da en proporciones similares entre hombres y mujeres (80.8% y 78.3% respectivamente), el maltrato emocional y el económico mostraron diferencias importantes en términos porcentuales de acuerdo con el sexo. El primero de ellos registró un 33.5% en hombres y un 37.8% en mujeres. En tanto que, los datos señalan que un 5.7% de hombres padecen maltrato económico, en comparación con un 10.7% de mujeres. Con relación a las manifestaciones de negligencia, se observó que los hombres (50.2%) en mayor proporción que las mujeres (41.4%) experimentan negligencia económica; las mujeres (19.2%) por su parte reportan más negligencia para realizar actividades domésticas que los hombres (9.8%). Los indicadores de maltrato económico mostraron que a las mujeres (5.5%) en mayor medida que a los hombres (2.4%) las han presionado para que otorguen bienes o propiedades a sus hijos. Son éstas también quienes en mayor medida reciben amenazas de los hijos que les cedan bienes o propiedades (0.9% hombres y 2.5% mujeres). Finalmente, las manifestaciones de maltrato emocional desagregados por sexo indican que a las mujeres en mayor medida que a los hombres las han tratado como menores de edad (7.5% hombres y 10.6% mujeres), les han dejado de hablar (14.0% hombres y 20.1% mujeres) y les han insultado (9.0% hombres y 11.6% mujeres).

Los datos porcentuales antes mencionados denotan que la construcción cultural de género tiene una especial relevancia en las distintas dinámicas del maltrato.

Factores de riesgo asociados a la violencia

Los dos factores de riesgo individuales incluidos en este estudio mostraron tener relación con el maltrato y/o la negligencia que los adultos mayores experimentan.

El número de enfermedades crónicas que padecen las personas mayores no es una variable predictora de maltrato ni de negligencia. No obstante, el número de enfermedades se correlaciona de manera positiva con la violencia emocional, económica y con la negligencia. Además más personas mayores que padecen enfermedades presentan más incidentes de maltrato y negligencia que aquellas personas que gozan de buena salud. Por su parte la razón odds indica que las personas sanas tienen 1.4 más probabilidades de no tener incidentes de maltrato que las enfermas.

Las deficiencias para realizar actividades de la vida diaria se perfiló como el factor de mayor relación con el maltrato y la negligencia. Esta variable no resultó ser predictora de maltrato, pero sí de negligencia. También se observó que a mayor número de deficiencias para realizar actividades de la vida diaria, las personas mayores padecen más violencia emocional y más negligencia. Además de que más personas mayores que presentan deficiencias para realizar actividades de la vida diaria han vivido incidentes de maltrato, en comparación con aquellas que no tiene problemas con su funcionalidad. El cálculo de la razón odds muestra que las personas mayores sin problemas de funcionalidad tienen 2 veces más probabilidades de no tener incidentes de maltrato que aquellas que presentan deficiencias para realizar actividades de la vida diaria.

Los tres factores de riesgo relacionales: otorgar ayuda a los hijos, cohabitar con ellos y vivir aislamiento, mostraron una relación estadística con la violencia/negligencia familiar.

Otorgar ayuda a los padres está relacionado estadísticamente de manera positiva con el maltrato económico, emocional y en menor medida con la violencia física. A mayor ayuda otorgada de las personas mayores a sus hijos, mayor violencia económica, emocional y física. La razón Odds indicó que las personas que no ayudan a sus hijos tienen 1.2 más probabilidades de no experimentar violencia que aquellas que sí les ayudan.

Por su parte, la cohabitación fue el factor de riesgo menos asociado al maltrato/negligencia. Sólo se encuentra relacionado con el maltrato emocional. Así que, a mayor cohabitación con alguno de sus hijos, las personas mayores experimentan más maltrato emocional.

Con relación al aislamiento, se observó que a mayor aislamiento mayor maltrato emocional y mayor negligencia. Los resultados revelaron también que más personas mayores que viven alto aislamiento han tenido incidentes de maltrato, en comparación con las personas mayores que viven bajo aislamiento. La razón odds reveló que las personas con bajo aislamiento tienen 1.6 más posibilidades de no tener incidentes de maltrato que las personas que experimentan alto aislamiento.

Por su parte, el único factor de riesgo de tipo social, el género, no presentó una relación estadísticamente significativa con el maltrato y la negligencia. Es decir, ser hombre o mujer no es un factor de riesgo para vivir violencia. Sin embargo, dado que se han encontrado tres vertientes distintas con relación al género como factor de riesgo (una que afirma que las mujeres viven más maltrato que los hombres, otra que son los hombres sobre quienes se ejerce más maltrato y una más que expone que hombres y mujeres tienen las mismas posibilidades de experimentar maltrato), se sugiere profundizar más en el estudio del género como factor de riesgo, enfocándolo como una dimensión más amplia y no como una variable.

Los factores de riesgo se comportan de manera diferente según el tipo de violencia familiar. El maltrato físico es el menos asociado a los factores de riesgo, sólo mantiene una relación débil con ayudar a los hijos. Con excepción del sexo, la violencia emocional se encuentra relacionada estadísticamente con todos los factores de riesgo considerados para este trabajo (enfermedades crónicas, deficiencias físicas para realizar actividades de la vida diaria, aislamiento, ayudar a los hijos y cohabitar con ellos). En tanto que la negligencia se asocia a tres, de los seis factores de riesgo (enfermedades crónicas, deficiencias físicas y aislamiento).

En resumen, los factores que resultaron más significativos son los factores individuales. No obstante creemos que la noción de vejez, los estereotipos negativos, así como el contexto social, económico y familiar atraviesan estos factores. Es decir, el padecer enfermedades, ser dependientes ya sea económicamente o para realizar actividades de la vida diaria y el aislamiento por sí solos, en abstracto, nos dice poco si no se articula con cuestiones de orden social y colectivo. Creemos que la interpretación de estas de estas condiciones a nivel colectivo e individual influyen en su configuración como factores de riesgo. La dependencia, la enfermedad y el aislamiento son producto de un contexto social, económico y familiar al mismo tiempo que lo producen.

Sugerencias

Organismos internacionales como HelpAge (2002) consideran que en materia de políticas para prevenir y atender la violencia hacia las personas mayores en todos los ámbitos, se requiere la implementación de acciones a todos los niveles. Nosotros recuperamos sus

sugerencias y con base en ellas proponemos de manera general estrategias para llevarlas a cabo.

Recolectar más información acerca de las causas y efectos del abuso y el maltrato contra la tercera edad, sobre la base de información proporcionada por las propias personas mayores.

- Mediante este trabajo de investigación pudimos darnos cuenta de que existía poca evidencia sobre los factores de riesgo asociados al maltrato procedente de poblaciones abiertas. Por ello proponemos realizar investigación tanto en poblaciones abiertas como en poblaciones cautivas que favorezca mayor precisión sobre las dinámicas del maltrato.
- Elaborar instrumentos de detección de maltrato para que se aplique a la población adulta mayor que acude a instituciones de diversa índole. Estos instrumentos deben ser elaborados tomando en cuenta la residencialidad de la persona mayor, es decir si ésta permanece en su casa, o si se encuentra en una residencia de corto plazo o de manera permanente, también deben ser elaborados bajo la perspectiva de género y de generación. Los instrumentos deberán incluir además información para indagar los actos, las consecuencias y la situación que lo rodeo. Para sistematizar la información se deberá crear un centro de almacenamiento estadístico de datos.
- En el caso de las instituciones de salud dar cumplimiento a la **Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.** Además creemos que esta norma debe adoptar una perspectiva de equidad de generación. De manera que en el registro de atención en casos de violencia familiar propuesto, se debe incluir a los hijos como probables agresores.

Desarrollar intervenciones de ancha base, que involucren a las personas mayores en la lucha contra el abuso y el maltrato y sus causas subyacentes.

- Harbison (1999a), considera que la trayectoria del abuso y la negligencia hacia las personas mayores debe cambiar a una nueva dirección. Para esta autora es necesario empoderar a las personas mayores para que sean ellos quienes eduquen a sus pares sobre el abuso y la negligencia con base en sus propias experiencias. Creemos que una buena manera de poner en marcha la propuesta de Harbison es fomentar la creación de grupos de ayuda mutua.

Generar un cambio de actitud, eliminando los tabúes que rodean el abuso y el maltrato contra las personas mayores y tratando el tema con la misma seriedad que la violencia de género, el abuso infantil y el crimen generalizado.

- Creemos que una manera de tratar con seriedad el maltrato hacia las personas mayores es cuidar la imagen que sobre ellos se reproduce en los medios de comunicación. Ya que muchas veces éstos muestran una imagen devaluada de la persona anciana. No obstante, consideramos que es precisamente mediante los medios masivos de comunicación que se pueden establecer espacios de denuncia a través de programas de investigación y de crítica.

- Elaborar información escrita para ser proporcionada de manera masiva sobre qué es el maltrato a las personas mayores, cuáles son las acciones consideradas como maltrato, etc., enfatizando que el maltrato no es normal.

Desarrollar estrategias gubernamentales integrales para poner fin al maltrato contra las personas mayores, incluyendo un marco legal favorable, educación al público y capacitación para trabajadores del sector público, a fin de prepararlos para detectar el abuso y el maltrato y tomar medidas al respecto.

- Dar cumplimiento a la Ley de Atención de las Personas Mayores, en su artículo 22, fracción VI. La cual señala que en materia de violencia familiar corresponde al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) garantizar “la denuncia ante las autoridades competentes, cuando sea procedente, de cualquier caso de lesiones, abuso físico o psíquico, sexual, abandono, descuido y negligencia, explotación y en general cualquier acto que perjudique a las personas adultas mayores” (SEDESOL e INAPAM, 2003: 41).
- Proponer iniciativas para que el marco legal determine sanciones para quienes incurran en acciones de maltrato y/o negligencia hacia las personas mayores, sean éstos miembros de su familia, desconocidos o servidores públicos.
- Capacitar a los servidores públicos en el conocimiento y empleo de instrumentos de detección de maltrato y/o negligencia.
- Crear dentro del Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores (INAPAM) una instancia encargada del diseño de estrategias para el abordaje del maltrato hacia las personas mayores que da tanto en la familia, como en las instituciones. Teniendo como población objetivo a las personas mayores, a sus familias, a los servidores públicos y a la población en general.
- Crear una línea telefónica de atención y apoyo a las personas que experimentan maltrato.
- Al igual que en los casos de violencia de género, crear refugios para personas maltratadas.

Informar a las personas mayores acerca de sus derechos y responsabilidades y respaldarlas en el ejercicio de los mismos, usando como referencia la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad, el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, así como las leyes y políticas nacionales.

- Estudiar todos los documentos antes descritos y con base en ellos elaborar material de difusión para medios impresos y electrónicos.
- Que el material didáctico para informar a este grupo de edad sobre sus derechos sea apto. Es decir, que se tomen en cuenta características de las personas mayores como escolaridad y estado de salud. Esto considerando que en nuestro estudio un porcentaje importante de personas mayores tienen baja escolaridad y cerca de la mitad presentan enfermedades degenerativas de la vista.

- Continuar y mejorar las campañas del INAPAM de distribución de ejemplares de la Ley de Atención de las Personas Mayores, reforzando la repartición en instituciones dedicadas a atender a este grupo de edad, o bien donde este colectivo sea uno de los sujetos de intervención.

Dado que el factor de riesgo más significativo fue las deficiencias para realizar actividades de la vida diaria, es importante considerar que las estrategias para prevenir el maltrato también deben considerar el apoyo a las familias con enfermos dependientes. Se ha documentado que la persona que están a cargo del cuidado de ancianos con problemas de autonomía están propensos a desarrollar el síndrome del *burn-out*, caracterizado por el estrés y la extenuación. Estas dos condiciones favorecen la aparición del maltrato. Por eso consideramos que de manera paralela a las acciones antes descritas se deben desplegar otras relacionadas con el apoyo a familias con miembros mayores dependientes.

A continuación presentamos algunas sugerencias, que rescatamos de Rivera (2001), para apoyar el cuidado del anciano dependiente:

- El fomento de centros de día, con la finalidad de que la persona mayor participe en actividades de ocio, entretenimiento y/o rehabilitación en la medida de sus posibilidades.
- Creación de residencias “permanentes”
- Impulsar la formación de personal de atención primaria para la atención del anciano dependiente.
- Reconocimiento del papel del cuidador mediante mecanismos financieros y laborales (cuando éstos combinen el cuidado con su trabajo).

