

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES  
Y SOCIALES



**MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE  
SERVICIOS DE SALUD**

Título: El maltrato al Adulto Mayor en el ámbito Familiar  
Análisis y Prevención de los Factores de Riesgo

DIRECTOR: Dr. Jorge Daniel Lemus

TUTORA: Magíster Ana Maria Vincenti

Alumno: Lic. Vidalina Díaz Alvarez

Año 2008

## INDICE

1. <u>CAPITULO I.</u> DIMENSION EPISTEMOLOGICA	Pág.
1.1 Introducción	3
1.2 Planteo del Problema: Situación Problemática	8
1.3 Objeto de Estudio	12
1.4 Preguntas que se le hacen al objeto	12
1.5 Objetivos de la investigación	12
1.6 Hipótesis	13
1.7 Justificación, Relevancia Científica y Social	13
1.8 Estado del Arte	14
1.9 Marco Teórico	19
1.10 Conceptos Claves	35
2. <u>CAPITULO II.</u> ESTRATEGIA METODOLOGICA GENERAL	
2.1 Tipo de diseño: lógica y contexto de investigación	91
2.2 Tipo de proceso para la producción de conocimiento	91
2.3 Universo	91
2.4 Unidad de análisis	92
2.5 Muestra	92
2.6 Criterios de selección de casos	92
2.7 Impacto esperado	97
3. <u>CAPITULO III:</u> DIMENSION DE LAS TECNICAS DE OBTENCION Y ANALISIS DE LA INFORMACION EMPIRICA	
3.1 Técnicas utilizadas para la obtención de datos	98
3.2 Técnicas utilizadas para el análisis de la información empírica	99
3.3 Análisis de datos	99
3.4 Conclusiones	120
3.5 Resumen	124
3.6 Agradecimientos	128
3.7 Dedicatoria	129
3.8 Bibliografía	130
4. ANEXOS	136

## 1. CAPITULO I. DIMENSION EPISTEMOLOGICA

### 1.1 Introducción

La felicidad suprime la vejez.  
Frank Kafka

#### Ciclo Vital, vejez y Calidad de Vida

La vida en todas sus etapas es una construcción biológica, social, cultural e individual. La vejez, como fase del ciclo vital es igualmente una construcción multidimensional, relacionada con la totalidad del transcurso vital.

Actuamos de acuerdo con lo que pensamos y creemos, es decir, nuestras percepciones y creencias orientan nuestras acciones, nos comportamos con las personas y en las distintas situaciones de acuerdo con la imagen que tenemos de las mismas.

Necesitamos construir sociedades para todas las personas y para todas las edades. Los contextos en los que se construyen nuestras vidas cambian permanentemente y en forma acelerada, también nuestras vidas cambian constantemente, no es el tiempo que vivimos sino lo que vivimos lo que nos constituye.

El siguiente estudio se acerca a los adultos mayores desde una perspectiva basada en la tema maltrato y salud fundamentalmente, y también en el tema familiar y social.

La ancianidad no es solamente una cuestión de edad. Durante el imperio romano el límite de la vida oscilaba alrededor de los 23 años; en el siglo pasado, una mujer de 30 años se hallaba en los umbrales de la vejez, y a comienzos del siglo XX el promedio de vida no pasaba de los 47 años.

Sin embargo, durante los últimos años esa cifra ha ido en un aumento progresivo y notable: hacia 1930 la expectativa media para los varones sobrepasaba los 60 años, en 1940 los 63 y en 1970 los 70. En nuestros días, la esperanza de vida media ha llegado a 81 años en la mujer y 75 años en el varón.

La finitud de la vida humana es probablemente su carácter más universal. Entre las metas de la medicina, especialmente a partir del siglo XIX, siempre se ha encontrado su superación; y también se encuentra en el deseo del hombre a lo largo de toda su historia. Los relatos bíblicos permiten concluir que en una remota y supuesta época áurea, sin guerras ni enfermedades, se concibieron longevidades como Adán de 930 años, Matusalén 969, o Noé 950; aunque ya en los últimos libros del Antiguo Testamento se citan cifras marcadamente disminuidas (Moisés 120 años).

Para el mundo científico prolongar la vida humana ha traído aparejado mantener su salud y ha debido tener presente el principio ético por el cual dicho desafío no sea una conquista en sí misma.

La población mayor de 85 años ha crecido en los últimos 30 años un 231%; mientras que las tasas de natalidad caen abruptamente, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y debemos asegurarnos que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una calidad de vida adecuada.

La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.

Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Existen varios motivos para que la idea ancestral de una vida ilimitada y en buenas condiciones de salud no sea factible. En primer lugar, el límite biológico de la especie humana debido a su historia evolutiva. En segundo, la modernidad, si bien parece producir vidas más placenteras que en el pasado, no conduce necesariamente a una longevidad feliz; el progreso técnico se asocia a numerosos peligros y amenazas tales como la contaminación ambiental, dietas inadecuadas, sedentarismo. En tercer lugar, aunque el desarrollo tecnológico permite condiciones favorables para la prolongación de la vida, ellas no son accesibles a segmentos amplios de la población mundial por oportunidad y costo.

Uno de los hechos que más preocupa a los especialistas es que, para el año 2020, siete de los 10 países más viejos estarán aún en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud ha llamado la atención sobre el envejecimiento progresivo de la población y nos insiste en que debemos asumir esa transición sin dramatismos.

En abril de 1995 la OMS asumió el reto de concienciar al mundo acerca de los problemas que podrían surgir si la población mundial se hacía cada vez más vieja. Elaboró un programa llamado "Envejecimiento y Salud" que enfatizaba el hecho de que si este sector gozaba de buena salud, podría contribuir a un mejor funcionamiento de las sociedades modernas e insiste en

que para lograr una vejez saludable y tener en este ciclo una buena calidad de vida, lo más importante es el cuidado de la salud desde la niñez, aunque también deben intensificarse los esfuerzos por mejorar la calidad de atención sanitaria destinada a la tercera edad, un punto que suele descuidarse en favor de los cuidados médicos de los más jóvenes (Ginebra 1998).

La asociación entre envejecimiento y la muerte es tan natural que casi es consubstancial a la cultura. El proceso de desvalimiento, en tanto obsolescencia individual y social caracteriza el "reloj cultural", a medida que se envejece se espera que cambien las obligaciones, los papeles y las expectativas. Las limitaciones físicas e intelectuales hacen sentir su peso. Así, el proceso de envejecer es aludido ambiguamente, por un lado como fuente de respeto y aprecio; por otro, como factor de marginación que pone de manifiesto el "rechazo a los viejos".

Esta actitud no es nueva: entre los Shilluks de Nilo Blanco, los jefes ancianos son matados al primer síntoma de debilidad. Entre los Dinka, en el sur de Sudán, algunos viejos que tuvieron un rol importante son enterrados vivos en una ceremonia ritual. Los Koryak, de Siberia del Norte, matan a los viejos en presencia de toda la comunidad después de complicadas ceremonias. Los Chukchee, estrangulan a los viejos con un anillo en una gran fiesta donde se bebe, se canta, se baila y se toca el tambor.

Actualmente, aún en las sociedades con estructuras familiares más cohesionadas, los ancianos significan una carga no siempre deseada. Al igual que los niños, los ancianos constituyen un grupo vulnerable que obliga a que se les dé un trato preferencial.

No todas las personas de la tercera o de la cuarta edad regresan a la etapa infantil. Algunas mantienen lucidez mental y pueden valerse por sí mismas, es decir, conservan su capacidad de autodeterminación. No por el hecho de ser viejo, y por falta de paciencia de quienes lo rodean, el adulto mayor debe ser segregado de su entorno familiar o maltratado.

Sin duda, el problema de la vejez, además de un problema de salud pública, es un asunto de carácter social y familiar, y como tal debe ser encarado.

Corresponde, pues, no solo al personal de salud sino a la sociedad, la familia y al Estado propiciar los mecanismos que brinden cuidados y seguridad social a los adultos mayores y les permitan que la etapa final de la existencia transcurra de un manera tranquila, viviendo de manera útil y gratificante. "Si el envejecimiento es un proceso, la vejez es una situación social".

Actualmente, pensar en los adultos mayores como un real problema social se hace bastante difícil; nuestra sociedad esta saturada por grandes conflictos sociales, la violencia, el deterioro de los vínculos, las nuevas formas adoptadas por las familias, la economía, la política, la salud, son la causa directa de una vida empobrecida, preocupante e infeliz para muchos ancianos.

## 1.2 Planteo del Problema: situación problemática

El aumento de la esperanza de vida y de una pirámide poblacional que se invierte, genera un problema, dado que hay un mayor control de la natalidad y una mayor sobrevivencia en la tercera edad. Entonces hay menos personas para ocuparse de los ancianos que logran vivir más años.

El tema de la violencia en la tercera edad está poco estudiado o abordado, siendo un tema en el que habría que detenerse porque como cultura estamos dando un modelo de cómo nos ocupamos de los ancianos, es una especie de boomerang que se nos vuelve contra nosotros mismos, ya que todos vamos a ser ancianos, y el avance de la ciencia y la tecnología hacen que la media de vida se extienda.

Este tema también debe ser abordado dentro de la violencia familiar, dado que el maltrato a los adultos mayores en el seno de la familia, incrementa su vulnerabilidad, deteriora su salud y su calidad de vida.

El fenómeno demográfico del envejecimiento se entiende como la inversión de la tendencia en número y proporción de la población de mayor edad. El aumento de la proporción de ancianos sobre la población total se explica por el efecto combinado del comportamiento de la fecundidad, la mortalidad y las migraciones. El incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad es un fenómeno global que genera el aumento de la población de mayor edad y de la razón de dependencia. El impacto del envejecimiento ha modificado las prioridades sociales.

El envejecimiento también se produce dentro del propio grupo etáreo, se observa un aumento de la proporción de los más viejos en el interior de la población anciana.

Si bien las predicciones demográficas se basan en supuestos no verificables y difieren en los valores proyectados, se estima que en las



próximas décadas la población anciana de América Latina y en especial de Argentina aumentará significativamente.

En los últimos 50 años la proporción de ancianos sobre la población total de Argentina casi se ha duplicado y se estima un aumento mayor en el futuro.

La definición de vejez es de carácter técnico, la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Viena en 1982 considera anciano a toda persona mayor de 60 años. Una aproximación real a la vejez nos indica que la misma acontece de modo diferencial para cada individuo, depende de características biológicas, psicológicas y del medio social en el cual vive.

Biológicamente el envejecimiento comienza tempranamente, pero las personas no toman conciencia del hecho hasta que esta declinación afecta notablemente sus actividades cotidianas. Esta auto percepción del individuo generalmente coincide con la imagen social de la vejez y con los acontecimientos claves que definen la ancianidad actual: la jubilación, la viudez, “el síndrome del nido vacío” (el abandono de los hijos del hogar familiar), algunos signos físicos (la calvicie, las arrugas, la pérdida de destrezas, la manifestación de enfermedades, etc.).

La edad cronológica, es un dato. Las convenciones, un recurso técnico necesario pero arbitrario. La vejez acontece socialmente. Efectivamente dependerá de la sociedad, de su cultura, de las clases y grupos diferenciados y de la historia vital de las personas, las circunstancias y la edad en que se arribe a la vejez.

Según Françoise Dolto, “uno se muere cuando ha terminado de vivir” y para ella vivir era sinónimo de actividad.<sup>1</sup>

Si bien el 78% de la población mayor de 60 años realiza sin ninguna ayuda actividades de la vida diaria (OPS, *Organización Panamericana de la*

---

<sup>1</sup> Dolto, Françoise, “La dificultad de vivir” vol 1. Ed. Gedisa

*Salud*, 1996), también debe reconocerse que aproximadamente el 11% requiere ayuda en tareas domésticas, el 6% para prepararse los alimentos y, por motivos psicofísicos y/o sociales, cerca del 3 % necesitan un sostenimiento general.

El aumento del índice de dependencia de 0.27 en 1995 a 0.43 en el 2050 (*Banco Mundial*, 1994), (Índice de dependencia: población mayor de 65 años mas población menor a 15 años sobre población de 15 a 64 años), el descenso del nivel de empleo (próximo al 15% en el último quinquenio) y la problemática previsional asociada a las crisis del sistema (baja rentabilidad, evasión, exagerados costos administrativos, jubilaciones anticipadas, etc.) están transformando el tipo y número de las demandas de institucionalización.

Mientras en los países con mayor nivel de ingresos e índice de desarrollo humano la población institucionalizada pertenece a la vejez extrema (más de 80 años), en nuestro país el promedio de edad es próximo a los 70 años (*DGTE, GCABA*, 2001).

La transición demográfica que se esta dando en los países en desarrollo y en particular en nuestro país, a convertido el trato familiar hacia las personas mayores, en un asunto de importancia creciente

La violencia constituye una de las afecciones más severas que ha venido azotando a la humanidad. Las distintas formas de expresión individual y colectiva de la violencia, los factores que la originan y las consecuencias sociales que generan hacen de ella un fenómeno complejo. Se estima que la violencia tiene un carácter cambiante en función de la dinámica del poder y de la distribución de los roles y recursos, es por ello que pueden establecerse diferentes tipos de violencia.

Se puede focalizar en las conductas violentas el empleo de la fuerza para resolver conflictos interpersonales. Es una forma del ejercicio del poder para eliminar aquellos obstáculos que se interponen en nuestras decisiones, acciones y se usa la fuerza. Por lo general la conducta violenta es posible

dadas las condiciones de desequilibrio de poder o por el contexto, o producido por maniobras en las relaciones interpersonales de control en la relación.

Ese desequilibrio de poder dentro de la relación puede ser permanente o momentáneo. Cuando es permanente, las causas son culturales, institucionales, etc. Y cuando es momentáneo se explica por sí solo (contingencias ocasionales), por lo que conceptualmente, la violencia se caracteriza por forzamiento (fuerza, poder) y aclara que no es solo fuerza física, sino también cuando hay coacción, presión verbal, emocional, sexual, entre otros.

Cualquier persona, independientemente de su raza, sexo o edad puede ser objeto de conductas de maltrato. Esto ha ocasionado que los estudios sobre el tema de violencia se hayan dirigido a diferentes grupos, entre ellos a los adultos mayores.

El estudio de este fenómeno como problema social y sus diferentes manifestaciones, ha sido en los últimos años un tema de gran Interés para numerosos investigadores. Si bien los ancianos han sido venerados y respetados como seres con una vasta experiencia, el abuso contra los mismos se remonta desde el siglo XI.

En el mundo actual hay una tendencia creciente a la violencia. En América Latina los países con mayor índice son en orden descendiente: Colombia, Brasil y Panamá, donde se reportan anualmente más de 102 mil casos de extrema violencia, de los cuales un 37.15 % de los maltratados constituyen ser ancianos. En Argentina y Chile este fenómeno se ha venido incrementando desde hace más de tres décadas y para el 2009 se prevé que más de 33 600 adultos mayores sufran algún tipo de violencia dentro del seno familiar.

Alrededor de un 8 % de la población mayor de 65 años es maltratada en los Estados Unidos, más del 20 % de los ancianos no sólo son maltratados en

sus hogares, sino también en diversas instituciones nacionales destinadas a su cuidado y en centros donde trabajan.

El maltrato a los ancianos es el trato indebido o negligente a un anciano por otra persona que le cause daño o lo exponga al riesgo de sufrir daño a su salud, su bienestar o sus bienes.

A pesar de que el tema de la violencia ha sido tratado con bastante frecuencia, la violencia hacia los adultos mayores por parte de los familiares ha sido virtualmente ignorada hasta años recientes.

Aunque resulta inconcebible que los adultos mayores, débiles, dependientes, discapacitados sean objeto de conductas maltratantes en el seno de la familia, principalmente por sus propios hijos e hijas, estos en nuestros días continúan siendo víctimas de la violencia familiar.

### 1.3 Objeto de estudio

El maltrato al adulto mayor en el ámbito familiar.

### 1.4 Preguntas que se le hacen al objeto:

¿Qué considera el adulto mayor que es el maltrato?

¿Cómo se manifiesta el maltrato al adulto mayor en el ámbito familiar?

¿Cuales son los factores de riesgo que predisponen el maltrato al adulto mayor en el ámbito familiar?

### 1.5 Objetivos de la investigación

#### Objetivo General

Describir el maltrato al adulto mayor por parte de la familia

## Objetivos Específicos

- Distribuir la muestra estudiada según la edad, sexo, estado civil y nivel de escolaridad que presentan.
- Identificar los conocimientos que poseen los adultos mayores acerca del maltrato y sus posibles formas de presentación.
- Evaluar los diferentes tipos de maltrato hacia el adulto mayor en el seno familiar.
- Describir el tipo de vínculo familiar y satisfacción de necesidades básicas.
- Detectar el potencial riesgo de maltrato en los adultos mayores estudiados.

### 1.6 Hipótesis

El maltrato a los adultos mayores deteriora su salud y su calidad de vida.

### 1.7 Justificación, Relevancia científica y social

Existe una preocupación social por los malos tratos a los adultos mayores. Por la repercusión que tiene este fenómeno en el mundo, hemos decidido realizar esta investigación, siendo nuestro interrogante principal: ¿Cómo se manifiesta el maltrato y cómo se comportan los factores de riesgo que predisponen el maltrato contra el adulto mayor en el ámbito familiar?

La importancia del maltrato hacia las personas mayores en nuestra sociedad, es que se trata de una situación no reconocida y/o negada, tanto por el agresor como por la víctima.

El interés y la manera en que se expresa la búsqueda de ayuda o apoyo, han sido poco estudiados, pese a que son, dada la naturaleza encubierta del abuso a las personas de edad avanzada, aspectos clave para la atención del problema.

La implementación de mecanismos protectores para este sector de la población, que se incrementa debido a los cambios demográficos, es un reto considerable, para los profesionales de la salud y la sociedad en general, y en cuanto a las estrategias de intervención contra un fenómeno que impacta de diferentes maneras la salud, la independencia y la calidad de vida en las personas mayores.

Cada día tenemos más pruebas de la contribución de los ancianos en el plano político, social y educacional, sin embargo para un número creciente de estas personas, la falta de atención, la discriminación de todo tipo, la pobreza, la baja auto estima, etc. imposibilitan la participación activa en la sociedad. Es necesario revertir el trato o maltrato familiar que reciben estas personas y rescatarlos para que sigan dando su aporte tan valioso.

“Hacer frente al problema de las actitudes y prácticas discriminatorias en los sistemas de salud es un paso importante para prevenir el maltrato de ancianos. Entre el 4% Y el 6% de los ancianos sufren algún tipo de maltrato en el hogar, y también ocurre con más frecuencia de lo que se cree en los centros de Atención de salud”.<sup>2</sup>

### 1.8 Estado del arte

Para los ancianos las consecuencias del maltrato pueden ser especialmente graves, se trata de personas más débiles, más vulnerable que los adultos mas jóvenes y en los que los procesos de convalecencia pueden causar daños graves y permanentes. Muchos ancianos sobreviven con

---

<sup>2</sup> INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD  
REVISTA PREVENCIÓN Ed. Ministerio Desarrollo Social 2002.

ingresos limitados de modo tal que la pérdida de una suma de dinero por pequeño que sea puede tener un impacto significativo. Vivir aislados, solos, aquejados por alguna enfermedad puede hacerlos más expuestos o blanco de algún tipo de maltrato.

Aunque se han realizado pocos estudios empíricos en el ámbito doméstico para determinar las consecuencias del maltrato en el anciano, si existen estudios clínicos y de casos donde hay importante información sobre las graves dificultades emocionales de las personas mayores maltratadas.

Investigaciones realizadas en países desarrollados demuestran que la depresión o las dificultades psicológicas son más frecuentes en los ancianos maltratados que en sus pares no maltratados. También se ha señalado que existen otros síntomas asociados a los casos de maltrato como los sentimientos de impotencia, alineación, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación, estrés postraumático y problemas de salud.

Un importante estudio realizado en New Haven, Estados Unidos, con una muestra de 2812 personas mayores durante 9 años y con una frecuencia de revisión anual, donde los datos obtenidos se combinaron con la base de datos del organismo local que se ocupa de los problema de maltrato de los adultos mayores, permitió a los investigadores identificar a los integrantes de la muestra que durante el estudio habían sido víctimas comprobadas de maltrato y/o descuido, calculándose las tasas de mortalidad de ambos grupos y que al compararlos después de 13 años de empezado el estudio arrojó que el 40% de los no maltratados o descuidados aún vivían mientras que al otro grupo solo correspondía el 9%,verificándose además otros factores influyentes como la edad, sexo, raza, ingresos y grado de aislamiento, los cuales no arrojaron ninguna relación significativa lo que permitió a los investigadores concluir que el maltrato genera un gran estrés interpersonal que puede aumentar el riesgo de muerte.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> FRIES, J.H. (1981), "Aging, natural death and the compression of morbidity", en The New England Journal of Medicine, 303, N° 3.

La investigación “Problemática del abuso y maltrato al adulto mayor en la sociedad”, llevada a cabo por Caritas del Perú en el año 2005, confirma que las investigaciones realizadas arrojan que a nivel de América Latina, la existencia e incidencia del maltrato, no es aún cabalmente conocida debido al alto índice de casos no denunciados (cifra oculta)<sup>4</sup>.

No existen fuentes que puedan proporcionar datos exactos sobre la incidencia del maltrato a este grupo poblacional, dado que no existe una instancia administrativa especializada abocada a la atención específica de maltrato a personas adultas mayores.

Estudios a nivel internacional en países desarrollados revelan los siguientes datos:

- Tasa de maltrato del 3% al 12%
- Mayor frecuencia en mujeres
- Los hombres con mayor probabilidad de denunciar el maltrato (Tercer simposio generacional de gerontología, México 2001)
- El 75% de los maltratos se desarrollan en la familia y un 25% en instituciones (Asociación francófona de geriatría y Gerontología, 2004).

En los años 2004 y 2005, en Cuba, se realizó un estudio descriptivo en dos círculos de adultos mayores pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente “José Martí Pérez” de la localidad de Camagüey, con el fin de describir el comportamiento de los factores de riesgos que originan la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor.

El universo estuvo conformado por 86 adultos mayores, de los cuales se tomó una muestra de 72 casos y se les aplicó un cuestionario que constituyó ser la fuente primaria de la información. Predominó el grupo etéreo comprendido entre 70-79 años en un 66.66% y el sexo femenino en un 56.94%. La mayoría de los encuestados provenían de familias disfuncionales, donde prevaleció una cultura sanitaria con comportamiento regular para un 59.72 %.

---

4 Revista Prevención investigación Abuso maltrato Ed. Ministerio Desarrollo. Social Secretaria derechos humanos 2006



El daño al bienestar psicológico, la violencia emocional y física fueron las más identificadas por los adultos mayores como tipos de maltrato intrafamiliar.<sup>5</sup>

En el mismo año, Meylen Navarro Mestre y Juan Mario Rodríguez, llevaron a cabo una investigación en Cuba acerca de la violencia en el adulto de la tercera edad, arribando a las siguientes conclusiones:

El problema del maltrato de los ancianos se define como una consecuencia de la no satisfacción de sus necesidades básicas, como alimentación, vivienda, seguridad, el acceso a la asistencia sanitaria, independencia., participación, autorrealización y dignidad.

El estudio permitió identificar que los principales tipos de maltrato en la tercera edad son: el maltrato físico, el maltrato psíquico, maltrato económico o material, el abuso sexual, el maltrato estructural y el descuido, los cuales determinan como principales consecuencias en el anciano la depresión, los trastornos psicológicos, el estrés postraumático, los sentimientos de impotencia, vergüenza, miedo y ansiedad.

Los principales factores de riesgo son la discapacidad del adulto mayor, la Psicopatología de las personas que los tienen a su cargo, el abuso de sustancias por parte del cuidador y antecedentes de violencia en la familia, entre otros.

Cada vez esta mas extendida la convicción de que el maltrato de los ancianos a manos de sus parientes u otros cuidadores es un problema social grave. Además es probable que vaya en aumento, porque en muchos países la población esta envejeciendo rápidamente.

Al igual que el maltrato a menores, el maltrato a ancianos comprende agresiones físicas, sexuales, y psíquicas, así como el abandono. Los ancianos son especialmente vulnerables a los abusos económicos, es decir el uso inadecuado de sus fondos y recursos por parte de parientes u otros cuidadores.

---

<sup>5</sup>Mestre, Rodríguez: “Abuso familiar en los ancianos” Ed Cba. 2007.

Hay diversas situaciones que aumentan particularmente el riesgo de que los ancianos sean víctimas de la violencia. En algunos casos, las relaciones familiares tensas empeoran debido al estrés y la frustración a medida que la persona de edad avanzada se vuelve dependiente. En otros, el hecho de que el cuidador dependa del anciano para su alojamiento o sustento económico es fuente de conflictos. También los cambios sociales pueden desempeñar un papel importante.

En algunas sociedades, las redes familiares o comunitarias que en el pasado brindaban apoyo a las generaciones de más edad se están debilitando debido a los rápidos cambios socioeconómicos, por ejemplo, en los países de la antigua Unión Soviética se está dejando que un número cada vez mayor de ancianos se las arreglen por sí solos, a menudo en comunidades en las que la inestabilidad ha propiciado altas tasas de delincuencia y violencia.

Los hombres ancianos corren un riesgo de sufrir maltrato por parte de sus cónyuges, hijos adultos u otros parientes de proporciones similares al que corren las mujeres, pero, en las culturas en las que las mujeres ocupan una situación social inferior, las ancianas corren un riesgo especialmente alto, por ejemplo de ser abandonadas cuando enviudan y que se les arrebaten sus propiedades y bienes. Algunas creencias tradicionales ponen asimismo a las mujeres de edad avanzada en peligro de sufrir violencia física.

En centros como hospitales y residencias de ancianos, el maltrato es más frecuente cuando los niveles de atención son bajos, el personal está mal preparado o tiene exceso de trabajo. Las interacciones entre el personal y los ancianos son difíciles o el entorno físico es deficiente, y allí donde las políticas favorecen más a los intereses del centro que a los internos.

Además pocos médicos o enfermeras han recibido formación para diagnosticar el maltrato en ancianos, los sistemas de salud no siempre consideran prioritaria la atención a la población de edad avanzada.

“Hacer frente al problema de las actitudes y prácticas discriminatorias en los sistemas de salud es un paso importante para prevenir el maltrato de ancianos. Entre el 4% Y el 6% de los ancianos sufren algún tipo de maltrato en el hogar, y también ocurre con más frecuencia de lo que se cree en los centros de Atención de salud”.<sup>6</sup>

## 1.9 Marco Teórico

Lo individual, lo familiar, lo institucional y lo social constituyen el marco teórico con que se ha trabajado desde hace años en el abordaje de la violencia familiar, Los modelos explicativos tradicionales, el epidemiológico, el ecológico, el sistémico, y el cognitivo, resaltan la influencia de lo individual, lo familiar y lo social.

Revisando la bibliografía existente se encontró un importante aporte sobre esta problemática en la Teoría Sistémica y Cognitiva-conductual, que integran propuestas complementarias acerca del Sujeto adulto mayor contextualizado cultural, social e históricamente y del concepto de Familia, funcional y disfuncional.

### Epidemiología

La epidemiología es considerada como una disciplina básica del campo de la Salud Pública y su definición tradicional de ciencia que trata del estudio de la distribución de las enfermedades, de sus causas y de los determinantes de su frecuencia en el hombre, así como del conocimiento de datos para una intervención orientada al control o erradicación de ellas, ha avanzado conceptualmente hacia la de una ciencia que se ocupa de los problemas de salud/enfermedad a nivel de grupos poblacionales y por lo tanto, de las relaciones entre la salud/enfermedad y las condiciones de vida de diferentes grupos de población, en tanto la situación de salud constituye, en la práctica,

---

<sup>6</sup> INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD  
REVISTA PREVENCIÓN Ed. Ministerio Desarrollo Social 2002.

un espacio de construcción interdisciplinario donde confluyen conceptos, métodos y técnicas diversas.

Su marco conceptual tradicional se ha expandido modernamente hasta constituir una disciplina que se ocupa de la dimensión colectiva o poblacional de los problemas de salud/enfermedad (Lemus, 1996)<sup>7</sup>.

Es por ello que se ha dicho que es una ciencia de lo poblacional o colectivo (como la Sociología) pero construida del modo de las ciencias biológicas o naturales y que se ha consolidado progresivamente como ciencia del razonamiento objetivo en las ciencias de la salud, superando su inicial objetivo de evaluación del papel causal de diversos agentes.

Es el razonamiento y método propio del trabajo objetivo en medicina y otras ciencias de la salud, aplicados a la descripción de los fenómenos de salud, a la explicación de su etiología y a la búsqueda de los métodos de intervención más eficaces (Jeniceck, 1987)<sup>8</sup>.

Su práctica se realiza a través del método epidemiológico, basado en la observación de los fenómenos, la elaboración de hipótesis, el estudio o experimentación de éstas y la verificación de los resultados. En este sentido se describen tres etapas o fases del método epidemiológico;

- Descriptivo; simple descripción de la distribución de los problemas o eventos de salud en términos de frecuencia en diferentes poblaciones o en diferentes grupos de una misma población.
- Analítico; estudios diseñados especialmente para examinar la validez de las hipótesis formuladas. Esta validez puede tener un comienzo de apoyo en nuevos estudios descriptivos, en los cuales se seleccionan los grupos a comparar con base en su conocida mayor o menor exposición al posible factor causal. En tal caso se pueden hacer predicciones de los resultados, que si se confirman contribuyen a fortalecer la hipótesis.

---

<sup>7</sup> Lemus, J.D.: "Epidemiología para las áreas programáticas, centros de salud y hospitales descentralizados", Ed. Kohan, Buenos Aires, 1996.

<sup>8</sup> OPS/OMS: "El desafío de la epidemiología – Problemas y Lecturas Seleccionadas". – Publicación Científica N°. 505, Washington, 1989

- Experimental; estudios de manipulación (producción, aplicación, supresión, modificación de frecuencia o intensidad) de la supuesta causa y observación ulterior de los resultados que tal manipulación determina sobre el supuesto efecto.

En la práctica de la investigación, en la de los servicios locales de salud y en la de las instituciones sanitarias, la epidemiología ha centrado su interés en ciertos eventos o problemas de salud que, por diversas razones, han surgido como prioritarios. De este modo se ha desarrollado la epidemiología de las enfermedades infecciosas, la de las enfermedades crónicas y degenerativas, la de los accidentes, la de las enfermedades mentales, entre otras, y más recientemente, la epidemiología ambiental.

