



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICLOGÍA**

**MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR:
PROPUESTA DE EVALUACIÓN EN
POBLACIÓN MEXICANA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A N:

MARÍA LUISA MONDRAGÓN GARCÍA

ALEYKA RENTERÍA NÚÑEZ

ALFREDO RODRÍGUEZ ESPEJEL

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: DR. JOSÉ GABRIEL SÁNCHEZ RUÍZ

COMITE: MTRO. PABLO GARRIDO BUSTAMANTE

MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA

LIC. JESÚS BARROSO OCHOA

MTRA. ELDA FRINÉ COSSÍO GUTIÉRREZ



MEXICO, D. F.

OCTUBRE 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CUANDO YO, YA NO PUEDA

*El día que esté viejo y ya no sea el mismo, ten paciencia y compréndeme.
Cuando derrame comida sobre mi camisa y olvide como atarme los zapatos,
recuerda las horas que pasé enseñándote a hacer las mismas cosas.*

*Si cuando platiques conmigo repito y repito la misma historia que tú conoces de
sobra, no me interrumpas y escúchame, cuando eras pequeño,
para que te durmieras tuve que contarte miles de veces el mismo cuento,
hasta que cerraras tus ojitos.*

*Cuando haga mis necesidades frente a otros no me avergüences y compréndeme,
que no tengo la culpa de ello, pues no puedo controlarlo,
piensa cuantas veces te ayude de niño, pacientemente.*

*No me reproches porque no quiera bañarme, ni me regañes por ello,
recuerda cuando te perseguía y los mil pretextos que inventaba
para hacerte más agradable tu aseo.
Acéptame y perdóname ya que el niño ahora soy yo...*

*Cuando me veas inútil e ignorante frente a todas las cosas que tú sabes y que ya
no podré entender, te suplico que me des todo el tiempo que sea necesario para no
lastimarme con una sonrisa burlona, o tu indiferencia, acuérdate que fui yo el que
te enseñó tantas cosas, y que siempre participe en la educación que hoy tienes,
para enfrentar la vida tan bien como lo haces.*

*Y si fallan las piernas por estar cansadas, dame una mano tierna para apoyarme,
como lo hice yo cuando comenzaste a caminar con tus débiles piernitas.
No te sientas triste o impotente por verme como me ves, dame tu corazón,
compréndeme, de la misma manera como te he acompañado en tu sendero,
te ruego me acompañes a terminar el mío.*

*Dame amor y paciencia que yo te devolveré gratitud y sonrisas
con el inmenso amor que tengo por ti.
Piensa que con el paso que me adelanto a dar,
estaré construyendo para ti otra ruta de amor...
En otro tiempo...*

Anónimo

¿QUE CUANTOS AÑOS TENGO?

*Frecuentemente me preguntan que cuántos años tengo.
¡Qué importa eso! ¡Tengo la edad que quiero y siento!
La edad en que puedo gritar sin miedo lo que pienso y hacer lo que deseo,
sin miedo al fracaso, o a lo desconocido.*

*Tengo la experiencia de los años vividos
y la fuerza de la convicción de mis deseos.
¡Qué importa cuántos años tengo! ¡No quiero pensar en ello!
Unos dicen que ya soy viejo, y otros que estoy en el apogeo.*

*Pero no es la edad que tengo, ni lo que la gente dice,
sino lo que mi corazón siente y mi cerebro dicte.
Tengo los años necesarios para gritar lo que pienso,
para hacer lo que quiero, para reconocer yerros viejos,
rectificar caminos y atesorar éxitos.*

*Ahora no tienen por qué decir: ¡Estás muy joven, no lo lograrás!
¡Estas muy viejo, ya no podrás!
Tengo la edad en que las cosas se miran con más calma,
pero con el interés de seguir creciendo.*

*Tengo los años en que los sueños, se empiezan a acariciar con los dedos
y las ilusiones se convierten en esperanza.
Tengo los años en que el amor a veces es una loca llamarada,
ansiosa de consumirse en el fuego de una pasión deseada.
Y otras es un remanso de paz, como el atardecer en la playa.*

*¿Qué tantos años tengo? No necesito con un número marcar,
pues mis anhelos alcanzados, mis triunfos obtenidos,
las lágrimas que por el camino derramé al ver mis ilusiones truncadas,
¡Valen mucho más que eso!*

*¡Qué importa si cumplo veinte, cuarenta, o sesenta!
Pues lo que importa: ¡Es la edad que siento!
Tengo los años que necesito para vivir libre y sin miedos.
Para seguir sin temor por el sendero,
pues llevo conmigo la experiencia adquirida y la fuerza de mis anhelos.*

*¿Qué tantos años tengo? ¡Eso a quien le importa!
Tengo los años necesarios para perder el miedo y hacer lo que quiero y siento.*

*José Saramago
Premio Nobel de Literatura 1998*

Agradecimiento Especial:

Esta tesis tiene como base fundamental a todos los Adultos Mayores que formaron parte en la realización de este instrumento. Gracias por permitirnos acceder a sus vidas, por su tiempo y esfuerzo al dedicarnos valiosos minutos, fueron la parte más importante para poder culminar esta meta en la nuestra.

Esperemos haber ayudado en ese momento de su vida al escucharlos ya que nos parecía imposible el hecho de solo hacer preguntas y no dedicarles unos minutos para que ustedes desahogaran una pequeña parte de su corazón.

Esto nos enseñó aun mas acerca de ustedes, ya que no basta con solo leer libros, investigaciones, autores, etcétera; descubrimos que esto va mas allá de solo teorías científicas, se necesita experimentar la parte humana de compartir con ustedes lo difícil que es entrar en la etapa de Adulto Mayor.

Esto no termina aquí sigamos luchando por fomentar esta conciencia y pelear por un trato digno, derechos justos y una mayor conciencia del Maltrato al Adulto Mayor.

No olviden este trabajo es por ustedes y por todos los Adultos Mayores que sufren o han sufrido maltrato en algún momento de su vida.

No bastan mil palabras para agradecer a ustedes la gran aportación que han hecho para la sociedad, siéntanse orgullosos de ser parte fundamental de este proyecto ya que sin ustedes esto no hubiera sido posible.