Independientemente de las sugerencias antes descritas, es necesario enfatizar que sería necesario trazar líneas de investigación sobre la dinámica del maltrato en familias con personas dependientes. El hecho de que, pese a la no inclusión de personas con dependencia aguda en nuestra muestra, nuestros resultados indiquen que el presentar incapacidades para realizar actividades de la vida diaria es la variable de mayor influencia en la aparición del maltrato/negligencia, nos parece que debería de marcar la pauta en futuras investigaciones para que la dimensión incapacidad para desarrollar actividades de la vida diaria ocupe un lugar central a partir del cual se teja la discusión en torno al maltrato. Creemos que el debate sobre el tema del maltrato hacia las personas mayores con dependencia debe abarcar el escenario completo y no centrarse únicamente en la persona que experimentan el maltrato; sino también en los perpetradores y en las condiciones familiares, culturales y estructurales que rodean este problema.

Confiamos en que al profundizar en el tema del maltrato en personas dependientes se desenmarañará un poco la madeja sobre las dinámicas y mecanismos de este problema; los retos y carencias que enfrentan las familias que se encuentran en esta situación y de manera paralela podrá dejar al descubierto los avances y espacios en materia de política social.

Las sugerencias que se han mencionado a lo largo de este apartado están planteadas con el ánimo de generar un cambio de actitud en las familias, comunidades y organizaciones para que reconozcan la magnitud del problema del maltrato hacia las personas mayores, al mismo tiempo que se reflexione en su prevención y atención.

CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, S.G., y Robledo, L.M (s/f). Negligencia, maltrato, violencia y discriminación por edad. *Envejecimiento de la población*. Foro inter-americano en problemas de salud global. Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM). Pp. 59-71.
- Antequera-Jurado, R. y A. Blanco (1998). Percepción de control, autoconcepto y bienestar del anciano. En: Leopoldo Salvarezza (comp.), *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós, 95-124.
- American Cancer Society (2006). (En línea) *Prevención y factores de riesgo*. http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_1_1X_Preencion_y_factores_de_riesgo_general.asp-25k– Página consultada el 21 de abril de 2006.
- Améry, J (2001). *Revuelta y resignación. Acerca del envejecer*. España: Ed. Pre-textos.
- Aranibar, P (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. *Serie población y Desarrollo*. Santiago de Chile. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL. Área de población y desarrollo del CELADE.
- Arber, S. y J. Ginn (1996). <<Mera conexión>> Relaciones de género y envejecimiento. En Arber, S. y J. Ginn (Comps). *Relaciones entre género y envejecimiento*. Madrid. Ed. Narcea. Pp. 17-34.
- Arroyo, C (2002). *Características del funcionamiento familiar de pacientes con intento de suicidio: el caso del hospital psiquiátrico de Durango*. Tesis. Universidad Juárez del Estado de Durango. Facultad de Trabajo Social.
- Bass, D., G.J. Anetzberger, F.K. Ejaz, y K. Nagpaul (2001). Screening tools and referral protocol for stopping abuse against older ohioans: a guide for service providers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. Vol. 13 (2).pp. 23-38.
- Bazo, M.T (2001). (En línea). Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Revista española de geriatría y gerontología*. 36 (1). Pp. 8-14. www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/bazo-negligencia-01.pdf Página consultada el 13 de marzo de 2007.
- Becerra, M (2001). Trastorno afectivo en el anciano. *Gerontología y Geriatria con enfoque de riesgo*. 3 (10). 15-19.
- Bronfenbrenner, U (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Burín, M. e I. Meller (2001). *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Cárcamo, E., H. Labra, H. Mancilla, y J. Rivas (2004). *Representaciones sociales de adultos mayores sobre la violencia intrafamiliar hacia sus pares*. Tesis. Universidad Católica de Temuco. Facultad de Artes. Humanidades y Ciencias Sociales. Escuela de Trabajo Social.
- Carrillo, R (1992). *La violencia contra la mujer, un obstáculo para el desarrollo*. Nueva York: Ed. Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).

CEPAL y ECLAC (2002). *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades. Hogares y personas*. Chile: Ed. Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Economic Comisión for Latin America and the Caribbean.

Comijs, H.C., J.H. Smit, A.M. Pot, L.M. Bouter y C. Jonker (1998). Risk indicators of elder mistreatment in the community. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. Nueva York. Tomo 9, No. 4. pp 67.

Corbetta, P. (2003). *Metodología y Técnicas de investigación social*. Madrid: Ed. McGraw Hill.

Corsi, J. (1999). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia intrafamiliar. En: Corsi, J. *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Argentina: Ed. Paidós. 15-63. Tercera reimpresión.

_____ (2004). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Crichton, S., J.B. Bond, C.D. Harvey y J. Ristock (1999). Elder abuse: Feminist and Ageist Perspectives. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. Vol. 10 (3/4). Pp. 115-130.

Childrensmercy (s/f). (En línea). *Odds ratio*. <http://www.childrensmercy.org/stats/definitions/or.htm>. Página consultada el 07 de marzo de 2007.

Choi, N.G., D.B. Kulick y J. Mayer (1999). Financial exploitation of elders: análisis of risk factors basados en county adult protective services data. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. Vol. 10 (3/4). pp. 39-62.

Daichman, L (2004). (En línea). Naturaleza y dimensiones del abuso y maltrato en la vejez. *Red Latinoamericana de Gerontología*. <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=130> Canal: Políticas-Violencia y maltrato. Página consultada el 19 de noviembre de 2005.

De Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.

Decalmer, P. y F. Glendenning. (2000). El médico de cabecera y el maltrato a ancianos. En Decalmer, P. y F. Glendenning (Comps). *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona: Ed. Paidós. Pp. 177-190.

Del Popolo, F (2001). Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. *Serie población y Desarrollo*. Santiago de Chile. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población.

Díaz-Guerrero, R (1999). *Psicología del mexicano. Descubrimiento de la etnopsicología*. México: Ed. Trillas.

Duncan, B., M. Webb, B. Horner, M. Davey y B. Kingsley (2002). Elder abuse in western Australia. Reporte of a survey conducted for The Department for Community Development- Seniors' Interests. Curtin, University of Technology. Division of Health Sciences.

Dunlop, B.D., M.B. Rothman, K.M. Condon, K.S. Hebert, I.L. Martínez. (2000). Elder Abuse: Risk Factors and Use Case Data to Improve Policy and Practice. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. Vol. 12 (3/4). Pp. 95-122.

Enciclopedia Microsoft Encarta 2005. (CD-ROM). Microsoft Corporation.

Ferguson, K. M (2003). *El trabajo infantil y el capital social en el mesosistema: En búsqueda de los factores de riesgo y de protección relacionados con la familia y la comunidad para los niños y niñas que trabajan en la calle*. Tesis. Universidad Autónoma de Nuevo León.

Fericgla, J (2002). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Ed. Herder.

Fernández, P., A. Vila y C. Montero (2002). (En línea). *Determinación de factores de riesgo*. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_deriesgo/3f_de_riesgo.htm-37k Página consultada el 21 de abril de 2006.

Franco, M.L., T. Gray, P. Gregware, y J. Meyer (1999). *Dependency, Cultural Identification, and elder abuse among americans of Mexican Heritage*. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, Vol. 11 (3) 1999.

Fulmer, T., L. Guadagno, G. Pavesa, C. VandeWeerd, A. Baglioli e I. Abraham (2002). Profiles of older adults who screen positive for neglect during an emergency department visit. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. Vol. 14 (1). Pp.49-60.

García, B. y O. de Oliveira (2006). *Las familias en el México metropolitano: visiones femeninas y masculinas*. México: Ed. El Colegio de México A.C.

Garrido, F., D. Villalobos y H. Gómez (1999). Epidemiología del envejecimiento en México. En: CONAPO (Comps.), *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México: Ed. Consejo Nacional de Población.

Glendenning, F (2000). ¿Qué entendemos por negligencia y maltrato a los ancianos? En Decalmer, P. Y F, Glendenning (Comps). *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona: Ed. Paidós. Pp. 17-56.

González-Celis, A (2005). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? En Garduño, L., B. Salinas y M. Rojas (Coords.). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Ed. Plaza y Valdés.

González, M.G. y V.N. Salgado (2006). El maltrato en el adulto mayor: factores de riesgo en un contexto de pobreza. En: Salgado, V.N. y R. Wong (Eds.). *Envejecimiento pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*. México: Ed. Instituto Nacional de Salud Pública. Pp. 120-134.

Guilland N. y L. Picado (2000). Elder abuse in Costa Rica. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. Vol. 12 (1). Pp. 73-87.

Hakkert, R. y J.M. Guzmán (2004). Envejecimiento demográfico y arreglos familiares en América Latina. En: Ariza, M. y O. De Oliveira. *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México: Ed. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Sociales. Pp. 479-518.

- Hair, J., R. Anderson, R. Tatham y W. Black Y otros (1999) *Análisis multivariante*. Madrid: Ed. Prentice Hall Iberia. Quinta edición.
- Ham, R (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México: Ed. El Colegio de la Frontera Norte.
- Harbison, J (1999a). The Changing Carrer of "Elder Abuse and Neglect" as a Social Problem in Canadá: Learning from feminist frameworks?. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. Vol. 11 (4)
- Harbison, J (1999b). Models of intervention for "Elder abuse and neglect". A Canadian perspective on ageism, participation, and empowerment". *Journal of Elder Abuse & Neglect*. Vol. 10 (3/4).
- Heise, L (1994). *Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud*. Washington, D.C: Ed. Organización Panamericana de la Salud.
- HelpAge International International (2002). Estado Mundial de las personas mayores 2002. *El envejecimiento Global*. Londres: Ed. HelpAge International International. Pp. 2-32.
- Hidalgo, J. (2001). *El envejecimiento: Aspectos sociales*. San José de Costa Rica: Ed. Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Hudson, M (1991). Elder Mistreatment: a taxonomy with definitions by delphi. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. Vol. 3 (2). Pp. 1-20.
- Huenchuan, S (s/f). *Políticas públicas y políticas de vejez. Aspectos teórico-conceptuales*. Santiago de Chile: Ed. CEPAL, UNFPA, ONU, Cooperazione Italiana.
- INAPAM. (2002). (En línea). *¿Qué es el INAPAM?* <http://www.inapam.go.mx/inapam/voluntariado> Página consultada el 12 de octubre de 2003.
- Instituto Nacional de Ciencias Penales (INACIPE). Foro: *Hacia la construcción de modelos de protección de las personas adultas mayores*. Carta descriptiva del evento
- IMSERSO (2004). *Vejez, Negligencia, Abuso y Maltrato*. Madrid: Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- INEGI (2001a). (En línea). *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados Básicos y por Entidad Federativa. Bases de Datos y Tabulados de la Muestra Censal*. <http://www.inegi.gob.mx>. Página consultada el 2 de mayo de 2003.
- _____ (2001b). Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México. Aguascalientes, Ags: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- _____ (2000). *Violencia intramiliar: encuesta 1999*. Aguascalientes, Ags: Ed. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- _____ (2005a). (En línea). *II Conteo de Población y vivienda 2005*. <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob91&c=3837&e=19> Página consultada el 10 de enero de 2007.

_____ (2005b). *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. Aguascalientes, Ags: Ed. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

INEGI e Instituto Nacional de las Mujeres (2003). *Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH)*. Aguascalientes, Ags: Ed. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

INEI. (1993). (En línea). *Perfil sociodemográfico de la tercera edad*. Perú. <http://www.inwi.gob.pe/biblioinei.asp> Página consultada el 11 de diciembre de 2004.

Lachs, M. y K. Pillemer (1995). Abuse and neglect of elderly persons. Review articles. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 332. No. 7. Febrero. Pp. 437-443.

Lagarde, M. (1997). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Ed. Horas y Horas. Segunda edición.

Lasch, M. y K. Pillemer (2004). Elder Abuse. *The Lancet*. Vol. 364. pp. 1263-1272.

Levin, J. y W. Levin (2001). *Estadística en la investigación social*. México: Ed. Oxford University Press. Segunda edición.

López de Ayala, M (2000). Políticas de apoyo a las familias con mayores. En: Barthelet y otros (Comps.). *Mayores y Familia*. Madrid: Ed. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales y Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

Lorenc, F (2005). (En línea). La sociología de los problemas públicos. Una perspectiva crítica para el estudio de las relaciones entre la sociedad y la política. *Nómadas-Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. <http://www.ucm.es/info/nomadas/12/florenc.html>. Página consultada el 10 de noviembre de 2006.

Luna, M (1999). Derechos legales en el envejecimiento. En CONAPO (Comps.) *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México: Ed. Consejo Nacional de Población.