Asimismo, se ha desarrollado la Epidemiología Clínica, aplicación de principios y métodos epidemiológicos a problemas hallados en la clínica médica; estudio de los eventos clínicos que ocurren en los seres humanos, usando métodos epidemiológicos para realizar y analizar mediciones. Es una manera de realizar e interpretar observaciones científicas en medicina. (Fletcher, Fletcher y Wagner, 1989)<sup>9</sup>. También se desarrolló la Epidemiología Social, aunque la epidemiología normalmente reconoce y utiliza algunos factores y clasificaciones sociales, tales como la clase social, ésta elabora y concede más importancia a los componentes sociales, incorporando más bases culturales y socioeconómicas al raciocinio epidemiológico.

Todas estas ramas enfatizan aspectos puntuales del quehacer epidemiológico general.

En el desarrollo histórico de la epidemiología, existió un fuerte interés en aplicar el método epidemiológico a las enfermedades infecciosas y parasitarias, actividad que obviamente aun sigue siendo un área sustantiva de su actividad, y más específicamente en las enfermedades transmisibles, nacida de los

---

<sup>9</sup> Fletcher, R.H.; Fletcher, S.W. y Wagner, E.H. – Epidemiología clínica – Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.

trabajos sobre el cólera de Snow y en el amplio desarrollo de la infectología a fines del siglo XIX <sup>10</sup>.

Es así que tanto la metodología, como la terminología epidemiológica inicial se desarrolla en relación con esta área. En ella, las medidas de control derivadas de los análisis epidemiológicos han puesto especial esfuerzo en desarrollar acciones de protección sobre las personas, como por ejemplo el desarrollo de programas de vacunación. En consecuencia y durante largo tiempo, hubo una atención preferente en la relación:

- Agente
- Huésped
- Ambiente

En la mayoría de las investigaciones aplicadas, en la triada epidemiológica clásica de:

- Tiempo
- Lugar
- Persona

Con el avance conceptual y la aparición de paradigmas multicausales y , más actualmente, de indeterminación, se ha producido una apertura de nuevos campos de desarrollo técnico operativo y metodológico, que permiten adaptar los nuevos modelos a la comprensión y al diseño de acciones en relación a la salud.

La epidemiología ubicada estratégicamente entre la clínica y la fisiopatología, de un lado, y de la sociología y antropología, del otro, permiten ahora interpretar un problema o evento de salud, teniendo en cuenta los aspectos sociales, antropológicos, económicos, políticos y culturales con sus

---

<sup>10</sup> Lemus, J.D.: "Epidemiología y atención de la salud "- OPS/OMS, Publicación N° 35, Buenos Aires, 1993.

debidas interrelaciones con las dimensiones biológicas y psicológicas de los procesos de salud-enfermedad.

Es así como la epidemiología recupera claramente su espacio de lo “colectivo” o “público” ocupándose del estudio de la salud y de sus problemas, en grupos de población, y por lo tanto jugando un papel fundamental, aunque no único, en la identificación de los perfiles de salud de los diferentes grupos sociales y de sus relaciones con las condiciones de vida.

Este entendimiento de cómo vive y muere la población es el que nos permite comprender sus necesidades y problemas de salud y buscar los mejores medios para su posible solución.

En este sentido la epidemiología hoy contribuye estratégicamente, a nivel de los sistemas de salud, por lo menos en las siguientes actividades:

- Identificación de grupos humanos y áreas prioritarias en los programas de salud
- Diagnóstico y medición de las necesidades presentes de salud en una población, estimando sus necesidades futuras y proponiendo nuevos enfoques para la planificación, ejecución y evaluación de los servicios y programas.
- Fomento del uso de mecanismos que faciliten la coordinación de actividades y recursos dispersos en varios programas de manera que permitan una identificación oportuna y un impacto mayor sobre los grupos humanos prioritarios.
- Estimular la investigación (causal, tecnológica y evaluativa) para apoyar; a) la definición de grupos y áreas prioritarias en los niveles de prestación de servicios; b) la selección y evaluación de estrategias preventivas, curativas y de rehabilitación; y c) la identificación de áreas que requieren abordajes intersectoriales.

Otro aspecto importante que aborda esta ciencia es la llamada vigilancia epidemiológica. Esta ha sido definida como el conjunto de actividades que

permite reunir la información indispensable para conocer en todo momento la conducta o historia natural de la enfermedad (o los problemas o eventos de salud), detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir por alteraciones de factores condicionantes, con el fin de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, las medidas indicadas, eficientes, que lleven a la prevención y el control de la enfermedad. (Langmuir y Raska)<sup>11</sup>.

La OMS, identificó a los siguientes grupos de actividades necesarias para la vigilancia epidemiológica;

- Recolección sistemática de datos pertinentes
- Consolidación de las medidas o intervenciones adecuadas a ejecutar
- Pronta distribución de la información y de las recomendaciones a los organismos competentes, es especial a los que deben decidir y actuar.

Es decir se trata de una recolección sistemática de datos relacionados con la presencia de una enfermedad específica, su análisis e interpretación y la distribución de la información procesada y resumida a las personas que tienen como función actuar; es, en síntesis, información para la acción.<sup>12</sup>

### Método, diseño e instrumentos epidemiológicos

La epidemiología utiliza para su trabajo cotidiano el llamado raciocinio o pensamiento epidemiológico, que comprende:

- Un método de una disciplina
- Un modo de pensar
- Una construcción estandarizada del objeto de estudio
- Una serie restrictiva de estrategias de investigación
- Una técnica de análisis de datos

---

<sup>11</sup> Lemus, J.D.: "Vigilancia epidemiológica", HSD/SILOS-2, Serie Paltex, Washington, 1992.

<sup>12</sup> Lemus, J. D. Op. Cit.



Esto conduce a un ciclo de investigación epidemiológica:

- Formulación de una hipótesis causal, de preferencia en términos probabilísticas
- Elección del tipo de diseño
- Recolección de datos de variables independientes, de control y cálculo de medidas de ocurrencia o frecuencia (tasas de incidencia o de prevalencia, etc.)
- Cálculo de las medidas de asociación (riesgo)
- Control de variables extrañas a la asociación en estudio
- Testeo de la significancia estadística
- Interpretación de los hallazgos a la luz de criterios de causalidad

### Teoría Sistémica

Los sistemas permiten unir y organizar los conocimientos con la intención de una mayor eficacia de acción. Engloban la totalidad de los elementos del sistema estudiado así como las interacciones que existen entre los elementos y la interdependencia entre ambos, la modificación de uno conlleva a la modificación del otro.

La Teoría General de los Sistemas fue concebida por Bertalanffy en la década de 1940, con el fin de constituir un modelo práctico para conceptualizar los fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar.

En particular, la Teoría general de los Sistemas parece proporcionar un marco teórico unificador tanto para las ciencias naturales como para las sociales, que necesitan emplear conceptos tales como “organización”, “familia”, “totalidad”, “globalidad” e “interacción dinámica”, lo lineal es sustituido por lo circular. Ninguno de estos conceptos era fácilmente estudiable por los métodos analíticos de las ciencias puras, lo individual perdía importancia ante el enfoque interdisciplinario.

El mecanicismo veía al mundo seccionado en partes cada vez más pequeñas, la Teoría de los Sistemas veía la realidad como estructuras cada vez más grandes.

La Teoría General de los Sistemas recibió influencias el campo de las matemáticas (Teoría de los tipos lógicos y los grupos) presentaba un universo compuesto por cúmulos de energía y materia (sistemas), organizados en subsistemas e interrelacionados unos con otros. Esta Teoría aplicada a la Psiquiatría, venía a integrar los enfoques biológicos, dinámicos y sociales, e intentaba, desde una perspectiva global, dar un nuevo enfoque al diagnóstico, a la Psicopatología y a la terapéutica.

Hall y Fajen han definido el Sistema como un conjunto de objetos, junto con las relaciones entre los objetos y entre sus propiedades. Las partes componentes del sistema son los objetos, cuyas interrelaciones lo cohesionan. Sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en función de una finalidad de la que se compone un sistema<sup>13</sup>.

La epistemología sistémica en su aplicación a la terapia familiar adquirió desarrollo desde las décadas de 1950 y 1960, y desde entonces no ha dejado de desarrollarse. Debido a que en sus comienzos se desarrolló especialmente estudiando la dinámica de la organización familiar, actualmente se habla de terapia familiar sistémica, como una manera genérica de mencionar a las lecturas sistémicas que se ocupa de las organizaciones humanas en general.

Las lecturas sistémicas se basan en diferentes teorías y lecturas epistemológicas. A grandes rasgos la terapéutica apoyada en concepciones sistémicas (Terapia familiar sistémica TFS, Terapia de pareja, o en grupos) se nutre principalmente de tres grandes fuentes.

Por un lado en la Teoría General de Sistemas, según la cual un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de

---

<sup>13</sup> Hall, R. .H. “Organizaciones: Estructura y Proceso”. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. México D.F., 1968.

cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran, de esta manera un sistema puede ser cerrado (cuando no intercambia información con su entorno) o abierto (cuando intercambia información con su entorno, por lo que es modificado y a la vez modifica a ese mismo contexto).

Según la teoría general de los sistemas cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, de esta manera se piensa en la “totalidad”, y no en “sumatividad”, porque las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. En este sentido a un mismo efecto pueden responder distintas causas, y esto se da porque hay una permanente circularidad e interconexión entre los miembros de un sistema.

La otra gran fuente teórica que sirve como base de sustentación es la cibernética. El concepto de “Feedback”, determina que cualquier conducta de un miembro de un sistema se transforma en información para los demás. En este sentido se habla entonces de feedback positivo o negativo, según que las acciones favorezcan o tiendan a corregir acciones. La cibernética toma el concepto de “Homeostasis”, según el cual a partir del feedback se tiende al mantenimiento de la organización del sistema.

La teoría de la comunicación, sirve como la tercera gran fuente de desarrollo teórico. Se toma partida en un axioma básico. “Es imposible no comunicar”, en este sentido todo comportamiento de un miembro de un sistema tiene un valor de mensaje para los demás (incluso el silencio o la mirada, o la indiferencia dirían: "prefiero ignorarte", pero siempre comunican algo).

Por otra parte la comunicación implica considerar no solo el nivel semántico de una comunicación (nivel digital), sino también el emisor, el receptor, el entendimiento de un mensaje, la interacción, la puntuación de las secuencias comunicacionales entre los participantes, etc. (nivel analógico). Vale destacar que los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin que el comienzo o finalización estén precisados claramente.

Por lo que la teoría general de los sistemas se interesa por la manera en que los participantes en la comunicación, marquen, pauten o dividan las secuencias de comunicación, y como estas se acomodan como causas y efectos de las interacciones. La terapia basada en aspectos sistémicos, se interesa así en las posibles modificaciones de los sistemas de relaciones, donde se dan relaciones simétricas (basadas en cierta igualdad) o complementarias (basadas en determinadas diferencias). No considerando disfuncional a ninguno de los dos tipos, salvo cuando se da una sola de estas formas (cronificación de la interacción) y no un permanente y necesario cambio.

La terapia sistémica utiliza también conceptos evolutivos, por ejemplo al considerar diferentes etapas de desarrollo, por ejemplo de un sistema familiar (noviazgo, matrimonio, procreación; o niñez, adolescencia, maduración). De esta manera cobra importancia no sólo lo que ocurre en cada una de esas fases, sino también las crisis que acompañan el paso de cada fase evolutiva hacia otra. La manera en que se modifican las pautas de relación en un sistema dado, la finalización de la utilidad de un sistema de relaciones específico y el paso a otros sistemas nuevos, la construcción de los mismos, la modificación de la estructura familiar, de pareja, de relacionarse, las nuevas pautas de organización, etc.

Toda organización busca su estabilidad mediante diversos procesos. Y desde esta estabilidad sobreviene el caos, el desorden, que no es más que el principio de un nuevo ordenamiento diferente, que seguramente será un nuevo estado con mayor experiencia y de mayor complejidad. Por lo tanto esto implica una idea de salud que incluye el desorden.

En este sentido la terapéutica se ocupa de los sistemas estructurales de las relaciones, de los subsistemas basados en uno mayor, de la integración de los miembros en él, del respeto hacia cada uno de los miembros (protegiendo la diferenciación de cada uno), de las nueva y viejas reglas de conducta de cada sistema o subsistema (límites familiares, alianzas internas).

Desde esta perspectiva la terapéutica tiene un amplio campo de acción. Trabaja sobre las jerarquías, la permeabilidad de los miembros y las formas de organización de los sistemas.

Se observan dos tipos de sistemas, los aglutinados (límites difusos de familias o grupos) o los sistemas llamados desligados (límites rígidos).

Los sistemas aglutinados desdibujan los roles de cada uno de sus miembros, exagerado el sentido de pertenencia y desdibujando la autonomía personal, inhibiéndose la autonomía (por ejemplo de los niños). En estos sistemas pierden diferenciación los subsistemas, todos los miembros sufren cuando uno lo hace, y cualquier modificación de la estructura del sistema modifica al resto. En cambio los sistemas desligados se organizan de manera en que en los casos más extremos, cada miembro constituye un pequeño subsistema, porque si bien se relacionan, lo hacen escasamente, por lo que se manifiesta un amplio sentido de independencia y tolerancia a las variaciones entre sus miembros. En estos casos la influencia de cada uno de los miembros no influirá en demasía en los demás.

La clave de la intervención sistémica es introducir un cambio significativo en la interacción de los miembros de un sistema que haga innecesaria la manifestación sintomática de uno varios miembros.

En la práctica se suscitan diferentes enfoques que el terapeuta no debe dejar de tener en cuenta, por ejemplo los dichos de un médico, de un docente o un familiar, o un compañero de trabajo de un paciente dado no tienen porque coincidir, porque no importa cual es la idea de mayor veracidad, sino que se pueda producir otro tipo de relaciones. Para ello el psicoterapeuta recurrirá a diferentes alianzas terapéuticas, y podrá intervenir utilizando técnicas paradójales en las relaciones estereotipadas.

La intervención sistémica se ocupa de las terapias llamadas de parejas o intervenciones grupales. Considera que los vínculos conyugales también presentan las características de un sistema. Aquí se puede aplicar el útil

concepto de “tríada rígida” entendida como los sistemas relacionales paterno-filiales en las que uno o varios de los hijos son usados (sin una necesaria intención deliberada) para evitar conflictos familiares.

La Intervención Sistémica se diferencia de la mayoría de las demás expresiones terapéuticas, en que estas se interesan en el psiquismo humano.

La intervención sistémica en cambio plantea el paso del individuo al sistema, de lo intrapsíquico a lo interpersonal. Así no interesa un individuo “enfermo” sino las maneras de organización del sistema en el que un individuo demanda atención. Se diferencia también de otras maneras de intervención grupal o familiar en que no considera a los miembros de un grupo familiar como apoyatura del individuo enfermo.

La intervención sistémica utiliza así la interacción como elemento de trabajo y comunicación. Es así que no se detiene en el “¿por qué?” un individuo reacciona de determinada manera sino en el “¿cómo?” lo hace. De igual manera no importa quién hace qué, sino ¿cuándo? se realiza una determinada conducta.

### Teoría cognitiva - conductual

La psicología cognitiva es una escuela de la psicología que se encarga del estudio de la cognición, es decir los procesos mentales implicados en el conocimiento. Tiene como objeto de estudio los mecanismos básicos y profundos por los que se elabora el conocimiento, desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta la formación de conceptos y razonamiento lógico. Por cognitivo entendemos el acto de conocimiento, en sus acciones de almacenar, recuperar, reconocer, comprender, organizar y usar la información recibida a través de los sentidos.

Está situada dentro de lo que se denomina el hexágono cognitivo junto con la biología, la psicología, la lingüística e incluso la informática.

## Historia de la teoría cognitiva

Tiene sus raíces en la psicología post-filosófica o moderna, en un inicio en la psicología introspectiva del primer laboratorio de psicología, creado por Wilhelm Wundt en 1879 en Leipzig, Alemania.

Sin embargo, surge como corriente psicológica en los años 50 y 60 como reacción al conductismo. La principal discrepancia con éste es el acercamiento a la llamada cuestión de la *caja negra*. Es decir, la proposición conductista que la mente no puede ser estudiada debido a la imposibilidad de un acercamiento a través del método científico. En contraste, la psicología cognitiva hace uso de procesos mentales para explicar la conducta (a diferencia de tan solo asociaciones entre estímulos y respuestas).

En ese momento de desarrollo de la psicología, ésta se encuentra en un intento por validarse como ciencia, por lo que esta nueva psicología cognitiva desconoce su tradición fenomenológica propiciada por Wundt, negando la validez de la introspección como método para alcanzar un conocimiento objetivo.

Así, la psicología cognitiva es distinta de otras perspectivas psicológicas previas en dos aspectos principales. Primero, acepta el uso del método científico, y rechaza la introspección como método válido de investigación, contrario a métodos fenomenológicos tales como la psicología de Freud. Segundo, plantea la existencia de estados mentales internos (tales como creencias, deseos y motivaciones) contrario a la Psicología conductista.

## Hipótesis cognitivista

Desde esta hipótesis, la cognición está definida como la manipulación de símbolos a través de determinadas reglas. El sistema interactúa con los símbolos, pero no con su significado, y el sistema (mente) funcionaría correctamente cuando los símbolos representan en forma adecuada la realidad externa, o algún aspecto de ésta, y el procesamiento de la información dentro

del sistema (computación simbólica) lleva a una solución adecuada del problema que se ha presentado.

Esta es la hipótesis considerada todavía por muchos como el principal exponente del planteamiento cognitivista, y el paradigma del procesamiento de información y la metáfora del ordenador, es aún con el que más se identifica a la psicología cognitiva.

### Hipótesis conexionista

La hipótesis cognitivista implicaba una forma de cognición secuencial y localizada. Sin embargo, estos planteamientos no concuerdan con los resultados más recientes de las investigaciones neurocientíficas, en que son más aceptados modelos cerebrales en que las operaciones son distribuidas y se generan a partir de interconexiones masivas que cambian producto de la experiencia.

Sin embargo, las redes neurales tienen propiedades formales casi desconocidas, pues aunque no obstante imiten procedimientos neuronales, no necesariamente se corresponden con un estricto nivel empírico adecuado.

Muchos de estos trabajos han sido criticados por su implausibilidad biológica. Debido a estas discrepancias, y al rescate de ideas sobre sistemas auto organizados que estuvieron presentes en la etapa formacional de ésta rama de la psicología, pero que fueron ocultados por la hipótesis cognitivista, surge la necesidad de una nueva conceptualización de la mente humana.

### Modelo Ecológico

La violencia es el resultado de la acción reciproca y compleja de factores de riesgo individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales, razón por la cual en los años 70 se estableció un modelo ecológico para comprender la naturaleza polifacética de la violencia.



## Componentes del Modelo Ecológico:

- Nivel Individual
- Nivel relacional
- Nivel comunitario
- Nivel social

El modelo ecológico destaca las múltiples causas de la violencia y la interacción de los factores de riesgo que operan dentro de la familia y en los ámbitos sociales y culturales más amplios, además de que permite constatar que los diversos tipos de violencia comparten varios factores de riesgo comunes, tales como las normas culturales, el aislamiento social, las adicciones, etc., lo cual explica que las personas en riesgo sufran distintos tipos de violencia.

## Otras teorías

Según McPherson<sup>14</sup> pueden identificarse tres teorías que poseen cierta relevancia: estructural, interacción e intercambio.

### A) Estructural

Los roles familiares se asignan al individuo delimitando posiciones sociales con derechos y obligaciones inherentes y que se aceptan como normales por la mayor parte de la sociedad. La socialización constituye el proceso a través del cual los individuos jóvenes llegan a dichas posiciones recibiendo de las generaciones adultas las instrucciones y estímulos adecuados para asumir los respectivos roles sociales. La sociedad constituye una estructura definida de posiciones sociales que se van llenando y vaciando por la dinámica generacional; nuevas generaciones ocupan el puesto de las anteriores y

---

<sup>14</sup> Mc Person "Aging as a social process", Butterworth, Toronto 1983

aportan elementos innovadores pero la estructura básica de la sociedad se mantiene, de ahí el nombre de enfoque estructural.

Esta perspectiva resulta estática dada la elevada tasa de cambio social existente y las innovaciones que nuevas generaciones aportan continuamente, destaca los aspectos estables de la sociedad pero ignora condiciones nuevas, como la mayor proporción de ancianos en la población, la cual lleva a una definición nueva del de la persona madura en la sociedad.

## B) Interacción

Prescinde del enfoque global de la sociedad y se concentra en el exámen de la familia individual externa analizando como se define e interpretan las relaciones entre los diferentes roles familiares. La perspectiva interactiva es dinámica pues no parte de un esquema definido de derechos y obligaciones asignados previamente sino del resultado de un proceso de negociación entre los ocupantes de los diferentes puestos sociales.

Los roles se hacen, se construyen durante toda la vida del individuo, quien en cada momento desempeña el rol que su trayectoria vital demanda, según su edad y condiciones.

El niño posee un status social diferente al del adulto, pero este niño que obedece a sus padres se convertirá, con el transcurso del tiempo, en padre con hijos a los que deberá instruir y dirigir en su aprendizaje social y finalmente llegara a la posición de abuelo en la que podrá renunciar a ciertas obligaciones y adquirir ciertos privilegios. Lo positivo del enfoque de la interacción individualizada es la negociación de las relaciones intergeneracionales entre las personas implicadas.

## C) Intercambio

Resulta parecido al de la interacción, ya que reconoce la dinámica social de actores en negociación y define sus posiciones sociales, pero destaca el

equilibrio y satisfacción de las partes al insistir en la cooperación más que en el conflicto.

Las relaciones entre los protagonistas sociales originan un intercambio satisfactorio para las partes: cada interacción supone pensamientos personales y compensaciones; las partes intentan mantener la relación de la manera más satisfactoria posible, ninguna parte consigue totalmente sus objetivos, pero existe el suficiente saldo positivo de aportes y recompensas para mantener la relación. Esta situación es frecuente en las relaciones familiares asimétricas, en las que personas de mayor edad, poder y status (abuelos, padres) se relacionan con personas de características muy diferentes, con menor poder y status (hijos, nietos) y a pesar de estas diferencias las relaciones se mantienen con una intensidad notable.

#### 1.10 Conceptos Claves

Familia, vejez, maltrato, factores de riesgo, calidad de vida.

### FAMILIA

En el análisis de las instituciones sociales resulta habitual comenzar por la familia; en la misma se originan las primeras manifestaciones de la sociedad humana, se desarrolla la personalidad y la calidad de las relaciones es más intensa que en cualquier otra institución.

En relación con los ancianos conviene diferenciar dos tipos de familia: familia de procreación, formada por dos personas de distintos sexos y sangre unidas en matrimonio las cuales originan una descendencia común; la mayoría de los ancianos llegan a ser abuelos de la familia de procreación que originaron con su matrimonio.

El otro tipo de familia es la de orientación o familia en la que se nace.

Hasta que los hijos se casan y originan su propia familia de procreación, casi toda la experiencia familiar se basará en la familia de orientación en la que se ha nacido y la que tendrá a los abuelos como generación más anciana. En otros términos hablaríamos de familia extensiva y familia nuclear.

La dinámica vital establece esta doble naturaleza de la familia con un orden cronológico claro y predominante de la familia de procreación o escogida (en Occidente al menos) sobre la de orientación o adscrito. La existencia humana que comienza en el seno de una familia no escogida finaliza normalmente en una familia originada voluntariamente.

Los status familiares adscritos, inicialmente impuestos al sujeto social, dejan paso a los estatus familiares adquiridos por la iniciativa de la pareja que selecciona al cónyuge y establece un estilo de vida para el matrimonio y sus descendientes. Una vez más la institución familiar abarca características de herencia tradición-status adscrito-familia de orientación y características de originalidad- innovación-status adquirido-familia de procreación. Ambas formas se unen en la familia de tres generaciones en la que conviven abuelos e hijos, origen de la familia de procreación, que se superponen con la familia de orientación de hijos y nietos.

La habitualidad de las relaciones familiares esconde la complejidad y sutileza de su entramado muy superior al de las organizaciones formales más elaboradas.

La mayor parte de los ancianos casados se apoyan en la familia propia de procreación, de la que los ancianos son la primera generación en orden cronológico. El estudio de la ancianidad en la familia es muy reciente, la mayor parte de las investigaciones familiares de ciencia social versan sobre los primeros años de la familia, noviazgo, matrimonio, educación de los hijos, ruptura de vínculo, separación, etc.

Actualmente con los cambios demográficos en la pirámide de población, mayor proporción de sujetos en las edades maduras y menor número en los

jóvenes, las ciencias sociales comienzan a interesarse por las etapas maduras y anciana.

Los ancianos de las familias contemporáneas no sólo son abuelos sino bisabuelos y tatarabuelos y los lazos generacionales que antes se reducían a tres generaciones llegan actualmente a cuatro y cinco.

No existen teorías sociales que expliquen los nuevos fenómenos en las relaciones familiares, poseyéndose, en el mejor caso, solo descripciones de lo que sucede y resulta inútil extrapolar el papel social anterior de los ancianos al presente, ya que ni cuantitativa ni cualitativamente se parecen; lo que se requieren son investigaciones, análisis de la realidad y esfuerzo intelectual para diseñar roles sociales que correspondan a las condiciones y necesidad de la sociedad contemporánea.

### Violencia en la familia

Analizar la violencia familiar aislada sería como volver al viejo paradigma de creer en la objetividad de lo observado, o lo que se analiza es igual que analizarlo in situ. Por tanto si bien nuestra unidad de análisis es el anciano en la familia, vamos a ver cómo sociedad y familia interactúan para generar contextos de aprendizaje violentos, así como se dan dentro de una familia entre los subsistemas parentales, fraternos y filiales. Puesto que allí circulan las emociones más intensas amor, odio, envidia, celos, ternura, solidaridad, funcionando estos subsistemas como espejo que da cuenta de las identidades recíprocas, como uno existe en la mirada del otro. Es decir, como nos vemos y como nos ven.

Esto ayudaría a construir una autonomía en la relación. El ser humano es autónomo en la medida en que es dueño de su historia, de su palabra, de su descripción de sí. Puesto que si queda sujeto a ser lo que el otro quiere que sea pasa a ser para el otro y no con el otro.

Por lo tanto esta sería la forma de funcionamiento de violencia donde subyacen todas las expresiones sintomáticas, habría que diferenciarlas de frustración donde alguien queda en una situación no deseada, se siente que no es, por no satisfacer su deseo ilusorio reconocido como tal. La violencia supone que el otro tiene algo que me pertenece, supone un acto desleal no darme lo real o lo ilusorio. "Debía ser así" no cumplió con mis expectativas, es la lógica de la víctima y el victimario.

Pensando en la etiopatogenia podríamos rescatar la imposibilidad de diálogo, la certeza, la palabra no creíble.

El victimario funciona como un fundamentalista, con el convencimiento íntimo de estar cumpliendo una función o misión justa (certeza). No se soporta la independencia del otro; la violencia es unidireccional, sobre el anciano indefenso o dependiente por necesidades básicas, en la escalada ambos se perciben en algún momento como la víctima de la injusticia, o traición del otro y con derecho a la reparación que ninguno está dispuesto a brindar pero sí a exigir, ambos se sienten maltratados. Ambos aducen razones que consideran verdaderas. "Se escuchan a sí mismos, en sus propias ideas e intereses".

Existe incapacidad para el diálogo: es más el reproche que hace alguien al que se niega a aceptar con sus ideas, que una carencia real del otro. Esta es la violencia más importante, es la que precede a la violencia física en cualquier contexto. Distintas disciplinas pueden estudiar estos eventos, cada una recortará de acuerdo a su modelo de pensar los problemas para luego poder operar. El objetivo es el mismo, desarrollar aspectos reparatorios, tratar de restituir o crear condiciones de dialogo.

La violencia familiar oculta otras violencias. Esto nos lleva a la idea de poder, "como no puedo ser como el otro", surge el "ser a costa y destrucción del otro", como un modo de dominarlo.

Sabiendo que en la familia coexisten patrones actuales e históricos, que en el caso de la violencia familiar es uno de los condicionantes., quizás debido

aspectos socioculturales, como la economía de mercado, o bien históricos ideológicos como el lugar de la mujer en la familia. Todos sabemos que la escalada se da cuando las personas implicadas no aceptan la definición del sí mismo dada por el otro, en la simetría por no poder pasar a una relación complementaria, en la complementaria por no hacerla simétrica o bien poder alternar el rol complementario en superior e inferior alternativamente.

Podríamos definir el acto violento en la familia como el intercambio relacional en el que un miembro ubica al otro en una posición o lugar no deseado. Puede ser verbal y, o física. Quién está sometido a la violencia verbal siente que no es el dueño de su propia experiencia, de sus deseos, de sus sentimientos, de sus pensamientos, que está alienado de sí mismo.

Según Bowlby (1990) la violencia encubre una gran sujeción al otro, ya que depende de aquel que tiene el poder de certificarme quién soy. La paradoja de depender de aquellos a los que supuestamente sometemos, consideramos que esconde la intensa rabia del violento.

## VEJEZ

La definición de vejez es de carácter técnico, la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Viena en 1982 considera anciano a toda persona mayor de 60 años. Una aproximación real a la vejez nos indica que la misma acontece de modo diferencial para cada individuo, depende de características biológicas, psicológicas y del medio social en el cual vive.

Biológicamente el envejecimiento comienza tempranamente, pero las personas no toman conciencia del hecho hasta que esta declinación afecta notablemente sus actividades cotidianas.

Esta auto percepción del individuo generalmente coincide con la imagen social de la vejez y con los acontecimientos claves que definen la ancianidad actual: la jubilación, la viudez, "el síndrome del nido vacío" (el abandono de los

hijos del hogar familiar), algunos signos físicos (la calvicie, las arrugas, la perdida de destrezas, la manifestación de enfermedades etc.).

La edad cronológica es un dato. Las convenciones, un recurso técnico necesario pero arbitrario. La vejez acontece socialmente. Efectivamente dependerá de la sociedad, de su cultura, de las clases y grupos diferenciados y de la historia vital de las personas, las circunstancias y la edad en que se arribe a la vejez.

### Violencia en la vejez

Todos los que trabajamos con la vejez trabajamos con la violencia, la rabia, la bronca. Esta violencia que se genera frente a un hecho que tenemos que aceptar sin poder revertir, hemos llegado a viejos, aquí la importancia de no poder restituir la juventud, de tener que hacer el duelo del fin de la juventud, esto provoca envidia por la juventud de los otros por la dificultad que encontramos al juntarnos con la prejuiciosa imagen interna de la vejez, que habitualmente poseemos, ligada a todos los valores negativos que creemos que tenemos que aceptar con la llegada de esta etapa de la vida, y también con la muerte más próxima, que significa la posibilidad de ponerle un límite de años a la vida, con todas las pérdidas físicas, psicológicas, sociales y económicas. A cambio se adquiere sabiduría, experiencia, mayor capacidad para profundizar, más ecuanimidad, más tiempo para hacer lo que guste. Pero todo esto ¿compensa todo lo perdido?