Agradecimientos:

A nuestro director de tesis el Dr. José Gabriel Sánchez Ruíz por su incansable lucha por aportar conocimientos clave para el desarrollo de este sueño, su infinita paciencia y tolerancia fueron una pieza fundamental. Por el enorme calor humano con el que arropo nuestros miedos y aclaro nuestras dudas.

Gracias a usted logramos terminar juntos este proyecto, que mas que ser un instrumento llego a ser un reto de aprendizaje y superación profesional.

Logro ser más que un profesor en nuestras vidas, ya que nos brindo la oportunidad de conocerlo como un verdadero amigo, al demostrar que siempre podemos contar con usted.

No solo ayudo a unos buenos estudiantes puede estar orgulloso de haber aportado valiosos conocimientos para la formación de unos futuros profesionistas.

A nuestros sinodales Mtro. Pablo Garrido Bustamante, Mtro. Edgar Pérez Ortega, Lic. Jesus Barroso Ochoa y Mtra. Elda Friné Cossío Gutiérrez que nos acompañaron durante este largo camino, brindándonos su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando nuestra formación.

Gracias por haber depositado su confianza en nosotros y aportar su valiosa experiencia para la realización de este proyecto.

Finalmente a los profesores Eliezer Erosa Rosado, Alfonso Correa Reyes, Héctor Santiago Hernández, por su importante intervención y aportación en el desarrollo de este instrumento.

Estaremos eternamente agradecidos...

Maria Luisa Mondragón Garcia

Alfredo Rodriguez Espejel

Dedicatorias:

A Dios:

Sin ti, mi rumbo se hubiera perdido en muchas ocasiones, gracias por estar siempre a mi lado en los momentos que más lo he necesitado, sobre todo por tu infinita bondad y amor, se que si voy de tu mano todo estará bien.

Esta tesis tuvo como gran motivación tres grandes motores mi abuelita Simonita, mis padres Carlos y Carmen y mi esposo Humberto.

A mi abuelita:

Esta tesis está inspirada principalmente en ti. Gracias por tus enseñanzas, cariño, ternura pero sobre todo tu amor; por enseñarme a ser fuerte y valiente para lograr realizar mis metas, esta fue la herencia más grande que pudiste haberme dejado.

Te amo donde quiera que estés, esto es por ti y para ti, disfrútalo y siéntete muy orgullosa de mi.

A mis padres:

Siempre estuvieron ahí cuidando que mi camino fuera el correcto y cuando percibieron que mi ruta se desviaba hicieron todo lo posible para que no perdiera la mirada de mis objetivos, sin su ayuda y apoyo no habría llegado hasta aquí.

Gracias por estar ahí siempre que lo necesito, por sus consejos, valores, principios, educación, por escucharme y entenderme cuando más lo necesite y ser mano dura cuando era necesario, este gran tesoro que me han compartido ha logrado formar una persona de bien.

Me enseñaron a valorar los pequeños detalles de la vida, gracias por ser el cimiento más fuerte de nuestra familia, por motivarme a ser perseverante y “No dejar las cosas a la mitad”; así logré entender que las cosas que cuestan más trabajo en la vida, son las que más se disfrutan y nos hacer sentir mayor satisfacción.

Dios me puso en manos de dos personas excepcionales y maravillosas su apoyo incondicional es invaluable, siempre serán uno de mis mayores motores para realizarme en la vida los amo.

A mi esposo:

Amor mil gracias por estar en mi vida, por ayudarme en los momentos difíciles y apoyarme cuando más lo necesité brindándome día a día consejos, paciencia, tolerancia, palabras de aliento, pero sobre todo amor para poder alcanzar mis metas.

Por entenderme y acompañarme en este largo proceso, lleno de experiencias y enseñanzas que nos han fortalecido como familia.

Ahora eres la parte más importante de mi vida, la gran motivación para lograr mis objetivos personales y profesionales. Este gran paso en mi carrera profesional y todo lo que viene es por ti, por mí y nuestro futuro. Gracias por ser mi fuente de inspiración y motivación.

Pero sobre todo gracias por creer y confiar en mí, tu valioso apoyo fue una pieza fundamental en la elaboración de mi tesis.

Le doy gracias a Dios por haberte puesto en mi camino te amo.

A mis hermanos:

Karla, Marco y Miguel cada uno de ustedes ha dejado huella en mi vida. En mi mente y corazón siempre permanecerán recuerdos bellos e inolvidables que atesoraré por siempre los amo.

A mis sobrinos:

Angélica, Leonardo, Santiago y Danaé nunca permitan que nada ni nadie trunque sus sueños y metas en la vida, sigan siempre adelante con lo que se propongan, recuerden que “Son dueños de sus sueños y solo ustedes pueden hacerlos realidad” los amo.

A mi amigo Alfredo:

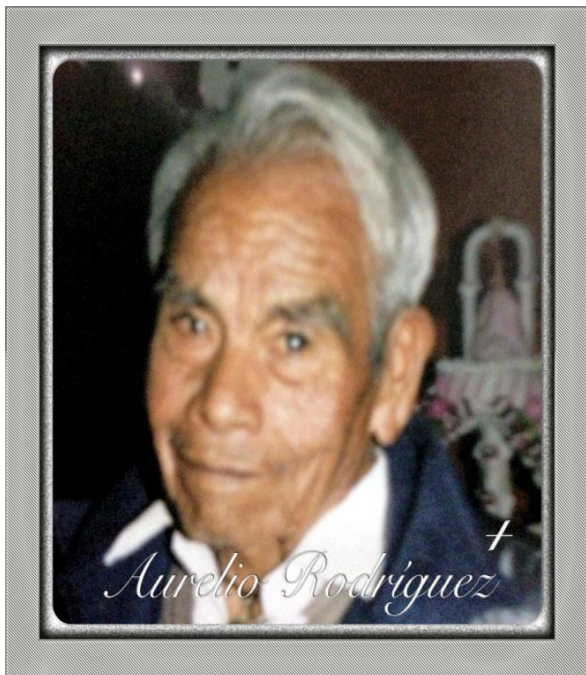
Este proyecto comenzó como un sueño, ahora es una realidad gracias por estos años de esfuerzo y entrega profesional. Siempre te llevaré en mi corazón.

Infinitas gracias sin ustedes este proyecto no habría sido posible...

Luisa



SIMONITA FARFÁN HERNÁNDEZ
(17-11-1903 - 17-09-2004)



AURELIO RODRIGUEZ PEÑA
(27-07-1924 - 23-06-2009)

Dedicatorias:

A Dios:

Por permitirme realizar este logro, al brindarme fortaleza y conocimiento para finalizar este objetivo.