Maldonado, M (1994). Relaciones de dominación en la familia. En Castellanos, G. *Discurso, género y mujer*. Cali, Colombia: Ed. Universidad del Valle, Facultad de Humanidades.

Maddox, G (1999). Definiciones y descripción de la edad. En Neugarten, B. *Los significados de la edad*. Barcelona: Ed. Herder. Pp.39-83.

Mendoza, V.M (2003). Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en el contexto de pobreza. En: Salgado, V.N. y R. Wong (Eds.). *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. México: Ed. Instituto Nacional de Salud Pública. Pp. 57-80.

Menéndez, J., A. Guevara, A. Arcia, E.M. León, C. Marín y J.C. Alfonso. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 17 (5/6). Pp. 353-361.

MINJUMNFA (2003). Programa de Atención Integral del Adulto Mayor. *Diagnóstico Nacional sobre la Situación de las Personas Mayores en Panamá. Edificar una sociedad*

para todas las edades. Panamá: Ed. Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia

MIMDES (2005). Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual. *Violencia Familiar en las personas adultas mayores en el Perú. Aportes desde la casuística de los Centros Emergencia Mujer*. Lima: Ed. Lonardi SRL. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social

Mishara, B. y R. Riedel (2000). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Ed. Morata.

Molinero, L. M (2001). (En línea). *Odds ratio, riesgo relativo y número necesario a tratar* <http://www.seh-lilha.org/pdf/oddsratio.pdf>. Página consultada el 7 de marzo de 2007.

Montes de Oca, V (1998). Intercambio y diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México. En Hernández, H.H. y C. Menkes (Coords.). *La población de México al final del siglo XX*. México: Ed. UNAM. Pp. 485-500.

_____ (1999). Relaciones familiares y redes sociales. En: CONAPO (Comps.), *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México. Consejo Nacional de Población.

_____ (2004). Envejecimiento demográfico y arreglos familiares en México: límites y potencialidades del apoyo al interior del hogar. En Ariza, M. y De Oliveira, O. (Coords.). *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México: Ed. Universidad Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Sociales.

_____ (2006). Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. *Papeles de población*. Año 12. No. 50. pp. 97-116.

Montoya, V (1997). Understanding and combating elder abuse in hispanic communities. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. Nueva York. Tomo 9, No. 2. pp 5.

Montorio, I. y A. Losada (2005). Provisión de cuidados y apoyo social informal: Una visión psicosocial de la dependencia. En: Pinazo, S., y M. Sánchez. *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Ed. Pearson, Prentice Hall. Pp. 491-515

Morales, M (2000). La Vejez en los Países Desarrollados. *Gerontología y Geriatria con enfoque de riesgo*. 2(4). 12-16.

Moreno, F. (1999). La violencia en la pareja. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5(4 y 5) 245-258.

Moreno, E (2006). Análisis de datos categóricos. En: Landero, R. y González, M. T. (Comps.) *Estadística con spss y metodología de la investigación*. México. Ed: Trillas.

Moreno, E. y M. N. Rodríguez (2006). Estimación de parámetros y contrastes de hipótesis, pruebas paramétricas y no paramétricas. En: Landero, R. y González, M. T. (Comps.) *Estadística con spss y metodología de la investigación*. México. Ed: Trillas.

Motte, C. y J. Muñoz (2002a). Envejecimiento social. En Muñoz, J. *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ed. Pirámide. Pp. 95-110.

_____ (2002b). Psicología del envejecimiento e intervención psicosocial. En Muñoz, J. *Psicología del envejecimiento*. Madrid, Ed: Pirámide. Pp. 95-110.

- _____ (2004). Programas de intervención en malos tratos y negligencia en personas mayores. En Muñoz, J. (Coord). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Ed. Pirámide. Pp. 15-40.
- Muñoz, J (2002). Malos tratos en personas mayores. En: Tortosa, J. *El proceso del envejecimiento (Coord.)*. Madrid: Ed. Pirámide.
- _____ (2004a). Teorías explicativas sobre malos tratos en personas mayores. En Muñoz, J. (Coord). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid. Ed: Pirámide. Pp. 15-40.
- _____ (2004b). Maltrato y negligencia en personas mayores. En Muñoz, J. (Coord). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Ed. Pirámide. Pp. 15-40.
- Muñoz, J. y C. Tapia (2004). Entorno familiar y maltrato. En Muñoz, J. (Coord). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Ed. Pirámide. Pp. 15-40.
- Nahmiash, D (2002). Powerlessness and abuse and neglect of older adults. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. Vol. 14 (1). Pp. 21-47.
- Navarro, M (1999). El tabú de la vejez. En Yubero, S. y E, Larrañaga (Coords). *Envejecimiento, sociedad y salud*. Madrid: Ed. Universidad de Castilla-La Mancha. Pp. 149-182.
- Oddone, M.J. y L.B. Chernobilsky (2003). *Representaciones sociales de los estudiantes de la carrera de relaciones del trabajo de la UBA con respecto a los trabajadores de mayor edad*. Asociación Argentina de Especialistas en Estudio del Trabajo. Sexto Congreso Nacional de Estudios del Trabajo.
- Organización de las Naciones Unidas (2002). *Informe del Secretario General: "El maltrato de las personas de edad"*. (E/CN.5/2002/PC/2).
- OMS y OPS. (2003). (En línea). 132ª. Sesión del Comité Ejecutivo. *Repercusiones de la violencia en la salud de las poblaciones americanas*. <http://www.paho.org/spanish/GOV/CE/cel132-16-s.pdf>. Página consultada el 30 de octubre de 2003.
- _____ (2002). (En línea). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. http://www.paho.org/spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf. Página consultada el 30 de octubre de 2003.
- Orozco, I (2006). Imágenes de la vejez. En: Robles, L., F. Vázquez, L. Reyes, e I. Orozco. *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*. México: Ed. Plaza y Valdés y el Colegio de la Frontera Norte. Pp. 221-246.
- Passante, M.I (1985). *Políticas sociales para la tercera edad*. Buenos Aires: Ed. Hvmánitas.
- Pedrero, M (1999). Situación económica en la tercera edad. *Papeles de población*. Enero-marzo No. 19. pp. 77-101.
- Pinzón, S. y O. Solas (2002). Políticas y marco jurídico. En Engler, T. y M. Peláez (Eds). *Más vale por viejo. Lecciones de longevidad de un estudio en el cono sur*. Washington D.C: Ed. Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud. Pp. 177-188.

Podnieks, E (1992). National survey on Abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. Vol. 4 (1/2). Pp. 5-58

_____ (2001). *Global Response against elder abuse report from Canada*. World Health Organization (WHO) y The International Network for the prevention of elder abuse (INPEA).

Pillemer, K. y D. Finkelhor (1988). The prevalence of elder abuse: A Random Sample Survey. *The Gerontologist*. Vol. 28, No. 1. pp. 51-57.

Reig, A (1999). Prefacio a la edición española de los significados de la edad. En Neugarten, B. *Los significados de la edad*. Barcelona: Ed. Herder. Pp. 9-12.

Redondo, N (1990). *Ancianidad y Pobreza*. Buenos Aires: Ed. Hvmánitas

Reyes, L (2006). Estatus social y rol de la ancianidad. En: Robles, L., F. Vázquez, L. Reyes, e I. Orozco. *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*. México: Ed. Plaza y Valdés y el Colegio de la Frontera Norte. Pp. 147-181.

Ribeiro, M (2004). *Hacia una política social de la familia*. México: Ed. Senado de la República.

Rivera, J (2001). *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia*. Madrid: Ed. Consejo Económico y Social.

Robles, L (2003). Género, pobreza y cuidado: la experiencia de mujeres cuidadoras pobres urbanas. En: Salgado, V.N. y R. Wong (Eds.). *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. México: Ed. Instituto Nacional de Salud Pública. Pp. 123-151

_____ (2005). La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. *Papeles de población*. Año 11. No. 45. pp. 49-69.

_____ (2006). El cuidado a los ancianos: la feminización de la obligación filial. En: Robles, L., F. Vázquez, L. Reyes, e I. Orozco. *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*. México: Ed. Plaza y Valdés y el Colegio de la Frontera Norte. Pp. 247-285.

Rodríguez, C (1999). El papel de las instituciones públicas en la atención a la tercera edad. En: CONAPO (Comps.). *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México: Ed. Consejo Nacional de Población.

Rodríguez, M. N. y E. Moreno (2006). Correlación y regresión. En: Landero, R. y González, M. T. (Comps.) *Estadística con spss y metodología de la investigación*. México. Ed: Trillas.

Rubio, R. (2005). (En Línea) Maltrato en Mayores: factores de riesgo. En: Universidad Internacional SEK (Eds). *La violencia en la familia, escuela y sociedad*. Santiago De Chile.. http://www.uisek.cl/prevencionviolencia/documentacion/Maltrato_en_Mayores-Factores_de_Riesgo.htm Página consultada el 12 de marzo de 2007.

Salgado, V.N (2003). Envejecimiento, género y pobreza en México rural. En: Salgado, V.N. y R. Wong (Eds.). *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. México: Ed. Instituto Nacional de Salud Pública. Pp. 37-56.

Sánchez, C (2000). *Gerontología social*. Buenos Aires: Ed. Espacio.

Sánchez Moncayo, M.R (2005). (En Línea). La importancia de la intervención familiar en la prevención del maltrato en las personas mayores dependientes. *Eúphoros*. 249-260. <http://scholar.google.com/scholar?q=La+cultura+y+el+maltrato+hacia+las+personas+mayores&hl=es&um=1&oi=scholar>. Página consultada el 13 de marzo de 2007.

Sanmartin, A., M. Coma, P. Boncompte, J. Altet, N. Porta, P. Duaso y P. Postigo. (2000). (En línea). El médico de familia y el síndrome de los malos tratos a ancianos. *Atención primaria*. Vol (26), No. (09). Pp. 641-649. http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05ZI0105&rev=27&vol=26&num=9&pag=641. Página consultada el 13 de marzo de 2007.

SEDESOL e INAPAM (2003). *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*. Monterrey: Ed. Secretaría de Desarrollo Social e Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Schiemberg, L. y D. Gans (1999). An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. Vol. 11 (1). Pp. 79-103.

Scheaffer, R., W. Mendenhall y L. Ott (1987). *Elementos de muestreo*. México: Ed. América.

Sierra, M (2000) Sentido de la Vida en la Vejez. *Gerontología y Geriatria*. 2(3). 13-17.

Stassen, K. y R. Thompson (2001). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid: Ed. Médica Panamericana. Cuarta edición.

Swagerty, D., y P. Takahashi (1999). (En línea). Elder Mistreatment. *American Family Physician*. <http://www.aafp.org/afp/990515ap/2804.html> Página consultada el 12 de marzo de 2007.

Torres, M (2001). *La Violencia en casa*. México: Ed. Paidós.

Trujillo Z (1999). Envejecimiento Holístico. *Gerontología y geriatría con enfoque de riesgo*. 1(0). 7-13.

Universidad Católica de Chile (s/f). (En línea). *Odds ratio*. <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/IndEpi5.htm>. Página consultada el 07 de marzo de 2007.

Vizcaino, J (2000). *Envejecimiento y atención social. Elementos para su análisis y planificación*. Barcelona: Ed. Herder.

Wang, F (2001). Resistencia y tercera edad: el sujeto tras el movimiento americano de mayores. En Chambon, A., A. Irving y L. Epstein (Eds). *Foucault y el Trabajo Social*. Granada: Ed. Maristán.

Welland-Akong, Ch. (2001) Componentes culturales de tratamiento para los inmigrantes mexicanos violentos con la pareja. En: *Los rostros de la violencia*. Tijuana: Ed. El Colegio de la Frontera Norte. 163-186.

Whittaker, T (1996). Género y malos tratos a las personas ancianas. En Arber, S. y J. Ginn. (Coords). *Relaciones entre género y envejecimiento*. Madrid: Ed. Narcea. Pp. 17-34.

Wolf, R (1996). Elder abuse and family violence. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. Nueva York. Tomo 8, No. 1. pp 81.

WHO e INPEA. (2002). *Missing Voices. Views of older persons on elder abuse*. World Health Organization y The International Network for the prevention of elder abuse.

Wong, R (1999). Transferencias intrafamiliares e intergeneracionales en México. En: CONAPO (Comps.) *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México: Ed. Consejo Nacional de Población.

Yanes, P (1999). Una ciudad para todas las edades. En: CONAPO (Comps.), *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México: Ed. Consejo Nacional de Población.

Yubero, S. y E. Larrañaga (1999). La imagen social del anciano. En Yubero, S. y E, Larrañaga (Coords). *Envejecimiento, sociedad y salud*. Madrid: Ed. Universidad de Castilla-La Mancha. Pp. 59-82.