Esta respuesta es la que da cuenta del monto de violencia que cada uno conlleva en este camino hacia la etapa de la vejez.

Lo que sucede es que no somos viejos hoy y ayer éramos jóvenes, sino que hemos llegado al hoy siendo cada día un poco menos jóvenes y un poco más viejos, es decir que hemos tenido que ir dejando cosas de la juventud y de la adultez, e ir perdiendo a lo largo de la vida para ir creciendo, Y hemos tenido que ir también adquiriendo para ir evolucionando y madurando, o sea, muriendo y naciendo, tal vez en los primeros momentos de la vida predomina la



adquisición sobre la pérdida para que se de la integración biológica, psicológica y social de la persona. Y al llegar a la vejez hay un equilibrio entre pérdida y adquisición hasta la muerte.

En la vejez patológica en cambio predomina la pérdida sobre la adquisición, lo cual lleva a la desintegración psíquica de la persona.

Este equilibrio de pérdida-adquisición en la vejez da cuenta de duelos realizados, resueltos, donde la agresividad, como energía psíquica ha sido reinvertida para ligarse a nuevos objetivos y metas de esta etapa de la vida. De esta manera la vida integra un nuevo tramo a su ciclo vital, se desliza en un proceso dinámico desde que nacemos.

La “etapa vejez” no existe como un hecho separado o aislable, sino que es parte de un continuo dinámico ya aprendido y experimentado, a través de toda la existencia.

En cambio, cuando el monto de la agresividad no ha podido estar al servicio del desarrollo personal y no se han realizado los duelos, esta se vuelve en contra del crecimiento y la vida se transforma en un decrecimiento, en una desintegración; ésta aceptación o integración, o esta no aceptación y desintegración dan cuenta de cómo ha sido todos los duelos que esta persona ha resuelto o no a lo largo de su vida : si los ha enfrentado, y entonces ha madurado, es decir, los ha resuelto, o los ha salteado, y entonces llega a este momento teniendo que hacer todos los duelos juntos. Aquí es acertado decir que” para ganar hay que saber perder”.

En este último caso estas personas con una fuerte estructura narcisista, han tenido una vida en la que no pudieron aceptar el error, equivocarse, donde no han podido pedir nada a nadie sin perder nada, donde se han autoabastecido en todo, autosuficientemente, omnipotentemente no han necesitado de nadie. Han transcurrido la vida en un monólogo en el que no se escucharon más que así mismos, no en diálogo: el diálogo se establece cuando se tiene conciencia de que no se puede solo y que se necesita que el

otro concurra a enriquecernos. La falta de verdadero diálogo ha hecho que estas personas no tengan relaciones vinculares, lo que ellas llaman “vínculo” son relaciones simbióticas, pegadas, fusionadas, o relaciones de sometimiento o sometedoras.

Este modo de ser genera un ámbito de circulación de la violencia que se inserta en la forma cotidiana de vivir. Así serán también sus hijos. Y esto es lo que recibirán de su familia también en la vejez: exigencia de juventud, expectativas de ser como siempre fueron, no permitirles declinar, no permitirles envejecer, en lo que se refiere a más debilidad o enfermedad. Entonces son vejeces atormentadas, donde la familia vive sometida a la vejez del familiar, o donde el sometido es el viejo.

En ésta vejez patológica no hay pedido de ayuda para salir o darle solución al problema. En cambio hay necesidad de un espacio para quejarse. La queja es el centro de la vida, la queja es el modo de comunicación. La queja es el modo de violencia que genera sensación de malestar en el entorno que lo rodea.

En esta impotencia, al no poder poner una solución o ayuda, se incrementa la violencia en el clima familiar. En esta patología, se incluyen también muchos profesionales que, seducidos por el desafío, se involucran con gran fuerza, cometiendo actos “profesionales” que van en perjuicio de la salud del viejo, no entendiendo que lo que viene a buscar este anciano es que todos fracasen y sean impotentes a este “poderoso” padecimiento, que nadie puede mitigar y que por lo tanto, no tiene otra salida que el padecer.

Este no aceptar ayuda de nadie lleva a veces a luchar contra la misma muerte. Son personas que generalmente protagonizan hechos médicos violentos tales como urgencias, terapia intensiva etc. Son hechos ruidosos, con muchos avatares y ruidos, ya que muchas veces éstas personas, son sordas a las alarmas corporales por no aceptar decaer, enfermar y tomar esto como una minusvalía propia de los mortales: ellos “están mas allá” de todo esto. Son dueños y señores de su vida y de su muerte por lo tanto se hace necesario

asistirlos hasta último momento sin poder programar nada. El resultado más habitual de esta situación es la terapia intensiva, con lo que esto tiene de violento.

Una persona violenta es una vejez violenta y genera un clima que se le revierte también en violencia.

A veces la violencia hacia los viejos está enmascarada con maniobras que simulan afecto. Los estímulos de violencia o maltrato son particularmente de naturaleza no física, la mayor parte de las veces el maltrato es psicológico, generando en el viejo situaciones de angustia primero, y luego, debido a la resistencia a este maltrato, se suscitan situaciones de aislamiento, soledad, regresión, deterioro y un franco empuje hacia el camino de la marginación y a veces al de la demencia.

Entendemos como maltrato por parte del entorno, las conductas que tienden a segregar al anciano de la vida normal, es decir, de los avatares emocionales que son propios de la vida, privándolo de las “malas noticias” con el argumento o como manera de preservarlo de un disgusto. Esto tiene una doble valoración: de aparente protección, pero también de violencia y maltrato porque margina, segrega, separa y aliena.

Maltrato también es el separarlo de la decisión de conductas o estrategias que tienen que ver con su propio destino y su propia vida. De decidir sobre su salud, su enfermedad, sobre donde debe vivir, sobre que tipo de vida debe hacer cuando esta en condiciones de hacerlo por si mismo. Pero también es maltrato no tomar las decisiones por él cuando él no puede hacerlo. A veces, decidir sobre sus propios bienes impidiéndole al anciano disponer de ellos para solventar su propia vejez.

Cuando en la familia se incluyen otras personas para la atención del anciano, a menudo no se le consulta, y generalmente el trato que recibe de parte de su enfermera o cuidadora es impersonal, poniendo en grave peligro su identidad ya bastante vapuleada por la vejez, designándolo como “abuelito/a”, o

con términos que pretenden ser propios del trato afectuoso pero que lo degradan, infantilizan y estupidizan: “viejito”, “abuelo”, “queridito”, y casi nunca por su nombre o apellido.

Este trato acrecienta la crisis de identidad, disminuye la autoestima y aumenta la regresión produciendo enfermedad. También es una forma de violencia.

¿Por qué la ancianidad es “temida”? La respuesta última a esta pregunta es a la vez simple y angustiosa: la ancianidad es el preanuncio de la muerte. La existencia humana, decía Heidegger, es zum tode sein, “ser hacia la muerte”.<sup>15</sup>

El teólogo Emil Brunner lo simbolizaba más gráficamente: “Todos los caminos conducen a la muerte, esa es la terrible geografía de la vida”.<sup>16</sup>

Nuestra cultura contemporánea se esfuerza de mil maneras para ocultar, disfrazar o trivializar esta realidad. Hace algunos años, en su “Los Estados Unidos en Escorzo”, Julián Marías reflexionaba acerca de cómo, en la cultura de los Estados Unidos de Norteamérica, se “disfrazaba” o se ocultaba la realidad de la muerte, ese sentido lo único que hacia era anticipar una tendencia de la cultura occidental moderna que hoy se ha globalizado. Hacemos de nuestros cementerios jardines, disminuimos el tiempo y eliminamos los símbolos visibles del duelo, la ropa negra, el velo, la visita regular en los días marcados a los cementerios, etc.

Pero la realidad se nos impone y más tarde o más temprano, aparecen los signos de la vejez.

En el libro bíblico del Eclesiastés desfilan las imágenes, a veces enigmáticas, del envejecimiento: el debilitamiento de la vista, y el oído, el encanecimiento, la lentitud los movimientos, y la impotencia: “cuando se nublen

---

<sup>15</sup> Heidegger, “Quimera” Ed. Montesinos Barcelona. 1980

<sup>16</sup> Brunner, Emil, “Artículo revista de filosofía” Ministerio de de Educación. U.D.La Plata. 1950

el sol y la luz, la luna y las estrellas, y retornen las nubes tras la lluvia, cuando también los guardas del palacio y los guerreros se doblen, se paren las moledoras, por quedar pocas, se queden a oscuras los que miran por la ventana, y se cierren las puertas de la calle, ahogándose el son del molino, cuando uno se levante al canto del pájaro y se endurezcan todas las canciones, cuando la altura cause miedo y haya susto en el camino, cuando florezca el almendro y esté grávida la langosta y reviente la alcaparra, porque el hombre se va a su eterna morada, y circulen por la calle los que hacen el duelo, cuando se quiebre la hebra de plata, se rompa la bolita de oro, se haga añicos el cántaro contra la fuente, se caiga la polea dentro del pozo, vuelva el polvo a la tierra, a lo que era, y el espíritu vuelva a Dios, que es quien lo dio” (Ecl. 12:2-7)<sup>17</sup>

Nuestra cultura se empeña en hacer a un lado esta realidad. ¿Pero qué anciano que visita un lugar llenos de recuerdos de la infancia no se dice a sí mismo: “probablemente ésta sea la última vez que voy a ver esta calle, estas casas, estos árboles”?

El temor y la protesta ante la muerte no son en el ser humano el mero “instinto vital”; es la conciencia de una incongruencia, de algo que “no debe ser” de una “injusticia”: “cuando he aprendido a vivir, cuando he alcanzado un caudal de experiencia y sabiduría, cuando he aprendido a gozar de la belleza, del bien y del amor ¿no es injusto que deba abandonar todo sólo porque han envejecido y se han deteriorado mis órganos, mis tejidos, mis articulaciones?”.

Existe una frase significativa que se repite como una constante entre los adultos mayores: “la falta de respeto” que se inscribe como un “malestar sin nombre”. El acento puesto en dicha frase nos llevaría a pensar en el pudor que podría existir en los ancianos de expresar ciertos sentimientos.

---

<sup>17</sup> Eclesiastés “San Jerónimo” tomo II. Ed. Cristiandad 1972.

Otros temas que materializan el malestar sin nombre pueden resumirse también en la frase “la falta de conocimiento de los propios derechos” y su correlato “la vulnerabilidad del que desconoce”.

El abuso, maltrato, y violencia social, familia e institucional, tienen su sustento en una situación de inferioridad motivada por ese desconocimiento, y por lo tanto en la imposibilidad de hacer valer esos derechos con que se cuenta. Esta ignorancia de lo propio se retroalimenta con mitos y prejuicios que terminan con la autoestima y la posibilidad de defensa.

Se define Abuso como usar mal o indebidamente alguna cosa, el abuso así definido, aplicado a una relación, supone no tener visto o conocido al otro extremo de la relación. Pensamos esta relación entre dos en donde uno de los dos es un anciano y el otro un hijo, alguien que está al cuidado, una familia, una institución, la comunidad o la sociedad.

El abuso no incluye el conocimiento del otro, aunque en la relación el otro este presente. Porque si en la relación se diera un vínculo donde el otro cuenta y esta presente, la persona anciana sería visualizada en lo justo, en lo que es, en sus justas necesidades. Lo veríamos y oíríamos cuales son las cosas que necesita, ni en más ni en menos.

Lo que ocurre es que creemos que porque estamos con otro, estamos en vínculo. Pero esto es una falacia y de esto tenemos muchos ejemplos en las relaciones humanas. Si estuviéramos en vínculo, posiblemente acertaríamos más en la conducción adecuada de las relaciones.

Muy frecuentemente, estando con otro, en lugar de observar y nutrir nuestra conducta para el otro desde esta observación, abonamos las conductas con monólogos que solo pasan por nuestra cabeza y no con diálogos con el otro, y entonces las conductas surgen de lo que nosotros creemos que el otro quiere, de lo que creemos que el otro necesita, de lo que creemos que al otro le gusta, etc. Administramos nuestra conducta hacia el otro, alimentada exclusivamente con prejuicios, juicios previos, hechos en

nuestra cabeza, conocimientos del otro que no son tales, y son nuestros y no tienen en cuenta a quien van dirigidas.

En esta conducta nos vemos nosotros, nos oímos nosotros y el otro es una pantalla en la que nos proyectamos. Entonces las conductas no se apoyan en juicios de esa realidad que tenemos adelante porque a veces la realidad es dolorosa, pero en realidad, es verdad, y sufrir con la realidad dolorosa es salud.

En cierto tipo de relaciones, por ejemplo en las relaciones filiales, siempre se supone el afecto como ingrediente fundamental de la relación. Esto también es un prejuicio, si no lo comprobamos en la realidad porque puede no ser así. Pero como esto es algo de consenso social, no está permitido concienciar lo contrario, porque sino uno sería "muy mala persona". Entonces es de suponer que siempre las conductas de los padres, o de los hijos hacia los padres, van impregnadas de amor.

Decidir por el adulto mayor y no con él, produce un deterioro grave en su Calidad de Vida e incuestionablemente se convierte en abuso y maltrato, ya que se trata de un comportamiento intencional. Por ello podríamos señalar que la violencia en sus diferentes expresiones se produce en todos los sectores sociales.

### La vejez en la sociedad contemporánea

Sabemos que la condición de los viejos es hoy escandalosa. Antes de examinarla en detalle hay que tratar de comprender por que razón la sociedad se desentiende tan fácilmente de ella. Cierra los ojos a los abusos, los escándalos, los dramas, para que no conmuevan su equilibrio, no se preocupa por los niños abandonados, la delincuencia, los viejos. Pero en este último caso su indiferencia es más asombrosa, cada miembro de la colectividad debería saber que su porvenir esta comprometido, y casi todos tienen relaciones individuales y estrechas con ciertos viejos. ¿Como explicar entonces su actitud?.

La clase dominante es la que impone a las personas de edad su estatuto, pero el conjunto de la población activa es su cómplice. En la vida privada, ni hijos ni nietos se esfuerzan por suavizar la suerte de sus ascendientes.

Es importante analizar cual es en general, la actitud de los adultos y los jóvenes con respecto a la vieja generación.

En una sociedad en donde sus miembros están separados pero unidos por relaciones de reciprocidad, los individuos se comprenden unos a otros, no en la medida en que son todos hombres abstractos, sino a través de la diversidad de su praxis.

“El fundamento de la comprensión es la complicitad de principio con toda empresa, cada fin, en cuanto ha sido significativo, se destaca sobre la unidad orgánica de todos los fines humanos”<sup>18</sup>

La reciprocidad, dice Sartre, se implica:

- 1º que el otro sea medio de un fin trascendente
- 2º que yo lo reconozca como praxis al mismo tiempo que lo integro como objeto en mi proyecto totalizador
- 3º que reconozca su movimiento hacia sus fines en el movimiento por el cual me proyecto hacia los míos.
- 4º que me descubra como objeto e instrumento de sus fines por el acto mismo que lo construye para mis fines como instrumento objetivo.

En esta relación cada uno hurta al otro un aspecto de lo real y le indica sus límites: el intelectual se conoce como tal frente a un trabajador manual.

La reciprocidad exige esencialmente que a partir de mi dimensión teleológica yo aprehenda la del otro. Cuando, en casos patológicos de despersonalización, el enfermo no tiene más vínculo con sus propios fines,

---

<sup>18</sup> Sartre, “Filosofía y Revolución” Ed. Siglo XXI. 1977.



entonces los hombres se le aparecen como los representantes de una especie extraña.

Lo que ocurre en el caso de la relación del adulto con el viejo es a la inversa. El viejo, salvo excepciones ya no hace nada. Se define por una exis, no por una praxis. El tiempo lo lleva hacia un fin, la muerte, que no es su fin, que no es establecido por un proyecto. Por eso para los individuos activos se presenta como una “especie extraña “en la que no se reconocen.

La vejez inspira una repugnancia biológica, como mecanismo de defensa, el hombre la rechaza, la quiere lejos de él, ya que le enseña su realidad futura la que le es imposible de evitar, o la opción que queda para evitarla es la propia muerte.

En algún punto la condición del viejo es simétrica con la del niño, con quien el adulto tampoco establece reciprocidad En algunas familias se habla de un niño “extraordinario para su edad” y también de un viejo “extraordinario para su edad”. Lo extraordinario es que no siendo todavía o no siendo ya hombres, tengan conductas humanas.

La diferencia es que como el niño es un futuro activo, la sociedad o la familia al invertir en él garantiza su propio futuro, mientras que a sus ojos el viejo es un muerto a plazo fijo.

La idea de no reciprocidad no basta para definir positivamente la relación del adulto con el adulto mayor. Depende de la relación de los hijos con los padres y sobre todo, por vivir en un mundo masculino, de la relación que los hijos tienen a través de su madre con su padre.

En Tótem y tabú Freud se refiere a esa relación que se caracteriza por su ambivalencia. El hijo respeta a su padre, lo admira, desea identificarse con él incluso sustituirlo, pero este deseo engendra odio y temor. Los héroes míticos se rebelan siempre contra su padre y terminan por matarlo. En la realidad el asesinato es simbólico. La imagen del padre es despojada de su

prestigio, entonces el hijo puede reconciliarse con él .Pero la reconciliación solo queda concluida cuando en realidad ha ocupado su lugar.

Freud dice que “en el cristianismo ha habido una reconciliación que ha conducido a la destitución del padre, pues el hijo, o sea Cristo, pasó a primer plano”<sup>19</sup>.

Mientras el antagonismo existe no es recíproco, esta vivo en el hijo, en forma de agresividad, de rencor, y en general no aparece en el padre. Seguramente el rencor agresivo-sexual proporciona el marco en que se desarrolla la relación unívoca de los jóvenes con los viejos. El rencor de estos con aquellos, cuando aparece, es solo una relación unívoca de los jóvenes con los viejos. Se mata al padre desvalorizándolo, pero para eso conviene desacreditar a la vejez como tal.

Podríamos decir que algunas familias se pliegan a la moral oficial que les prescribe respetarlos, pero les conviene tratarlos como a seres inferiores y convencerlos de su decadencia, mostrarle su deficiencia, sus torpezas, a fin de que el viejo les ceda la dirección de sus negocios.

Otro tipo de familias son las que, por la presión de la opinión pública, se sienten obligadas a ayudar a sus viejos padres, pretenden gobernarlos a su manera y tienen menos escrúpulos cuanto más incapaces los creen de dirigirse solos.

### Características del envejecer

En las personas mayores suele observarse una declinación de las funciones físicas y cognitivas. Muchos de estos cambios se deben al proceso de envejecimiento en sí mismo, pero otros se deben a la presencia de enfermedad y/o a factores psicosociales. En muchos casos, el envejecimiento y la patología pueden interactuar, puede producirse como consecuencia:

---

<sup>19</sup> Freud, S. “Tótem y Tabú”, Obras Completas, Ed. Amorrortu. Bs. As.

- Deterioro de los sistemas y las funciones originadas por el desgaste de los años vividos.
- Menor adaptabilidad: por disminución de los mecanismos de reserva de los órganos.
- Mayor morbilidad: favorecida por el incremento de la vulnerabilidad orgánica y psíquica.
- Disminución del valimiento personal: causado por la reducción en la capacidad de ser autónomo.
- Tendencia al aislamiento: al no disponer de suficientes recursos psicofísicos para conservar las relaciones sociales.
- Sensación de acabamiento: sostenido por la menor vitalidad y disponibilidad personal y la amenaza que representa la última edad.

Evans decía: “ dibujar la distinción entre el envejecimiento normal y el patológico es como separar lo indecible de lo inefable”.

Cuando un fenómeno es universal, progresivo e intrínseco, es decir, no está influenciado por el ambiente o por la auto limitación, puede ser considerado un efecto directamente relacionado con el envejecimiento.

El proceso de envejecimiento normal es relativamente benigno, ya que se caracteriza por una declinación gradual de la función de los órganos que mantienen una notable capacidad de reserva. La tasa de declinación suele variar enormemente entre individuos y aún entre distintos órganos del mismo individuo. Por ello, si bien las funciones básicas se encuentran preservadas, esta homeostasis puede ser fácil y seriamente perturbada como resultado del stress o de las enfermedades.

Esto ocurre especialmente en sistemas que requieren una integración compleja, como por ejemplo las funciones cognitivas.

La aptitud intelectual de los ancianos sanos tiende a conservarse en forma adecuada hasta la octava década de la vida. Las funciones atencionales no muestran cambios significativos. Tanto la atención sostenida (la vigilancia) como la atención selectiva (la capacidad de discriminar los estímulos relevantes de los irrelevantes) se encuentran relativamente preservadas. Los aspectos fonológico y semántico del lenguaje no presentan alteraciones. Sin embargo, el procesamiento del material de sintaxis compleja resulta afectado, aunque en forma leve.

Podemos observar, además, cambios mínimos en la memoria sensorial y de corto plazo y cambios evidentes en la memoria de largo plazo más reciente. Estos últimos obedecerían a dificultades en la búsqueda de la información y no a problemas en su almacenamiento. Por último, existe evidencia de que las praxis constructivas y la capacidad de análisis visomotor declinan con la edad.

Es importante destacar la influencia de la educación sobre el grado de deterioro cognitivo. La prevalencia de déficit cognitivos significativos es mayor en grupos de ancianos con escaso nivel de educación formal que en aquellos con más años de estudio. La educación aumentaría el número y la complejidad de las conexiones sinápticas, y por ende los sujetos más instruidos tendrían mayor reserva funcional.

En la población de edad avanzada, el déficit de las funciones mentales superiores está entre los más temidos porque se asocia con la pérdida de autonomía, de la misma manera que las situaciones de incapacidad física. Estas condiciones pueden provocar vivencias de desamparo, impotencia y depresión.

El bienestar y la calidad de vida se encuentran intrínsecamente relacionados con la salud, los factores socioeconómicos y el grado de

interacción social. La percepción subjetiva de la calidad de vida es una característica estable asociada con la personalidad de los sujetos. En la mayor parte de los estudios se ha observado que si se controlan los factores antes mencionados, no hay cambios entre la sensación subjetiva de bienestar y la edad. La influencia de otros factores ambientales, así como la de factores genéticos y constitucionales, es objeto de estudio de la gerontoneuropsiquiatría.

### Las Enfermedades en La Vejez

”No hay enfermedades exclusivas de la vejez, pero sí existen ciertas enfermedades y procesos que aparecen de modo prevalente en esta edad y con unas características diferenciales bien definidas, tales como la incontinencia, la confusión mental, los deterioros de la homeostasis, las caídas y los trastornos iatrogénicos”<sup>20</sup>.

Según la evolución, las enfermedades en la vejez, lo mismo que en otras edades, puede clasificarse en:

- Enfermedad aguda, de corta duración, con un incremento en sus atenciones, y que dará lugar, en ocasiones, el internamiento hospitalario
  
- Enfermedad crónica, de larga duración, con curso estable o con frecuentes descompensaciones, y que pone a prueba al medio asistencial, tanto al enfermo, como a la familia y a los recursos sanitarios. Algunas de estas enfermedades se convierten en invalidantes, con reducción o pérdida de las capacidades para la movilización o el cuidado personal.
  
- Enfermedad terminal, de naturaleza irreversible, son enfermedades que obligan a planteamientos asistenciales específicos, tanto en los domicilios y

---

<sup>20</sup> Guijarro, J. L. “Las enfermedades en la ancianidad “. 1996.

residencias como en las Unidades de cuidados Paliativos.

Cualquiera de ellas pueden ser considerados procesos edad-dependientes, y su prevalencia en la patología geriátrica es muy elevada. La confusión mental o delirium es un proceso que acompaña comúnmente a los ancianos cuando se encuentran hospitalizados por cualquier motivo, y condicionan un notable incremento en las medidas terapéuticas y en su cuidado.

Las enfermedades que poseen una más frecuente presentación en los ancianos son las degenerativas, las tumorales, las infecciosas, las autoinmunes, las disregulativas, las traumáticas y las iatrogénicas. Las degenerativas tienen por base principalmente la aterosclerosis y buena parte de las cardiocirculatorias pertenecen a este grupo.

Han cobrado gran importancia en las últimas décadas las enfermedades degenerativas cerebrales, la enfermedad de Alzheimer es la más conocida, aunque hay que situar entre ellas a la demencia frontal, la demencia por cuerpos de Lewy, la enfermedad de Parkinson y a los procesos degenerativos multisistémicos encefálicos. “Una enfermedad insoportable, o el simple hastío de vivir, son factores que afectan el ánimo del adulto mayor y conspiran desfavorablemente para que la familia y el médico cumplan con éxito su labor beneficiosa”.<sup>21</sup>

Se trata de pacientes en plena lucidez mental, que se niegan a colaborar, solo quieren alcanzar su deseo, que no es otro que precipitar el final. Aquí entra en juego el discutido "paternalismo", pues si el médico acatara el principio de autonomía, es decir, la autodeterminación de su paciente, no le quedaría otro camino que complacerlo.

Estas enfermedades nos llevan a pensar en dos cosas: pérdida de autonomía y dependencia de los anciano, pero en ellos, la dependencia no es

---

<sup>21</sup> Lolás Stepke, Fernando. “ Bioética del cuidado en la ancianidad”. 1995.

obligatoriamente eso, dado que la misma se traduce en una necesidad de asistencia para realizar los actos cotidianos que se debieran llevar a cabo sin ayuda. Así una persona físicamente dependiente puede muy bien ser autónoma intelectualmente.

Hablamos entonces de una pérdida de autonomía cuando el anciano abandona el gobierno de su vida, llevada según su deseo, debido eventualmente a una deficiencia psíquica aunque no se trate de una condición indispensable.

La discapacidad funcional en los ancianos se suele medir, entonces por su capacidad para llevar a cabo las actividades de aseo personal (actividad de la vida diaria), la vida social y el gobierno de la casa.

A modo de síntesis final de estos conceptos podemos diferenciar y relacionar tres términos que a menudo se suelen prestar a confusión: una alteración se produce a nivel orgánico, una discapacidad a nivel personal, y una minusvalía a nivel social.

### Aspectos Psicológicos

“El anciano debe realizar un trabajo interno que le permita aceptar la propia historia como la única posible y comienza a comprender más profundamente la vida; comprende "lo que soy yo" y "lo que son los demás", adquiriendo un nuevo grado de madurez psicológica”<sup>22</sup>.

El grado de desarrollo de la personalidad influye en cómo el individuo enfrenta los cambios de la vejez (declinación física, jubilación, pérdida de

---

<sup>22</sup> Materazzi, M. A. “Salud Mental. Enfoque transdisciplinario”. Editorial Salerno. Bs. As. 2000

status, de las relaciones sociales) y un yo fortalecido permitiría una buena vejez; dejando entrever los procesos de duelo característicos.<sup>23</sup>

La identidad debe reestructurarse nuevamente en medio de una crisis importante: integridad vs. Desesperanza (respecto a la muerte). Aquí se ponen en juego dos percepciones de la misma: la correcta dejaría ver a la muerte como el final del camino recorrido, mientras que una percepción errónea la vería como una interrupción en el camino, como algo que todavía se puede cambiar.

Siendo conscientes de los cambios biológicos sucedidos y de la menor capacidad de reacción, los ancianos comienzan a responder a los estímulos más lentamente para evitar errores. Estos cambios biológicos captan su atención y pierden la conexión con el mundo externo: se concentran en los cambios a los que está sometido su cuerpo.

La sexualidad comienza a vivirse de otra manera: mientras que en la mujer aparece la menopausia, trayendo aparejado varios cambios hormonales, le aparecen manchas, canas, arrugas y disminuye la lubricación vaginal; en el hombre disminuye la testosterona, pierde pelos; la eyaculación se vuelve más lenta y distanciada y disminuye el impulso sexual.

La sexualidad se va modificando a lo largo de la vida, los cambios se producen rápidamente y hay poco tiempo para asimilarlos. Se confronta con la realidad biológica y la acepta. La aceptación significa asumirla responsablemente, lo que implica autocuidado.

La abuelitud aparece como la última fase de la parentalidad, pone en juego el sentido de trascendencia. El rol de abuelo es el más importante en la ancianidad, va a modificar la personalidad del anciano. Las características sobresalientes que se ven del abuelo lo enumeran como: sabio, respetuoso, representante del pasado de la familia.

---

<sup>23</sup> G. Drug Etienne. L. Dahberg. Linda. "Informe Mundial sobre la violencia y la salud. 2003. Publicación científica técnica. N° 588. O.P.S.



Es un educador, pero no de la misma manera que el padre, sino que en una relación más libre y los niños tienden a la idealización con el abuelo, quienes son portadores del mundo ético.

Generacionalmente se da una alianza nieto-abuelo, desplazando a los padres a veces con un poco de hostilidad; el sentido de trascendencia se hace mucho más notorio en los nietos que en los hijos.

En cuanto a la relación de pareja: están juntos, compartieron toda una historia y aparece el fantasma de la viudez, sienten que ya no les queda mucho por compartir. Se logra una mejor adaptación a todos los cambios si han logrado una diferenciación (intimidad), una identidad de pareja.

La convivencia diaria aumenta considerablemente, lo que obliga a que la rutina diaria deba sufrir un cambio importante, se tienen que crear espacios mutuos y para lograrlo la pareja necesita pasar por discusiones, que los ayuden a resolver los conflictos sobre la privacidad que aparecieron en esta etapa. Las restricciones económicas implican un cambio de vida bastante brusco, desesperanza, angustia, temor, sentimiento de vulnerabilidad física y económica, fuerte sentimiento de dependencia.

Comienzan a dejarse de lado las relaciones sociales y se vuelcan sobre la familia y el barrio. Con respecto a la sexualidad en la pareja, se persigue el contacto con el otro más que el sexo.

La tarea principal de la relación de pareja es la preparación para la muerte cercana. El duelo con la muerte de un par es doloroso y largo. Si son muy unidos, la mitad que ha quedado viva muere al año siguiente. Aceptar el logro de pareja como la única posible, implica aceptar aspectos positivos y negativos.

## MALTRATO

Es el trato indebido o negligente a un anciano por otra persona que le cause daño o lo exponga al riesgo de sufrir daño a su salud, su bienestar o sus bienes.