A mis padres:

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, ya que el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo llegar hasta el final.

A mi familia:

Especialmente a mis hermanos y abuelos mí ejemplo de fortaleza....gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Esto va por ti "mi viejito" Aurelio Rodríguez Peña...siempre estarás con nosotros.

A mis compadres por el apoyo mutuo en la construcción de este proyecto, gracias por su hospitalidad a lo largo de de este tiempo.

A cada persona especial que ha formado parte de mi vida a lo largo de mi carrera profesional, brindándome momentos inolvidables siendo gran motivación para este logro.

Mil palabras no bastarían para agradecerles a todos su apoyo, comprensión y consejos en los momentos más difíciles.

Con infinito agradecimiento y cariño...

Alfredo

Dedicatorias:

A Dios:

Por la segunda oportunidad que me dio de vivir, estoy convencida que mi salud fue gracias a un milagro, por la familia maravillosa que me dio, por la familia hermosa que me está dejando formar al lado de mi esposo y mi hijo, amigos, personas buenas que ha puesto en mi camino, por las cosas buenas y malas que me ha dado y me hacen cada día mejor persona.

A mi mamá:

Por siempre darme el mejor ejemplo, por no dejarme perder la fe, no dejar de creer en que yo podría y que puedo salir adelante siempre que se presente algún problema fuerte como el que desafortunadamente ocurrió y darme la fuerza siempre para superar todas esas adversidades, estar conmigo en las buenas y en las malas como solo una madre tan fantástica como la mía lo puede hacer sin esperar absolutamente nada a cambio te quiero mucho mamá.

A mi papá:

Por siempre darme el mejor ejemplo de lo que es una persona responsable y trabajadora, que con mucha constancia y perseverancia hasta las cosas más difíciles pueden convertirse en realidad y por confiar siempre en que podría concluir con este trabajo a pesar de las dificultades que se presentaron durante el trayecto, siempre con la fe y convicción de que lo lograría te quiero mucho papá.

A mis hermanos y sobrina:

Mabel mi primer mejor amiga, cómplice de travesuras y aventuras, contigo aprendí lo que es ser un buen y mal equipo, tu y yo somos uno muy malo, muchas gracias por estar ahí para mí cuando más lo necesito, contigo cerca de mí no me sentí sola durante este tiempo te quiero.

Aldo que aunque no lo creas eres una persona que me motiva a querer llegar cada vez más lejos con sus palabras de aliento y sus bromas, por la perseverancia y la motivación que le veo para salir adelante siempre que se lo propone gracias por siempre hacerte un espacio para escucharme y apoyarme te quiero mucho.

A mi sobrina Megane quien me motivo siempre con sus abrazos y sus frases “tía ya te falta poquito no te rindas” “tía yo ya quiero hacer mi tesis como tú” “yo le pido mucho a dios por ti tía no te canses” gracias mi muñequita linda sabes que te quiero mucho.

A mi esposo e hijo:

Eduardo gracias por apoyarme, comprenderme, cuidarme con esmero, por formar parte en otro momento importante de mi vida. Tu cariño, comprensión y paciente espera para que lograra este sueño son evidencia de tu gran amor te amo.

A ti Leonel Habib por todas las horas que te quite de atención mi bebe lindo te agradezco cada sonrisa, besos, caritas lindas y abrazos que me regalabas cuando llegaba a casa, fueron mi gran motor y motivación para no hacer todo a un lado Te adoro mi leoncito gracias por llegar a mi vida.

A mis familiares y amigos:

Tía Vicenta, tío Valentín, Verónica, Rosi, Carla, Ernesto, Karen, Isaac y Pedro por todas las horas que hicieron el papel de padre y madre para Leonel, sin su apoyo no lo hubiera logrado.

A Daniel que en su momento fuiste un gran apoyo para mí, muchas gracias.

Luisa y Alfredo amigos y finalmente compañeros de toda la carrera y de estos dos años de arduo trabajo por su apoyo y comprensión, por todas las cosas buenas y malas que vivimos juntos durante todo este tiempo les deseo lo mejor gracias.

A mi director de tesis y sinodales:

A mi director de tesis José Gabriel Sánchez Ruíz, por su paciencia, apoyo, confianza, valiosa orientación, tiempo compartido, por impulsarnos y ser parte importante del desarrollo y culminación de este proyecto y de mi formación profesional muchas gracias.

A mis sinodales Mtro. Edgar Pérez ortega, Mtra. Elda Friné Cossío Gutiérrez, Mtro. Pablo Garrido Bustamante y al Lic. Jesus Barroso Ochoa, gracias por todo su tiempo invertido en la revisión de esta tesis y por sus valiosas sugerencias.

Si alguno de ustedes me hubiera faltado no podría contar esta historia tan importante de mi vida muchas gracias a todos.

Dedicatoria:

*A mi abuelito Jesús Núñez Agustín, siempre te voy a llevar en mi corazón.
Tu flaca consentida.*

A mi abuelita Bernardina Gutiérrez Guillermo, quien aun tengo la fortuna de tener y decirle lo mucho que la quiero, porque ahora que está aquí me doy cuenta como es verdad que no se necesita únicamente de la violencia física para hacer sentir mal a una persona basta con una simple discusión entre sus hijos o una mirada.

A todos los adultos mayores que nos brindaron de su valioso tiempo para que fuera posible la elaboración de este trabajo

La edad trae una etapa en la vida que no siempre es fácil de llevar, y donde tenemos que ser más comprensivos que nunca por que algún día nosotros también llegaremos a ella...