CAPÍTULO VII. ANEXOS

Anexo 1. Criterios de codificación CODIFICACIÓN

18.- Tipo de familia (hogar)

- 01) Persona sola
- 02) Pareja sola
- 03) Nuclear
- 04) Compuesta
- 05) Monoparental encabezada por mujer
- 06) Monoparental encabezada por varón
- 07) Monoparental compuesta (monoparental con presencia de otros parientes)
- 08) Monoparental extensa (de más de una generación)
- 09) Extensa (tres generaciones en la misma casa)
- 10) Extensa compuesta (tres generaciones en la misma casa + otros parientes)
- 11) Unidad familiar atípica (hermanos viviendo juntos, etc)
- 12) Unidad de coresidencia (residentes sin parentesco entre ellos)

133/144. ¿ Qué cree usted que necesita para hacer feliz?

- 1) No tener problemas familiares
- 2) Buena salud/ sentirse bien/ poderse mover bien/ aliviarse el o ella y pareja
- 3) Tener trabajo
- 4) No tener problemas de dinero/ no tener que preocuparse por lo material
- 5) Contar con compañía/ contar con más atención/ tener más amigos
- 6) Tener más actividades/ pasear
- 7) Que su pareja viviera/ que alguien a quien quiso mucho viviera
- 8) Recibir más afecto /cariño/huérfano
- 9) Hacer lo que hacía antes
- 10) Otras/ Más de dos
- 11) Nada/ nunca podría ser feliz
- 12) Más estudios
- 13) Haber cumplido sus metas
- 14) Dejó pasar oportunidades
- 15) Haberse casado y tener familia

16) No sabe

88) No aplica

190. ¿Quién estuvo presente durante la entrevista?

- 1) Esposo (a)
- 2) Hijo (a)
- 3) Otro pariente
- 4) Un vecino o amigo
- 5) Otra persona
- 6) Varios

78) ¿Ha tenido dificultad a causa de su edad para conseguir empleo?

- 1) No encuentra
- 2) No le dan
- 3) Salud
- 4) Porque es pensionado/ jubilado
- 8) No aplica
- 9) No contestó / no preguntó el encuestador

CUADRO C. AYUDA.

- 1) Todos o la mayoría de hij@s
- 2) Principalmente hijo(s) que no viven en la casa
- 3) Principalmente hija (s) que no viven en la casa
- 4) Otro(s) pariente(s)
- 5) Vacin@s amig@s
- 6) Empelada doméstica /enfermera
- 7) Hija (s) que viven en la casa
- 8) Hijo (s) que viven en la casa
- 9) Tod@s o mayoría de l@s hij@s que viven en la casa
- 10) Principalmente hijos, yernos, nietos
- 11) Principalmente hijas, nueras, nietas
- 12) Esposa
- 13) Bastón o aparatos para caminar
- 14) Algun@s de sus hij@s

Anexo 2. Instructivo para los encuestadores

- Todas las personas deberán tener al menos 65 años de edad. Al llegar a una casa, deberá explicar el motivo de la visita (de la entrevista) y preguntar si ahí vive alguna persona que tenga 65 años o más.
- Antes de iniciar la entrevista, deberá explicar a la persona entrevistada el propósito de la investigación.
- Siempre utilice el gafete con el logotipo de la UANL que se le proporcionó.
- Debe señalar, en cada entrevista, que se trata de entrevistas anónimas y que los datos serán confidenciales. Explique a las personas que los resultados serán en términos de porcentajes y que nunca se hará referencia a un caso en particular.
- Debe explicar a la persona entrevistada que si alguna pregunta no le gusta, puede indicarlo y no contestarla.
- Llene la cédula de entrevista con lápiz.
- No utilice los espacios en gris. Estos serán codificados después.

Anexo 3. Cédula de entrevista

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Estrato Socioeconómico _____ 1) MA _____ 2) MB _____ 3) B _____ 4) Marginal
2. Sexo: _____ 1) Femenino _____ 2) Masculino
3. ¿Qué edad tiene usted? (años cumplidos) _____
4. ¿Sabe leer y escribir?
- _____ 1) Sí, leer y escribir
_____ 2) Sí, sólo leer
_____ 3) No
5. En total ¿cuántos años de escuela aprobados tiene usted? (sin preescolar) _____
6. ¿Ha estado casado(a) o unido(a) alguna vez?
- _____ 1) Sí
_____ 2) No → **(Pasa a la pregunta 9)**
7. ¿Cuántas veces ha estado usted unido(a) o casado(a)? _____ **(88 no aplica)**
8. ¿A qué edad se casó usted? _____
- (En caso de varias uniones, se refiere a la primera) _____ **(888 no aplica)**
9. ¿Cuál es su Estado civil actualmente?:
- _____ 1) Casado(a) o en unión libre → **(Pasa a la pregunta 11)**
_____ 2) Soltero(a) → **(Pasa a la pregunta 12)**
_____ 3) Divorciado(a) o separado(a)
_____ 4) viudo(a)
10. ¿A qué edad terminó su última unión o matrimonio? _____ **(888 no aplica)**
11. Tiempo de su Estado civil actual _____ **(888 no aplica)**
12. ¿Profesa alguna religión?
- _____ 1) Sí ¿Cuál? _____
_____ 2) No
13. Lugar de nacimiento _____
era:
- _____ 1) Una rancharía
_____ 2) Un poblado pequeño (menos de 2500 habitantes)
_____ 3) Un poblado grande (más de 2500 habitantes)
_____ 4) Una ciudad pequeña (menos de 100,000 habitantes)
_____ 5) Una ciudad grande (más de 100,000 habitantes)
_____ 6) En Monterrey o su área metropolitana
_____ 7) En el extranjero

28. ¿Por cuánto tiempo? _____ (88 no aplica)

CUADRO B. Hijos(as) que no viven en la casa:

Nombre	Sexo	Edad	Edo. Civil	¿Tiene contacto x correo o x teléfono?	¿Tiene contacto físico?	Vive en:	¿Se interesa en las necesidades/dificultades que enfrenta?
	1) M 2) F 8) NA	1) Soltero 2) Casado unido 3) Separado, div 4) Viudo 8) No aplica		1) Frecuentemente 2) De vez en cuando 3) Pocas veces 4) Casi nunca 5) Nunca 8) No aplica		1) Misma colonia 2) Misma ciudad 3) Mismo Estado 4) Otro Estado 5) Diferente país 8) No aplica	1) Sí 2) No 8) No aplica

AYUDA RECIBIDA Y OTORGADA

CUADRO C. Por favor dígame para cada una de las siguientes situaciones si necesita ayuda, si la recibe, si es suficiente y si cree usted que debe corresponder a esa ayuda recibida

Ayuda recibida	¿Necesita ayuda? 1) Sí 2) No 3) A veces	¿Recibe ayuda? 1) Sí 2) No 3) A veces	¿Quién le ayuda? (nombre y/o parentesco)	La ayuda recibida es suficiente 1) Sí 2) No 3) A veces 8) No aplica	¿La ayuda está condicionada a que usted dé o haga algo a cambio? 1) Sí 2) No 8) No aplica
Económica (con dinero, bonos)	29.	30.		31.	32.
Quehaceres domésticos (preparar comida, limpieza, etc.)	33.	34.		35.	36.
Funcional para caminar	37.	38.		39.	40.
Funcional para ir al baño	41.	42.		43.	44.
Funcional para asearse o bañarse	45.	46.		47.	48.
Funcional para tomar medicamentos	49.	50.		51.	52.
Funcional para levantarse de la cama o acostarse	53.	54.		55.	56.
Funcional para alimentarse	57.	58.		59.	60.
V. Especie (Despensa, medicinas, ropa, pagos varios)	61.	62.		63.	64.
V. Ayuda instrumental (para atención médica, sacar cita, que le lleve, le acompañe, que le apoye)(para hacer mandados, salir a pasear, etc.)	65.	66.		67.	68.

69. ¿Usted o su cónyuge (desde que cumplieron 65 años) han ayudado a alguno de sus hijos?

- 1) Sí
 2) No
 8) No aplica

→ **(pasa a pregunta 74)**

Tipo de ayuda otorgada a hijos	1)Regular- mente	2) A veces	4) Nunca	8) No aplica
70. Económica (con dinero, bonos)				
71. Quehaceres domésticos (preparar comida, limpieza, etc.)				
72. Cuidar a los nietos				
73. En especie (despensa, medicinas, ropa, pagos varios)				

VIVIENDA

74. La casa en la que usted vive es:

- 1) Propia (de usted o su pareja)
 2) Rentada por usted o su pareja
 3) Prestada o rentada por uno de sus hijos que vive en la casa
 4) Prestada o rentada por uno de sus hijos que no vive en la casa
 5) Prestada o rentada por otra persona

TRABAJO, PENSIONES E INGRESOS

75. ¿Realiza alguna actividad de tipo económico actualmente?

- 1) Sí ¿Cuál? _____
 2) No

76. ¿Por qué? (**principal razón o primera respuesta**)

- 1) Porque necesita trabajar / necesidad económica / porque nadie me ayuda
 2) Porque le gusta / Para estar ocupado / Para no quedarse en casa
 3) Por salud / para estar en forma
 4) Porque todavía no se jubila
 5) Para sentirse bien / para sentirse útil
 6) No encuentra trabajo
 7) A su edad nadie le da trabajo
 8) No necesita / no quiere / ya se jubiló / ya quiere descansar
 9) Nunca ha trabajado
 10) No le dejan
 11) Por ser mujer
 12) Por su estado de salud / por enfermedad / por limitaciones físicas
 13) No tiene capacidad para las nuevas tecnologías
 14) Otra ¿Cuál? _____

77. ¿Ha buscado usted empleo durante el último año?

- 1) Sí
 2) No
 8) No aplica

78. ¿Ha tenido usted alguna dificultad a causa de su edad para conseguir empleo?

- 1) Sí 79. Especificar _____
 2) No
 8) No aplica

Si no es empleado, pase a la pregunta 85

80. ¿Ha tenido usted alguna dificultad a causa de su edad para...?

	1) Sí	2) No	8) No aplica
81. Obtener promoción a un mejor puesto			
82. Obtener incrementos en sueldo			

83. ¿Se ha sentido discriminado(a) en su trabajo a causa de su edad?

- 1) Sí ¿Por qué? _____
 2) A veces
 3) No
 8) No aplica

84. En caso de tener empleo: ¿Considera su lugar de trabajo adecuado para que una persona adulta mayor desempeñe bien su trabajo?

- 1) Sí
 2) No
 8) No aplica

Percibe usted ingresos por:

	1) Sí, lo suficiente	2) Sí, pero no suficiente	3) No
85. Sueldo o pagos por trabajo			
86. Ahorro			
87. Pensión			
88. Apoyos de programas			
89. Rentas			
90. Ayuda de hijos o parientes			

En caso de estar casado(a) o unido(a), ¿Percibe su pareja ingresos por:

	1) Sí lo suficiente	2) Sí pero no es suficiente	3) No	8) N.A.
91. Sueldo o pagos por trabajo				
92. Ahorro				
93. Pensión				
94. Apoyos de programas				
95. Rentas				
96. Ayuda de hijos o parientes				

97. ¿Comparten usted y su pareja los ingresos que reciben?

- 1) Sí
 2) No
 8) No se aplica / No tiene pareja

98. ¿Cómo considera su ingreso actual, de acuerdo a sus necesidades? Sumando todos ingresos

- 1) Alcanza muy bien para cubrir mis (nuestras) necesidades
 2) Alcanza para cubrir sólo las necesidades básicas
 3) No alcanza para cubrir las necesidades básicas
 4) No tiene ingresos

Si no recibe pensión pasar a pregunta 102

En caso de haber señalado ingreso por pensiones (de la persona o de su cónyuge).

99. ¿Ese ingreso por pensión la recibe por...?

- 1) Jubilación
 2) Viudez
 3) Invalidez o accidente laboral
 8) No se aplica / No recibe pensión

100. ¿De qué institución proviene el pago de pensión?

- 1) IMSS
 2) ISSSTE
 3) PEMEX
 4) CFE
 5) Seguridad Social en EE.UU o en otro país
 6) Otra institución (especifique) _____
 8) No se aplica / No recibe pensión

101. ¿Desde hace cuántos años recibe esa pensión? _____ (88 No aplica)

102. ¿Tienen deudas usted o su cónyuge actualmente?