### Diferentes formas de maltrato

#### Violencia estructural:

En la configuración arquitectónica de la mayoría de las casas donde viven los adultos mayores, no se tienen previstas ni la adaptación ni la seguridad que posibiliten la autonomía de vida.

Asimismo ante el creciente desplazamiento poblacional de las áreas rurales a las altamente urbanizadas, es imprescindible adaptar las ciudades para que sus ancianos puedan acceder sin impedimentos a donde necesiten concurrir.

Los planificadores urbanos y los decisores políticos no pueden dejar de tener en cuenta que un porcentaje elevado de habitantes son adultos mayores; a pesar de ello los semáforos no están regulados tomando en cuenta esta problemática, y a diario, podemos observar el pánico de nuestros viejos cuando deben cruzar una Avenida.

Otro grave problema son los medios de transporte colectivo, que no solo presentan la dificultad del ascenso y descenso, sino los agravios de que son objeto por estas dificultades, y al igual que edificios, mercados, consultorios médicos, clínicas, oficinas ubicadas en pisos superiores y sin ascensor, constituyen verdaderas barreras arquitectónicas que dificultan su movilidad, también las puertas giratorias, desniveles, etc., incluyendo el hacinamiento en la vivienda familiar o institucional.

No tomar conciencia de estas realidades, implica generar situaciones que devienen, al limitar su campo social, en otra forma de maltrato.

## Maltrato físico

Si bien las escasas estadísticas no reflejan la realidad en su totalidad, se manifiesta en forma de golpes y todo tipo de maltrato corporal. Estas situaciones se incrementan cuando las víctimas son:

- Personas obesas
- Personas que permanecen mucho tiempo en cama (incluye falta de habilidad para asearlas)
- Personas dementizadas
- Personas con enfermedades crónicas incapacitantes de origen físico o mental
- Personas hipoacúsicas o con algún otro tipo de discapacidad
- Personas con incontinencia

Generando a veces en los familiares abuso y maltrato.

## Otras formas son:

- Situaciones de abandono
- Desnutrición.
- Descuido de la salud, que se puede expresar como submedicación o sobremedicación.
- Malas condiciones de habitabilidad, medio ambiente de riesgo, cuyos indicadores son: falta de luz, ventilación defectuosa, inexistencia de servicios higiénicos sanitarios y/o calefacción, confinándolo en lugares sanitariamente inadmisibles.
- Familias en las cuales a través de las distintas generaciones, la violencia corporal es aceptada como práctica cultural que no se cuestiona y tal vez fue considerada siempre como la forma normal de las interacciones personales y de la resolución de conflictos.

## Maltrato psicológico

Hay una indiferencia manifiesta ante los hechos cotidianos de violencia que “curiosamente” pasan desapercibidos.

En casos de convivencia, particularmente familiar, como consecuencia de la modernización y las rápidas transformaciones sociales, al tiempo que el debilitamiento de los roles que tradicionalmente venían cumpliendo las personas mayores, se producen cambios en las relaciones, originando tensiones en la convivencia familiar que generan algún tipo de violencia contra los viejos.

Cuando los Mayores se convierten en dependientes económicos, físicos y emocionales de sus hijos, muchas veces se invierten los roles; el tener que dejar el rol de adulto independiente para ocupar el rol de adulto dependiente, los coloca en una situación de riesgo. Si se trata de una familia con características violentas, el Anciano es víctima de las mismas conductas autoritarias y humillantes que reciben los niños; por otro lado, como todo ser considerado “débil”, puede convertirse en el “chivo expiatorio” de las tensiones y conflictos de la familia.

A veces la violencia es el medio de comunicación para “controlar” y “manejar” a la persona anciana. El no escuchar o prestar poca atención a la necesidad de comunicarse por parte del adulto mayor, lleva a una disminución de la interacción social.

Se manifiesta también en forma de insultos, agravios que de una u otra manera subestiman al anciano. Pero cualquiera sea la causa del maltrato psicológico, sabemos que puede generar en él problemas tan serios como depresión y aislamiento, llegando en algunos casos extremos hasta el suicidio.

Para lograr un acercamiento que permita acceder a la problemática y ayudar a las víctimas en su recuperación, se torna imprescindible por parte de la familia escuchar, atender y comprender sus relatos.

## Abuso sexual

Si como venimos desarrollando, “ponerle voz al silencio”, con relación a la violencia y el maltrato en sus diversas manifestaciones, resulta aún costoso para una sociedad que muchas veces se comporta como si “aquí no pasa nada”, es de imaginar cuánto más difícil se torna cuando se debe abordar la problemática de abuso sexual, porque aún hoy en día todo lo relacionado con sexualidad y genitalidad sigue teñido por tabúes y prejuicios.

Más allá de que existen programas de asistencia y centros para las víctimas de estos delitos, no siempre son denunciados, y con mayor razón, cuando se trata de personas ancianas.

## Abuso económico

Una de las manifestaciones más crueles del maltrato económico son los haberes jubilatorios tan escasos, que impiden a los Mayores llevar una vida independiente y digna.

Según las investigaciones de los expertos en seguridad social, “si se quisiera que los cuatro millones de afiliados de P.A.M.I., vivieran en promedio como viven los demás, tendrían que darles aproximadamente el 10% del ingreso Nacional, cuando apenas se le destina un insuficiente 4%”.

Otra de las manifestaciones, es la provocada por su propia familia, podemos citar a modo de ejemplo:

- Obligar a compartir el ingreso jubilatorio
- Administrar sus ingresos, bienes, etc.
- Oponerse a que rehagan su vida con otra persona (casamiento, noviazgo, concubinato).
- Prohibir gastos necesarios.
- Coartar la libertad de decisiones.
- Invadir sus espacios, sometiéndolos al hacinamiento.

## Discriminación

Es otra forma de maltrato ya que la discriminación consiste en el trato diferencial hacia una persona o grupo de personas sobre la base de ciertas características accidentales ( color de piel, religión, sexo, situación económica, edad ) antes que las conductas cumplidas, las funciones desempeñadas, los méritos personales o circunstancias similares, surgidas, no de la condición humana, sino del obrar humano.

Al respecto podemos decir que los prejuicios considerados como el estado mental que permite la discriminación configuran un aspecto muy arraigado de la cultura de ciertas sociedades y casi siempre van acompañados de falsas opiniones, que toman la forma de estereotipo.

Los prejuicios se transmiten de generación en generación, condicionado desde sus primeros años de vida tanto a quien discrimina como a quien es discriminado.

## Mitos y Prejuicios respecto a la vejez

En torno a los cambios biológicos ocurridos al envejecer, se configuró el llamado modelo médico tradicional que conceptualizó a la vejez en términos de déficit y de involución acentuando la percepción de la vejez como un proceso degenerativo. El proceso de envejecimiento constituye un fenómeno universal que afecta a todos los seres vivos. El envejecer no significa necesariamente que la persona se deslice inevitablemente hacia la invalidez, soledad y a un deterioro físico y mental.

Respecto a la vejez se han desarrollado una variedad de mitos. El primero se refiere a la expectativa de que ser viejo significa estar enfermo (Verbrugge, 1984). Al respecto, una encuesta realizada en 1994 encontró que entre las personas de 65 y 74 años, 89% no presenta invalidez alguna. Para las personas entre 75 y 84 años, esta cifra fue del 73% y entre aquellos sobre 85 años, fue del 40% (Rowe y Khan, 1998).

Un aspecto adicional es la concepción que se asume respecto a la salud - enfermedad. La "biomedicina", pone particular acento en la observación de la salud humana, centrando el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en los aspectos fisiológicos y fisiopatológicos del cuerpo humano. El reduccionismo de la salud y la enfermedad a los aspectos corporales de la experiencia humana es coherente con la moderna separación entre cuerpo y alma, siendo sólo el primero ámbito de acción e intervención para las ciencias médicas racionales.

Desde este paradigma, que considera el cuerpo como una máquina que funciona fisiológicamente según patrones constantes y cuantificables, y a la enfermedad como una alteración física de este funcionamiento, lo que corresponde para mantener la salud es conocer dicha fisiología, conocer sus alteraciones e intervenir para restablecer el normal funcionamiento del cuerpo. En consecuencia, otros aspectos de la experiencia humana, sociales, culturales, ecológicos, emocionales o afectivos, nada tiene que ver con la salud ni la enfermedad del sujeto.

Este acercamiento reduccionista del bienestar y la salud a su expresión corporal y fisiológica se manifiesta también en la fuerte tendencia a la medicalización de una serie de procesos humanos altamente complejos, tales como el embarazo, la obesidad, el estrés, la sexualidad o las adicciones, el envejecimiento, experiencias que son marcadas de terminologías patológicas y tratamientos centrados en la corporalidad de estos procesos.

El segundo mito se refiere a que existen límites en la capacidad de aprendizaje. Una serie de habilidades como el procesamiento, el aprendizaje y la recuperación de nueva información, la solución de problemas y la rapidez de respuesta, parecen sufrir un enlentecimiento en la vejez con respecto a etapas previas de la vida. Birren, Woods y Williams (1980) proponen la hipótesis de un enlentecimiento cognitivo generalizado del SNC. Sin embargo, las personas mayores pueden mejorar sus habilidades cognitivas mediante procedimientos conductuales (por Ej., retroalimentación y reforzamiento positivo para la identificación de las claves relevantes a la memorización); en particular, el

aprendizaje, la recuperación de información y la habilidad para resolver problemas.

Al menos tres factores han sido identificados como predictores de un menor decremento en las habilidades cognitivas, a medida en que envejecemos. El primer y mejor predictor es el nivel educacional.

El segundo es la capacidad pulmonar, estrictamente relacionada con la actividad física regular y que probablemente permite una mejor circulación y oxigenación de la sangre que llega al cerebro. El tercer predictor es el nivel de autoeficacia, es decir, la creencia en la habilidad personal de ser capaz de influir en lo que nos ocurre a diario (Albert, 1995; Greider, 1996).

Una tercera creencia o mito implica que el envejecimiento conlleva necesariamente un deterioro continuo y progresivo. Sin embargo, gran parte de las funciones perdidas pueden recuperarse y en algunas instancias lograr niveles superiores a los previos.

Una cuarta creencia señala que la genética es el factor determinante en el cómo envejecemos. Sin embargo, se estima que sólo el 30% del envejecimiento físico puede ser atribuido a factores genéticos, aún más, se cree que a medida que envejecemos la importancia de la genética es cada vez menor. La forma en que vivimos (estilos de vida) y dónde vivimos (ambiente) son los factores más importantes en determinar los cambios relacionados con el corazón, el sistema inmunológico, los pulmones, los huesos, el cerebro y los riñones.

El quinto mito se refiere a dificultades en la respuesta sexual. Al respecto, se constata una gran variabilidad individual. Considerándose que, aquellos individuos que han sido sexualmente activos toda su vida es probable que continúen siéndolo durante su vejez. También parece necesario señalar que es muy probable que el repertorio sexual se amplíe a medida que envejecemos.



Es decir, los viejos practican una gama más amplia de comportamientos sexuales, en donde el acariciarse, abrazarse y sentirse amado son más importantes que la penetración y el alcanzar el orgasmo (Segraves y Segraves, 1995).

Un sexto mito se relaciona con la creencia de que los viejos son una carga para los otros grupos etéreos y que no participan en actividades productivas. Lo cierto es que, una buena parte de los adultos viejos están preparados y dispuestos a trabajar, o trabajan; lo que ocurre es que en el mercado laboral son discriminados, cuando se trata de contrataciones o ascensos.

Por otro lado, la jubilación como negación del derecho al trabajo. El retiro de los sistemas de producción se traduce en un cambio radical en el estilo de vida de estas personas, a una disminución considerable de su poder adquisitivo se le añade la pérdida de los ambientes sociales en los que habitualmente se desenvolvía la persona, la disminución de funciones y roles sociales, la obligada reestructuración de su tiempo, etc.

No obstante, debemos prestar atención a los procesos que normalmente están asociados al envejecimiento, y que nos indican cuáles son los problemas que se presentan hoy en día:

- a. Por una parte, la incomprensión y la falta de adaptabilidad a situaciones nuevas que colocan a las personas mayores en una situación de inferioridad en un mundo rápidamente cambiante.
- b. Por otra, el declive psicofísico asociado al envejecimiento conlleva necesidades de atención psicosocial, sanitarias y económicas cada vez mayores.

En los países desarrollados se considera que cerca del 25 por 100 de la población geriátrica sufre una afección psíquica (Sheperd y Clare, 1981), siendo la depresión la más frecuente, con un índice de morbilidad que oscila entre el 13 y el 20 por 100.

Los estereotipos respecto de la vejez mediatizan la visión que la población general tiene sobre sus posibles necesidades, los valores y los beneficios que pueden tanto aportar como recibir de la sociedad, y como parte integrante de la sociedad también encontramos como variables intervinientes las actitudes de los distintos profesionales, que de una u otra forma se dedican a la atención del adulto mayor. Varios autores han trabajado sobre la temática, entre las actitudes negativas más difundidas se encuentran:

- Creencia de que el envejecimiento supone inevitablemente deterioro.
- Pesimismo sobre la posibilidad de que los ancianos puedan cambiar sus patrones conductuales.
- La creencia de que es inútil invertir esfuerzos en personas con una expectativa de vida limitada.
- La idea que la enfermedad mental en los adultos mayores es inevitable, intratable e irreversible. Creencia que lleva a una falta de prevención y tratamiento, aumentando la probabilidad de que se confirme la idea original.
- La creencia de que las personas mayores viven mejor en los geriátricos, con la gente de su edad y personal que los tienda. La realidad en nuestro país es otra.

Estas atribuciones negativas de la sociedad son asumidas por muchos adultos mayores, repercutiendo a su salud psicofísica.

Si bien la buena salud en la vejez depende en gran medida de las condiciones de vida y del medio ambiente, la historia de vida individual es un indicador insoslayable del estado de salud actual. Ya que como dice el profesor Ajuriaguerra: “cada uno envejece de acuerdo a como ha vivido”<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Ajuriaguerra, “Una longeva calidad de vida”.Ed.Artes graficas Candil 1999.

## FACTORES DE RIESGO

Son aquellas características que aumentan la probabilidad de que se produzca o tenga lugar un acontecimiento o evento no deseado.

Investigaciones recientes sobre la violencia familiar destacan factores individuales, factores relacionales, factores comunitarios y sociales.

Factores individuales: es probable que quienes ejecutan la violencia física tengan trastornos de personalidad y problemas asociados al abuso de alcohol u otras sustancias.

Los primeros estudios acerca de la violencia en el anciano establecieron que las deficiencias cognitivas y físicas de las personas mayores estaban asociadas como factor de riesgo al maltrato. Estudios posteriores determinaron que los sujetos que habían sido maltratados no eran más débiles que los no maltratados, e incluso podían ser menos débiles especialmente en los casos de maltrato psíquico y verbal.<sup>25</sup>

Estudios comparativos de cohorte de pacientes con enfermedad de Alzheimer permitieron inferir que la deficiencia no era un factor de riesgo al maltrato, sin embargo, los casos que habían sido denunciados a las autoridades correspondían en su mayoría a personas muy ancianas y disminuidas.

El género se postuló como un factor de riesgo determinante del maltrato a las ancianas, sin embargo algunos estudios de prevalencia indican que el nivel de riesgo de maltrato a los ancianos por sus cónyuges o hijos u otros familiares, es el mismo que en las mujeres.

Factores relacionales: El estrés fue considerado como uno de los factores que predispone al maltrato, aunque actualmente se lo considera en un

---

<sup>25</sup> Paveza G.J.: "Severe family violence and Alzheimer disease, prevalence and risks factor". The Gerontologist. 1992.

contexto mas amplio, en el que la calidad de la relación entre el adulto mayor y el cuidador es un factor importante en el que el estrés puede ser un facilitador en los casos de maltrato, pero que no puede explicar el fenómeno por si solo.

Las condiciones de vida, como el hacinamiento y la falta de privacidad, han sido asociadas con conflictos familiares, la violencia es más frecuente entre aquellos sujetos que viven juntos y entre los cuales existe una relación de gran dependencia y un vínculo muy fuerte. Este tipo de relación dificulta la intervención de terceros.

Factores comunitarios y sociales: El aislamiento social resulta significativo en el maltrato a los mayores, además puede ser la causa o consecuencia del mismo, puede tener como fin el aislamiento de las personas de edad por limitaciones físicas o psíquicas.

En la actualidad se considera que los factores sociales son importantes como factores de riesgo en el maltrato que los ancianos sufren tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados. Las normas, pautas culturales y tradiciones, como los prejuicios contra la vejez, las cuestiones de género, y la cultura de la violencia, también desempeñan un papel importante por los mitos y creencias de que las personas mayores son frágiles, débiles, dependientes y menos merecedoras de la atención de la familia y el Estado que otros grupos sociales.

Debemos tener en cuenta no solo los problemas personales y familiares, sino las dificultades a las que se enfrentan las personas mayores, ya que muchas veces viven en situaciones de pobreza, con ingresos que no les permiten satisfacer sus necesidades básicas y no cuentan con el apoyo de la familia, agravando estos factores el riesgo al maltrato y el descuido,

## CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.

Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes."<sup>26</sup>

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". Por lo tanto, la prevención y promoción de la Salud son estrategias fundamentales para preservar el estado de bienestar de los mayores.

### Prevención y Promoción de la salud en el Adulto Mayor

#### Intervención psicosocial

Actualmente se observa cierto cambio de actitud en la sociedad, a partir de la acción de algunas instituciones y de las propias personas de la tercera edad, que consideran a la vejez como una nueva etapa de la vida y plantean que a partir de superar y elaborar los duelos propios del periodo, se ingresa en un plano de maduración, crecimiento y aprendizaje.

---

<sup>26</sup> Gurland,B y Katz, S.: "Calidad de vida y trastornos mentales de los ancianos" en Katschnig,H (Dir): Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona. Ed. Masson. 2000.

Los grupos pueden servir como continente y como vehículo para el cambio. El trabajo desplegado por los grupos de la tercera edad facilita la adaptación, reafirma la autoestima y brinda aportes para el crecimiento personal. Si el individuo puede superar sus inhibiciones, podrá encontrar un espacio para la creatividad, la recreación y el juego, que constituyen elementos fundamentales para darle sentido al tiempo, facilitar el reconocimiento por otro e incentivar términos de libidinización objetal.

El desarrollo a escala humana incorpora a los viejos junto con otros miembros de la sociedad en la definición y construcción de su futuro.

Este tipo de desarrollo supone una actitud participativa, significa llevar adelante el concepto de ciudadanía, entendido como: ..." la competencia histórica para decidir y concretar la oportunidad del desarrollo humano sostenible, indica la capacidad para comprender críticamente la realidad y sobre la base de esta conciencia crítica elaborada, de intervenir de manera alternativa, se trata de transformarse en sujeto histórico y como tal participar activamente"(Max Neff), significa crear las condiciones para que los mayores sean los protagonistas principales en este desarrollo, esto implica respetar las diferencias y la autonomía de los espacios en que actúan, alentar soluciones creativas.

La satisfacción de las necesidades debe considerarse no sólo como superación de carencias sino también como la capacitación de los mayores como participantes activos en el desarrollo de su sociedad y como protagonistas del crecimiento personal de cada cual como ser humano, pasar a ser personas sujeto y no objeto.

Este desarrollo supera la antinomia entre lo individual y lo social, fomenta la adopción de medidas que combinan el crecimiento individual y social como dos aspectos de una misma realidad. Los mayores de este modo

pueden transformar su lucha por sobrevivir en opciones y alternativas vitales basadas en la dignidad y la creatividad.

Al ser la vejez una construcción social, el desarrollo a escala humana cambiaría desde el inicio las fuerzas que estigmatizan a los adultos mayores y los empujan al margen de la sociedad, modalidades a través de las cuales se nos impone el otro, el lugar que ocupamos, las formas de comunicación, las distancias, las relaciones de poder. Relacionando lo macro y lo microsocioal, analizando el contexto histórico, político y económico, podemos ver las modificaciones en las políticas sociales, en la cotidianeidad y en las rupturas de esa cotidianeidad, asociadas a experiencias colectivas.

Muñoz (1997), plantea algunas estrategias que podríamos utilizar para fortalecer redes sociales, la integración social y la calidad de vida del adulto mayor:

- Animación sociocultural
- Campañas de información y sensibilización
- Actuaciones dirigidas a la mejor ocupación del ocio y tiempo libre
- Actuaciones integrales que favorezcan la coordinación de todos los sistemas de protección social
- Acciones encaminadas a potenciar las relaciones intergeneracionales.

De los factores de riesgo, donde el individuo tiene un grado de control, la falta de ejercicio físico es el potencialmente más modificable. El ejercicio físico aumenta la fuerza, disminuye el riesgo de muerte, mejora el ánimo y reduce el impacto de otros factores de riesgo; ha demostrado ser beneficioso no sólo en la prevención de enfermedades coronarias, sino que también en la prevención y reversión de la hipertensión (donde está aceptado como un tratamiento adjunto a la medicación), en la protección del cáncer del colon, en la prevención de la diabetes, en el tratamiento de la artritis, en la prevención de la

osteoporosis y en mejoramiento del equilibrio y la fuerza de las extremidades inferiores.

La falta de relaciones sociales es un poderoso factor de riesgo. En tal sentido, el apoyo social y socioemocional, las expresiones directas de afecto, de estima, de amor y respeto, son fundamentales para el envejecimiento exitoso.

Es cada vez más claro que el mantenerse activo en tareas que tengan un propósito y un significado, junto con el mantener relaciones significativas, es fundamental para la conservación del bienestar a lo largo de la vida; en relación a lo cual, es muy importante una intervención sustentada en los siguientes principios metodológicos:

1. Las intervenciones deben ser definidas en función de las necesidades individuales de las personas mayores
2. La discapacidad y/o inadaptaciones son las circunstancias que deben poner en relación a las personas mayores y/o sus familias con el entorno institucional.
3. La prevención como forma de intervención no debe estar limitada en el tiempo
4. Sólo el conocimiento del medio en el que el individuo se desenvuelve y su caracterización puede permitir comprender la importancia de la situación
5. El equipo de intervención debe ser versátil y lo menos jerarquizado posible.

En el Primer Nivel de atención, las necesidades más frecuentes que se presentan en los ancianos suelen ser las siguientes:

- de cuidado, afecto, relación, actividad
- de convivencia armónica normalizada



-de relación con los medios de socialización primarios y secundarios: hogares, calle, amigos, etc.

-de atención de dificultades o desajustes que puedan aparecer en el proceso de envejecimiento

-de alojamiento y cuidado en caso de inexistencia o deterioro de las relaciones de convivencia familiar.

La intervención en el Segundo y Tercer nivel va dirigida a individuos, familias y grupos que se encuentran en un proceso definido de exclusión médica y/o social, necesitando apoyos para la convivencia familiar y social, por lo que no sólo se debe incidir en éstos, sino en toda la comunidad. Entre los objetivos más importantes a conseguir en estos niveles de prevención serían:

a) Facilitar el acceso, permanencia y utilización de recursos normalizados de la comunidad

b) Intervenir con los individuos, familias y grupos, al objeto de habilitar las competencias necesarias para la convivencia y la inserción

c) Procurar el apoyo psicosocial necesario

d) Promover intervenciones socioeducativas

e) Realizar intervenciones tendientes al conocimiento, mantenimiento y fortalecimiento de las redes de apoyo social

f) Procurar alojamientos alternativos en las circunstancias adecuadas y cuando no se posible proponer otras alternativas.

El concepto de bienestar es subjetivo, de acuerdo con Diener (1994)<sup>27</sup>, tiene tres características:

---

<sup>27</sup> Diener, E (1984). Subjective well-being. Psychol.Bull. 95, 542-575

1. Es subjetivo, reside en la experiencia del individuo
2. Incluye medidas positivas, no sólo es la ausencia de factores negativos
3. Las medidas del bienestar subjetivo suelen ser integrales e incluir todos los aspectos de la vida de las personas.

La intervención educativa y psicosocial no puede ser vista únicamente como un esfuerzo por contrarrestar las carencias, sino como una apuesta por las posibilidades. En el caso del adulto mayor, se plantean retos de adaptación y los esfuerzos de estas personas para acometerlos, se supone que la integridad de la calidad de vida emana de las respuestas adaptativas.

Por ejemplo, en relación a movilidad útil, actividades básicas de la vida diaria, capacidades de orientación, comunicación receptiva y expresiva, relaciones sociales e interpersonales, autonomía, percepción de salud, entre otras, lo que podría interpretarse a partir de la teoría de la actividad. Según este enfoque, de raíces aristotélicas, una persona se sentirá bien en función de las actividades que realice y de la calidad con la que las lleve a cabo, aprehendida ésta a través de percepciones subjetivas: opiniones, actitudes, creencias y valores.

El desafío de adaptación es extraer placer de la vida. La pregunta que tendríamos que plantearnos es si la persona, el adulto mayor en nuestro caso, tiene respuestas ante este desafío y su percepción de las mismas. Actuar de acuerdo con los propios valores, seguir intereses, adherirse a experiencias religiosas y estéticas, relajarse en tiempo de ocio, valorar la vida a pesar del dolor y de los problemas, etc.

No hay un único estándar con el que evaluar la vulnerabilidad, el declive, el mantenimiento o la mejoría de la adaptación, la adaptación se modifica en función del contexto, especialmente la motivación y el entorno. Por ejemplo, la reestructuración del hogar o la provisión de aparatos auxiliares pueden aumentar o restablecer la adaptación o la independencia de la persona mayor.

La vulnerabilidad de los mayores es el resultado de una personalidad que se volvió frágil por el deterioro de las funciones psicofísicas, sensible a las agresiones del medio, en búsqueda como en todas las edades, de mantener el equilibrio con el ambiente.

Todos somos mayores, en la medida en que cada uno ha crecido interiormente y desde ese lugar la edad cronológica no importa, es solo un dato útil para saber que derechos y deberes tenemos como ciudadanos dentro de una sociedad. La edad da a la vida un sentido de orden, la vejez comienza en el momento en que no se recupera lo que se gasta, lo que se deteriora, lo que se pierde.

Se envejece de un modo personal, dentro de una cultura, un tiempo y un espacio. El sujeto va perdiendo facultades y necesita sustituir para compensar las pérdidas. Esta situación configura otras condiciones de vulnerabilidad que incorporan al concepto tradicional nuevos aspectos. La enfermedad no es solo la respuesta a un desequilibrio físico y/o psíquico, sino que esta agravada por las condiciones sociales y económicas que operan acrecentando el grado de vulnerabilidad de nuestros mayores.

La reducción de los recursos económicos, la falta de contención familiar, el maltrato, son factores que inciden en la evolución del sujeto.

El concepto tradicional, que coincide con la caracterización de Mancini Rueda<sup>28</sup>, se define del siguiente modo: "La vulnerabilidad se refiere a la acentuada incapacidad de una persona de proteger sus propios intereses debido a impedimentos tales como su imposibilidad para dar un consentimiento informado, no poder recurrir a otra forma de obtener atención médica o de satisfacer otras necesidades costosas, o ser un miembro de nivel inferior o subordinado de un grupo jerárquico".

---

<sup>28</sup> Mancini Rueda, Roberto. *Normas Éticas para la Investigación Clínica*. Disponible en [/www.uchile.cl/bioetica/doc/normas.htm](http://www.uchile.cl/bioetica/doc/normas.htm)

En tal sentido, señalamos como vulnerables a aquellos individuos, comunidades o sectores de la comunidad expuestos a padecer daño o abuso debido a que su autonomía se encuentra menoscabada o disminuida.

En términos generales, es ampliamente aceptado que la situación de este tipo de vulnerabilidad puede ser motivada por algunos de los siguientes factores:

- Tener una grave discapacidad sensorial que dificulte la comprensión.
- Padecer algún trastorno psicofísico agudo o crónico.
- Padecer un grave deterioro cognitivo.

Las personas en las que se den alguna de estas condiciones reunirían características especiales y distintivas y adoptan conductas que los tornan vulnerables en extremo.

Ello obliga a generar estrategias especiales para salvaguardar sus derechos y su salud psicofísica, contando entre ellas la inclusión de sus familiares en la práctica terapéutica, que faciliten el desarrollo de conductas saludables.

El término conducta o comportamiento ha sido incorporado a la Psicología desde otros campos del conocimiento, fue empleado en la Química y la Biología para dar cuenta de la actividad de una sustancia, un cuerpo, un átomo, una célula, etc. Se refiere, en todos estos campos, al conjunto de fenómenos que son observables o que son factibles de ser detectados.

En el estudio del ser humano también se aplicó el término a todas las reacciones o manifestaciones exteriores, tratando así de que la investigación psicológica se convirtiera en una tarea objetiva.

Watson incluyó en la conducta todos los fenómenos visibles, objetivamente comprobables o factibles de ser sometidos a registro y

verificación y que son siempre respuestas a reacciones del organismo a los estímulos que actúan sobre él.

Lagache define la conducta como la totalidad de las reacciones del organismo en la situación total. Reconoce en ella: la conducta exterior manifiesta, la experiencia consciente, incluyendo las modificaciones somáticas subjetivas, las modificaciones somáticas objetivas y los productos de la conducta (escritos, dibujos, trabajos, etc.).

La conducta es funcional, tiene una finalidad, la de resolver tensiones, implica siempre conflicto o ambivalencia, solo puede ser comprendida en el contexto en el que ella ocurre. Es el conjunto de operaciones (fisiológicas, motrices, verbales, mentales) por las cuales un organismo en situación reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades.

La formación y capacitación de las personas mayores y sus familiares o personal a cargo, es una labor importante del Psicólogo cognitivo-conductual, ya que a través de distintas técnicas de aprendizaje pueden favorecer el desarrollo de conductas adaptativas y lograr una modificación de aquellas conductas patológicas que incrementen el deterioro en esta etapa de la vida.

### Los adultos mayores y la actividad

Es importante insistir en los lineamientos de la Educación para el Envejecimiento y de la importancia que tiene su aplicación no sólo en la etapa específica del envejecer sino a lo largo de la vida. Al tomarla como parte de la campaña que los organismos internacionales han emprendido en las últimas décadas, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (O.M.S., O.P.S. etc.), en favor de la Promoción y Prevención de la salud, la Educación para el envejecimiento tiene como objetivo muy claro y a la vez muy imperioso, el de lograr nuevas conductas de adaptación del Adulto Mayor no solo en relación a la etapa que está transitando, con todos los cambios y transformaciones que implica, sino también a la sociedad en la que está inmerso, ubicándose como protagonista del tiempo que le toca vivir.

Al hablar de nuevas conductas ya estamos hablando de la capacidad de aprendizaje que les atribuimos a los adultos mayores, aprender constituye el primer paso para transitar por el camino del "buen envejecer".