Aleyka

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	i
--------------------------	----------

CAPÍTULO 1: VEJEZ

1.1 Contexto social del Adulto Mayor en la actualidad.....	1
1.2 La vejez.....	3
1.3 Percepción de la vejez.....	7
1.4 El Adulto Mayor.....	9
1.5 Grupos de edad.....	10
1.6 Las particularidades del envejecimiento en México.....	12
1.7 Perfil sociodemográfico de las personas Adultas Mayores en México.....	13
1.8 Características sociodemográficas de las personas Adultas Mayores en México.....	17
1.9 La educación y participación económica.....	18
1.10 Discapacidad.....	18
1.11 Esperanza de vida salud y mortalidad.....	19
1.12 Vida en pareja y jefaturas de hogar.....	20
1.13 Ingresos y participación económica.....	21
1.14 Familia y redes sociales.....	23
1.15 Instituciones y programas de asistencia a la vejez en México.....	24
1.16 Sistema de seguridad social.....	31

CAPÍTULO 2: MALTRATO AL ADULTO MAYOR

2.1 Definición de Maltrato al Adulto Mayor.....	36
2.2 Tipología del Maltrato en el Adulto Mayor.....	39
2.3 Factores de riesgo que intervienen en el Maltrato y Abuso a las personas Adultas Mayores.....	48
2.4 Ámbitos en los que se puede dar el Maltrato.....	52
2.5 Características del anciano maltratado y de su agresor.....	53

CAPITULO 3: MODELOS TEÓRICOS SOBRE EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR

3.1 Interaccionismo: Teoría de la Reciprocidad Desequilibrada.....	55
3.1.1 Teoría del Aprendizaje Social-Cognición Social.....	56
3.1.2 Teoría del Apego.....	58
3.2 Modelo Sociológico.....	59
3.2.1 Teoría del Estrés=Tensión del Cuidador.....	59
3.2.2 Teoría del Aislamiento.....	60
3.2.3 Teoría de la Violencia Domestica.....	61
3.3 Modelo Ecológico.....	62

CAPÍTULO 4: ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE EVALUACIÓN Y MEDICIÓN

4.1 Conceptualización de una variable psicológica.....	69
4.2 Evaluación y prueba.....	70
4.3 Definición de un instrumento de medición.....	70
4.4 Clasificación de los instrumentos de evaluación.....	72
4.5 Tipos de instrumentos.....	72
4.6 La elaboración de una escala.....	74
4.7 Propósito de una escala.....	75
4.8 La construcción de un test.....	76
4.9 Confiabilidad y validez de una escala.....	79
4.10 Procedimientos para establecer la confiabilidad.....	81
4.11 Instrumentos de medición para el Maltrato.....	83

CAPITULO 5: DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE UNA ESCALA PARA EVALUAR EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR

5.1 Antecedentes para evaluar el Maltrato en el Adulto Mayor.....	87
5.2 Construcción de la Escala de Maltrato al Adulto Mayor en el Hogar.....	89

CAPITULO 6: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1 Discusión.....	109
6.2 Conclusiones.....	112

REFERENCIAS

ANEXOS

Anexo 1. Escala de Maltrato al Adulto Mayor en el Hogar (1ra versión)

Anexo 2. Escala de Maltrato al Adulto Mayor en el Hogar (2da versión)

Anexo 3. Escala de Maltrato al Adulto Mayor en el Hogar (versión final)

Procedimiento de Calificación

MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR: PROPUESTA DE EVALUACIÓN EN POBLACIÓN MEXICANA

Resumen

El maltrato al Adulto Mayor (AM) se define como un acto u omisión, que causa daño, vulnera o pone en peligro la integridad física, psíquica o económica, atenta contra la dignidad, autonomía y respeto de los derechos fundamentales del individuo, realizados de forma intencionada o por negligencia, sobre una persona mayor, y que se producen en el marco de una relación en la que el agresor se considera en situación de ventaja o superioridad sobre la persona agredida, ya sea por razón de género, edad, vulnerabilidad o dependencia.

El propósito de este estudio consistió en desarrollar, validar y medir el grado de confiabilidad de la Escala de Maltrato al Adulto Mayor en el Hogar (EMAMH), la cual pueda servir para identificar principalmente aspectos relacionados con el ámbito psicológico para caracterizar este tipo de maltrato.

El trabajo se realizó con una muestra probabilística intencional de Adultos Mayores (AM) residentes de la Ciudad de México consistente en un grupo de 201 sujetos. En la construcción del instrumento propuesto se definieron seis subcategorías de maltrato: físico, psicológico, económico, sexual, negligencia y auto negligencia.

Para el procesamiento de los datos y evaluación de la escala se realizaron los análisis estadísticos de confiabilidad mediante el índice de consistencia interna o índice discriminante, usándose el coeficiente Alfa de Cronbach. Así como un análisis factorial exploratorio de componentes principales como estrategia inicial de validación de constructo. Con base en los resultados obtenidos se puede interpretarse a la EMAMH como confiable y válida, mostrando una estructura unidimensional debido a que un solo factor explica la mayor carga factorial de la varianza total.

Palabras clave: *maltrato al adulto mayor, adulto mayor, propiedades psicométricas.*

Introducción

Hace 200 años el promedio de vida era de 30-40 años y en los últimos 40 años se incrementó a 50, posteriormente el promedio de vida se ha incrementado en forma progresiva, para que actualmente se tenga un promedio de vida superior a los 70 años. Esto debido a los avances tecnológicos y científicos que ahora existen, por lo que se dice que el anciano o la vejez es producto de las técnicas avanzadas o un *invento de la ciencia y tecnología del siglo XX* (Pszemiarower, 2004).

La población mexicana atraviesa por una fase de plena y acelerada transición demográfica. Este proceso se inició en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad, y posteriormente se acentuó, a mediados de los sesenta, con el acrecentamiento de la fecundidad. Estos cambios han implicado profundas transformaciones en la distribución por edades de la población. De hecho, transitamos en la actualidad de una población joven a otra más entrada en años.

El cambio demográfico en México se ha producido con tal velocidad que hoy la problemática se encuentra ante la necesidad de atender los efectos del alto crecimiento poblacional del pasado y de preparar las respuestas institucionales y sociales para encarar los desafíos presentes y futuros que representa el envejecimiento demográfico. Este proceso seguramente influirá de distintas maneras y formas en la sociedad, la economía, la política y la cultura.

En razón del incremento en el número de AM que se observa actualmente, no sólo en nuestro país, sino en gran parte del orbe, la preocupación por este grupo etario de la sociedad toma cada vez más importancia desde el punto de vista político y económico-social. En ese sentido, la preocupación por las personas de avanzada edad ha aumentado a medida que se torna conciencia del enorme crecimiento de la población de AM, tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo.