- 1) Sí, bancarias
 2) Sí, tarjetas de crédito
 3) Sí, deudas médicas

- _____ 4) Sí, préstamo de parientes
- _____ 5) Sí, otras. Especifique _____
- _____ 6) Sí, varias de las anteriores
- _____ 7) No

103. ¿Ha hecho usted testamento?

- _____ 1) Sí
- _____ 2) No
- _____ 8) No aplica / no tiene bienes / no tiene hijos

SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS DE SALUD

104. ¿Tiene usted derecho a servicio médico gratuito en IMSS, ISSSTE, PEMEX, u otra Institución?

- _____ 1) Sí
- _____ 2) No → **(pasa a pregunta 106)**

105. Recibe esos servicios o prestaciones porque es...

- _____ 1) Trabajador
- _____ 2) Jubilado
- _____ 3) Afiliado por su cuenta
- _____ 4) Cónyuge de asegurado
- _____ 5) Padre o madre de asegurado
- _____ 6) Otro ¿cuál? _____
- _____ 8) No aplica

106. En los últimos cinco años ¿alguna vez tuvo usted un problema serio de salud?

- _____ 1) Sí
- _____ 2) No → **(pasa a pregunta 109)**

107. ¿Acudió usted al doctor?

- _____ 1) Sí → **(pasa a pregunta 109)**
- _____ 2) No
- _____ 8) No aplica / no se ha enfermado

108. ¿A qué se debió que no haya ido al médico?

- _____ 1) Creyó que no lo ayudaría a mejorarse
- _____ 2) Creyó que se tardaría mucho en llegar
- _____ 3) No tenía dinero
- _____ 4) No tenía como ir / No quiso molestar a alguien para que lo llevara
- _____ 5) Le dio miedo saber lo que el doctor iba a encontrarle
- _____ 6) No le dio importancia
- _____ 7) Se le olvidó
- _____ 8) Por desidia / Por flojera
- _____ 9) Se automedicó / Se lo recetaron en la farmacia
- _____ 10) Fue con un curandero / con un amigo (a) o vecino (a) que no es médico
- _____ 11) Tomó remedios caseros
- _____ 12) Otra ¿Cuál? _____
- _____ 88) No se aplica / No se enfermó

SALUD

109. ¿Cómo se siente acerca de su salud?

- 1) Bien
 2) Generalmente bien
 3) A veces bien, a veces mal
 5) Enfermo(a)

¿Tiene usted alguna enfermedad? como:	1) Sí	2) No
110. Cáncer		
111. Diabetes / enfermedades derivadas de la diabetes		
112. Alta presión		
113. Artritis / reumatismo		
114. Osteoporosis		
115. Otras enfermedades incapacitantes (enfisema, embolia, etc.)		
116. Enfermedades degenerativas de los ojos (cataratas, mácula, glaucoma)		
117. Enfermedades del corazón		
118. Disminución o pérdida auditiva		
118B. Depresión /desgano		

119. ¿Cuáles de los siguientes cuidados preventivos realiza para mantener su salud?

	1) Sí	2) No
A. Comer sanamente		
B. Ejercicio		
C. Medicina preventiva (Chequeos, vacunas, etc.)		
D. Complementos alimenticios (Vitaminas, etc.)		

120. ¿Actualmente se encuentra bajo tratamiento médico? (no incluir enfermedades simples)

- 1) Sí
 2) No

121. En los 5 últimos años, ¿ha sufrido accidentes o enfermedades que afecten sus actividades?

- 1) Sí ¿Cuál? _____
 2) No

122. ¿Fuma usted?

- 1) Más de 5 cajetillas a la semana
 2) De 2 a 5 cajetillas a la semana
 3) De una a 2 cajetillas a la semana
 4) Menos de una cajetilla a la semana
 5) Fumaba mucho, pero ya lo dejó
 6) Fumaba poco, pero ya lo dejó
 7) N

123. ¿Bebe usted alcohol?

- 1) Más de 15 copas (o cervezas) a la semana
 2) Entre 5 y 15 copas (o cervezas) a la semana
 3) Menos de 5 copas (o cervezas) a la semana
 4) Tomaba, pero ya no
 5) No

124. ¿Tiene usted buenos hábitos alimenticios?

- 1) Sí
 2) No

AFECTIVIDAD Y ESTADO DE ÁNIMO

125. ¿Considera usted que la relación con sus hijos es buena?

- 1) Sí, con la mayoría de ellos
 2) Sí, con algunos
 3) Sí, con uno o dos solamente
 4) No, con ninguno
 8) No aplica / no tiene hijos

126. ¿Considera que la relación con su cónyuge es buena?

- 1) Sí
 2) A veces
 3) No
 8) No aplica / no tiene cónyuge

127. ¿Tiene usted compañía durante el día?

- 1) Sí, todo o casi todo el día
 2) Sí, una parte del día
 3) Sí, solo un rato cada día
 4) No, siempre o casi siempre estoy solo(a)

128. ¿Se siente usted solo(a)?

- 1) Sí, frecuentemente
 2) Sí, a veces
 3) No, nunca

129. ¿Tiene planes y proyectos futuros?

- 1) Sí
 2) No

130. ¿Siente usted que su vida está vacía?

- 1) Sí
 2) A veces
 3) No

131. ¿Se aburre con frecuencia?

- 1) Sí
 2) A veces
 3) No

132. ¿Últimamente (durante el último año) se considera usted feliz?

- 1) Sí, generalmente / la mayor parte del tiempo → **(pasa a pregunta 134)**
 2) Sí, pero sólo a veces
 3) No, en general no me siento feliz

133. ¿Qué cree usted que necesita para ser feliz? _____ (88 NA)

134. ¿Su felicidad es igual o mayor que cuando era joven?

- 1) Más feliz
 2) Igualmente feliz
 3) Menos feliz
 4) No sabe

135. ¿Cuál es su estado de ánimo la mayor parte del tiempo?

- 1) Entusiasta, alegre, satisfecho(a)
 2) Triste, melancólico(a)
 3) Frustrado(a), decepcionado(a)
 4) Otro ¿Cuál? _____

¿Actualmente alguno de los siguientes sucesos que le ha causado sufrimiento?

	1) Sí	2) No	8) No aplica
136. La muerte del cónyuge			
137. La muerte de un hijo			
138. La muerte de otro familiar cercano			
139. Alguna enfermedad suya			
140. Alguna enfermedad de un pariente			
141. Problemas económicos			
142. Otro ¿Cuál?			

143. ¿Está usted satisfecho(a) con lo que ha realizado a lo largo de su vida?

- 1) Sí
 2) No ¿Por qué no? _____

144. ¿Desearía que su vida hubiese sido diferente?

- 1) Sí ¿Por qué? _____
 2) No

ACTIVIDADES

Actividades:	1) Regularmente	2) Pocas veces	3) Nunca	8) No aplica
145. ¿Se reúne con un grupo de amigos con el cual puede jugar cartas, ir al cine, platicar/convivir, jugar a la lotería?				
146. ¿Asiste usted a eventos sociales o act. recreativas? (bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine)				
147. ¿Asiste a servicios religiosos?				
148. ¿Participa usted con algún grupo o institución en actividades? (manualidades, act. religiosas, deporte, etc.)				
149. ¿Practica usted algún tipo de pasatiempo?				
150. ¿Recibe visitas en su casa?				
151. ¿Participa usted con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa?				
152. ¿Realiza usted actividades recreativas o sociales con su pareja?				
153. ¿Prefiere quedarse en casa que salir?				
154. ¿Realiza usted quehaceres domésticos?				
155. ¿Tiene algún amigo(a) o confidente con quien pueda platicar de sus cosas muy personales?				

156. ¿Considera que sus actividades han disminuido desde que tenía 50 años? (sin contar el trabajo)

- 1) Sí, mucho
 2) Sí, un poco
 3) No, sigo siendo igualmente activo(a)

MALTRATO Y NEGLIGENCIA

SI EL ENTREVISTADO NO TIENE HIJOS TERMINE LA ENTREVISTA

157. ¿Cómo reaccionan sus hijos cuando usted está enfermo(a)?

- 1) Todos o la mayoría se preocupan
 2) Algunos / sólo uno(s) se preocupa(n)
 3) Ninguno se preocupa / se muestran indiferentes
 8) No se aplica / no tiene hijos / nunca se siente mal

158. ¿Cuándo usted está enfermo, alguno de sus hijos le lleva al médico?

- 1) Sí
 2) No, porque usted no quiere o no necesita que lo lleven al médico
 3) No, porque no tienen tiempo y/o no tienen dinero
 4) No, porque no quieren llevarme / no les importa
 8) No se aplica / no tiene hijos / no se enferma

159. ¿Cómo reaccionan sus hijos cuando usted manifiesta sentirse mal emocionalmente?

- 1) Todos o la mayoría se preocupan → **(pasa a pregunta 161)**
 2) Algunos / sólo uno se preocupa(n)
 3) Ninguno se preocupa / se muestran indiferentes
 4) No les dice
 8) No se aplica / no tiene hijos / nunca se siente mal

160. Considera que algunos de sus hijos no se preocupan o se muestran indiferentes porque:

- 1) Usted no quiere que lo lleven a recibir atención profesional
 2) No tienen tiempo o dinero para llevarlo a atención profesional
 3) No tienen dinero para llevarlo a atención profesional
 4) No tienen tiempo para llevarlo a atención profesional
 5) No quieren llevarlo a recibir atención profesional
 8) No se aplica / no tiene hijos / nunca se siente mal

161. ¿Cómo reaccionan sus hijos cuando usted requiere ayuda económica?

- 1) Todos o la mayoría se preocupan → **(pasa a pregunta 163)**
 2) Algunos / sólo uno se preocupa(n)
 3) Ninguno se preocupa / se muestran indiferentes
 4) No les dice
 8) No se aplica / no tiene hijos / no necesita dinero

162. Considera que sus hijos se muestran indiferentes ante su necesidad de ayuda porque:

- 1) No tienen recursos para ayudarlo / no pueden ayudarlo
 2) No quieren ayudarlo
 3) Unos sí, otros no
 8) No se aplica / no tiene hijos / no necesita dinero

163. ¿Considera que sus hijos le dejan a usted todas las tareas del hogar?

- 1) No
 2) Sí, porque no necesito ayuda
 3) Sí, porque ellos no pueden / viven lejos / trabajan / no tienen tiempo
 4) Sí, porque no quieren ayudarme
 8) No se aplica / no hace labores del hogar

Anexo 4. Datos que se codifican por separado

CUADRO A (Sobre hijos que **SÍ** viven en la casa) (no aplica/ no hijos(as) = 88)

A.1. Número de hijos solteros que viven en la casa

--	--

A.2. Número de hijas solteras que viven en la casa

--	--

A.3. Número de hijos casados que viven en la casa

--	--

A.4. Número de hijas casadas que viven en la casa

--	--

A.5. Número de hijos separados/divorciados/viudos que viven en la casa

--	--

A.6. Número de hijas separadas/divorciadas/viudas que viven en la casa

--	--

A.7. Número de hijos solteros que se interesa en sus dificultades

--	--

A.8. Número de hijas solteras que se interesa en sus dificultades

--	--

A.9. Número de hijos casados que se interesa en sus dificultades

--	--

A.10. Número de hijas casadas que se interesa en sus dificultades

--	--

A.11. Número de hijos separados/divorciados/viudos que se interesa en sus dificultades

--	--

A.12. Número de hijas separadas/divorciadas/viudas que se interesa en sus dificultades

--	--

CUADRO B (sobre hijos que **NO** viven en la casa) (no aplica/ no hijos(as) = 88)

B.1. Número de hijos varones que no viven en la casa

--	--

B.2. Número de hijas que no viven en la casa

--	--

B.3. Número de hijos varones que se interesa en sus dificultades

--	--

B.4. Número de hijas que se interesa en sus dificultades

--	--

B.5. ¿Quiénes se interesan más: hijos o hijas?

--	--

- 1) Hijos
- 2) Hijas
- 3) Igual
- 4) Ninguno
- 88) No aplica / No tiene hij@s / Tod@s son del mismo sexo

B.6. ¿Quiénes se interesan más: casados o solteros?

--	--

- 1) Hijos casados /separados/divorciados /viudos
- 2) Hijos solteros
- 3) Igual
- 4) Ninguno
- 88) No aplica / No tiene hijos / No tiene hijos casados

B.7. ¿Quiénes se interesan más: casadas o solteras?