El desafío que tiene ante sí el Adulto Mayor por lo tanto es doble, por una parte conocer y asumir los cambios que viene experimentando tanto en lo biológico como en lo psicológico y social, y por otra lograr que la sociedad cambie la actitud marginalizadora del envejecente al que nomina como pasivo, enfermo y hasta como discapacitado, no favoreciendo así su inserción.

Hay dos caminos para envejecer entre las múltiples singularidades que la vida imprime: se envejece mal o se envejece bien.

El primero, el camino del envejecer mal, es el de no mirar, no recordar, no asumir, es el camino de la pasividad y de la nostalgia que lleva rápidamente a las incapacidades y a la dependencia acelerando un envejecer patológico.

El otro, el que llamamos camino del "buen envejecer" está vinculado precisamente a tomar conciencia del presente pero rescatando el pasado a través de la reminiscencia; reminiscencia que posibilita la resignificación y la valoración de lo vivido.

Este camino es de actividad, de lucha por una mejor calidad de vida, de opciones por lo gratificante, lo deseado y el disfrute del tiempo libre. La actividad es necesaria para dar base a la calidad de vida.

Actividad no es sinónimo de trabajo rentable, ni de actividad juvenil. En el envejecimiento actividad significa estar en tareas, pero tampoco cualquier tarea como frecuentemente se les ofrece a los mayores, generalmente de distracción o esparcimientos que si bien son necesarios no son suficientes. Nos referimos a actividades que causen placer, gratificación, desarrollo, tanto en lo intelectual, como en lo social, en lo corporal, en lo recreativo, en lo solidario.

La actividad evita algunos de los fantasmas del envejecer: el aburrimiento, la rutina, el aislamiento, la terrible soledad. Si la actividad elegida es grupal, agrega elementos de mucho interés para acrecentar una mejor calidad de vida: el grupo actúa emocionalmente de sostén, de red, aporta interlocutores que escuchan y a los que se aprende a escuchar, con pares que comparten similares condiciones o a veces estilos de vida. El grupo proporciona además la posibilidad de nuevos vínculos, tan necesarios en una etapa signada por las pérdidas.

Buena calidad de vida quiere decir también lograr una buena capacidad de comunicación, una disposición activa y creativa que ayude a conseguir estrategias para adaptarse a un medio y a un tiempo vertiginosamente cambiante, pero que represente a la realidad de todos, el tiempo de todos.

El doble desafío que tienen los Adultos Mayores, como es adaptarse y asumir los propios cambios y además aprender a ajustarse a los cambios que esa realidad imprime a nuestro tiempo, es lo que los hace estar activos, lúcidos, vigentes, no marginados ni aislados ni desestimados. Los Adultos Mayores pueden y deben aportar lo que acumularon en los años vividos, la experiencia de haber pertenecido al siglo XX, con idas y vueltas de las utopías, con terribles despliegues de crueldad humana junto a increíbles avances en la ciencia y la tecnología.

Las actividades pueden ser de distinto tipo, simultáneas o no. Actividades corporales, intelectuales, solidarias.

#### 1 - Actividad corporal.

El Adulto Mayor debe trabajar su cuerpo, y además conocerlo. En este sentido se hace muy útil la práctica de Yoga, el conocimiento del cuerpo, de cada una de sus partes, hace posible su control y el aprovechamiento de sus funciones. En el envejecimiento la mayoría de las veces se da una suerte de rigidización, se camina como si se fuera de una sola

pieza y así también se realizan las acciones o movimientos. Tanto a través de las elongaciones, la relajación, como de la buena respiración, el envejecente llega a sentirse mas tranquilo y seguro frente a los avatares de la vida. Es como aprender una técnica de autoayuda. Junto a esto el poder aprender a conectarse con uno mismo, sentirse, le otorga una tranquilidad que permite disminuir en mucho la ansiedad, las contracturas tan disparadoras de dolores y como consecuencia disminuir los psicofármacos y los analgésicos que tan a menudo consumen los mayores.

Esta posibilidad que brinda la práctica del yoga en cuanto al encuentro con el cuerpo como herramienta a la que hay que cuidar y por otra parte con la interioridad a la que hay que descubrir, ayuda también a que el adulto mayor pueda conectarse a través de las reminiscencias con su pasado, integrarlo al presente reforzando su identidad y fortaleciendo su auto-estima.

No a todos los mayores les gusta una misma práctica corporal, la que hagan debe ser placentera. Pueden optar por las caminatas, solos o acompañados. Está comprobado que caminar pone en juego tanto elementos motores, musculares, articulares, posturales, como psíquicos, al oxigenarse mejor la sangre y a través de ella el organismo en general.

Otros prefieren un trabajo corporal suave pero sostenido coordinado por profesores especiales para Mayores y también en grupos de pares. Los movimientos dentro del agua también parecen beneficiarlos.

## 2- Actividad intelectual

Cobra singular importancia la actividad intelectual, empezando por desplazar del imaginario social ciertos prejuicios que oprimen al adulto mayor.

- Que ya no se puede aprender
- Que las neuronas se mueren
- Que el Adulto Mayor pierde el interés y prefiere la pasividad



Estos Prejuicios se desvanecerán en la medida en que los Adultos Mayores opten cada vez más, como lo están haciendo por concurrir a grupos de Educación Permanente, en donde pueden elegir según sus propios intereses, que asignatura pendiente tienen, que les gusta aprender o crear o recrear o entrenar. Se trata de seguir con su desarrollo personal que termina solo con la muerte. Tienen tiempo libre para hacerlo y disponen de un cerebro cuya plasticidad les permite aprender aunque con un ritmo diferente al de la juventud.

Por otro lado es cierto que las neuronas se mueren y que ya no se pueden regenerar más, pero el cerebro cuenta con millones de células nerviosas, las neuronas, que estimuladas compensan con sus nuevas sinapsis.

Se puede pensar que no es necesario aprender a envejecer, que siempre se envejeció y que uno envejece igual, solo, sin ninguna preparación; pero también es cierto que se puede envejecer bien o mal, que no es lo mismo el envejecer de hace unas décadas que envejecer ahora, que estas generaciones de Adultos Mayores que nacieron en las décadas del 10, del 20 o del 30, fueron formados dentro de una educación de comienzos de siglo, represiva y en la que se valoraba más el esfuerzo que el placer y se creía en una vida previsible dentro de pautas rígidas y modelos "seguros".

Estos Adultos Mayores están frente a una encrucijada que deviene vital por su importancia.

Este tiempo, teñido por la cultura postmoderna, con el culto a lo efímero y lo descartable se contraponen con lo que ellos siempre creyeron, valores estables, proyectos posibles y duraderos. Un tiempo en donde además cuenta muy poco el pasado, la experiencia, o el futuro, los adultos mayores quedan así desechados o marginados.

Deben elegir entre quedar amarrados al pasado haciéndose impermeables a los cambios o afrontar el tiempo que les toca vivir aceptando la

experiencia de vivir esos cambios, y esta experiencia es compleja, difícil, impensable apenas unas décadas atrás y para la cual necesitan prepararse.

Nuestros Adultos Mayores nacieron y crecieron con expectativas, valores, normas de conducta, ideologías, que fueron cayendo en desuso a medida que nos internamos en el Siglo XX, y más aún al terminarlo. Deben aprender a implementar nuevas conductas adaptativas.

El postmodernismo impregna con su lógica del consumo, con los medios masivos de comunicación, derrochando imágenes que confunden la realidad, con imperativos de conductas individualistas y violentas, desafiantes desprecios por los valores y experiencias de los mayores, formas de vivir muy distintas.

Por otra parte muchos paradigmas tambalean y caen pero no hay otros que los reemplacen con igual solidez. No hay modelos. Y este es el gran desafío para nuestra generación de Adultos Mayores, ir delineando nuevos modelos de envejecer, y esto se va logrando si miramos la respuesta que los nietos tienen al ver ir a sus abuelos a los cursos, seminarios, actividades varias, Como les agrada verlos frente a la computadora o compartiendo ese lenguaje informático que los chicos desde muy pequeños van incorporando.

### Estrategias de Afrontamiento

Lazarus (1966), definió la palabra estrés como "un término muy genérico para toda el área de problemas que incluyen el estímulo que produce las reacciones del estrés, las reacciones mismas y varios procesos intervinientes".<sup>29</sup>

Siguiendo a Pearling y colaboradores (1981) consideramos al fenómeno del estrés como un proceso en el que intervienen: las fuentes del estrés

---

<sup>29</sup> Lazarus, R. S. "Psychological stress and the coping process" New York. Ed. Mc Graw-Hill. 1966

("estresores"), los mediadores del estrés: apoyo social y estrategias de afrontamiento y sus manifestaciones psicosomáticas.<sup>30</sup>

Dohrenwed, (1978) propone un modelo explicativo de la relación entre los estresores y su impacto psicológico. Dentro de este modelo, se considera que el estrés puede provocar efectos sobre el individuo que dependen de factores situacionales y de afrontamiento, incluyendo también el uso del apoyo social y las propias características psicológicas.

Lazarus (1980); Billings y Moos, (1981); Folkman (1984), entre otros autores, sostienen que la manera en que la gente maneja las circunstancias estresantes cotidianas puede representar un conjunto importante de moderadores, enfatizando las estrategias de afrontamiento y el apoyo social como de gran relevancia en la maduración del impacto del estrés.

Las estrategias de afrontamiento fueron definidas por Billings y Moos (1981) como intentos del individuo para utilizar recursos personales y sociales que lo ayuden a manejar reacciones de estrés y a realizar acciones específicas para modificar los aspectos problemáticos del medio ambiente. Su función fundamental en la solución de problemas, según Averill (1973) y Silver y Wortman (1980) es la facilitación de la toma de decisiones y/o la acción directa frente a los estresores.

Lazarus y Laumier (1978) definen a las estrategias de afrontamiento como los esfuerzos realizados por las personas para manejar (dominar, tolerar, reducir, minimizar) las demandas ambientales y los conflictos que exceden los recursos del sujeto. Estos autores tipificaron dos grupos de estrategias posibles: las que se centran en el problema (el esfuerzo se dirige a modificar la situación y a disminuir la cognición de amenaza) y las que se centran en la emoción (el esfuerzo se dirige a reducir la perturbación interna provocada por el estrés).

---

<sup>30</sup> Pearling L. "The stress process". Journal of Health and Social Behavior. 1981.

El apoyo social puede definirse como "el grado en que las necesidades de ayuda, aprobación, pertenencia y seguridad de un individuo son cubiertas por otros significativos" (Kornblit, A. N. y Mendez Diaz, A. M., 1987).<sup>31</sup>

Según Sarason y colaboradores (1983), podemos distinguir en el apoyo social dos elementos básicos: la cantidad de otros disponibles a los cuales las personas piensan que pueden dirigirse en momentos de necesidad y el grado de satisfacción que los sujetos anticipan del apoyo que perciben disponible.

### El enfoque de resiliencia

En lo fundamental, nuestro trabajo, supone un cambio de enfoque, el que proponemos es la resiliencia. Promover la resiliencia apunta a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados, del modo como ellos perciben y enfrentan el mundo. Entonces nuestra primera tarea es reconocer aquellas cualidades y fortalezas que han permitido a las personas enfrentar positivamente experiencias estresantes.

Estimular un comportamiento resiliente implica potenciar estos atributos involucrando a todos los miembros de la comunidad en el desarrollo, la implementación y la evaluación de los programas de intervención.

El desarrollo de la resiliencia no es otro que el proceso de desarrollo saludable y dinámico de los seres humanos en el cual la personalidad y la influencia del ambiente interactúan recíprocamente.

El desarrollo humano, es un proceso y no un programa. Rutter estimula el uso del término proceso protector, el cual comprende la naturaleza dinámica de la resiliencia en lugar de los elementos protectores más comunes: "No se refiere a elementos en un sentido amplio, sino simplemente a mecanismos para desarrollar el proceso de protección" (Rutter, 1987).

---

<sup>31</sup> Kornblit A., Méndez Díaz A. M. "Actualización sobre el concepto de estrés ambiental". Medicina y Sociedad, N° 10

La investigación es una esperanza para que los programas de prevención, educación y desarrollo de los adultos mayores no giren alrededor del programa en sí, sino más bien en el proceso y en cómo realizamos lo que hacemos; es decir, no concentrándonos en el contenido, sino en el contexto.

Existen factores internos como la autoestima, el optimismo, la fe, la confianza en sí mismo, la responsabilidad, la capacidad de elegir o de cambio de las competencias cognoscitivas. Una vez fortalecidos estos aspectos, se refuerzan las posibilidades del grupo de apoyar a las personas como ser humano íntegro, seguro y capaz de salir adelante.

Por ello es importante, además de desarrollar factores internos, afianzar los apoyos externos. Sin embargo, si la autoestima es baja o no se conjuga con las destrezas sociales, si la confianza en si mismo no fluye, no se canaliza de la mejor manera, y se le quita al individuo el apoyo externo, vuelve a derrumbarse.

Aspectos que fortalecen internamente la capacidad personal:

1. Relación o trato estable con al menos una persona significativa.
2. Apoyo social desde dentro y fuera de la familia.
3. Clima educativo emocionalmente positivo, abierto, orientador regido por normas.
4. Modelos sociales que estimulen una conducta constructiva.
5. Equilibrio de responsabilidades sociales y exigencia de resultados.
6. Desarrollo de competencias cognoscitivas y rasgos de conducta que favorezcan una actitud eficaz.
8. Experiencia de autoeficacia, confianza en uno mismo y concepto Positivo de uno mismo.
9. Actuación positiva frente a los inductores del estrés.
10. Ejercicios de sentido, estructura y significado del propio crecimiento.

Son condicionantes externos los de carácter social, económico, familiar, institucional, espiritual, recreativo y religioso, los cuales son promovidos o facilitados por el ambiente, las personas, las instituciones y las familias que intervienen en la atención, el trato y el tratamiento de los adultos mayores que están en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Al margen de los ya mencionados, existen otros ámbitos y claves que la resiliencia genera; algunos autores insisten en la necesidad de contar con buenos modelos de rol en la vida diaria especialmente cuando se trata de personas de las cuales los individuos pueden aprender. En la actualidad algunos educadores han desarrollado estas técnicas con experiencias realizadas en el campo con bosques, flores y demás. También constan entre los factores externos los factores de riesgo que pueden ser muchos, los cuales vulnerabilizan la integridad psíquica, moral, y social.

No basta con compartir su cotidianidad y diluirse en ella, ni reflexionar su problemática identificando los factores de riesgo que los llevó a una situación de deterioro e indefensión, pues sería vulnerabilizar aún más sus condiciones de vida, sobre todo se fomenta una doble estigmatización, etiquetándolos como inútiles e improductivos.

Debemos fortalecer los factores de protección que promueve la resiliencia, revalorizando el potencial interno y externo de cada persona para reconstruir su proyecto de vida personal y social.

Se puede considerar que las principales actitudes que fortalecen en los factores protectores o resilientes en los seres humanos son:

- Demostraciones físicas y verbales de afecto y cariño en los primeros años de vida.
- Reconocimiento y atención a sus éxitos y habilidades.
- Oportunidades de desarrollo de destrezas.

- Actitud de cuidado y amor por parte de todos sus semejantes y especialmente de los encargados de su cuidado y protección.
- Apoyo de un marco de referencia ético y moral.

Es fundamental contar con un proyecto para vivir genuinamente. Estos proyectos son posibles hoy en día, para la solución a los grandes interrogantes de la vida. Primero tenemos que reconocer a los mayores como seres humanos con valores y potencialidades, mirarlos con una visión holística que apunta al crecimiento, al fortalecimiento interior y al cultivo de la autoestima.

Fomentar la resiliencia es un proceso estructural profundo que se inicia de adentro hacia afuera, en el cual cambiamos nuestra forma de pensar para poder percibir a los adultos mayores y su experiencia como recursos y no como problemas

El fomentar la resiliencia también significa que se debe trabajar a nivel de las políticas educativas y sociales, crear una sociedad cuyo interés principal sea el darle una respuesta a las necesidades de los ciudadanos, de las personas de mayor edad.

Si bien es cierto que las acciones que haya que emprender dependerán de los recursos disponibles y del estado actual de la atención en salud, necesitamos claros lineamientos de política y programas que deben formularse partiendo de información actualizada y confiable acerca de la comunidad, los tratamientos eficaces, las estrategias de prevención y promoción y los recursos de salud.

Esto exige, una estrategia de Atención Primaria de la Salud, por ejemplo, que define la salud como un derecho básico, donde el Estado tiene el deber de garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, es visto como un proceso ligado a las condiciones de vida de la población, teniendo como unidad de análisis el grupo social, la familia, e incorpora la ínter disciplina para dar cuenta de esa complejidad. Un concepto de salud que incluye, participación de la población, el énfasis en la promoción y la prevención, el trabajo bajo

programas, cierta autonomía en la planificación, y la articulación entre los distintos niveles de atención.

Por otro lado, tenemos la necesidad de dar cuenta de la dimensión social y cultural del proceso de salud-enfermedad-atención, e incorporar, en nuestra práctica, el concepto de calidad de vida, definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

El concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una exigencia de calidad que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyo y de técnicas de mejora de la calidad.

Grau (1998), nos refiere que si la Condición de Vida es una valoración subjetiva, no puede prescindirse entonces de la valoración del sujeto; cada uno debe ser considerado la persona más capaz de sopesar satisfacciones e insatisfacciones con su vida.

La adaptación de los mayores se relacionará entonces con variables interpersonales e intrapersonales, tales como las habilidades sociales, los estilos y las estrategias de afrontamiento el conocimiento y la gestión de las propias emociones, la capacidad de controlar las emociones, la capacidad de motivarse a si mismo, el autocontrol, el reconocimiento de las emociones ajenas (empatía).



En cuanto a la prevención y promoción de la salud, es importante considerar la asistencia a los adultos mayores, ya sea por un familiar o un asistente profesional y es útil destacar algunas estrategias para promover la salud mental en los ancianos, como por ejemplo:

- Motivar el contacto social con amigos y familiares a través de visitas, llamadas telefónicas u otros medios.
- Organizar momentos alegres como fiestas o excursiones
- Ayudarle a iniciarse en un nuevo hobby o revivir viejos pasatiempos favoritos
- Escuchar, hablar, y compartir sentimientos
- Asegurarle su privacidad
- Tratarlo con respeto, no como un pequeño niño que no puede pensar por sí mismo
- Motivarle a ejercitarse y moverse
- Encontrar maneras en que pueda ser útil a otros
- Tratar de mantener abiertas las líneas de comunicación

Hay estudios que muestran que el tiempo de reacción de las personas mayores puede ser lento, pero que aún pueden aprender. Los familiares y amigos tienen que tener paciencia al esperar respuestas. Es importante recordar que la memoria temporal puede no ser lo que fue un día. El cerebro ayuda a conectarse al mundo exterior. Nuestras experiencias pueden tener mayor significado si podemos procesar y comprender lo que vemos, oímos y absorbemos a través de nuestros sentidos.

Algunas veces a las personas mayores se les etiqueta incorrectamente como "seniles"; el malentendido es que ya no pueden pensar por sí mismos. Sin embargo, generalmente, las personas mayores continúan haciendo buen uso de sus poderes creativos, y de la misma forma que sucede con otras partes del cuerpo, el cerebro funciona mejor si se le usa regularmente.

El aprendizaje continuado es el proceso de explorar nuevas ideas, ya sea a través de la lectura, escuchando radio o mirando televisión, intentando un nuevo hobby o pasatiempo, o probando una nueva receta de cocina. Puede incluir conversación estimulante con amigos y la familia.

En resumen, es la disposición de seguir explorando las tantas aventuras que la vida puede ofrecer. Los beneficios del aprendizaje continuado incluyen un mayor entusiasmo por la vida, menos aburrimiento y depresión, un mayor sentimiento de estima y respeto propios, más interés en el mundo que nos rodea, y nuevas ideas que compartir con la familia y amigos.

Las siguientes actividades son especialmente indicadas para prevenir el deterioro de los adultos mayores:

- Visitar o llamar a amigos por teléfono
- Realizar tareas de costura, bordado, tejido
- Comunicarse con personas que viven en otros lugares
- Leer a grupos de niños en las escuelas
- Escribir sus recetas de cocina favoritas y compartirlas con otros
- Leer libros, revistas, periódicos
- Resolver acertijos, crucigramas, hacer rompecabezas
- Practicar alguna actividad artística, pintar, dibujar, cantar, bailar
- Escribir sus memorias, recuerdos, pensamientos
- Cuidar de alguna mascota o plantas
- Escuchar música, ver películas
- Tocar un instrumento musical
- Organizar un álbum familiar de fotografías
- Trabajar como voluntario en bibliotecas, hospitales, museos, escuelas
- planificar una comida, cocinar para sí mismo y para otros
- visitar o cuidar a niños y jóvenes
- escribir, aprender a usar una computadora
- participar por teléfono en programas de radio y televisión

## 2. CAPITULO II. ESTRATEGIA METODOLOGICA GENERAL

### 2.1 Tipo de Diseño: lógica y contexto de investigación

Se realizará un estudio Exploratorio Descriptivo, Transversal, en un grupo de 50 adultos mayores que concurren a la casa de la cultura de P.A.M.I., en tanto se persigue el objetivo de analizar el maltrato al adulto mayor en el ámbito familiar y conocer la información que poseen los sujetos acerca del maltrato.

La Población esta constituida por los adultos mayores de 60 a 80 años que asisten a la Casa de la Cultura, de los cuales se tomó una muestra de 50 sujetos de acuerdo a los criterios de inclusión. Se excluyeron de la muestra a aquellos sujetos que no cumplieron con los criterios de inclusión señalados.

El diseño de la investigación será de tipo no experimental, se va a describir las variables observadas en un momento dado y único.

Se elige este modelo para poder describir el comportamiento de las variables que intervienen en el fenómeno, si existe algún tipo de correlación entre ellas y como se asocian las variables entre sí.

### 2.2 Tipo de proceso para la producción de conocimiento

Análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados.

### 2.3 Universo

Todos los sujetos adultos mayores de 60 a 80 años afiliados al Instituto de servicios sociales para jubilados y pensionados (PAMI).

## 2.4 Unidad de análisis

Cada uno de los sujetos adultos mayores de 60 a 80 años afiliados a P.A.M.I. que concurre a la casa de la Cultura de dicho organismo.

## 2.5 Muestra

La muestra seleccionada esta constituida por 50 adultos mayores de 60 años hasta 80 años, hombres y mujeres , afiliados a P.A.M.I. que concurren a la Casa de la Cultura que cumplen los siguientes criterios de inclusión:

## 2.6 Criterios de selección de casos

- Mayores de 60 años hasta 80 años
- Con plena capacidad mental
- Residentes en la Capital Federal
- Autoválidos

## Criterios de exclusión

- Menores de 60 años
- Mayores de 80 años
- Con patologías
- Residentes fuera de la Capital Federal
- No Autoválidos

## Variables

- Conocimientos acerca del Maltrato
- Maltrato

## Fuente de los Datos

### Fuente Primaria:

-Encuestas elaboradas al efecto para determinar el conocimiento acerca del maltrato y sus posibles formas de presentación en el adulto mayor.

- Entrevistas semidirigidas

- Reuniones grupales.

### Fuente Secundaria:

- Entrevistas a los Médicos de Cabecera de PAMI, mediante las cuales se obtendrá información de las Historias Clínicas de los pacientes (motivo de consulta, adherencia al tratamiento, tipos de enfermedades que padecen, evolución, deserción, altas)

### Variabes a Analizar:

- Edad
- Sexo
- Nivel de Escolaridad
- Grupo de convivencia
- Número de Hijos
- Funcionamiento Familiar
- Nivel de Satisfacción de Necesidades básicas
- Características Psicosociales
- Cultura Sanitaria
- Manifestaciones de Maltrato
- Conocimientos de maltrato

## Operacionalización de las Variables:

### **Edad:**

Se dividirá en cuatro grupos de edades:

- 60 – 65
- 66 – 70
- 71 – 75
- 76 – 80

### **Sexo:**

- Masculino
- Femenino

### **Escolaridad:**

- Alta: Universitaria completa o incompleta
- Media: Secundaria completa
- Baja: Primaria completa e incompleta

### **Funcionamiento Familiar:**

Se dividió en dos parámetros

-Familia Funcional: Aquella que presenta armonía en las relaciones entre sus miembros y cumple con las funciones básicas: económica, afectiva, reproductiva y educativa según la etapa del ciclo vital en que se encuentra.

-Familia Disfuncional: Aquella donde existen alteraciones de la dinámica de la relación entre los miembros y no se cumplen algunas de las funciones básicas de la familia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre.

### **Satisfacción de necesidades básicas:**

Se tomarán tres parámetros

Buena: Satisfacen sus necesidades de alimentación, recreación, instrucción y de medios para garantizar la higiene personal y ambiental.

Regular: No satisfacen algunas de las necesidades básicas o las satisfacen parcialmente

Mala: Presentan serias dificultades para satisfacer sus necesidades de alimentación, recreación, instrucción y de medios para garantizar la higiene personal y ambiental.

### **Características Psicosociales:**

Se tomarán tres parámetros

Buena: Todos los miembros en edad laboral trabajan y los de edad escolar estudian, la familia mantiene relaciones armónicas con los vecinos y participa regularmente en instituciones sociales.

Regular: Por lo menos uno no trabaja o estudia de acuerdo a su edad por causas ajenas, tiene conflictos con los vecinos por patrones de conducta inadecuados y participa a veces en instituciones sociales.

Mala: Por lo menos uno no trabaja o estudia de acuerdo a su edad por inclinación propia, conflictos con los vecinos, por patrones de conducta inadecuados incluyendo actividades delictivas y casi nunca participa en tareas de las organizaciones sociales.

### **Cultura sanitaria:**

Se determinó según los siguientes parámetros:

**BUENA:** Aceptan orientación médica, conocen las orientaciones sobre promoción de salud y las practican. Tienen una higiene personal y colectiva buena.

**REGULAR:** Aceptan parcialmente las orientaciones médicas sobre promoción de salud pero no las practican. La higiene personal o colectiva no es buena.

**MALA:** No aceptan consejo médico, ni se orientan a través de los programas de Promoción. La higiene personal y colectiva es deficiente.

### **Conocimientos acerca del maltrato**

-Las preguntas utilizadas se responden por Si o No.

- Cada conducta expresada es considerada Maltrato por el sujeto o no lo es.

### **Posibles formas de presentación en el adulto mayor:**

Se distribuyeron según la encuesta aplicada

- Daño a la salud
- Daño a su bienestar
- Daño a Bienes materiales
- Violencia Física
- Violencia emocional
- Violencia sexual



## 2.7 Impacto esperado

- Contribuir al afrontamiento y erradicación del maltrato a los adultos mayores.
- Fomentar la creación de una red comunitaria contra la violencia hacia el adulto mayor para desarrollar estrategias de prevención y de intervención.
- Aumentar los conocimientos sobre el tema y erradicar los mitos y creencias infundadas acerca de la vejez como etapa del ciclo vital.
- Aplicar estrategias de prevención más eficaces.
- Formación de personal capacitado para la educación de la comunidad.
- Informar a la población acerca de las etapas del envejecimiento.

### 3. CAPITULO III: DIMENSION DE LAS TECNICAS DE OBTENCION Y ANALISIS DE LA INFORMACION EMPIRICA.

#### 3.1 Técnicas utilizadas para la obtención de datos

Se utilizarán instrumentos como la encuesta y la entrevista semidirigida que indagarán acerca de los conocimientos de maltrato y formas de maltrato en el ámbito familiar y sus consecuencias en el adulto mayor. Los resultados dependerán de la voluntad de cooperación de los encuestados.

Se confeccionó un instrumento de recolección de datos consistente en dos encuestas estructuradas con 16 y 15 ítems cada una respectivamente, de opción múltiple, que fueron administradas personalmente en la casa de la cultura a los adultos mayores que concurren a los talleres en forma espontánea, en horarios y días al azar.

Las preguntas de la misma fueron concisas, claras y sencillas y evalúan algunos indicadores de los diferentes tipos de maltrato.

#### 3.2 Técnicas utilizadas para el análisis de los datos

El acercamiento a la temática será Cuantitativo y Cualitativo.

Se prevé un análisis estadístico y cualitativo de las observaciones. Los datos serán representados en forma de números que serán analizados estadísticamente. El análisis se inicia con ideas preconcebidas, basadas en investigaciones anteriores, tales como la hipótesis formulada teóricamente (“El maltrato al adulto mayor deteriora su salud y su calidad de vida”), ya que al ser un trabajo descriptivo no se propone como objetivo probarla ni refutarla. Una vez recolectados los datos numéricos, estos se transferirán a una matriz de datos, la cual se analizará mediante procedimientos de índole estadística. Se utilizarán tablas y diagramas. El formato de presentación es estándar.

El análisis cualitativo de las entrevistas semidirigidas se hará mediante la revisión y el análisis minucioso de la información obtenida.

Se entrevistará a los participantes de los Talleres y a los médicos de cabecera, se conversará con algunos familiares.

### 3.3 Análisis de los datos

#### Tabla N° 1

##### Grupos de Edades

<u>Grupos de edades</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
60 a 65 años	2	4%
66 a 70 años	9	18%
71 a 75 años	28	56%
76 a 80 años	11	22%
TOTAL	50	100%

#### **Fuente: Encuesta**

En la tabla N°1 se ilustra la distribución de los adultos mayores según la edad, donde se observó un predominio del grupo etáreo comprendido entre 71-75 años en 28 sujetos para un 56%, seguido en orden de incidencia por 11 sujetos con edades entre 76-78 años para un 22% .

#### Gráfico N°1

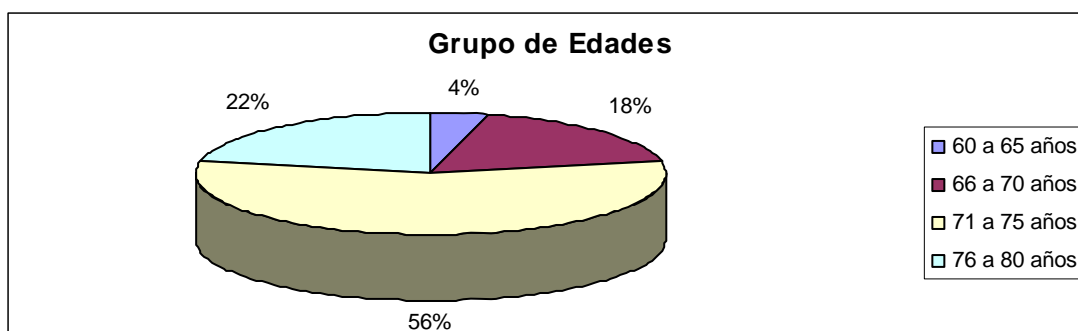


Tabla N° 2.