Muchas de nuestras instituciones económicas y sociales han estado fundadas en una realidad fáctica que todavía mantiene su vigencia: el número de niños y adolescentes es significativamente mayor que el de los AM. Uno de cada tres

mexicanos tiene en la actualidad menos de 15 años de edad, en tanto que uno de cada veinte tiene 65 años y más. Sin embargo, en el año 2050 esta composición se verá profundamente alterada: se prevé que uno de cada siete mexicanos estará en edades preescolares y escolares, mientras que los AM representarán a uno de cada cuatro habitantes del país. Estos cambios tenderán a socavar la lógica de funcionamiento de muchas de nuestras instituciones, y los actores sociales presionarán para que se modifiquen esos arreglos, de modo que reflejen más fielmente las nuevas pautas de demandas y necesidades. En el ámbito económico, la población activa deberá mantener, a través de mecanismos diversos la transferencia de recursos, a un número creciente de AM dependientes y suministrarles los satisfactores básicos para que tengan una vida digna (CONAPO, 1999).

El envejecimiento impulsará profundos cambios en la manera de ser y de pensar: las personas tendrán que adaptarse a los nuevos ritmos de la vida social, a las cambiantes percepciones del curso de vida, a las nuevas normas y expectativas sociales relacionadas con la edad, a fenómenos sociales emergentes como la proliferación de familias multigeneracionales y el surgimiento de nuevos arreglos residenciales y domésticos. Todos estos ajustes tendrán profundas ramificaciones y múltiples consecuencias para las relaciones sociales, familiares y para las relaciones de género e intergeneracionales.

La vejez se transformará en un problema social con múltiples connotaciones, no sólo se origina en el número creciente de individuos que alcanzan esta etapa de la vida, sino principalmente en las propias rigideces institucionales para dar respuesta a sus necesidades y demandas. El envejecimiento se convierte en un problema social cuando está acompañado de pobreza, enfermedad, discapacidad y aislamiento social. Las diferentes dimensiones de la desigualdad como son la clase social, la etnicidad y el género se entrecruzan y refuerzan mutuamente en la vejez. Todo ello lleva a plantear innumerables cuestiones y preguntas de interés y relevancia para las políticas social, de salud y poblacional.

Por otro lado, al aumentar significativamente el número de AM, aumentan con ello, consecuentemente, las demandas por la satisfacción de sus necesidades básicas, exigiendo en consecuencia sistemas óptimos de previsión social y una digna atención de salud, todo lo cual obliga a los estados a elaborar políticas que tengan por objeto una plena integración del AM a la sociedad, de tal manera poder generar un cambio cultural en la sociedad que se plasme en un mejor trato y valoración de los AM en ella.

El sector de AM presenta características muy distintas a otros sectores poblacionales, normalmente reconocidos como "vulnerables", como lo son las mujeres, niños y adolescentes. Generalmente, una característica que se presenta con gran frecuencia en los AM es una evidente baja en su calidad de vida cuando no han contado, a lo largo de su desarrollo, con las herramientas que les permitan prever de antemano las precariedades de la vejez, así como también, el progresivo deterioro de su organismo.

Actualmente la violencia dirigida hacia los ancianos es un problema social que crece día con día, de ser en su etapa anterior, proveedor, el anciano pasa a ser una persona incapaz de valerse por sí mismo, dependiente de los demás, según los estereotipos negativos que tienen hacia este grupo de personas los demás miembros de la sociedad, esto hace que se le desvalorice, se le discrimine y se ejerza violencia hacia él.

El maltrato al anciano emergió como problema social hace pocos años, no porque antes no existiera, sino porque siempre ha sido un tema oculto debido a que la persona que sufre de violencia no la denuncia por miedo a represalias, por temor a que sean llevados a una institución que los aleje del entorno familiar y social al que están acostumbrados o simplemente porque prefieren negar la realidad; así mismo, el cuidador o el familiar que ejerce violencia al anciano permanecerá en el anonimato. Es por esto, que la violencia a los ancianos es la menos reconocida a nivel mundial (Berryman, 1994; Salvarezza, 1996).

La escasez de investigación sobre este problema en México parece relacionarse con la insuficiente inquietud que genera este tema entre los profesionales de la salud, debido a que es difícil su identificación. Dos son las razones principales que fundamentan este escueto interés real del maltrato en el anciano:

1. La discriminación por la edad, que ha sido la norma a lo largo de la historia, y hoy sigue siendo una realidad palpable.
2. La dificultad para detectar el maltrato y denunciarlo. Sólo se diagnostica lo que se sabe posible, y no suele tener en mente el maltrato como diagnóstico diferencial; requiriéndose un elevado índice de sospecha para detectarlo (ONU, 2002).

De esta forma una de las problemáticas con la que se enfrenta el maltrato psicológico es su dificultad para cuantificarlo y la mayor versatilidad del maltratador en cuanto a su relación con el AM. Además, en determinados momentos el maltratador puede ser cariñoso y emotivo y al poco rato brusco o malvado, o realizar amenazas y/o aterrorizarle (Rueda, 2008).

Así, en el presente trabajo se ahondó por medio de una revisión bibliográfica en diferentes aspectos para analizar la problemática social del maltrato al AM, haciendo énfasis en los instrumentos que existen actualmente para la detección y evaluación de esta problemática; puesto que el objetivo fue proponer una escala de evaluación que pueda auxiliar en la identificación de aspectos relacionados con el ámbito psicológico basado en la tipología del maltrato al AM.

El trabajo se desarrolló de acuerdo al enfoque de una investigación documental, específicamente estuvo basada en los lineamientos señalados por González (2007).

De acuerdo a dichos lineamientos se hizo una revisión de los diferentes trabajos de investigación realizados por diversos profesionales de la salud, incluyendo los aspectos de indagación detallada del tema, selección de material pertinente, así como un registro cuidadoso de la información ordenando los datos obtenidos conforme a los objetivos de la investigación; es decir, se seleccionarán publicaciones de reciente edición y artículos publicados sobre la temática.