--	--

- 1) Hijas casadas /separadas/divorciadas /viudas
- 2) Hijas solteras
- 3) Igual
- 4) Ninguna
- 88) No aplica / No tiene hijas / No tiene hijas casadas

B.8. ¿Quiénes se interesan más: viven o no en la casa? (comparar total hij@s con cuadro A)

--	--

- 1) Los que viven en la casa
- 2) Los que no viven en la casa
- 3) Igual
- 4) Ninguno
- 88) No aplica / No tiene hij@s / Tod@s viven en casa o ninguno vive en casa

B.9. ¿Quién tiene mayor contacto por teléfono / correo? Por sexo

--	--

- 1) Hijos

- 2) Hijas
- 3) Igual
- 4) Ninguno / nadie
- 88) No aplica / No tiene hijos / Todos son del mismo sexo

B.10. ¿Quién tiene mayor contacto por teléfono / correo? Por estado civil-Mujeres

--	--

- 1) Hijas casadas /separadas /divorciadas /viudas
- 2) Hijas solteras
- 3) Igual las casadas que las solteras
- 4) Ninguno / Nadie
- 88) No aplica / No tiene hijas / No tiene hijas casadas

B.11. ¿Quién tiene mayor contacto por teléfono / correo? Por estado civil-Hombres

--	--

- 1) Hijos casados /separados /divorciados /viudos
- 2) Hijos solteros
- 3) Igual las casados que los solteros
- 4) Ninguno / Nadie
- 88) No aplica / No tiene hijos / No tiene hijos casados

B.12. ¿Quién tiene mayor contacto físico? Por sexo

--	--

- 1) Hijos
- 2) Hijas
- 3) Igual
- 4) Ninguno / nadie
- 88) No aplica / No tiene hijos / todos son del mismo sexo

B.13. ¿Quién tiene mayor contacto físico? Por estado civil-Mujeres

--	--

- 1) Hijas casadas /separadas /divorciadas /viudas
- 2) Hijas solteras
- 3) Igual las casadas que las solteras
- 4) Ninguno / Nadie
- 88) No aplica / No tiene hijas / No tiene hijas casadas

B.14. ¿Quién tiene mayor contacto físico? Por estado civil-Hombres

--	--

- 1) Hijos casados /separados /divorciados /viudos
- 2) Hijos solteros
- 3) Igual las casados que los solteros

4) Ninguno / Nadie

88) No aplica / No tiene hijos / No tiene hijos casados

B.15. Del total de hij@s que no viven en la casa, tienen mayor contacto por teléfono o correo los que viven...

--	--

1) Misma colonia

2) Misma ciudad

3) Mismo estado

4) Otro estado o en el extranjero

5) Tod@s igual

6) Ninguno

88) No aplica / No tiene hij@s / Todos viven cerca o todos viven lejos

B.16. Del total de hij@s que no viven en casa, tienen mayor contacto físico los que viven...

--	--

1) Misma colonia

2) Misma ciudad

3) Mismo estado

4) Otro estado o en el extranjero

5) Tod@s igual

6) Ninguno

88) No aplica / No tiene hij@s / Todos viven cerca o todos viven lejos

CUADRO C AYUDA RECIBIDA

C.1. ¿Quién le ayuda con lo económico?

--	--

C.2. ¿Quién le ayuda con los quehaceres domésticos?

Principalmente de:

--	--

C.3. ¿Quién le da ayuda funcional? Para caminar

1) Todos o la mayoría hij@s

2) Principalmente hijo(s)

3) Principalmente hija(s)

4) Otro(s) pariente(s)

5) Vecin@s o amig@s

--	--

C.4. ¿Quién le da ayuda funcional? Para ir al baño

--	--

C.5. ¿Quién le da ayuda funcional? Para asearse o bañarse

--	--

C.6. ¿Quién le da ayuda funcional? Para tomar medicamentos

6) Empleada doméstica

—

7) Enfermer@

--	--

8) Otra(s) persona(s)

9) Todos o mayoría hijos +

10) Princip. Hijos +

--	--

11) Princip. Hijas +

C.8. ¿Quién le da ayuda funcional? Para alimentarse

88) No aplica, no necesita

--	--

C.9. ¿Quién le da ayuda es especie?

--	--

C.10. ¿Quién le da ayuda Instrumental?

--	--

Anexo 5. Listado de personas mayores

163

No de observación	No. De Adulto Mayor
1	20
2	221
3	248
4	253
5	514
6	582
7	628
8	774
9	862
10	911
11	1140
12	1264
13	1354
14	1625
15	1739
16	1825
17	2012
18	2072
19	2081
20	2139
21	2183
22	2335
23	2497
24	2501
25	2824
26	2965
27	2972
28	2984
29	3093
30	3140
31	3206
32	3283
33	3384
34	3447
35	3571
36	3672
37	3871
38	3882
39	3954
40	4028
41	4196
42	4303
43	4339
44	4422
45	4554
46	4696
47	4827
48	4898
49	5316
50	5423
51	5441

52	5567
53	5733
54	5977
55	6181
56	6203
57	6216
58	6405
59	6511
60	6582
61	6589
62	6604
63	6667
64	6749
65	6923
66	7098
67	7156
68	7189
69	7204
70	7314
71	7357
72	7358
73	7374
74	7505
75	7532
76	7859
77	8203
78	8228
79	8376
80	8409
81	8572
82	8592
83	8603
84	8641
85	8771
86	8773
87	8912
88	8918
89	8936
90	8976
91	8998
92	9124
93	9378
94	9467
95	9482
96	9564
97	9618
98	9675
99	9677
100	9802
101	9816
102	9875
103	9940

104	10115
105	10122
106	10141
107	10290
108	10337
109	10389
110	10424
111	10462
112	10739
113	10752
114	10867
115	10969
116	11052
117	11291
118	11341
119	11427
120	11472
121	11502
122	11536
123	11596
124	11663
125	11754
126	11881
127	11893
128	12078
129	12146
130	12182
131	12198
132	12261
133	12351
134	12436
135	12534
136	12648
137	12745
138	12752
139	13166
140	13384
141	13505
142	13619
143	13649
144	13699
145	13887
146	13923
147	13949
148	14034
149	14067
150	14094
151	14206
152	14395
153	14444
154	14522
155	14689

156	14768
157	14792
158	14814
159	14964
160	14990
161	15222
162	15343
163	15416
164	15420
165	15570
166	15574
167	15922
168	16079
169	16080
170	16318
171	16488
172	16509
173	16597
174	16632
175	16971
176	16991
177	17014
178	17028
179	17030
180	17033
181	17099
182	17134
183	17612
184	17625
185	17852
186	17908
187	18220
188	18334
189	18674
190	18817
191	18829
192	19028
193	19052
194	19127
195	19261
196	19452
197	19539
198	19576
199	19660
200	19711
201	19849
202	19869
203	19903
204	19987
205	20084
206	20094
207	20237

208	20263
209	20290
210	20335
211	20456
212	20504
213	20557
214	20766
215	20807
216	20855
217	20956
218	21263
219	21616
220	21736
221	21795
222	21947
223	21957
224	22084
225	22166
226	22183
227	22438
228	22470
229	22489
230	22561
231	22566
232	22752
233	22947
234	23018
235	23062
236	23111
237	23222
238	23356
239	23370
240	23436
241	23475
242	23511
243	23613
244	23638
245	23740
246	23763
247	23910
248	24004
249	24111
250	24170
251	24199
252	24353
253	24452
254	24550
255	24705
256	24784
257	24839
258	24847
259	25073

260	25168
261	25287
262	25329
263	25471
264	25510
265	25534
266	25659
267	25809
268	25864
269	25979
270	26146
271	26257
272	26419
273	26602
274	26630
275	26666
276	26747
277	26784
278	26829
279	26886
280	27058
281	27063
282	27447
283	27531
284	27545
285	27605
286	27861
287	27898
288	28062
289	28114
290	28196
291	28230
292	28316
293	28354
294	28409
295	28524
296	28624
297	28634
298	28754
299	28879
300	29037
301	29175
302	29260
303	29492
304	29585
305	29592
306	29632
307	29763
308	29854
309	29869
310	29879
311	29883

312	29990
313	30068
314	30168
315	30562
316	30601
317	30653
318	30689
319	30754
320	30759
321	30787
322	30880
323	30919
324	30942
325	31040
326	31206
327	31223
328	31406
329	31572
330	31582
331	31781
332	31844
333	32205
334	32340
335	32366
336	32441
337	32444
338	32498
339	32721
340	33292
341	33498
342	33685
343	33715
344	33759
345	33779
346	33781
347	33796
348	33841
349	33940
350	34067
351	34149
352	34211
353	34565
354	34575
355	34991
356	35069
357	35229
358	35235
359	35596
360	35616
361	35691
362	35791
363	35898

364	36207
365	36342
366	36387
367	36536
368	36616
369	36624
370	36719
371	36818
372	36892
373	36897
374	36931
375	37074
376	37085
377	37270
378	37301
379	37317
380	37435
381	37549
382	37594
383	37703
384	37791
385	37977
386	38107
387	38153
388	38177
389	38237
390	38554
391	38627
392	38646
393	38684
394	38720
395	38770
396	39062
397	39363
398	39410
399	39563
400	39625
401	39658
402	39718
403	39935
404	39944
405	40001
406	40078
407	40130
408	40235
409	40266
410	40316
411	40318
412	40471
413	40503
414	40599
415	40700

416	40712
417	40960
418	41046
419	41103
420	41254
421	41330
422	41431
423	41663
424	41699
425	41862
426	42178
427	42189
428	42325
429	42352
430	42390
431	42395
432	42532
433	42608
434	42622
435	42632
436	42702
437	42746
438	43011
439	43027
440	43118
441	43330
442	43411
443	43487
444	43511
445	43532
446	43553
447	43659
448	43671
449	43680
450	43743
451	43773
452	43783
453	43907
454	43973
455	44176
456	44670
457	44745
458	44793
459	44795
460	44939
461	45102
462	45207
463	45359
464	45376
465	45379
466	45417
467	45418

468	45739
469	45900
470	46004
471	46031
472	46157
473	46383
474	46525
475	46563
476	46744
477	46826
478	46866
479	46878
480	46949
481	46978
482	47042
483	47047
484	47250
485	47426
486	47534
487	47575
488	47675
489	47701
490	47769
491	47858
492	47981
493	47997
494	48002
495	48195
496	48407
497	48445
498	48546
499	48565
500	48615
501	48618
502	48782
503	49132
504	49152
505	49206
506	49310
507	49440
508	49518
509	49552
510	49561
511	49565
512	49636
513	49848
514	50218
515	50310
516	50321
517	50665
518	50854
519	50888

520	50890
521	50928
522	51007
523	51083
524	51133
525	51209
526	51373
527	51426
528	51470
529	51475
530	51541
531	51563
532	51594
533	51695
534	52044
535	52107
536	52321
537	52636
538	52655
539	52886
540	52967
541	52999
542	53173
543	53174
544	53277
545	53291
546	53379
547	53385
548	53410
549	53431
550	53531
551	53777
552	53853
553	53904
554	53910
555	53924
556	53974
557	54022
558	54288
559	54353
560	54444
561	54483
562	54776
563	54854
564	54904
565	55288
566	55534
567	55670
568	55717
569	55892
570	56389
571	56394

572	56503
573	56551
574	56664
575	56682
576	56773
577	57067
578	57108
579	57290
580	57332
581	57387
582	57403
583	57410
584	57778
585	57987
586	57993
587	58012
588	58043
589	58199
590	58205
591	58323
592	58558
593	58736
594	58758
595	58850
596	59242
597	59398
598	59597
599	59640
600	59650
601	60019
602	60077
603	60090
604	60150
605	60363
606	60414
607	60432
608	60591
609	60623
610	60664
611	60667
612	60668
613	60772
614	60873
615	60886
616	60921
617	61010
618	61196
619	61306
620	61450
621	61642
622	61650
623	61742

624	62111
625	62135
626	62161
627	62206
628	62252
629	62536
630	62869
631	62938
632	62973
633	63007
634	63015
635	63129
636	63155
637	63252
638	63341
639	63425
640	63565
641	63604
642	63720
643	63860
644	63910
645	63926
646	64013
647	64152
648	64207
649	64226
650	64391
651	64552
652	64556
653	64808
654	64873
655	65290
656	65347
657	65543
658	65565
659	65694
660	66014
661	66279
662	66389
663	66527
664	66671
665	66787
666	66798
667	66858
668	66871
669	66919
670	66952
671	67093
672	67315
673	67350
674	67436
675	67492