Distribución según sexo

<u>Sexo</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Femenino	25	50%
Masculino	25	50%
TOTAL	50	100%

**Fuente: Encuesta**

Respecto a la distribución de los adultos mayores según el sexo, se selecciono el 50% para cada sexo, masculino y femenino.

Gráfico N° 2.



Tabla N° 3

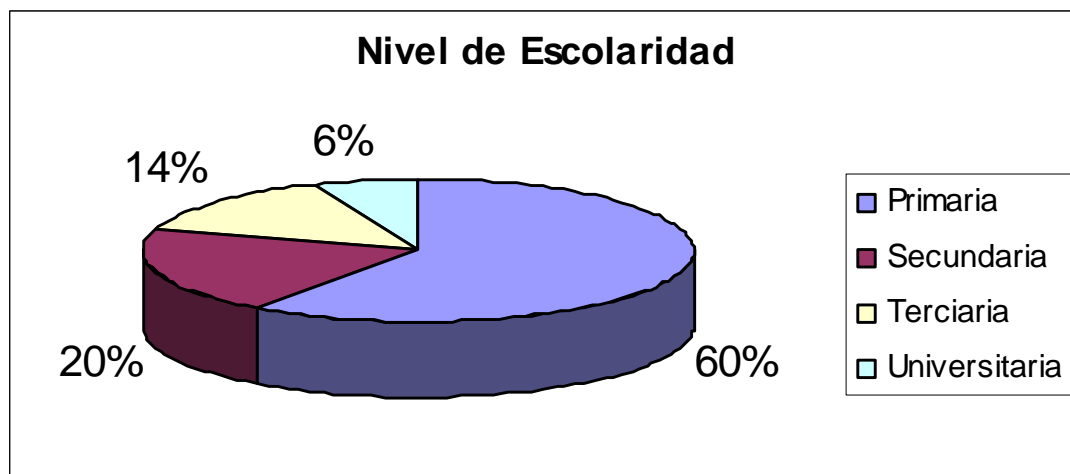
Nivel de Escolaridad de los Adultos Mayores

<u>Escolaridad</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
Primaria	30	60 %
Secundaria	10	20 %
Terciaria	7	14 %
Universitaria	3	6 %
TOTAL		

**Fuente: Encuesta**

En cuanto al nivel de escolaridad de los adultos mayores la mayor representación de la muestra tenía un nivel primario dado por 30 encuestados para un 60%., seguido por un nivel secundario con un 20%.

Gráfico N° 3



**Tabla N° 4**  
**Estado Civil**

Estado Civil	Total	%
Casado	16	32,00%
Separado	5	10,00%
Soltero	2	4,00%
Viudo	27	54,00%

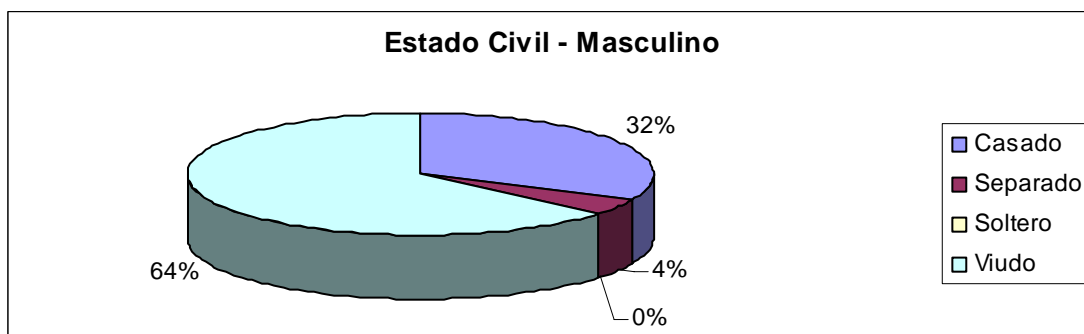
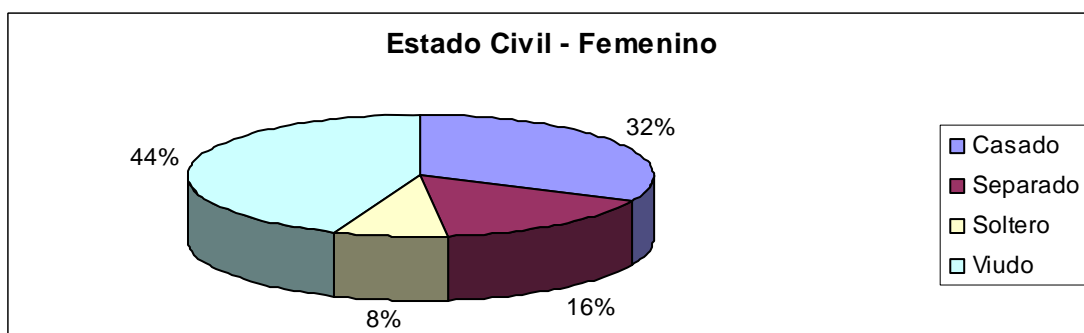
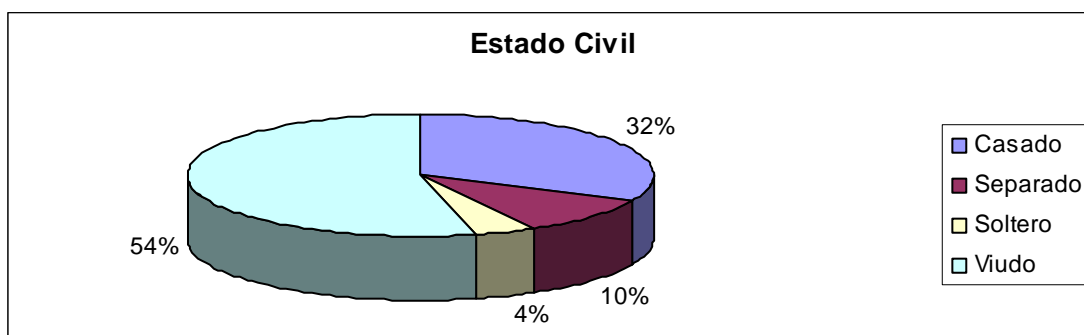
Estado Civil	Femenino	%
Casado	8	32,00%
Separado	4	16,00%
Soltero	2	8,00%
Viudo	11	44,00%

Estado Civil	Masculino	%
Casado	8	32,00%
Separado	1	4,00%
Soltero	0	0,00%
Viudo	16	64,00%

**Fuente: Encuesta**

En cuanto al estado civil de los adultos mayores la mayor representación de la muestra son viudos, 27 individuos con un 54%. Predominando los hombres viudos con un 64% sobre un 44% del sector femenino.

**Gráfico N° 4**



**Tabla N° 5**

**Con quién vive**

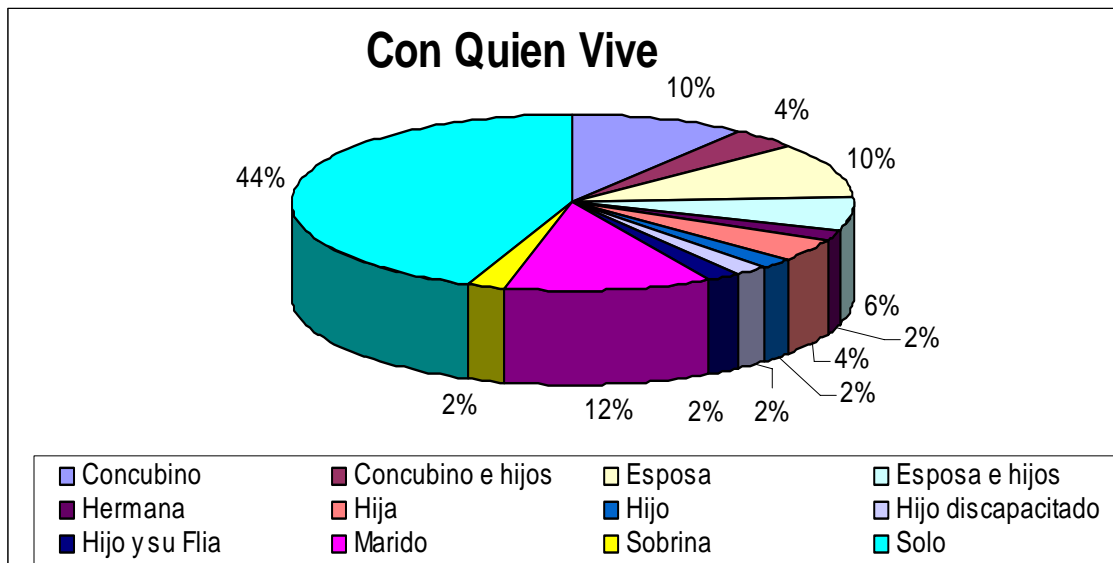
Con quien vive	Femenino	Masculino	Total general
Concubino	2	3	5
Concubino e hijos		2	2
Esposa		5	5
Esposa e hijos		3	3
Hermana	1		1
Hija	1	1	2
Hijo	1		1
Hijo discapacitado	1		1
Hijo y su Flia.		1	1
Marido	6		6
Sobrina	1		1
Solo	12	10	22
Total general	25	25	50

Con quien vive	Femenino	Masculino	Total general
Concubino	8%	12%	10%
Concubino e hijos	0%	8%	4%
Esposa	0%	20%	10%
Esposa e hijos	0%	12%	6%
Hermana	4%	0%	2%
Hija	4%	4%	4%
Hijo	4%	0%	2%
Hijo discapacitado	4%	0%	2%
Hijo y su Flia	0%	4%	2%
Marido	24%	0%	12%
Sobrina	4%	0%	2%
Solo	48%	40%	44%
Total general	100%	100%	100%

**Fuente: Encuesta**

En cuanto al grupo de convivencia en los adultos mayores la mayor representación de la muestra viven solos, 22 individuos con un 44% del total de la muestra. Del resto de los encuestados, el 42% convive con la pareja.

**Gráfico N° 5**



### Tabla N° 6

#### N° de Hijos

Hijos	Femenino	Masculino	Total general
No	5	2	7
Si	20	23	43
Total general	25	25	50

Hijos	Femenino	Masculino	Total general
No	20%	8%	14%
Si	80%	92%	86%
Total general	100%	100%	100%

#### **Fuente: Encuesta**

En cuanto a la distribución de adultos mayores con hijos, hay un predominio de los hombres sobre las mujeres. De estos, el 92% son padres mientras que las madres representan el 80% de la muestra.

### Gráfico N° 6

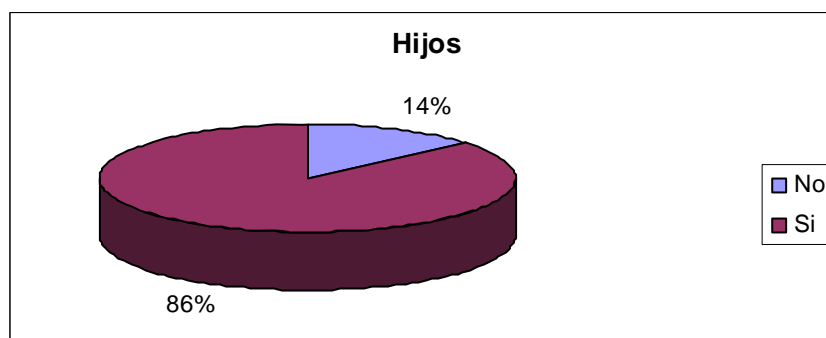




Tabla N° 7

Distribución según funcionamiento Familiar

<u>Funcionamiento Familiar</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Disfuncional	21	42%
Funcional	29	48%
<u>TOTAL</u>		100%

**Fuente: Entrevista**

En cuanto al funcionamiento familiar, podemos decir que de la muestra estudiada, 21 de los adultos mayores formaban parte de familias disfuncionales para un 42 % y los 29 restantes pertenecían a familias funcionales para un 48%.

Gráfico N° 7

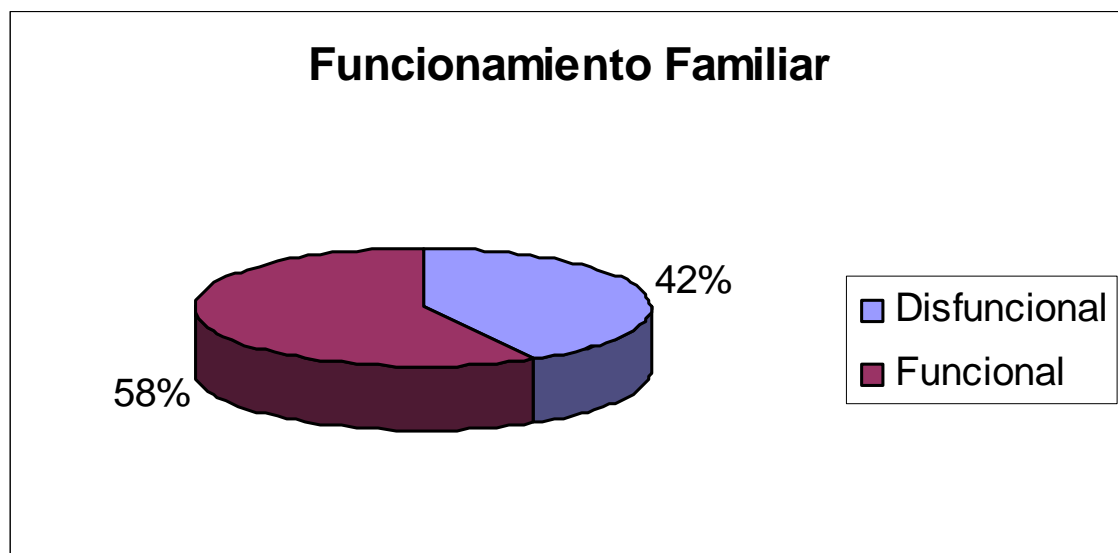


Tabla N° 8

Satisfacción de Necesidades Básicas

<u>Satisfacción de las Necesidades Básicas</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
Regular	25	50%
Bien	16	35%
Mal	11	15%
TOTAL	50	100%

**Fuente: Entrevista Médico de Cabecera (Historia Clínica)**

Refiriéndonos a los factores socioeconómicos, se observó en 25 de los encuestados un status regular en cuanto a la satisfacción de las necesidades básicas para un 50 %, seguido en orden de incidencia por 16 adultos mayores enmarcados en una categoría bien para un 35 %. Y 11 en la categoría mal, representando esta categoría un 15% del total de la muestra.

Gráfico N° 8

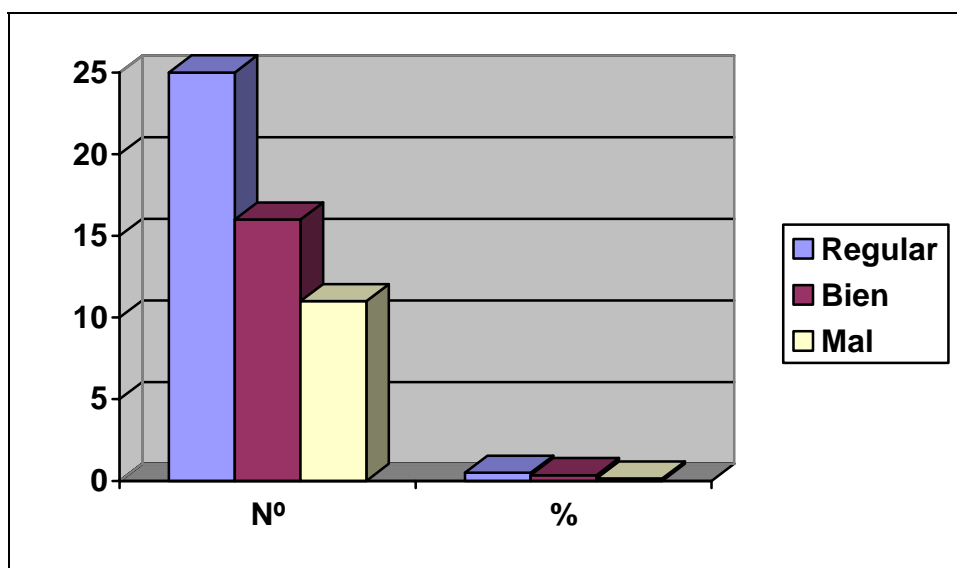


Tabla N° 9

Distribución según características Psicosociales

<u>Características Psicosociales</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Buenas	30	60
Regulares	15	30
Malas	5	10
TOTAL	50	100%

**Fuente: Entrevista Médico de Cabecera (Historia Clínica)**

En la Tabla se refleja la distribución de los adultos mayores según sus características psicosociales, donde se observó en 30 de los casos estudiados para un 60% una evaluación de buena, seguido en orden de incidencia por 15 sujetos para un 30% con categoría de regulares, y 5 sujetos para un 10% con categoría malas condiciones psicosociales.

Gráfico N° 9

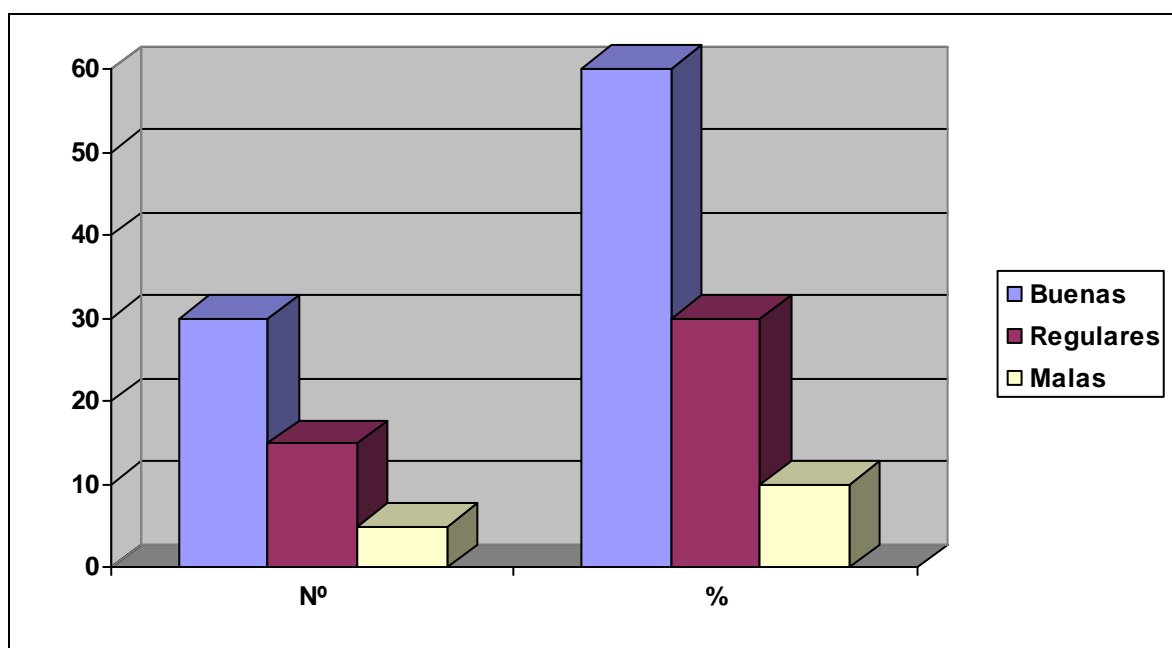


Tabla N° 10

Cultura Sanitaria en las familias de los sujetos estudiados

<u>Cultura Sanitaria</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Buena	14	28%
Regular	30	60%
Mala	6	12%
TOTAL	50	100%

**Fuente: Entrevista Médico de Cabecera (Historias Clínicas)**

Al analizarse el comportamiento de la cultura sanitaria en las familias de los sujetos estudiados, se observó en la mayoría de los mismos un comportamiento regular (30) para un 60 %, seguido por una categoría de buena para 14 sujetos (28%) y mala en 6 casos para un 12 %.

Gráfico N° 10

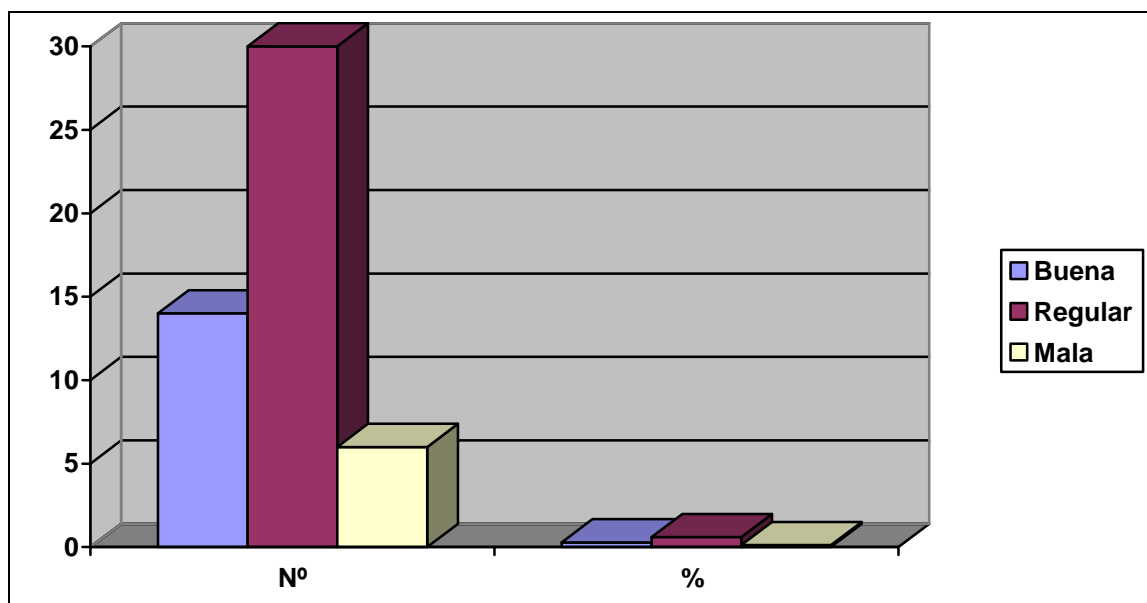


Tabla N°11

Conocimientos acerca de la Violencia Familiar y sus posibles formas de presentación en el adulto mayor en el ámbito familiar

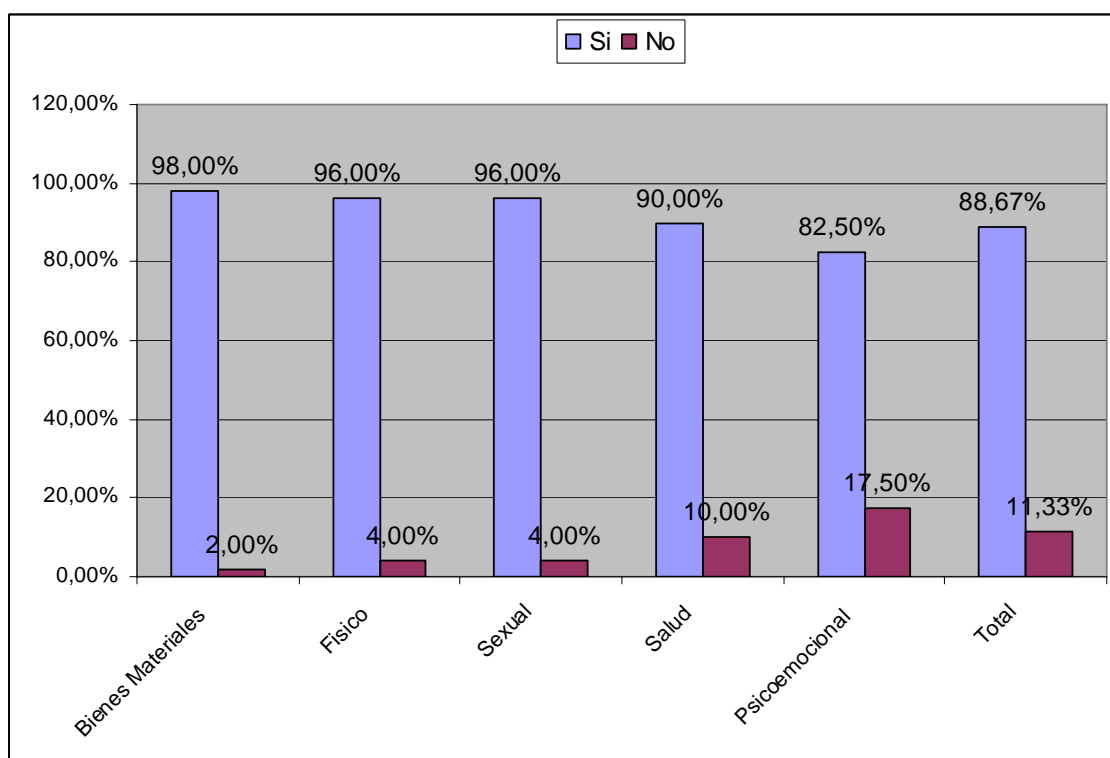
Tipo de Maltrato	Si	No	Total
Maltrato General	49	1	50
Bienes Materiales	49	1	50
Físico	144	6	150
Sexual	48	2	50
Salud	45	5	50
Psicoemocional	330	70	400
Total	665	85	750

Tipo de Maltrato	Si	No	Total
Maltrato General	98,00%	2,00%	6,67%
Bienes Materiales	98,00%	2,00%	6,67%
Físico	96,00%	4,00%	20,00%
Sexual	96,00%	4,00%	6,67%
Salud	90,00%	10,00%	6,67%
Psicoemocional	82,50%	17,50%	53,33%
Total	88,67%	11,33%	100,00%

**Fuente: Encuesta**

Al analizarse el conocimiento que presentaban los adultos mayores acerca de la violencia intrafamiliar y sus posibles formas de presentación, se pudo constatar que de la muestra estudiada que el 98% dice conocer lo que es el maltrato en general. Pero se deduce de las respuestas obtenidas, que solamente el 88,67% realmente sabe en qué consiste realmente, destacándose un mayor desconocimiento en cuanto al maltrato psicológico y emocional, seguida por el maltrato hacia la salud con el 90%

Gráfico N° 11



**Tabla N° 12**

**Maltrato en el ámbito familiar**

Tipo de Maltrato	A veces	Siempre	Nunca	Total
Bienes Materiales	19	9	22	50
Físico	17	4	79	100
Sexual	1	0	49	50
Salud	14	36	0	50
Psicoemocional	224	149	177	550
Total	275	198	327	800

Tipo de Maltrato	A veces	Siempre	Nunca	Total
Bienes Materiales	38,00%	18,00%	44,00%	6,25%
Físico	17,00%	4,00%	79,00%	12,50%
Sexual	2,00%	0,00%	98,00%	6,25%
Salud	28,00%	72,00%	0,00%	6,25%
Psicoemocional	40,73%	27,09%	32,18%	68,75%
Total	34,38%	24,75%	40,88%	100,00%

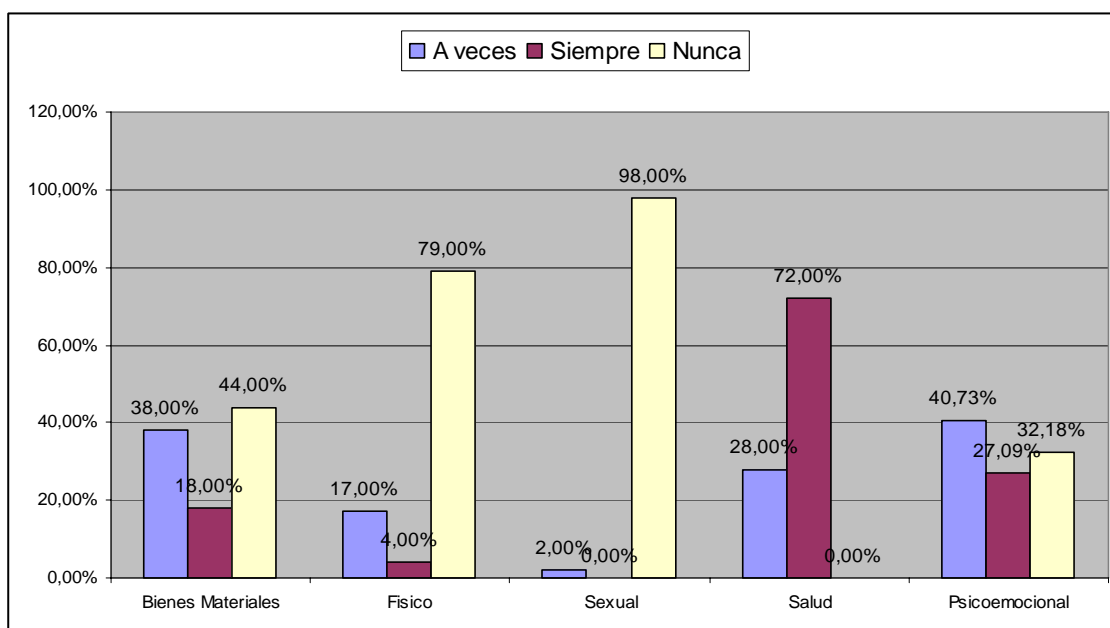
**Fuente: Encuesta**

Al analizarse el tipo de maltrato padecido por los adultos mayores, se pudo constatar sobre la muestra estudiada que el 27,09% recibe un maltrato psicoemocional en forma frecuente, el 40,73% a veces y el 32,18% nunca.

No se evidencia un maltrato físico habitual (79%), ya que solamente el 4% reconoce ser maltratado o amenazado siempre y un 17% algunas veces. Como así tampoco un maltrato sexual, 98%.

Se observa un maltrato en cuanto a los bienes materiales, ya que el 56% reconoce “compartir” o no decidir sobre el uso de sus bienes e ingresos en forma frecuente o esporádica.

**Gráfico N° 12**



## Correlación entre las variables

### Correlación entre conocimientos sobre maltrato y maltrato

**Tabla N° 1**

Sujeto	Conocimientos maltrato	Maltrato
1	9	12
2	11	14
3	14	14
4	12	12
5	15	10
6	14	14
7	15	13
8	11	10
9	11	13
10	15	14
11	15	14
12	15	10
13	11	13
14	14	16
15	14	10
16	15	19
17	15	15
18	15	13
19	14	16
20	15	18
21	15	14
22	15	15
23	15	11
24	15	15
25	13	11
26	15	17
27	13	13
28	13	12
29	13	15
30	9	11
31	13	14
32	11	16
33	15	11
34	13	12
35	12	13
36	12	13
37	11	10
38	14	20
39	11	10
40	7	15
41	15	11
42	15	11
43	13	13
44	14	14
45	14	12
46	15	11
47	15	10
48	14	12
49	13	14
50	15	13
	<b>r= 0,21</b>	

El coeficiente de correlación obtenido es de 0,21, se considera no significativo, es decir que no existe correlación lineal entre los puntajes de ambas variables.