De este modo el plan de trabajo se organizó conforme a los puntos mencionados por González (2007) los cuales consistieron en:

a) Planeación u organización general del trabajo:

1. Definiendo el objeto de estudio conforme a una introducción general al tema.
2. Justificando la problemática social del mismo.
3. Definiendo un marco teórico específico conforme al aspecto principal del tema a abordar.
4. Planteamiento de un propósito definido conforme a los objetivos planteados en la investigación.
5. Y por último la elaboración de un esquema preliminar en el cual se basará la organización del esquema de investigación de trabajo.

b) Recopilación del material bibliográfico. Esta herramienta es llevada a cabo recurriendo a dos tipos de fuentes, mismas que pueden ser primarias ó secundarias, las cuales pueden ser evidencias originales o provenientes de la información proporcionada por otros investigadores. Recopilando información tanto de medios impresos como de archivos electrónicos como son: libros, artículos científicos y tesis que contengan información relevante acerca de la temática a tratar.

c) Clasificación de datos y redacción preliminar del trabajo de investigación; relacionando la información registrada en las diferentes fuentes bibliográficas y organizando la información en tres aspectos principales que son:
1) Introducción general, 2) Cuerpo y 3) Final del trabajo, es decir, elaboración de conclusiones.

d) Redacción definitiva. En esta etapa de la investigación se procederá a hacer una revisión minuciosa de la información para que sea coherente con el objetivo planteado; así como al contenido organizado en los diferentes capítulos.

- e) Revisión final. Este último aspecto implica varias lecturas de la información, haciendo una revisión de cada aspecto relacionado con el contenido del trabajo.

Se llevará a cabo una revisión bibliográfica sobre la tipología del maltrato al AM para posteriormente plantear una propuesta de una escala o instrumento de evaluación que tome en cuenta los aspectos psicológicos, económicos y sociales del maltrato.

El trabajo se organizó de acuerdo a la siguiente estructura:

En el primer capítulo titulado “Vejez” se habla acerca del envejecimiento de la población a nivel mundial con base en cifras arrojadas en años anteriores acerca del porcentaje de AM que existen en el mundo, asimismo se describen las cifras que se prevén. Convirtiendo esto en una problemática significativa para nuestros tiempos, tema que parece más relevante en los países desarrollados y con economías en transición; mencionando las diferentes características que presentan los AM en países desarrollados y en países en desarrollo. En este capítulo se presenta la definición, así como los diferentes puntos que explican como es este proceso, cambios, características y problemáticas que se presentan a lo largo de esta etapa, tomando en consideración los diversos factores sociodemográficos, familiares y sociales predominantes. Posteriormente, se aborda el tópico de la percepción que existe acerca de la vejez, es decir, la imagen que posee la sociedad acerca de este grupo.

En el segundo capítulo “Maltrato al Adulto Mayor (AM)”, se aborda una perspectiva social, institucional y familiar sobre el estudio del maltrato al AM, partiendo de una revisión general del concepto, así como de las diferentes clasificaciones, tipologías y sobre todo las causas más relevantes que están relacionadas con el abuso, violencia y negligencia que sufre este grupo, todo este contexto socio-cultural nos conlleva a conformar las diferentes formas en que se expresa dicho fenómeno. Para finalizar el capítulo se hace referencia a los factores de riesgo que predominan mayoritariamente en los AM, considerando los factores que intervienen en la problemática, además de abordar los contextos y ámbitos donde se presenta con

mayor frecuencia, tomando en consideración los aspectos sociales, psicológicos y personales que se relacionan con el maltrato al AM.

En el tercer capítulo titulado “Modelos teóricos que explican el Maltrato al Adulto Mayor” se abordan los diferentes modelos teóricos que explican el maltrato, desde las diferentes perspectivas psicológicas haciendo énfasis en los aspectos relacionados con el fenómeno, iniciando con los modelos de aproximación individual como el Modelo Interaccionista (Teoría de la Reciprocidad Desequilibrada), La Teoría del Aprendizaje Social-Cognición Social y Teoría del Apego; además, se mencionan aproximaciones que se contraponen a las anteriores que postulan enfoques más globales como la Teoría Ecológica, los Modelos Sociológicos que explican la aparición de la violencia desde diferentes posturas tales como la Teoría de la Sobrecarga del Cuidador, Teoría del Aislamiento Social o Empobrecimiento de Redes Sociales, y por último La Teoría de la Violencia Doméstica.

En el cuarto capítulo llamado “Algunos conceptos sobre Evaluación y Medición” se inicia con una revisión teórica sobre la definición de medición en Psicología. Así como los procedimientos, procesos y tipos de instrumentos de evaluación, seguido de una amplia descripción acerca del concepto de escala, estructura, desarrollo, validez y confiabilidad sobre los constructos a evaluar. Se finaliza con una exploración de los diferentes instrumentos anteriormente desarrollados para medir el maltrato.

En el capítulo quinto “Diseño de una propuesta de una Escala para evaluar el Maltrato al Adulto Mayor en el Hogar (EMAMH)” se ahonda en el aspecto de la evaluación del fenómeno del maltrato al AM, haciendo una revisión sobre los distintos instrumentos que se han desarrollado y ámbitos de investigación desde los cuales es abordada la problemática, considerando los diversos instrumentos para la evaluación del maltrato al AM tanto en una perspectiva general como en el ámbito psicológico.

Posteriormente, al haber realizado una revisión de los diferentes instrumentos de evaluación y detección, se comienza con la elaboración de una escala para medir el maltrato al AM, basada en una revisión teórica de los diferentes constructos,

definición operacional y diferente categorización con respecto a la problemática. Para concluir se muestran los resultados obtenidos en base al análisis de datos, además de la versión final de la escala.

Por último, en el sexto capítulo se plantean la discusión y conclusiones acerca del procedimiento, estructura y análisis a los cuales se sometió la escala, así como su comparación con los aspectos teóricos antes mencionado, además de su posible aplicación e integración en las diferentes áreas de evaluación clínica, médica y social.

Capítulo 1.

VEJEZ

1.1 Contexto social del Adulto Mayor en la actualidad

En el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950, llega ahora a 66 años, y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años más. El rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XXI significa que el número de personas de más de 60 años, que era de alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2,000 millones en el 2050, mientras que se proyecta un incremento mundial de la proporción del grupo de población definido como personas de edad del 10% en 1998 al 15% en 2025. Ese aumento será más notable y más rápido en los países en desarrollo, en los que se prevé que esta población se cuadruplicará en los próximos 50 años. En Asia y América Latina, la proporción del grupo clasificado como personas de edad aumentará del 8% al 15% entre 1998 y 2025, mientras que en África se prevé que esa proporción aumente sólo del 5% al 6% durante ese período, y que después se duplique para el año 2050. En Europa y América del Norte, entre 1998 y 2025 la proporción de este grupo aumentará del 20% al 28% y del 16% al 26%, respectivamente.