676	67592
677	67729
678	67966
679	68148
680	68260
681	68452
682	68643
683	69031
684	69040
685	69120
686	69213
687	69337
688	69511
689	69524
690	69554
691	69606
692	69663
693	69675
694	69766
695	69971
696	70120
697	70136
698	70142
699	70248
700	70251
701	70260
702	70293
703	70479
704	70509
705	70545
706	70582
707	70678
708	70695
709	71025
710	71034
711	71039
712	71046
713	71221
714	71519
715	71558
716	71679
717	71747
718	71818
719	71876
720	71887
721	71971
722	72015
723	72118
724	72328
725	72345
726	72352
727	72369

728	72393
729	72418
730	72440
731	72513
732	72575
733	72631
734	72641
735	72717
736	72887
737	72898
738	72996
739	73048
740	73072
741	73190
742	73191
743	73224
744	73354
745	73372
746	73404
747	73413
748	73489
749	73503
750	73504
751	73549
752	73564
753	73608
754	73689
755	73739
756	73772
757	73873
758	74071
759	74090
760	74225
761	74256
762	74375
763	74531
764	74535
765	74575
766	74766
767	74893
768	75175
769	75189
770	75666
771	75669
772	75731
773	75774
774	75783
775	75831
776	75865
777	75990
778	76032
779	76050

780	76150
781	76202
782	76265
783	76419
784	76430
785	76443
786	76493
787	76645
788	76656
789	76674
790	76725
791	76782
792	76797
793	76802
794	77017
795	77185
796	77243
797	77373
798	77432
799	77497
800	77505
801	77645
802	77651
803	78307
804	78321
805	78353
806	78525
807	78627
808	78646
809	78731
810	78919
811	78970
812	79034
813	79051
814	79052
815	79174
816	79188
817	79410
818	79485
819	79668
820	79935
821	79949
822	80027
823	80032
824	80075
825	80099
826	80217
827	80314
828	80328
829	80456
830	80478
831	80592

832	80632
833	80653
834	80811
835	81105
836	81128
837	81243
838	81327
839	81403
840	81451
841	81493
842	81552
843	81561
844	81825
845	81861
846	81985
847	82015
848	82096
849	82147
850	82405
851	82711
852	82885
853	82948
854	83032
855	83064
856	83127
857	83285
858	83293
859	83300
860	83313
861	83401
862	83706
863	83737
864	83741
865	83744
866	83817
867	83824
868	83867
869	83898
870	84063
871	84202
872	84233
873	84264
874	84282
875	84364
876	84366
877	84484
878	84534
879	84543
880	84570
881	84592
882	84690
883	84900

884	85070
885	85107
886	85128
887	85153
888	85418
889	85421
890	85488
891	85582
892	85615
893	85617
894	85787
895	85896
896	86035
897	86042
898	86194
899	86236
900	86281
901	86354
902	86501
903	86582
904	86585
905	86593
906	86691
907	86739
908	86782
909	86799
910	86901
911	86913
912	87177
913	87402
914	87406
915	87466
916	87673
917	87700
918	87822
919	87947
920	88161
921	88185
922	88299
923	88561
924	88680
925	88694
926	88935
927	88938
928	88941
929	89072
930	89224
931	89259
932	89290
933	89451
934	89590
935	89647

936	89747
937	89960
938	90016
939	90224
940	90262
941	90368
942	90549
943	90605
944	90674
945	90859
946	90913
947	91113
948	91246
949	91384
950	91439
951	91522
952	91760
953	91770
954	91863
955	91935
956	92068
957	92077
958	92084
959	92229
960	92381
961	92482
962	92631
963	92639
964	92786
965	92796
966	92824
967	92850
968	92943
969	92951
970	92974
971	93028
972	93050
973	93414
974	93619
975	93781
976	93870
977	94165
978	94180
979	94294
980	94311
981	94379
982	94489
983	94495
984	94503
985	94561
986	94611
987	94828

988	94874
989	94882
990	94903
991	94934
992	95519
993	95550
994	95668
995	95702
996	95722
997	95729
998	95832
999	95843
1000	95977
1001	96031
1002	96069
1003	96082
1004	96269
1005	96330
1006	96361
1007	96371
1008	96828
1009	96892
1010	97020
1011	97181
1012	97221
1013	97315
1014	97365
1015	97459
1016	97721
1017	97771
1018	97827
1019	97940
1020	98031
1021	98331
1022	98460
1023	98652
1024	98673
1025	98855
1026	98886
1027	98940
1028	98950
1029	99030
1030	99072
1031	99091
1032	99109
1033	99195
1034	99227
1035	99367
1036	99381
1037	99472
1038	99589
1039	99781

1040	99837
1041	99881
1042	99883
1043	99942
1044	100166
1045	100319
1046	100437
1047	100442
1048	100497
1049	100511
1050	100678
1051	100711
1052	100716
1053	100787
1054	100870
1055	101059
1056	101175
1057	101286

Anexo 6. Base de datos en excell

Order	NUMERO	AGEB	Manzanas	Z42	Total	Acum	AM / Man	M01	M02	M03	M04	M05	M06	M07	M08	M09	M10	M11	M12
1	1	002-9	45	434	4	4	9.6	3	23	26	27								
2	2	003-3	40	434	5	9	10.9	8	14	18	32	40							
3	3	004-8	31	350	2	11	11.3	4	25										
4	4	005-2	42	460	3	14	11.0	5	13	38									
5	5	006-7	32	481	6	20	15.0	5	10	23	27	27	31						
6	6	007-1	32	401	4	24	12.5	2	15	27	28								
7	7	010-3	31	499	4	28	16.1	17	26	26	27								
8	8	011-8	28	443	6	34	15.8	3	6	10	15	21	25						
9	9	012-2	27	446	4	38	16.5	5	11	23	24								
10	10	013-7	55	505	6	44	9.2	1	9	28	39	43	52						
11	11	014-1	33	332	2	46	10.1	11	25										
12	12	015-6	37	441	2	48	11.9	4	10										
13	13	016-0	17	241	3	51	14.2	7	14	16									
14	14	017-5	19	363	2	53	19.1	6	14										
15	15	018-A	31	407	4	57	13.1	12	27	29	30								
16	16	019-4	21	327	2	59	15.6	11	18										
17	17	020-7	22	209	5	64	9.5	2	3	5	11	20							
18	18	022-6	45	551	6	70	12.2	13	27	32	34	36	45						
19	19	024-5	36	420	5	75	11.7	3	3	5	16	18							
20	20	025-A	35	481	2	77	13.7	7	34										
21	21	026-4	42	526	7	84	12.5	1	13	15	28	30	31	34					
22	22	027-9	35	457	8	92	13.1	2	2	13	13	15	18	19	29				
23	23	028-3	30	631	9	101	21.0	9	13	14	17	20	23	23	29	29			
24	24	029-8	38	258	2	103	6.8	6	15										
25	25	031-5	46	439	8	111	9.5	2	3	5	21	26	31	35	39				
26	26	032-A	49	313	2	113	6.4	32	34										
27	27	033-4	24	168	2	115	7.0	3	18										
28	28	034-9	31	406	3	118	13.1	3	21	25									
29	29	035-3	39	590	9	127	15.1	1	4	6	8	12	16	22	31	32			
30	30	037-2	34	213	4	131	6.3	11	22	27	30								
31	31	039-1	47	320	4	135	6.8	6	19	31	46								
32	32	040-4	34	380	3	138	11.2	10	18	19									
33	33	042-3	55	563	2	140	10.2	24	45										
34	34	043-8	40	367	4	144	9.2	2	15	18	23								
35	35	044-2	25	274	6	150	11.0	3	7	9	17	20	22						
36	36	045-7	41	266	2	152	6.5	12	41										

37	37	046-1	37	296	3	155	8.0	6	16	37									
38	38	048-0	15	222	3	158	14.8	6	7	9									
39	39	049-5	26	322	3	161	12.4	5	7	25									
40	40	050-8	34	389	5	166	11.4	10	16	17	30	30							
41	41	051-2	33	409	1	167	12.4	24											
42	42	052-7	32	385	3	170	12.0	4	4	24									
43	43	053-1	40	841	12	182	21.0	4	5	9	11	27	28	29	29	30	30	33	35
44	44	054-6	31	492	2	184	15.9	23	23										
45	45	055-0	26	416	2	186	16.0	7	10										
46	46	056-5	36	326	2	188	9.1	6	19										
47	47	057-A	29	301	1	189	10.4	18											
48	48	058-4	39	343	5	194	8.8	3	4	27	30	38							
49	49	059-9	35	319	2	196	9.1	14	35										
50	50	060-1	33	536	8	204	16.2	6	8	13	16	25	26	28	33				
51	51	062-0	39	191	2	206	4.9	19	21										
52	52	063-5	34	477	7	213	14.0	4	6	8	11	20	23	27					
53	53	064-A	30	628	5	218	20.9	6	7	10	15	29							
54	54	065-4	35	531	3	221	15.2	22	30	34									
55	55	066-9	32	421	5	226	13.2	10	11	21	27	28							
56	56	067-3	28	369	5	231	13.2	15	18	19	25	25							
57	57	068-8	28	341	2	233	12.2	12	28										
58	58	069-2	48	212	3	236	4.4	16	26	37									
59	59	070-5	32	304	4	240	9.5	7	21	22	29								
60	60	071-A	23	317	6	246	13.8	1	4	11	13	20	22						
61	61	073-9	24	483	5	251	20.1	7	11	17	20	21							
62	62	074-3	34	443	4	255	13.0	7	15	22	34								
63	63	075-8	24	177	3	258	7.4	11	18	19									
64	64	076-2	43	382	2	260	8.9	21	32										
65	65	077-7	38	283	5	265	7.4	3	9	28	33	36							
66	69	081-3	36	242	3	268	6.7	3	26	34									
67	70	082-8	31	196	1	269	6.3	16											
68	71	083-2	24	124	1	270	5.2	14											
69	72	084-7	10	206	1	271	20.6	3											
70	73	085-1	26	355	5	276	13.7	1	15	17	19	25							
71	74	086-6	27	276	3	279	10.2	3	7	13									
72	75	087-0	43	681	6	285	15.8	2	2	26	32	33	36						
73	76	088-5	39	383	3	288	9.8	15	19	35									

74	77	089-A	29	556	9	297	19.2	1	5	7	12	14	17	23	28	28			
75	78	090-2	41	807	5	302	19.7	5	12	20	27	31							
76	79	091-7	34	644	11	313	18.9	2	7	7	9	16	21	22	22	23	28	32	
77	80	092-1	35	318	1	314	9.1	7											
78	81	093-6	34	461	8	322	13.6	10	13	17	20	25	25	27	34				
79	82	094-0	43	519	6	328	12.1	3	5	13	27	28	43						
80	84	096-A	24	239	2	330	10.0	10	11										
81	85	097-4	26	173	2	332	6.7	11	26										
82	87	099-3	24	175	1	333	7.3	7											
83	88	100-8	46	408	6	339	8.9	1	4	12	13	19	44						
84	91	103-1	43	219	1	340	5.1	36											
85	92	104-6	36	323	1	341	9.0	19											
86	93	105-0	32	291	8	349	9.1	4	8	12	15	15	16	21	32				
87	94	106-5	32	300	3	352	9.4	14	23	29									
88	96	108-4	28	269	2	354	9.6	1	2										
89	97	109-9	30	234	1	355	7.8	21											
90	98	110-1	39	323	3	358	8.3	1	21	21									
91	100	112-0	46	780	5	363	17.0	13	14	18	24	31							
92	101	113-5	29	413	4	367	14.2	3	13	16	26								
93	102	114-A	28	346	6	373	12.4	3	4	12	20	26	26						
94	103	115-4	30	396	6	379	13.2	1	12	13	27	29	30						
95	104	116-9	30	323	3	382	10.8	11	22	26									
96	105	117-3	38	629	7	389	16.6	4	9	21	28	31	33	36					
97	106	118-8	36	555	6	395	15.4	19	23	25	27	29	33						
98	107	119-2	43	649	3	398	15.1	16	36	39									
99	109	122-4	48	568	8	406	11.8	5	10	13	18	36	37	42	48				
100	110	123-9	36	627	9	415	17.4	3	10	11	14	14	23	25	30	36			
101	111	124-3	26	99	1	416	3.8	2											
102	113	126-2	29	419	5	421	14.4	2	7	11	22	27							
103	114	127-7	35	445	3	424	12.7	6	24	27									
104	115	128-1	31	60	1	425	1.9	28											
105	116	130-9	39	410	2	427	10.5	30	31										
106	117	131-3	55	681	10	437	12.4	4	6	9	10	21	27	28	29	35	38		
107	118	132-8	29	352	3	440	12.1	5	6	14									
108	119	133-2	49	581	12	452	11.9	2	9	15	17	19	21	30	31	32	37	39	40
109	120	134-7	51	775	3	455	15.2	1	6	19									
110	121	135-1	52	592	7	462	11.4	1	7	11	12	24	39	48					