## Correlación entre maltrato económico y maltrato en salud

**Tabla N° 2**

Relación maltrato económico - maltrato salud			
Maltrato	Siempre	A veces	Nunca
Económico	22,00	24,00	4,00
Salud	22,00	10,00	0,00
<b>Relación</b>	<b>100,00%</b>	<b>41,67%</b>	<b>0,00%</b>

Del 44% que siempre recibe maltrato *económico* el 100% recibe maltrato en salud siempre.

Del 48,00% que a veces recibe maltrato *económico*, el 41,67% recibe maltrato en *salud* a veces.

Del 8% que nunca recibe maltrato económico, tampoco reciben maltrato en *salud*.

**Tabla N° 3**

Relación maltrato salud - maltrato económico			
Maltrato	Siempre	A veces	Nunca
Salud	36,00	14,00	0,00
Económico	22,00	10,00	0,00
<b>Relación</b>	<b>61,11%</b>	<b>71,43%</b>	

Del 72% que siempre recibe maltrato en salud un 61,11% recibe maltrato económico.

Del 28 % que a veces recibe maltrato en salud el 71,43% es maltratado económicamente.



## Correlación entre maltrato económico y maltrato físico

**Tabla Nª 4**

<b>Relación maltrato económico - físico</b>			
<b>Maltrato</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Económico	22,00	24,00	4,00
Físico	1,00	0,00	4,00
<b>Relación</b>	<b>4,55%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>

Del 44% que siempre recibe maltrato económico un 4,55% siempre ha recibido maltrato físico por algún familiar.

Del 48% que a veces recibe maltrato económico ninguno de ha recibido maltrato físico por algún familiar.

Del 8% que nunca recibe maltrato económico, los mismos nunca han sido recibido maltrato físico por algún familiar.

**Tabla Nª 5**

<b>Relación maltrato físico - económico</b>			
<b>Maltrato</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Físico	1,00	8,00	41,00
Económico	1,00	0,00	4,00
<b>Relación</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>9,76%</b>

Del 2% que siempre recibe maltrato físico el 100% recibe maltrato económico.

Del 16 % que a veces recibe maltrato físico nunca ha recibido maltrato económico.

Del 82% que nunca recibe maltrato físico un 9,76% nunca recibe maltrato económico.

## Correlación entre maltrato económico y maltrato psicológico

**Tabla Nª 6**

<b>Relación maltrato económico - psicológico</b>			
<b>Maltrato</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Económico	22,00	24,00	4,00
Psicológico	2,00	0,00	4,00
<b>Relación</b>	<b>9,09%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>

Del 44% que siempre recibe maltrato económico un 9,09% siente que le han faltado el respeto en su familia.

El 48% de la muestra analizada que a veces recibe maltrato económico no siente que se le haya faltado el respeto.

Del 8% que nunca recibe maltrato económico nunca han sentido que algún familiar le haya faltado el respeto.

**Tabla Nª 7**

<b>Relación maltrato económico - psicológico</b>			
<b>Maltrato</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Económico	22,00	24,00	4,00
Psicológico	1,00	0,00	4,00
<b>Relación</b>	<b>4,55%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>

Del 44% que siempre recibe maltrato económico un 4,55 % le ha tenido miedo a un familiar

El 48% de la muestra analizada que a veces recibe maltrato económico no le ha tenido miedo a algún familiar

El 8% de la muestra analizada que nunca recibe maltrato económico tampoco le ha temido a algún familiar.

**Tabla Nª 8**

<b>Relación maltrato económico - psicológico</b>			
<b>Maltrato</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Económico	22,00	24,00	4,00
Psicológico	8,00	7,00	4,00
<b>Relación</b>	<b>36,36%</b>	<b>29,17%</b>	<b>100,00%</b>

Del 44% que siempre recibe maltrato económico un 36,36 % es o ha sido insultado por alguien de su familia

Del 48% que a veces recibe maltrato económico un 29,17% es o ha sido insultado por alguien de su familia

Del 8% que nunca recibe maltrato económico ninguno de ellos ha sido insultado por alguien de su familia.

**Tabla Nª 9**

<b>Relación maltrato económico - psicológico</b>			
<b>Maltrato</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Económico	22,00	24,00	4,00
Psicológico	3,00	0,00	4,00
<b>Relación</b>	<b>13,64%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>

El 48% que a veces recibe maltrato económico no ha recibido amenazas de algún familiar.

El 8% que nunca recibe maltrato económico ninguno de ellos fue amenazado por algún familiar.

Del 44% que siempre recibe maltrato económico un 13,64 % fue amenazado por algún familiar.

**Tabla N°10**

<b>Relación maltrato económico - psicológico</b>			
<b>Maltrato</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Económico	22,00	24,00	4,00
Psicológico	7,00	8,00	4,00
<b>Relación</b>	<b>31,82%</b>	<b>33,33%</b>	<b>100,00%</b>

Del 44% que siempre recibe maltrato económico un 31,82 % sospecha que le ocultan información o le mienten en su familia.

Del 8% que nunca recibe maltrato económico ninguno sospecha que le ocultan información o le mienten.

Del 48% que a veces recibe maltrato económico un 33,33% sospecha que le ocultan información o le mienten en su familia.

**Tabla N° 11**

<b>Relación maltrato económico - psicológico</b>			
<b>Maltrato</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Económico	22,00	24,00	4,00
Psicológico	13,00	23,00	4,00
<b>Relación</b>	<b>59,09%</b>	<b>95,83%</b>	<b>100,00%</b>

Del 44% que siempre recibe maltrato económico un 59,09% siempre participa de los diálogos familiares.

Del 48% que a veces recibe maltrato económico un 95,83% a veces participa de los diálogos familiares.

El 8% que nunca recibe maltrato económico tampoco participa de los diálogos familiares.

**Tabla N° 12**

<b>Relación maltrato económico - psicológico</b>			
<b>Maltrato</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Económico	22,00	24,00	4,00
Psicológico	19,00	16,00	4,00
<b>Relación</b>	<b>86,36%</b>	<b>66,67%</b>	<b>100,00%</b>

Del 44% que siempre recibe maltrato económico un 86,36% es invitado a reuniones o celebraciones familiares.

Del 48% que a veces recibe maltrato económico un 66,67% a veces es invitado a reuniones o celebraciones familiares.

El 8% que nunca recibe maltrato económico nunca es invitado a reuniones o celebraciones familiares.

**Tabla N° 13**

<b>Relación maltrato económico - psicológico</b>			
<b>Maltrato</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Económico	22,00	24,00	4,00
Psicológico	5,00	6,00	4,00
<b>Relación</b>	<b>22,73%</b>	<b>25,00%</b>	<b>100,00%</b>

Del 44% que siempre recibe maltrato económico un 22,73% se siente asistido ante sus necesidades por su familia.

Del 48% que a veces recibe maltrato económico un 25% se siente asistido ante sus necesidades por su familia.

El 8% que nunca recibe maltrato económico nunca se siente asistido ante sus necesidades por su familia.

**Tabla N°14**

<b>Relación maltrato económico - psicológico</b>			
<b>Maltrato</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Económico	22,00	24,00	4,00
Psicológico	3,00	0,00	4,00
<b>Relación</b>	<b>13,64%</b>	<b>0,00%</b>	<b>100,00%</b>

Del 44% que siempre recibe maltrato económico un 13,64% siempre se siente querido por sus familiares.

Del 48% que a veces recibe maltrato económico ninguno se siente querido por su familia.

El 8% que nunca recibe maltrato económico nunca se siente querido por sus familiares.

**Tabla N°15**

<b>Relación maltrato económico - psicológico</b>			
<b>Maltrato</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Económico	22,00	24,00	4,00
Psicológico	22,00	17,00	4,00
<b>Relación</b>	<b>100,00%</b>	<b>70,83%</b>	<b>100,00%</b>

Del 44% que siempre recibe maltrato económico la totalidad de ellos son consultados por su familia antes de tomar decisiones.

Del 48% que a veces recibe maltrato económico un 70,83% a veces es consultado por su familia antes de tomar decisiones.

El 8% que nunca recibe maltrato económico nunca se siente querido por sus familiares.

**Tabla N°16**

<b>Relación maltrato económico - psicológico</b>			
<b>Maltrato</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Económico	22,00	24,00	4,00
Psicológico	5,00	24,00	4,00
<b>Relación</b>	<b>22,73%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Del 44% que siempre recibe maltrato económico un 22,73% siempre cuenta con algún familiar para dialogar sobre sus cosas personales.

Del 48% que a veces recibe maltrato económico la totalidad de ellos cuenta con algún familiar para dialogar sobre sus asuntos.

El 8% que nunca recibe maltrato económico nunca cuenta con algún familiar para dialogar sus temas personales.

**Tabla N° 17**

<b>Relación maltrato económico - psicológico</b>			
<b>Maltrato</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Económico	22,00	24,00	4,00
Psicológico	22,00	9,00	1,00
<b>Relación</b>	<b>100,00%</b>	<b>37,50%</b>	<b>25,00%</b>

Del 44% que siempre recibe maltrato económico la totalidad se siente triste o angustiado.

Del 48% que a veces recibe maltrato económico un 37,50% a veces se siente triste o angustiado.

El 8% que nunca recibe maltrato económico un 25% nunca se siente triste o angustiado.

### 3.4 Conclusiones

El riesgo de que un anciano sea maltratado por su familia constituye un fenómeno multicausal y multidimensional.

El problema del maltrato de los ancianos se define como consecuencia de las contradicciones que no pueden resolverse adecuadamente sino se satisfacen sus necesidades básicas como alimentación, vivienda, seguridad, el acceso a la asistencia sanitaria, independencia, participación, autorrealización y dignidad.

El estudio nos permitió identificar que los principales tipos de maltrato en la tercera edad son: el maltrato psíquico y emocional, maltrato económico o material, el maltrato estructural y el descuido, los cuales determinan como principales consecuencias en el anciano el aislamiento, las dificultades emocionales, la depresión o las dificultades psicológicas, los sentimientos de impotencia, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación y el Trastorno por estrés postraumático.

Respecto a la distribución de los adultos mayores según la edad, se observó un predominio del grupo etéreo comprendido entre 71-75 años en 28 sujetos para un 56%, seguido en orden de incidencia por 11 sujetos con edades entre 76-78 años para un 22% . La Media de edad es 72,6 y el Modo es 73 años.

En cuanto al nivel de escolaridad de los adultos mayores la mayor representación de la muestra tenía un nivel primario dado por 30 encuestados para un 60%., seguido por un nivel secundario con un 20%.

En cuanto al estado civil de los adultos mayores la mayor representación de la muestra son viudos, 27 individuos con un 54%. Predominando los hombres viudos con un 64% sobre un 44% del sector femenino.



En cuanto al grupo de convivencia en los adultos mayores la mayor representación de la muestra viven solos, 22 individuos con un 44% del total de la muestra. Del resto de los encuestados, el 42% convive con la pareja.

En cuanto a la distribución de adultos mayores con hijos, hay un predominio de los hombres sobre las mujeres. De estos, el 92% son padres mientras que las madres representan el 80% de la muestra.

Con respecto al funcionamiento familiar, podemos decir que de la muestra estudiada, 21 de los adultos mayores formaban parte de familias disfuncionales para un 42 %, es decir que no presentan relaciones armónicas entre sus miembros y no cumplen con algunas de las funciones básicas de la familia, tales como la económica, afectiva y cuidado de la salud, y los 29 restantes pertenecían a familias funcionales para un 48%.

Refiriéndonos a los factores socioeconómicos, se observó en 25 de los encuestados un status regular en cuanto a la satisfacción de las necesidades básicas para un 50 %, seguido en orden de incidencia por 16 adultos mayores enmarcados en una categoría de bueno para un 35 %.

Al analizarse el conocimiento que presentaban los adultos mayores acerca de la violencia intrafamiliar y sus posibles formas de presentación, se pudo constatar que de la muestra estudiada que el 98% dice conocer lo que es el maltrato en general. Pero se deduce de las respuestas obtenidas, que solamente el 88,67% realmente sabe en qué consiste realmente, destacándose un mayor desconocimiento en cuanto al maltrato psicológico y emocional, seguida por el maltrato hacia la salud con el 90%.

Al analizarse el tipo de maltrato padecido por los adultos mayores, se pudo constatar sobre la muestra estudiada que el 27,09% recibe un maltrato psicoemocional en forma frecuente, el 40,73% a veces y el 32,18% nunca.

No se evidencia un maltrato físico habitual (79%), ya que solamente el 4% reconoce ser maltratado o amenazado siempre y un 17% algunas veces. Como así tampoco un maltrato sexual, 98%.

Se observa un maltrato en cuanto a los bienes materiales, ya que el 56% reconoce “compartir” o no administrar sus bienes e ingresos en forma frecuente o esporádica.

En función de los datos antes descriptos se ha identificado que los principales tipos de maltrato en la tercera edad son:

- maltrato psíquico y emocional
- maltrato económico o material
- maltrato estructural
- descuido

Los tipos de maltrato antes mencionados determinan como principales consecuencias en el anciano el aislamiento, las dificultades emocionales, la depresión, sentimientos de impotencia, vergüenza, miedos y fobias, ansiedad, negación y Trastornos psicósomáticos.

Los principales factores de riesgo son la discapacidad del adulto mayor, el aislamiento, la insatisfacción de las necesidades básicas, las características Psicopatológicas de los cuidadores a cargo, antecedentes de violencia en la familia, entre otros generando a veces en el cuidador de forma intencional o involuntaria abusos y maltratos.

En la identificación de estos factores y en el abordaje de esta problemática juega un papel determinante la labor del Equipo de salud interdisciplinario y el Médico de cabecera por su perfil biopsicosocial en la atención médica de sus pacientes adultos mayores.

En la medida en que el Equipo de Salud interdisciplinario, junto al Médico de cabecera pueda trabajar precozmente en los actos incipientes de

violencia y actuar contra ellos, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad y el deterioro, estará contribuyendo eficazmente a una ancianidad sana, tal como nos la proponemos los profesionales de la salud y se la propone nuestro Sistema Nacional de Salud que propicia la Atención Primaria de la salud como estrategia para mejorar la calidad de vida no solo de nuestros mayores sino de toda la población.

Se necesita disponer de información que supere el enfoque restringido al maltrato físico del fenómeno: un logro muy importante sería que los mayores reconozcan que el maltrato no sólo son los golpes sino también la agresión verbal y psicológica.

Nuestra tarea como profesionales de la salud y desde una mirada interdisciplinaria, será orientar a la familia, contribuir a la clarificación de roles y obligaciones recíprocas, desarrollar la conciencia a partir de la voluntad de sentido. El “deber ser” que cada uno elige es la capacidad de autoconocimiento reflexivo, de la conciencia moral. Este será el motor para saltar obstáculos y alcanzar la meta significativa que se espera encontrar detrás de cada problema.

*...Romper con la tolerancia social y el maltrato pasivo es un desafío de todos...*

Sería interesante continuar este trabajo investigando, entre otras cosas, si existe relación entre el maltrato y algunos desórdenes y patologías diversas presentadas por el cuidador o el anciano.

### 3.5 Resumen

La etapa del ciclo vital que corresponde a la vejez varía según el contexto socio histórico, según la Organización Mundial de la Salud, la tercera edad se sitúa a partir de los 65 años coincidiendo con la edad jubilatoria.

El aumento de la esperanza de vida y la inversión de la pirámide poblacional generan un problema, dado que hay un mayor control de la natalidad y una mayor sobrevivencia en la tercera edad. Entonces hay menos personas para ocuparse de los ancianos que logran vivir más años.

La epidemiología social del abuso y el maltrato en general hacia los ancianos por parte de sus familiares, sigue siendo poco clara debido a la falta de incidencia, y a la escasez de estudios clínicos detallados necesarios para desarrollar una sólida base para la descripción del problema.

Merece una particular consideración la reflexión acerca de este problema, las situaciones de violencia generadas a partir del deterioro concreto en la vida cotidiana con el avance de los años y el efecto que este produce en los familiares con los que convive el anciano y comparte su cotidianeidad.

Las dimensiones del maltrato incluyen el abandono activo y pasivo. Abandono activo definido como el abandono al mantenimiento de los requerimientos necesarios para la vida diaria, tales como alimento, medicamentos, compañía etc. Abandono pasivo referido a la caracterización de cómo la persona fue abandonada, aislada, u olvidada, el abuso verbal, emocional o psicológico, el abuso físico, sexual, y económico sufrido por los ancianos por parte de sus familiares.

Este tema también debe ser abordado dentro de la violencia familiar, dado que, el adulto mayor se vuelve más vulnerable y puede quedar expuesto no solo al maltrato familiar o social, sino también a la posibilidad de

identificación a la imagen negativa de si mismo que puede devolverle su medio social y familiar.

Las percepciones de la etiología del maltrato doméstico entre los miembros de la familia son múltiples, puesto que probablemente no haya una causa única. Entre las posibles explicaciones, un marco “psicopatológico” explicaría el abandono y el abuso en términos de problemas patológicos o personales inherentes al abusador. La dependencia de muchos miembros ancianos de la familia aumenta su vulnerabilidad para tal comportamiento abusivo.

El maltrato también puede interpretarse en términos de medio ambiente, desde una perspectiva social estructural por ejemplo: debido a conflictos derivados de la situación y las crisis o desde condiciones de medio ambiente a largo plazo como condiciones de hacinamiento, ingresos insuficientes, problemas maritales, abuso de alcohol o desde las complicaciones debidas a múltiples responsabilidades hacia los ancianos de la familia.

En el medio occidental urbano, la mayor parte de los adultos mayores padecen algún tipo de limitación psicofísica y social, por lo tanto se hace necesario que el acceso a la información y prevención de los factores de riesgo en la tercera edad sea una prioridad para poder encarar su actual y futura calidad de vida.

El presente trabajo aborda el tema del maltrato al adulto mayor en el ámbito familiar. Para la investigación se seleccionó una muestra de 50 adultos mayores, de 60 a 80 años, que concurren a la Casa de la Cultura del Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados (P.A.M.I.)

Se confeccionó un instrumento de recolección de datos consistente en dos encuestas estructuradas con 16 y 15 ítems cada una respectivamente, de opción múltiple, que fueron administradas personalmente en la casa de la cultura a los adultos mayores que concurren a los talleres en forma espontánea, en horarios y días al azar.

Uno de los objetivos que perseguimos es evaluar los diferentes tipos de maltrato hacia el adulto mayor en el seno familiar, cuales son los factores de riesgo que lo predisponen, e identificar los conocimientos que poseen los ancianos acerca del maltrato y sus posibles formas de presentación.

Asimismo, nos planteamos cómo intervenir eficazmente en ésta población de adultos mayores para evitar que se repita el círculo de maltrato y futuras conductas agresivas.

En principio podemos concluir que de la muestra estudiada el 25,60% es maltratado siempre, en tanto que un 37,07% ha sido maltratado a veces y un 37,33% nunca ha sufrido maltrato en el ámbito familiar.

De la muestra estudiada surgen los siguientes tipos de maltrato al adulto mayor en el ámbito familiar con una frecuencia siempre presente.

- 1º Maltrato a la salud con el 72,00 %
- 2º Maltrato económico con el 44,00 %
- 3º Maltrato psicológico con el 22,17 %
- 4º Maltrato físico con el 2,00 %

En cuanto al maltrato a la salud del adulto mayor surgió que un porcentaje del 72,00 % recibe maltrato siempre. Esto se debería en parte a que las enfermedades producen un debilitamiento en el anciano y aumentan el nivel de dependencia debido a los cuidados y asistencia que requieren de los miembros de la familia, asimismo el aumento de la vulnerabilidad genera por parte de los cuidadores situaciones de abuso o maltrato

El abuso económico arrojó que un porcentaje del 44,00% siempre lo padece. Se entiende por tal el mal uso, explotación o falta de atención a las posesiones del dinero y propiedades de una persona anciana. Incluye la apropiación y el manejo irresponsable de estas pertenencias, así como la

presión sobre el sujeto para que las distribuya o el arrebató directo de sus propiedades a través de la práctica del despojo y la estafa.

El maltrato psicológico con un porcentaje del 22,17 % se ubica en tercer lugar. El abuso psicológico, contempla, entre otras acciones de violencia, comportamientos que causan sufrimiento emocional mediante actitudes tales como: abuso verbal, amenazas, insultos, órdenes rudas o agresión; aislamiento, indiferencia hacia el anciano; infantilismo cuando se lo trata como a un niño pequeño y el acepta pasivamente su dependencia, humillaciones, provocaciones de miedo o temores e interferir en la toma de decisiones; inducción al suicidio, chantaje, entre otras muchas acciones, como hacerlo sentir una carga o estorbo para la familia

El maltrato físico en forma permanente solo se da en un 2% en la muestra estudiada. El maltrato físico contempla toda una gama de lesiones corporales y consiste en golpes, fracturas, heridas intencionales, empujones, quemaduras, apretones, ataduras, negligencia, alimentación inadecuada, privación del sueño, sobredosificación o privación de medicamentos, negación de atención médica, agresión sexual, entre otras lesiones físicas

De acuerdo a los datos obtenidos en nuestra investigación, hemos observado que el maltrato al adulto mayor en el ámbito familiar incrementa la vulnerabilidad y el riesgo de este grupo etáreo, alterando los roles familiares y generando disfuncionalidad.

Creemos que la información y el conocimiento masivo actuarán como un catalizador de nuevos puntos de vista que actuarán como prevención de los trastornos de personalidad y disfuncionalidad del núcleo familiar, tendiendo a una modificación de los patrones de convivencia y a un cambio de las condiciones que rigen la relación del adulto mayor con el medio.

### 3.6 Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento:

A mi maestro, el Dr. Jorge Daniel Lemus por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

A mi Directora de Tesis, Magíster Ana Maria Vincenti por sus valiosas sugerencias y acertados aportes durante el desarrollo de este trabajo.

A la Dra. Maria Carmen Lucioni por su calidez y compañerismo al compartir inquietudes, avances y retrocesos durante la realización del trabajo.

A la Profesora Bibiana Frare por su permanente disposición y desinteresada ayuda.

A mi hija María del Pilar y a Adriano por su paciencia y por enseñarme a enfrentar los obstáculos con alegría.



### 3.7 Dedicatoria

A mis padres,

Los adultos mayores que me guiaron en el camino de la vida.

### 3.8 Bibliografía

- Aduci, Eduardo: "Psicoanálisis de la Vejez", Ediciones Kargieman. Bs. As. 1987.
- Ajuriaguerra, "Una longeva calidad de vida" Ed. Artes graficas candil. 1999.
- Astudillo Alarcón, W. "El cuidado paliativo en los ancianos ". 2000.
- Bazo, Maria T. (coord.): "Envejecimiento y Sociedad: una perspectiva Internacional", Madrid, Ed. Médica Panamericana.1999.
- Benatar R., Frias R. y Kaufmann, A.: "Gestión de las residencias de tercera edad", Bilbao, Deusto. 1993.
- Bianchi, Henri: "Envejecer o los destinos del apego" En la cuestión del envejecimiento. Perspectivas Psicoanalíticas, Bianchi y otros. Biblioteca Nueva. Madrid.1992.
- Brash, Davis: "El envejecimiento". Edit. Salvat. Barcelona 1987.
- Brunner, Emil. "Art. revista de filosofía" Ministerio de Educación de La Plata. 1950.
- Castells, Robert. "La metamorfosis de la cuestión Social". Editorial Paidós, Bs. As. 1997.
- Daichman, Lia Susana: "El Maltrato Institucional Y La Vejez".Subsecretaría De Derechos Humanos Y Sociales. Ministerio Del Interior. Hechos Y Derechos. PAG.39-45. 1999.
- Dever, Alan: "Epidemiología y administración de servicios de salud" As., OPS-OMS. 1991.
- Dolto, Françoise "La dificultad de vivir" Vol.1 Ed. Gedisa. 1990.
- Fernández Cruz, A. "El libro de la salud". 1990.
- Fernández-Ballesteros, Rocío y otros. "Evaluación, e intervención Psicológica en la vejez". Edit. Martinez Roca. Madrid 1995.
- Folkman, S. "Personal control and stress and coping processes: A Theoretical analysis". Journal of Personality and Social Psychology, 46, 1984.
- Fries, J.H.: "Aging, natural death and the compression of morbidity", en The New England Journal of Medicine, 303, N° 3. 1981.

- Freud, Sigmund: "Tótem y Tabú "Obras completas. Ed. Amorrortu. 2000.
- García Pintos, C. "El círculo de la vejez sobre la psicología normal de la persona que envejece. Edit. Almagesto. Bs. As. 1986.
- Goleman Daniel. "La inteligencia emocional" Javier Vergara Ediciones. Bs. As. Argentina 2000.
- Guijarro, J. L. "Las enfermedades en la ancianidad". 1998.
- Goffman, E.: "Internados", Bs.As., Ed. Amorrortu, 1970.
- Gurland, B y Katz, S.: "Calidad de vida y trastornos mentales de los ancianos" en Katschnig, H (Dir): Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona. Ed. Masson. 2000.
- Gutierrez R., "El maltrato al anciano". Boletín informativo de la asociación Alzheimer de Monterrey, A, C/ 1er cuatrimestre/ año4, N° 22, 2000.
- Heidegger: "Quimera" Ed. Montesino Barcelona. 1980.
- Henry, Jules : "La Cultura contra el Hombre", México, Siglo XXI, 1970
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H., "The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research", 11. 1967.
- INSERSO: "Proyección y contenido de un centro residencial para la tercera edad", Madrid, Doc. Técnico N° 40.1990.
- Kornblit, A., Méndez Díaz, A.M., "Actualización sobre el concepto de estrés ambiental". Revista Medicina y Sociedad, 10, 1987.
- KAUFMANN, A. Y FRÍAS, R.: "Residencias: lo público y lo privado", *REIS*, 73, 105-126. 1996.
- Korovsky Edgardo: "Crisis de la edad media de la vida" Primeras Jornadas de Psicogeriatría y Gerontología del Cono Sur. Montevideo. 1996.
- Landoni Alejandra y otros. "Los niños de otrora". Psicología en los procesos de la tercera edad. Ediciones Culturales Universitarias Argentinas. Bs. As.1996.
- Lazarus, R.S. "Psychological stress and the coping process". New York: Mc Graw-Hill. 1996.

- Lazarus, R.S. "Stress related transactions between person and environment". En L.A. Pervin y M. Lervis (Eds.) Perspectives Interactional Psychology. Nueva York: Plenum Press. 1978.
- Lazarus, R.S. "The stress and coping paradigm". En Eisdorfer, C., Cohen, D. Kleinman, a. y Maxim P. (Eds.) Theoretical Bases for Psychopathology. New York: Spectrum. 1980.
- López Cabanas,M.: "Intervención psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participativo". Madrid 1999.
- Lemus, Jorge D.: "Introducción a la Salud Pública" Ed. Kohan, Buenos Aires. 1995.
- Lemus Jorge D.: "Atención primaria de salud y áreas programáticas hospitalarias". Programa Nacional de Atención Primaria de Salud., Funcides. 1998.
- Lemus Jorge D.: "Atención Primaria de la Salud, a 25 años de Alma Ata", Organización Panamericana de la Salud. 2003.
- Lemus Jorge D. : "Auditoria Médica. Un Enfoque Sistémico" Ediciones Universitarias. 2004.
- Lemus Jorge D.: "Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de Salud". CIDES. 2005.
- Lolas Stepke, Fernando. "Bioética del cuidado en la ancianidad". 1998.
- Manual de cuidadores, Ministerio de Desarrollo Social. Ed Forma Color Impresión. 2003.
- Mechanic, D. "Some problems in developing a social psychology of adaptation to stress". En J. Mc Groth (Ed.) Social and psychologicaln factor in stress. New York: Holt Rinehart y Winston. 1970.
- Mc Person: "Aging as a social process" Butterworth Toronto. 1983.
- Mead, Margaret: "Macho y Hembra" Ed. Alfa Argentina
- Mead, Margaret "Sexo y Temperamento", Ed. Paidos.
- Muñoz, C & Reimel, S."Un modelo conceptual para la medición psicosocial en la evaluación de la calidad de vida". Ed. Comportamiento, 1 (2). 1990.

- Muñoz, J.: "Prevención comunitaria de las discapacidades en las personas mayores" en Buela- Casal, G (Ed): Psicología Preventiva. Madrid: Pirámide. 1997.
- Neuman L., "El concepto de abuso y maltrato en la vejez". Tesis para optar al grado académico de diplomado en Geriatria y Gerontología. Universidad de Concepción. Chile. 1998.
- Osman N. Antonuccio "La salud mental en la tercera edad" Buenos Aires: Akadia 1992.
- Passanante, M. "El envejecimiento: un desafío para la sociedad de hoy". Revista "Cuestiones sociales y económicas". U.C.A. Año III- N° 6, p. 7-14.
- Pineda Soria, R.: "Crítica al modelo residencial", *Rev.Esp.Geriat. y Gerontol.* 27 supl.1, 7-12. 1992.
- Revista Prevención, informe mundial "La violencia y la salud" Ed. Ministerio Desarrollo Social. 2002.
- Revista Salud, Art. O.M.S. "Maltrato en la vejez". 1999.
- Redondo, Nélica: "El envejecimiento poblacional de la Ciudad de Buenos Aires", Bs. As, INAP. 1998.
- Rodríguez, A. "Geriatria Ética Medica y Ancianidad". 2002.
- Rodríguez Feijoo, N. "Psicosociogerontología: estudio de la adaptación del anciano a la internación geriátrica". Revista Argentina de Gerontología y Geriatria 11, 1991.
- Rodríguez Feijoo, N. "Uso del tiempo ocioso y nivel de estrés en la vejez". Revista Argentina de Gerontología y Geriatria". N° 2,1993.
- Rorenmayr, L. y Kockels, E. , "Essai d'une théorie sociologique de la vieillesse et de la famille", *Revue Internationale des Sciences Sociales*, vol XV, N° 3. 1963
- Rutter, M.:" Resiliencia psicosocial y mecanismos de protección". *América Journal of Orthopsychiatric*, 316-331. 1987.