De acuerdo a las estadísticas manejadas por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, la baja tasa del crecimiento demográfico en los países desarrollados anticipa que la población de esos países no variará de manera decisiva y se mantendrá entre el 2007 y el 2050, con una población aproximada de 1,200 millones. A diferencia de los países más pobres en donde se prospecta un aumento de la población pasando de 800 millones en el 2007 a 1,700 millones en el 2050.

Una transformación demográfica mundial de este tipo tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional; de esta forma todas las facetas de la humanidad como son: sociales, económicas, políticas, culturales y psicológicas experimentarán una evolución.

La notable transición demográfica que se está produciendo hará que para mediados de siglo los porcentajes de la población mundial correspondientes a viejos y jóvenes sean iguales. Según se prevé, el porcentaje de las personas de 60 y más años en todo el mundo se duplicará entre el año 2000 y el 2050 y pasará del 10% al 21%; se proyecta, en cambio, que el porcentaje correspondiente a los niños se reducirá en un tercio y pasará del 30% al 21% (Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002).

De acuerdo a la última revisión del 2006, del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU, se espera que el número de personas de 60 años de edad aumentará casi al triple, pasando de 673 millones en 2005 a 2,000 millones en el 2050, esta situación en vías de desarrollo no deja de ser igual de alarmante, pasando de 4,600 millones en el 2007 a 6,200 millones en el 2050 (ONU, 2007).

En algunos países desarrollados las pirámides poblacionales ya presentan cambios sustanciales en la base y en la cúspide y, en el caso de México, las proyecciones poblacionales indican que para el año 2050 uno de cada cuatro mexicanos será mayor de 65 años de edad, pasando de los siete millones de AM en la actualidad a entre 27 y 32 millones (Partida, 2001).

En algunos países desarrollados y con economías en transición el número de personas de edad supera la de los niños, y las tasas de natalidad han descendido por debajo del nivel de reemplazo. En algunos países desarrollados, el número de personas de edad para el año 2050 será más del doble que el de los niños. Se pronostica que en los países desarrollados el valor medio de 71 hombres por 100 mujeres aumente a 78 y que en las regiones menos desarrolladas, las mujeres de edad no superen en número a los hombres de edad en la misma medida que en las regiones desarrolladas, ya que las diferencias de género en cuanto a esperanza de vida suelen ser menores. Actualmente, la proporción media en los países en desarrollo es de 88 hombres por 100 mujeres entre las personas de 60 años y más, y se proyecta un ligero cambio de esa cifra, que bajará a 87 para mediados de siglo.

De esta manera el envejecimiento de la población pasará a ser una cuestión de primordial importancia en los países en desarrollo que, según se proyecta, envejecerá rápidamente en la primera mitad del siglo XXI. Se espera que para el 2050 el porcentaje de personas adultas aumentará del 8% al 19%, mientras que el de niños descenderá del 33% al 22%. Este cambio demográfico plantea un problema importante en materia de recursos. Aunque los países desarrollados han podido envejecer gradualmente, se enfrentan a problemas resultantes de la relación entre el envejecimiento y el desempleo y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones, mientras que los países en desarrollo afrontan el problema de un desarrollo simultáneo con el envejecimiento de la población.

Existen también diferencias significativas entre los países desarrollados y los países en desarrollo en cuanto a los tipos de hogares en que viven las personas AM. En los países en desarrollo, una gran proporción de estas personas vive en hogares multigeneracionales. Esas diferencias suponen que las medidas de política serán distintas en los países en desarrollo y los países desarrollados. El grupo de personas de edad que crece más rápidamente es el de los más ancianos, es decir, los que tienen 80 años de edad o más. En el año 2000, su número llegaba a 70 millones, y se proyecta que en los próximos 50 años esa cifra aumentará más de cinco veces (Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002).

1.2 La vejez

El envejecimiento es una modificación de la actividad de todas las células del organismo, las convierte en menos aptas a una reacción inmediata y eficaz ante los estímulos. La edad cronológica está relacionada con la madurez biológica, aunque no necesariamente serán idénticas. Las muestras de envejecimiento no aparecerán de igual forma en todas las personas de la misma edad. Se presenta un declive de las fuerzas físicas, de la perspicacia sensorial, de la capacidad de aprendizaje, de la rapidez de reacción, de la memoria. En el aspecto emocional el estado en que cada uno hace frente a su envejecimiento será el conjunto de condiciones de educación, de personalidad y del sentido de existencia (Fajardo, 1995).

En esta etapa ocurre una sucesión de modificaciones a nivel morfológico, fisiológico y psicológico, la cual posee un carácter irreversible. Estas modificaciones que se observan principalmente al exterior del individuo, se dan incluso antes de que la persona tenga aspecto de anciano (Rodríguez, 2002).

Esta etapa de desarrollo se puede estudiar desde cuatro aspectos diferentes: el cronológico, físico-biológico, psicoafectivo y social.

El primer aspecto a considerar es el cronológico el cuál determina el inicio de la vejez al haber cumplido 60 años que coincide generalmente con la edad en la que se llega a la jubilación. La vejez cronológica resulta relativa, depende de cómo haya sido su forma de vida, su salud y las condiciones de trabajo de la persona, ya que hay mayores de 70 años que presentan una buena salud y llevan una vida activa.

El segundo aspecto se basa en los cambios físicos y biológicos por los que pasan todas las personas, los cuales afectan la imagen, los cabellos se vuelven grises o escasos, aparecen arrugas y resequedad en la piel, estos cambios se desarrollan gradualmente, por lo que resulta arbitrario precisar el momento en que una persona es físicamente vieja, considerando que no todos los individuos envejecen al mismo tiempo y de la misma manera, así muchas personas de edad adulta están en mejores condiciones de salud que las personas más jóvenes (González, 2000).

Desde el punto de vista psicoafectivo la vejez se caracteriza por cambios cognitivos, es decir aquellos que afectan a la manera de pensar, así como a las capacidades intelectuales, unidos a los cambios que conciernen a la afectividad y personalidad, pero estas modificaciones no sobrevienen solas, la personalidad y las funciones cognitivas se ven afectadas por acontecimientos como la jubilación, la muerte del cónyuge ó bien experiencias complejas en el seno del medio social, en el que se desarrolla el Adulto Mayor (AM) (Mishara, 2000).