111	124	138-5	39	435	6	468	11.2	3	5	5	8	8	37						
112	125	139-A	32	192	1	469	6.0	23											
113	126	140-2	13	134	2	471	10.3	5	8										
114	127	141-7	43	237	1	472	5.5	13											
115	128	142-1	29	172	1	473	5.9	10											
116	129	143-6	30	337	4	477	11.2	3	6	22	30								
117	130	144-0	40	427	7	484	10.7	3	4	11	14	20	20	39					
118	131	145-5	38	354	3	487	9.3	18	30	34									
119	132	146-A	47	461	7	494	9.8	6	9	16	25	38	39	40					
120	133	147-4	46	418	3	497	9.1	13	37	41									
121	134	148-9	34	475	5	502	14.0	4	5	9	9	21							
122	136	150-6	25	69	2	504	2.8	2	9										
123	137	151-0	25	99	1	505	4.0	3											
124	138	152-5	25	165	2	507	6.6	2	22										
125	139	153-A	30	98	2	509	3.3	18	28										
126	140	154-4	30	141	3	512	4.7	1	2	17									
127	141	155-9	29	256	1	513	8.8	17											
128	142	156-3	49	450	3	516	9.2	29	39	40									
129	143	157-8	39	488	4	520	12.5	21	36	39	39								
130	144	158-2	50	566	7	527	11.3	3	10	17	22	28	43	47					
131	145	160-A	26	378	6	533	14.5	1	1	6	8	10	17						
132	146	161-4	27	634	3	536	23.5	9	12	21									
133	148	163-3	30	325	3	539	10.8	4	6	27									
134	149	164-8	29	341	4	543	11.8	4	7	22	22								
135	150	165-2	46	394	7	550	8.6	2	4	14	15	17	20	32					
136	151	166-7	31	267	5	555	8.6	14	23	29	30	31							
137	152	167-1	39	652	6	561	16.7	3	6	22	26	31	34						
138	155	170-3	31	426	3	564	13.7	5	11	14									
139	157	173-7	13	59	1	565	4.5	3											
140	160	176-0	50	446	3	568	8.9	10	26	31									
141	161	177-5	37	564	3	571	15.2	1	33	33									
142	162	178-A	35	421	5	576	12.0	4	8	18	19	27							
143	163	179-4	30	561	7	583	18.7	11	13	23	25	28	29	29					
144	165	181-1	46	358	5	588	7.8	12	39	39	42	46							
145	167	183-0	11	110	2	590	10.0	2	3										
146	168	184-5	32	257	1	591	8.0	5											
147	169	185-A	34	381	4	595	11.2	2	17	19	28								

148	170	187-9	23	446	1	596	19.4	17											
149	171	188-3	25	566	4	600	22.6	2	10	12	13								
150	172	189-8	28	537	7	607	19.2	5	8	8	12	23	25	26					
151	173	190-0	31	301	6	613	9.7	12	16	20	20	20	31						
152	174	191-5	25	300	4	617	12.0	8	10	12	20								
153	175	192-A	22	473	3	620	21.5	6	11	18									
154	176	193-4	29	296	3	623	10.2	10	10	19									
155	177	195-3	34	678	5	628	19.9	14	15	16	19	21							
156	178	196-8	18	436	3	631	24.2	1	15	18									
157	179	197-2	24	453	7	638	18.9	1	3	3	9	11	16	21					
158	180	198-7	28	531	7	645	19.0	1	9	11	17	24	27	28					
159	181	199-1	41	630	7	652	15.4	5	14	18	19	30	40	40					
160	182	200-6	30	424	2	654	14.1	17	22										
161	184	202-5	55	546	4	658	9.9	27	33	52	54								
162	185	204-4	17	393	1	659	23.1	6											
163	186	206-3	28	446	3	662	15.9	3	20	27									
164	187	207-8	31	309	2	664	10.0	12	26										
165	188	208-2	45	420	7	671	9.3	7	9	15	16	21	25	40					
166	189	209-7	31	321	3	674	10.4	17	20	29									
167	190	210-A	38	305	3	677	8.0	4	16	34									
168	191	211-4	37	350	1	678	9.5	21											
169	192	212-9	42	434	3	681	10.3	3	14	33									
170	193	213-3	33	309	1	682	9.4	10											
171	194	215-2	26	206	2	684	7.9	22	23										
172	195	216-7	39	488	6	690	12.5	5	12	22	36	37	39						
173	196	218-6	16	162	3	693	10.1	5	11	12									
174	197	219-0	16	325	2	695	20.3	3	13										
175	198	220-3	41	533	10	705	13.0	6	8	8	16	16	17	20	34	36	39		
176	199	221-8	29	405	3	708	14.0	1	8	9									
177	200	222-2	25	308	5	713	12.3	4	5	5	6	20							
178	201	224-1	33	340	2	715	10.3	23	27										
179	202	225-6	47	430	7	722	9.1	6	13	21	27	29	38	43					
180	203	226-0	30	220	1	723	7.3	9											
181	204	227-5	46	436	11	734	9.5	6	7	8	10	13	15	17	25	32	38	39	
182	205	228-A	38	153	1	735	4.0	1											
183	206	229-4	56	237	5	740	4.2	5	8	31	43	49							
184	207	230-7	35	260	4	744	7.4	12	12	17	34								

185	208	234-5	30	148	6	750	4.9	2	8	10	26	28	29						
186	209	235-A	40	180	4	754	4.5	8	12	22	40								
187	210	236-4	44	123	2	756	2.8	17	29										
188	211	238-3	30	288	3	759	9.6	6	27	29									
189	212	239-8	56	430	4	763	7.7	16	20	36	56								
190	213	240-0	37	271	3	766	7.3	1	6	32									
191	214	245-3	53	349	1	767	6.6	14											
192	215	246-8	20	51	2	769	2.6	9	14										
193	218	252-3	43	160	2	771	3.7	30	31										
194	219	256-1	25	70	3	774	2.8	6	22	25									
195	220	257-6	30	89	2	776	3.0	16	27										
196	223	261-2	41	135	3	779	3.3	8	21	27									
197	225	267-A	59	299	4	783	5.1	5	15	28	58								
198	226	268-4	27	90	3	786	3.3	2	6	21									
199	228	271-6	10	42	3	789	4.2	4	6	10									
200	229	272-0	21	77	1	790	3.7	14											
201	232	275-4	51	644	7	797	12.6	3	4	5	22	35	39	50					
202	241	284-3	36	76	2	799	2.1	5	36										
203	246	289-6	6	7	1	800	1.2	6											
204	250	293-2	18	71	2	802	3.9	12	14										
205	264	307-6	9	23	1	803	2.6	5											
206	265	308-0	4	8	1	804	2.0	1											
207	268	311-2	5	12	1	805	2.4	4											
208	276	319-9	26	58	1	806	2.2	2											
209	280	330-5	43	200	3	809	4.7	4	8	26									
210	281	331-A	39	242	5	814	6.2	18	26	36	39	39							
211	282	332-4	32	218	2	816	6.8	18	20										
212	283	333-9	31	384	2	818	12.4	12	18										
213	284	334-3	44	109	1	819	2.5	5											
214	285	335-8	34	249	2	821	7.3	24	25										
215	286	336-2	34	84	4	825	2.5	5	7	25	34								
216	287	337-7	35	196	1	826	5.6	22											
217	288	338-1	49	384	7	833	7.8	3	5	21	24	38	44	46					
218	289	339-6	48	241	1	834	5.0	27											
219	291	341-3	38	313	4	838	8.2	3	6	20	30								
220	292	342-8	37	288	5	843	7.8	1	8	13	21	22							
221	293	343-2	34	196	2	845	5.8	25	31										

222	294	345-1	42	390	4	849	9.3	12	15	24	29								
223	296	347-0	31	309	1	850	10.0	7											
224	297	348-5	30	311	3	853	10.4	6	23	29									
225	298	349-A	26	91	1	854	3.5	20											
226	299	350-2	29	107	2	856	3.7	3	20										
227	300	351-7	38	195	4	860	5.1	24	26	27	30								
228	301	352-1	25	117	1	861	4.7	10											
229	304	355-5	54	185	5	866	3.4	21	30	31	32	53							
230	305	356-A	18	36	1	867	2.0	1											
231	306	357-4	25	201	2	869	8.0	2	5										
232	307	358-9	41	282	5	874	6.9	1	21	26	30	33							
233	308	359-3	28	186	3	877	6.6	4	4	22									
234	309	360-6	28	251	5	882	9.0	1	2	5	8	19							
235	310	361-0	26	348	3	885	13.4	10	22	25									
236	311	363-A	46	414	5	890	9.0	1	3	33	33	41							
237	312	365-9	37	179	3	893	4.8	9	16	16									
238	313	366-3	47	302	2	895	6.4	11	28										
239	314	368-2	48	326	5	900	6.8	3	4	26	32	39							
240	315	369-7	31	183	2	902	5.9	2	27										
241	316	370-A	35	253	6	908	7.2	8	8	9	23	29	35						
242	317	371-4	42	311	3	911	7.4	3	16	18									
243	318	372-9	30	152	1	912	5.1	17											
244	320	374-8	32	92	3	915	2.9	9	10	31									
245	321	376-7	40	282	2	917	7.1	29	33										
246	322	377-1	38	222	2	919	5.8	12	34										
247	324	381-8	42	134	2	921	3.2	3	11										
248	325	382-2	37	123	1	922	3.3	4											
249	326	383-7	43	166	1	923	3.9	40											
250	327	386-0	29	141	2	925	4.9	22	25										
251	335	397-9	43	271	4	929	6.3	16	16	17	38								
252	336	398-3	40	176	2	931	4.4	27	35										
253	337	399-8	41	190	2	933	4.6	2	36										
254	338	400-2	38	225	2	935	5.9	20	30										
255	339	401-7	35	266	2	937	7.6	7	35										
256	340	402-1	34	175	1	938	5.1	10											
257	341	403-6	43	184	2	940	4.3	20	29										
258	342	404-0	27	187	1	941	6.9	7											

259	343	405-5	43	120	2	943	2.8	14	34										
260	344	406-A	38	228	2	945	6.0	7	38										
261	345	407-4	46	123	1	946	2.7	20											
262	347	409-3	39	143	1	947	3.7	8											
263	348	410-6	41	252	3	950	6.1	3	26	35									
264	349	411-0	31	568	5	955	18.3	3	16	16	21	25							
265	350	412-5	47	187	4	959	4.0	6	8	10	46								
266	351	413-A	46	170	1	960	3.7	40											
267	352	414-4	31	195	1	961	6.3	13											
268	353	415-9	29	164	2	963	5.7	6	7										
269	354	416-3	60	307	9	972	5.1	5	7	12	17	35	37	42	52	56			
270	356	418-2	41	277	2	974	6.8	5	36										
271	357	419-7	39	145	1	975	3.7	34											
272	358	420-A	38	217	1	976	5.7	12											
273	359	421-4	40	442	5	981	11.1	14	15	25	27	33							
274	360	422-9	40	265	5	986	6.6	5	5	7	15	23							
275	365	427-1	11	8	1	987	0.7	6											
276	368	430-3	43	22	2	989	0.5	26	42										
277	369	431-8	29	24	1	990	0.8	25											
278	370	432-2	31	35	1	991	1.1	24											
279	386	449-8	30	19	1	992	0.6	27											
280	387	450-0	32	104	1	993	3.3	9											
281	388	451-5	36	260	6	999	7.2	6	11	14	15	29	31						
282	389	452-A	26	254	4	1003	9.8	10	15	19	21								
283	390	453-4	24	229	3	1006	9.5	14	21	24									
284	391	454-9	30	471	2	1008	15.7	1	30										
285	392	455-3	31	516	5	1013	16.6	4	11	21	23	29							
286	394	457-2	31	362	2	1015	11.7	1	9										
287	395	458-7	30	343	5	1020	11.4	1	5	10	20	28							
288	399	462-3	26	399	4	1024	15.3	2	10	23	24								
289	400	463-8	59	379	6	1030	6.4	23	28	37	38	51	57						
290	401	464-2	46	230	4	1034	5.0	1	5	22	28								
291	402	465-7	38	354	4	1038	9.3	6	7	17	30								
292	403	466-1	38	385	5	1043	10.1	11	17	21	21	27							
293	404	467-6	30	167	1	1044	5.6	20											
294	405	468-0	31	180	1	1045	5.8	17											
295	406	469-5	28	144	4	1049	5.1	7	8	19	21								