- Salvarezza, Leopoldo (compilador). "La vejez. Una mirada gerontológica actual". Editorial Paidós. Bs. As. 2000.
- Salvarezza, Leopoldo: "Psicogeriatría, Teoría y Clínica". Edit. Paidós. Buenos Aires. 1991.
- Salvarezza, Leopoldo. "Psicogeriatría. Teoría y Clínica". Editorial Paidós. Bs. As. 2005.
- Sampieri, Roberto: "Metodología de la Investigación". Ed. Mc Graw Hill. 1997.
- Sánchez Delgado, Carmen: "Gerontología Social", Bs. As., Espacio Ed. 2000.
- Sarason, I. "Assesing social support: The Social Support Questionnaire". Journal of Personality and Social Psychology, 44. 1983.
- Sartre J.: "Filosofía y revolución" Ed. Siglo XXI. 1997.
- Silver, R.L. y Wortman, C.B., "Coping with underivable life events". In Garber, J. y Seligman, M.E. Human Helplessness Theory and Aplications. New York: Academic Press. 1980.
- Simón, M: "Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención". Madrid: Editorial Pirámide. 1997.
- Sirvent, María Teresa: "El proceso de investigación" 2003.
- Skoknic,V.: "Desde las certezas del Trabajo hacia la Aventura de la Jubilación" en Luzoro,J. Editorial (ed): Psicología de la Salud. Santiago: Bravo y Allende Editores. 1999.
- Skoknic,V. : "Efectos de la Preparación Psicológica para la Jubilación" en Luzoro,J (ed): Psicología de la Salud. Santiago: Bravo y Allende Editores. 1999.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGIA, "Residencias para personas mayores" (coord. Rodríguez, P.), Barcelona, SG.1995.
- Suárez, C. A.: "Aportes para la investigación de políticas sociales dirigidas a la vejez (antecedentes: 1850-1930)", Bs.As., inédito. 1988.

- Taylor S. J. Bogdan R. "Introducción a los métodos cualitativos de investigación". Edit. Paidós. Barcelona. 1992.
- Toca, S. y Ciappa, G.: "Estudio sociológico de ancianos institucionalizados", Bs. As., inédito. 2000.
- Vicario, A., Taragano, F." Sobre la vejez, el corazón y el cerebro ". 2002.
- Wethington, E., Kessker R. C. "Perceived support, received support and adjustment to stressful life events. Journal of Health and Social Behavior, N° 27. 1986.
- Zarebki Gabriela. "Hacia un buen envejecer" 1a Editorial Emecè. Bs. As. 1999.

## ANEXOS

Anexo 1: Datos Demográficos

Anexo 2: Encuesta conocimientos de maltrato

Anexo 3: Cuestionario maltrato

Anexo 4: Demografía de la Republica Argentina

Anexo 5: Ley de Violencia Familiar 24.417

Anexo 6: Programa de Talleres de Prevención y Promoción de la Salud

Anexo 7: Matriz de datos



## 1. Datos Demográficos

Complete los datos marcando con una cruz la respuesta que corresponda

<b>1. Edad</b>	60 a 65 años		66 a 70 años		71 a 75 años		76 a 80 años	
<b>2. Sexo</b>	Masculino		Femenino					
<b>3. Escolaridad</b>	Primaria Completa		Secundaria Completa		Terciaria Completa		Universitaria Completa	
	Primaria Incompleta		Secundaria Incompleta		Terciaria Incompleta		Universitaria Incompleta	
<b>4. Ocupación</b>	Anterior				Actual			
<b>5. Estado civil</b>	Soltero		Casado		Separado		Viudo	
	Concubino							
<b>5. Tiene hijos</b>	Si		No					
<b>6. Vive con algún familiar</b>	Si		No					

## **2. Encuesta Conocimientos de maltrato**

Lea las siguientes frases y conteste por si o no indicando con una cruz en el casillero correspondiente:

Puntaje	0	1
---------	---	---

	<b>Conocimientos acerca del maltrato</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1	¿Sabe que es el maltrato?		
2	¿Para Ud. el abuso y el maltrato es lo mismo?		
3	¿Para Ud. el ignorar a alguien es maltratarlo?		
4	¿El abuso emocional o psicológico forma parte del maltrato		
5	¿Solo es maltratada una persona cuando se la golpea?		
6	¿Si se le oculta información o se le miente piensa que se lo maltrata?		
7	¿Si se lo priva de sus necesidades básicas?		
8	¿El abandono es una forma de maltrato?		
9	¿El ser invadido por la familia lo consideraría maltrato?		
10	¿Si lo obligan a hacer cosas que no le agradan?		
11	¿Si le arrojan objetos sería maltrato?		
12	¿Si lo escupen?		
13	¿Si le quitan sus pertenencias o se apropian de sus bienes?		
14	¿Si le gritan o lo insultan sería maltrato?		
15	¿El abuso sexual lo consideraría maltrato?		

Puntaje: en la pregunta 5 se invierte el orden

### 3. Encuesta Maltrato

Lea las siguientes frases y conteste con: nunca (N) a veces (AV) siempre (S).

Estas frases expresan conductas, no es un Test, no hay respuestas correctas o incorrectas.

Puntaje	0	1	2
---------	---	---	---

	<b>Con respecto a sus familiares:</b>	<b>N</b>	<b>AV</b>	<b>S</b>
1	¿Siente que en su familia le faltan el respeto?			
2	¿Alguna vez le tuvo miedo a algún familiar?			
3	¿Ha sido Ud. golpeado, abofeteado, empujado o pateado por algún familiar?			
4	¿Es o fue insultado alguna vez?			
5	¿Fue amenazado?			
6	¿Alguna vez sospechó que le ocultan información o le mienten			
7	¿Es excluido de los diálogos familiares?			
8	¿Sus familiares deciden el uso de su dinero o lo utilizan inapropiadamente?			
9	¿Es excluido de las reuniones o celebraciones familiares?			
10	¿Se siente asistido ante sus necesidades?			
11	¿Se siente abandonado por sus familiares?			
12	¿No se siente querido por sus familiares?			
13	¿No se lo consulta a Ud. antes de tomar decisiones?			
14	¿Cuenta con algún familiar en caso de enfermedad?			
15	¿Se siente triste o angustiado por problemas familiares?			
16	¿Alguien de su familia lo ha tocado sin su consentimiento?			

Puntajes: en las preguntas 10 y 14 se invierte el orden.

#### 4. Demografía de la Republica Argentina (\*)

Población total:

1990: 32.527095

1995: 34.768.457.

2000: 37.031.802.

2005: 39.301.755.

Población de 80 años.

1990: 449.343.

1995: 538.624.

2000: 638.659

2005: 768.763.

2010: 914.111.

2020: 1.158421.

Grupo de edad	1990	2020
0-14	30,62%	23.30%
15-64	60.44%	65.18%
65 y mas	8.94%	11.52%

65 y más

Varones	7.61%	9.62%
---------	-------	-------

Mujeres	10.21 %	13.36 %
---------	---------	---------

Capital Federal

Población total año 1995: 3.027.886.

Población de 80 años:

	1990	2000	2010
Varones	27.620	31.770	38.830
Mujeres	66.655	84.116	103.035

Provincia de Bs. As

Población total año 1995: 13.379.401. Habitantes.

Población de 80 años.

	1990	2000	2010
Varones	59.158.	83.462	122.507.
Mujeres	106.414	163.803	243.019.

Estas cifras mas que para memorizarlas son útiles para rescatar que la población de 0 a 14 años decrece, mientras que la de 60-65 y más aumenta considerablemente, y lo más significativo es el incremento de 80 y más años, indicando que este grupo etéreo mayoritariamente son mujeres.

Un gran aporte han sido los principios de las naciones unidas a favor de las personas de edad sobre la base de la declaración de Derechos y Responsabilidades de la Federación Internacional de la Vejez en el año 1991.

- Independencia
- Participación
- Cuidados
- Autorrealización
- Dignidad

Si bien salvo ciertas decisiones del Consejo de Seguridad y algunos Convenios Internacionales, las Resoluciones de Naciones Unidas no son obligatorias, su fuerza ha sido más ética y política que legal.

(\*)Fuente: INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD. Revista de Prevención. Ed. Ministerio Desarrollo Social. 2002.

## **5. Ley 24417 de protección contra la violencia Familiar**

### **Artículo 1°:**

Toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas. A los efectos de esta ley se entiende por grupo familiar el originado en el matrimonio o las uniones de hecho.

### **Artículo 2°:**

Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el Ministerio Público. También estarán obligados a efectuar la denuncia, los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor. El menor o incapaz puede directamente poner en conocimiento de los hechos al Ministerio Público.

### **Artículo 3°:**

El juez requerirá un diagnóstico de interacción familiar efectuado por peritos de diversas disciplinas para determinar los daños físicos y psíquicos sufridos por la víctima, la situación de peligro y el medio social y ambiental de la familia. Las partes podrán pedir otros informes clínicos.

### **Artículo 4°:**

El juez podrá adoptar, al tomar conocimiento de los hechos motivo de la denuncia, las siguientes medidas cautelares:

- a. Ordenar la exclusión del autor, de la vivienda donde habita el grupo familiar;

- b. Prohibir el acceso del autor al domicilio del damnificado como a los lugares de trabajo o estudio;
- c. Ordenar el reintegro al domicilio a petición de quien ha debido salir del mismo por razones de seguridad personal, excluyendo al autor;
- d. Decretar provisionalmente alimentos, tenencia y derecho de comunicación con los hijos.

El juez establecerá la duración de las medidas dispuestas de acuerdo a los antecedentes de la causa.

**Artículo 5°:**

El juez, dentro de las 48 horas de adoptadas las medidas precautorias, convocará a las partes y al Ministerio Público a una audiencia de mediación instando a las mismas y a su grupo familiar a asistir a programas educativos o terapéuticos (Ver Artículo 3°).

**Artículo 6°:**

La reglamentación de esta ley preverá las medidas conducentes a fin de brindar al imputado y su grupo familiar, asistencia médica y psicológica gratuita.

**Artículo 7°:**

De las denuncias que se presenten se dará participación al Consejo Nacional del Menor y la Familia a fin de atender la coordinación de los servicios públicos y privados que eviten y, en tal caso, superen las causas del maltrato, abusos y todo tipo de violencia dentro de la familia.

Para el mismo efecto podrán ser convocados por el juez, los organismos públicos y entidades no gubernamentales dedicadas a la prevención de la violencia y asistencia a las víctimas.

**Artículo 8°:**

Incorpórase como segundo párrafo al Artículo 310 del Código Procesal Penal de la Nación (ley 23.984), el siguiente:

- En los procesos por algunos de los delitos previstos en el libro segundo, títulos I, II, III, V y VI, y título V, capítulo I del Código Penal, cometidos dentro de un grupo familiar conviviente, aunque estuviese constituido por uniones de hecho, y las circunstancias del caso hicieren presumir fundadamente que pueden repetirse, el juez podrá disponer como medida cautelar la exclusión del hogar del procesado. Si el procesado tuviere deberes de asistencia familiar y la exclusión hiciere peligrar la subsistencia de los alimentados, se dará intervención al asesor de menores para que se promuevan las acciones que correspondan.

**Artículo 9°:**

Invítase a las provincias a dictar normas de igual naturaleza a las previstas en la presente.

**Artículo 10°:**

Comuníquese, etc.

Sanción: 7 de diciembre de 1994

Promulgación: 28 de diciembre de 1994

Publicación: B.O.: 3 de enero de 1995



## **6. Programa de Talleres de Prevención y Promoción de la Salud**

### Actividades para compartir con los pares

La recreación es una actividad asumida durante el tiempo libre, que tiene como funciones el descanso, la diversión, y el desarrollo del individuo, con el fin de integrarlo activamente a la comunidad y liberarlo de la alineación provocada por el trabajo y la rutina.

Esta es una actividad pedagógica, que forma parte de la educación o formal tiene objetivos y contenidos propios, el tiempo, el lugar y los métodos están pautados con relación a los fines que se quieren lograr. Por lo tanto no basta con que las actividades entretengan para ser consideradas recreativas, sino que deben propiciar a los participantes la modificación de conducta y aprendizaje.

Objetivos: deben apuntar a una formación en el tiempo libre que le permita al individuo descubrir y/o mantener sus aptitudes físicas, psíquicas y sociales; adquiriendo en este tiempo nuevas vivencias que le proporcionen ricas y variadas experiencias. Es muy importante que estas actividades resulten productos de placer y goce y sean elegidas libremente.

En la planificación de las actividades se debe tener en cuenta los intereses de quienes serán los actores principales.

Para que la actividad despierte interés debe ser acorde a la realidad sociocultural de cada uno. Las personas sienten satisfacción o placer en determinadas actividades según las semejanzas o diferencias que estas tengan con el estilo de las actividades que realizan regularmente.

La forma de vida cotidiana en que está inmersa la persona y el grupo, incide en las características que asume el uso de del tiempo libre.

Se sabe que la falta de participación trae aparejada la pérdida de la autoestima y la depresión, por lo tanto devolver a las personas el gusto por las actividades físicas y recreativas significa:

- Instarlas a salir del aislamiento.
- Ayudarlas a descubrir de nuevo el uso de su cuerpo.
- Hacerlas tomar conciencia de sus posibilidades.
- Reconocer y aceptar sus limitaciones.
- Ayudarlas a sentirse útiles, solicitando su participación en actividades sociales.
- Mantenerlas alertas y disponibles.
- Volverlas menos vulnerables al paso del tiempo y a la enfermedad.
- Mantener o mejorar su autoestima física y su independencia social: seguir siendo un ciudadano de pleno derecho.
- Integrarlas –cuando es posible- a una actividad de grupo a fin de que encuentren de nuevo el contacto con los demás, las necesidades de comunicarse, expresarse y participar.

### Actividades Propuestas

.

### **6.1 Terapia ocupacional**

Es aquello que tiene como objeto de estudio la ocupación humana, y esta dirigida al logro de la máxima expresión de las capacidades potenciales de las personas, con el fin de conducirlos a una adecuada interacción social y cultural.

Sus actividades son un instrumento terapéutico, y las podemos clasificar en:

Actividades de mantenimiento personal, de esparcimiento o recreación y productivas.

## **6.2 Actividades intelectuales y culturales**

Lectura para comentar y debatir con el grupo.

Escritura de cuentos, historias, poesías etc.

Cine y teatro con debate.

Exposiciones, conferencias, charlas de actualidad.

Taller de agilización de la memoria (Taller preventivo del deterioro cognitivo)

## **6.3 Actividades de expresión**

Danzas

Canto

Tocar instrumentos musicales

Expresión corporal

Pintura

Dibujo

Manualidades.

## **6.4 Actividades lúdicas**

Juegos de mesa

Juegos teatrales

Juegos con máscaras

Juegos de acertijos.

## **6.5 Promoción y Prevención de la salud**

### **Programa. “Nuestros mayores nos cuentan su historia”**

#### **Fundamentación:**

- Promover la solidaridad intergeneracional desde el enfoque de la aproximación posible y deseable entre ancianos y niños.
- Como resultado de la extensión de la vida, el fenómeno de la extensión de la familia en el espacio ha ido acompañado de su ampliación de dos y tres generaciones a cuatro o cinco generaciones; no es excepcional hoy día que padres de 40 o 50 años conserven sus progenitores de 60 o 70 años y abuelos de 80 o 90 años y esas personas de 40 o 50 años con hijos adultos pueden ser abuelos a su vez; en consecuencia el envejecimiento no es solo un fenómeno individual o social sino que está asimismo relacionado con la familia y su ampliación.
- En la actualidad hay un mayor número de niños que conocen a sus abuelos cuando están vivos y durante mucho tiempo. Por consiguiente pueden mantener relaciones entre abuelos y nietos un mayor número de personas que hace un siglo.
- El niño solo sitúa el papel y la posición de sus padres a partir del momento en que comprende que sus padres han vivido los mismos efectos de la dinámica conflictiva edipiana que los que experimenta por si mismo. Los abuelos y los bisabuelos ayudan también al niño a integrarse en el tiempo.
- Los recién nacidos funcionan como “ raíces” y se convierten en las nuevas “raíces “ de esos abuelos, en lugar tal vez del país natal. El abuelo se siente sobrevivir convirtiéndose en “sujeto” de las identificaciones del niño.
- Es el comportamiento de los demás, del entorno social, lo que le hace a uno conciente de su edad. A la conocida frase “uno es tan viejo como se siente” algunos investigadores proponen modificarla agregando “uno es tan viejo como se siente a si mismo, pero a la luz de la sociedad o de los que los rodean”.
- En cuanto a la pérdida de roles, no solo en el plano laboral a partir de la jubilación compulsiva o inconsulta, sino también en el plano familiar, el advenimiento de la sociedad industrial significó el fin de la familia

tradicional (familia extendida,) donde en la misma casa convivían con los abuelos pero éste tenía el respeto del resto de la familia como un patriarca, lleno de sabiduría y experiencia que se admiraba; la familia nuclear que lo sucedió se caracteriza por la separación de los hijos que ya adultos se independizan y constituyen su propio hogar.

### Objetivos

- Concientizar a la comunidad de los riesgos asociados al maltrato al adulto mayor.
- Contribuir a desvirtuar los mitos y prejuicios que existen sobre los ancianos, que presentan al viejo como sinónimo de enfermedad o dependencia, fomentando una interpretación positiva del acceso a la Edad Mayor.
- Motivar el acercamiento entre ambas generaciones, movilizándolo los sentimientos de solidaridad intergeneracional.
- Posibilitar a través de estos encuentros la integración, la participación la transmisión, de la cultura oral de la que son poseedores, evitando de esta forma la injusta marginación social, y fortaleciendo el vínculo con otras generaciones.
- Articular acciones y Programas vigentes en Salud y Educación con criterio funcional, unificando actividades tendientes a consensuar criterios respecto al riesgo de la situación problema.

### Destinatarios

Alumnos de 6º y 7º grado de las escuelas primarias del Área Programática del Hospital Juan A. Fernández del Gobierno de la Ciudad.

### Metodología

Previamente a cada encuentro:

A- Motivación de los alumnos en sus propias escuelas.

-Invitación para el encuentro.

-Acentuación de que la vejez es una etapa evolutiva de la vida, que ellos mismos serán a su vez, en el devenir del tiempo, padres y abuelos.

B- Motivación a los adultos mayores - narradores.

Entrevistas personales y grupales.

El objetivo es hacerlos conocerse entre sí.

Introducirlos en la dinámica y adelantarles quienes serían sus interlocutores.

Dinámica de cada encuentro

-Duración aproximada de 2 horas.

-Presentación de los coordinadores, que darán las consignas con las que se trabajará: 20 minutos de exposición, por cada expositor, y 20 minutos para las preguntas de los alumnos.

Lugar físico

El Programa se desarrollará en las escuelas del Área Programática del Hospital Juan A. Fernández que participen en la propuesta.

Evaluación

Se hará en conjunto con los adultos mayores y el grupo de coordinadores y organizadores.

Asimismo se evaluará la experiencia de los alumnos con una devolución escrita que les entregarán a sus maestros y se leerán en una reunión grupal.

## Indicadores para la evaluación

- Contribuir a desvirtuar los mitos y prejuicios que existen sobre los ancianos.

Grado de Participación en Talleres y Charlas.

Participa-No participa.

Grado de Calidad de Productos Obtenidos en la evaluación de las actividades.

Buena-Media-Regular-mala.

- Motivar el acercamiento entre ambas generaciones, movilizandolos sentimientos de solidaridad intergeneracional.

Concurrencia de los alumnos a los Talleres

Alta-Media-Baja

Concurrencia de adultos mayores a los Talleres

Alta-Media-Baja.

Grado de aceptación y participación de los temas propuestos en actividades.

Buena-Regular-Mala

- Concientizar a la comunidad de los riesgos asociados al maltrato al adulto mayor.

Grado de Participación en las actividades.

Participa-No participa.

Controles en salud de los adultos mayores.

Aumentaron/No aumentaron/Se mantienen

Nivel de demanda de asesoramiento y orientación de los adultos mayores

Alto-medio-bajo

Derivaciones logradas mediante Referencia-contrarreferencia al Plan Médicos de cabecera.

Aumentaron/No aumentaron/Se mantienen

Grado de permanencia en las actividades.

Buena-Media-Regular-Mala

- Articular acciones y Programas vigentes en Salud y Educación con criterio funcional, unificando actividades tendientes a consensuar criterios respecto al riesgo de la situación problema.

Grado de percepción del problema Objeto de estudio.

Alto-Medio-Bajo-Nulo

Identificación de resistencias y obstáculos.

Si-No

Elaboración de nuevas propuestas de acción y abordaje.

Si-No

Nivel de consenso intersectorial.

Bueno-Regular-Malo-Nulo

Nivel de articulación alcanzado en los programas.

Alto-Medio-Bajo



**Imagen N° 1**

Hospital General de Agudos Juan A. Fernández



**Mapa N° 1**

En el Mapa se muestran las áreas Programáticas de los Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



Fuente: *Lemus Jorge Daniel* – Atención Primaria de Salud y Áreas Programáticas Hospitalarias – 1998 – Impresión & Diseño – Capital Federal.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Lemus, J.D. op. Cit.

## **Anexo 7 – Matriz de Datos**

- Datos Demográficos
- Datos Maltrato
- Datos Conocimientos de Maltrato

Encuestado	Sexo	Escolaridad	Ocupación anterior	Ocupación actual	Estado Civil	Hijos	Con quien vive	Edad
1	Femenino	PC	Ama de casa	Cuida nietos	Casado	Si	Marido	69
2	Femenino	PI	Ama de casa	Jubilado	Viudo	No	Solo	73
3	Femenino	PC	Encargado Comercio	Jubilado	Viudo	Si	Solo	80
4	Femenino	PC	Vendedor	Vendedor	Viudo	No	Solo	72
5	Femenino	UC	Farmacéutico	Jubilado	Separado	Si	Concubino	75
6	Femenino	PI	Ama de casa	Jubilado	Casado	Si	Solo	72
7	Femenino	UC	Bioquímica	Jubilado	Viudo	Si	Sobrina	75
8	Femenino	PC	Ama de casa	Jubilado	Viudo	Si	Hermana	79
9	Femenino	PC	Ama de casa	Jubilado	Viudo	Si	Hijo	80
10	Femenino	SC	Vendedor	Jubilado	Casado	Si	Marido	64
11	Femenino	TC	Empleada en empresa de Marido	Empleada en empresa de Marido	Casado	Si	Marido	60
12	Femenino	SI	Secretaria	Jubilado	Soltero	No	Solo	70
13	Femenino	PC	Empleado	Jubilado	Casado	Si	Solo	73
14	Femenino	PC	Costurera	Jubilado	Separado	Si	Solo	74
15	Femenino	PC	Ama de casa	Jubilado	Casado	Si	Marido	71
16	Femenino	SI	Vendedor	Jubilado	Separado	Si	Hija	71
17	Femenino	TC	Enfermero	Voluntaria Hospital	Separado	No	Solo	70
18	Femenino	PI	Ama de casa	Jubilado	Viudo	Si	Hijo discapacitado	71
19	Femenino	PI	Ama de casa	Jubilado	Viudo	Si	Solo	70
20	Femenino	SC	Maestra	Jubilado	Casado	Si	Marido	71
21	Femenino	TC	Profesora	Jubilado	Viudo	Si	Concubino	68
22	Femenino	TC	Instrumentadora quirúrgica	Niñera nietos	Viudo	Si	Solo	69
23	Femenino	SI	Asistente	Jubilado	Soltero	No	Solo	73
24	Femenino	PI	Ama de casa	Jubilado	Viudo	Si	Solo	73
25	Femenino	PI	Empleado	Jubilado	Casado	Si	Marido	76
26	Masculino	PC	Bancario	Sereno	Viudo	Si	Concubino e hijos	70
27	Masculino	PC	Comerciante	Cantante	Casado	Si	Esposa	73
28	Masculino	SI	Mecánico	Jubilado	Viudo	Si	Solo	79
29	Masculino	PC	Empleado Administrativo	Plomero	Viudo	Si	Concubino	71
30	Masculino	PI	Ferroviano	Jubilado	Viudo	Si	Solo	76

31	Masculino	PC	Herrero	Jubilado	Casado	Si	Esposa	74
32	Masculino	PC	Carnicero	Jubilado	Casado	Si	Esposa	71
33	Masculino	TC	Mecánico dental	Jubilado	Separado	Si	Solo	72
34	Masculino	SI	Electricista	Changas	Casado	Si	Esposa e hijos	70
35	Masculino	TI	Maestro mayor de obra	Changas	Casado	Si	Esposa	78
36	Masculino	PI	Panadero	Ayuda en panadería de hijo	Viudo	Si	Solo	75
37	Masculino	PC	Empleado	Jubilado	Viudo	Si	Concubino	75
38	Masculino	PC	Constructor	Jubilado	Viudo	Si	Hijo y su Flia	78
39	Masculino	PC	Empleado	Jubilado	Viudo	No	Solo	71
40	Masculino	PI	Chofer	Jubilado	Viudo	Si	Solo	73
41	Masculino	PC	Relojero	Jubilado	Viudo	Si	Solo	74
42	Masculino	SI	Administrador	Jubilado	Casado	No	Esposa	78
43	Masculino	PC	Comerciante	Changas	Viudo	Si	Hija	79
44	Masculino	PC	Comerciante	Jardinero	Casado	Si	Esposa e hijos	72
45	Masculino	SI	Bancario	Jubilado	Viudo	Si	Solo	72
46	Masculino	PC	Empleado	Vendedor	Viudo	Si	Concubino	73
47	Masculino	TC	Tornero	Jubilado	Viudo	Si	Solo	77
48	Masculino	UC	Medico	Medico	Viudo	Si	Concubino e hijos	70
49	Masculino	PI	Mozo	Jubilado	Viudo	Si	Solo	72
50	Masculino	SC	Empleado Administrativo	Artesano	Casado	Si	Esposa e hijos	75

Encuestado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1	S	N	N	S	N	N	S	S	N	S	N	N	S	S	S	N	N	N	S	N	A	A	A	N	S	S	S	N	A	S	N	
2	S	S	S	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	A	N	A	N	N	A	N	S	S	S	S	N	A	A	A	N	
3	S	S	S	S	N	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	N	N	A	A	A	A	S	A	S	S	N	S	A	S	N	
4	S	S	N	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	N	N	A	N	N	N	S	A	A	A	A	A	A	A	N	
5	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	A	A	A	S	S	S	N	A	S	N	
6	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	A	N	A	N	N	S	S	N	A	S	S	N	A	S	N	
7	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	A	N	N	N	N	A	S	N	S	S	S	N	A	S	N	
8	S	N	N	S	N	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	N	N	N	A	N	N	A	S	S	S	S	S	N	S	S	N	
9	S	N	S	N	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	A	A	N	A	N	A	A	A	A	A	A	S	N	A	A	N	
10	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	A	N	N	A	N	N	A	S	N	S	S	S	N	A	S	N	
11	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	A	N	B	A	N	A	A	S	A	S	S	S	N	A	S	N	
12	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	A	N	N	A	A	N	A	A	A	N	
13	S	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	A	A	N	A	N	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	
14	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	A	A	N	S	N	N	A	S	A	S	S	A	N	A	S	N	
15	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	A	A	N	S	S	S	A	A	S	N	
16	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	A	A	A	S	A	S	A	A	N	A	S	S	A	A	S	N	
17	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	N	A	N	N	N	A	A	A	A	A	A	N	
18	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	A	S	N	A	S	S	N	A	S	N	
19	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	A	S	A	A	A	A	A	A	N	A	N	
20	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	S	S	S	A	A	A	S	S	S	A	A	S	A	
21	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	S	A	N	N	S	S	S	N	A	S	N
22	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	S	S	N	A	S	N	
23	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	S	A	A	S	S	S	N	A	S	N
24	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	A	N	S	A	A	N	A	S	S	N	A	S	N	
25	S	S	S	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	A	A	A	A	A	A	S	N	A	S	N	
26	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	A	N	A	A	A	A	A	N	A	S	A	N	A	S	N	
27	S	S	S	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	A	A	S	N	S	S	A	N	S	S	N	
28	S	S	S	S	N	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	A	S	S	S	N	A	S	N
29	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	A	A	A	N	A	N	S	S	S	N	A	S	N	
30	N	N	S	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	A	N	N	N	A	A	S	A	S	S	N	A	S	N	
31	S	S	S	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	A	A	N	A	A	A	A	A	S	A	A	A	A	A	S	N	

32	S	N	N	S	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	A	A	A	A	N	N	A	A	N	N	A	S	N	N	S	N
33	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	A	A	A	S	N
34	S	S	S	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	A	N	S	A	S	S	S	N	S	S	N
35	S	N	S	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	N	N	N	A	N	A	A	A	N	S	S	S	N	A	S	N
36	S	S	N	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	N	N	A	N	A	S	A	A	S	S	S	S	N	A	S	N
37	S	N	N	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	A	A	S	S	S	A	S	N	S	S	N
38	S	S	S	S	N	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	A	S	A	S	A	A	S	A	S	A	A	N	A	N
39	S	N	S	S	N	N	N	S	N	S	S	S	S	S	N	N	N	A	N	A	N	N	A	S	A	A	A	A	A	N
40	S	N	N	S	S	N	S	N	N	S	S	S	N	N	S	N	A	N	S	S	A	S	S	A	A	S	S	A	A	N
41	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	A	N	A	A	A	N	A	A	A	N	A	A	N
42	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	A	A	S	S	S	S	S	N	N	S	N
43	S	S	S	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	N	N	N	A	A	N	N	S	A	A	A	A	N	A	S	N
44	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	A	N	A	S	N	A	A	S	S	S	A	A	S	N
45	S	S	S	S	N	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	N	N	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A	N	A	N
46	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	S	S	A	A	S	N
47	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	A	N	N	S	A	N	A	S	S	N	A	S	N
48	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	A	A	S	A	S	S	S	N	A	S	N
49	S	S	S	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	N	N	N	A	N	A	A	A	N	A	S	S	N	A	S	N
50	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	A	N	N	N	S	A	S	S	S	N	A	S	N

Tabla N° 1

<b>Distribución de frecuencias</b>				
<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia</b>		<b>Frecuencias acumuladas</b>	
	<b>Absoluta</b>	<b>Relativa</b>	<b>Absoluta</b>	<b>Relativa</b>
10-12	20	40,00%	20	40,00%
13-15	23	46,00%	43	86,00%
16-18	5	10,00%	48	96,00%
19-21	2	4,00%	50	100,00%
<b>Totales</b>	<b>50</b>	<b>100,00%</b>		

Tabla N°2

<b>Medidas</b>	
Media	12,50
Mediana	12,50
Modo	13,50
Desvío Estándar	4,11
Coef. De Curtosis	-5,21
Coef. De asimetría	0,00
Rango	21,00
Mínimo	2,00
Máximo	23,00
Suma	50,00
Cuenta	4,00