Desde el punto de vista social, que se refiere al papel que les da la sociedad a los AM, Vizcaíno (2000) plantea que la actual estructuración de nuestra sociedad junto con el desconocimiento respecto a la función social de este sector de la población

han provocado una actitud colectiva básicamente negativa en relación con la vejez, que se representa por un conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminación que se aplican a las personas conforme avanza su edad (Martí, 1996; Rodríguez, 2002).

Anteriormente en nuestra sociedad la vejez era situada entre los 61 a 65 años, edad que coincidía con el periodo de jubilación y es así como en México la sociedad de Geriatria y Gerontología A.C. dividió tres etapas en la vejez basándose en la edad, estas tres etapas son (Cáritas, 2003):

De 45 a 59 años - Pre-vejez

De 60 a 79 años - Vejez

De 80 y más años - Ancianidad

Según Martí (1996), en la literatura se encuentran diferentes definiciones, las cuales se abordan para tener una visión clara, ya que de acuerdo a la historia se dan diferentes nombres o categorías a esta parte de la población:

- Presenil: periodo comprendido de los 45 a los 60 años. Es una senilidad a ritmo lento (el individuo no se da cuenta).
- Senil: abarca de los 61 a los 75 años (envejecimiento parcial ya confirmado donde aparecen algunos signos).
- Decrepitud / alta senilidad: Se presenta después de los 76 años de edad, hay una disminución o pérdida de funciones específicas.

Dentro de los marcos de referencia se encuentra otra clasificación para denominar a los ancianos, donde se toma en cuenta la edad como principal factor. En primer lugar se encuentra a la 3ª edad, la cual comprende de los 65 años a los 80 años. La 4ª edad es de los 80 años a los 100 años y por último se establece la 5ª edad, la cual corresponde a personas con más de 100 años de vida (Rodríguez, 2002).

Otro concepto es el que se encuentra relacionado con los malos tratos a los AM es “viejismo”; con este término se señala la actitud descuidada, irrespetuosa, despectiva o discriminatoria hacia los ancianos (Sanmartín, 2000; Ortiz, 2003).

González (2000), refiere que entender el envejecimiento humano implica, fuera del declive físico, entender el interior de cada persona y los efectos que en esta ocasiona la edad, pues muchos de estos efectos los vivirá como traumas desorganizadores de la personalidad.

La edad cronológica está relacionada con el tiempo social, que puede ser definido como el establecimiento de normas que especifican cuando se deben de dar las transiciones particulares en la vida del individuo, o cuando se espera que los eventos de esta transición se lleven a cabo. La socialización junto con los ritos de pasaje forman el ciclo de vida, y preparan al individuo para su conversión en adulto, proporcionándole el conocimiento y la habilidad necesarios para participar en las actividades de grupo. No sólo se socializa para relacionarse con los otros, sino para administrar el propio proceso de desarrollo.

En cuanto al contexto sociocultural, la cultura proporciona o impone una serie de creencias, valores y prácticas que son ampliamente desarrolladas por el grupo. Esto permite al individuo tener una guía de actuación, sin embargo, dicha guía podrá irse modificando conforme transcurran los años y el individuo adquiera experiencias mediante su propia vida.

Por lo anterior el curso de la vida no sólo se situará en el medio sociocultural y geográfico, sino también tiene ubicuidad en el tiempo histórico, lo que hace que cada generación tenga una experiencia de vida diferente a la de sus antepasados. La perspectiva de desarrollo, será dada por la experiencia y por el proceso individual, donde el adulto se verá enfrentado, en muchas ocasiones, a la presión de otros miembros del grupo social.

1.3 Percepción de la vejez

La edad avanzada y la vejez no necesariamente son lo mismo. Mientras la edad cronológica está perfectamente definida y sin ambigüedades, no es así respecto a la condición de vejez y sus distintas implicaciones sociales, económicas, psicológicas y culturales, cuestiones que son las que realmente cuentan en la problematización del envejecimiento. (Rowland, 1991, citado en Ham, 1998).

La salud, la situación económica, social y familiar en el envejecimiento y sus implicaciones para el bienestar no dejan de ser fenómenos obviamente diferenciales por clases socioeconómicas, culturas y regiones. En las edades envejecidas, los tiempos y las causas de muerte así como las causas de morbilidad en sus formas serán distintas según las clases sociales. Los cuidados en la salud, el acceso y uso de servicios médicos, capacidad de prevención y atención; se hacen todos en función de niveles educativos, culturales y disponibilidad de recursos. De la misma manera, también se determinan, la capacidad y las formas de respuesta ante los problemas (Ham, 1998).

El trato al AM, viene definido según los patrones culturales de la comunidad de referencia, el momento histórico y el entorno sociocultural en el que nos encontremos. El valor social del anciano o anciana, ligado al papel asignado según esos valores marcará el tipo de consideración que los pueblos tienen hacia sus componentes mayores. El tratamiento del AM varía en las diferentes culturas en función de diversos factores, como las condiciones económicas de la sociedad, la estructura familiar, las creencias religiosas y la estructura política. Las actitudes hacia los ancianos y el trato que reciben varían mucho, en nuestro ámbito sociocultural, los valores referidos al envejecimiento han sufrido una profunda transformación en pocos años. Tradicionalmente, en nuestra cultura el anciano era una figura con un importante papel dentro de la dinámica familiar y social. La era de la industrialización y de la tecnología ha aportado unos vertiginosos cambios socioeconómicos que han contribuido a un cambio también de valores, entre ellos el de la vejez. El papel actual del anciano o anciana está poco definido y con mínima relevancia en la revolución del pensamiento actual, teniendo como valor básico el mantenimiento del sistema productivo; así la exaltación de la juventud y la caducidad cultural generan una pérdida importante en el significado social (OMS, 2003).

La salud, la situación económica y el bienestar en el envejecimiento no dejan de ser fenómenos sociales y obviamente diferenciados según la clase socioeconómica, cultura y región. En las edades envejecidas los tiempos y las causas de muerte, así como la presencia de la morbilidad, sus formas y los efectos no letales serán distintos según las clases sociales. Los cuidados en la salud, el acceso y uso de servicios médicos, la capacidad de prevención y atención, las formas de nutrición y también los excesos, se hacen todos en función de niveles educativos, patrones culturales y de disponibilidad de recursos. De la misma manera, también se determinan la capacidad y las formas de respuesta ante los problemas (CONAPO, 1999).

Para Anzures (2000), el estado de vejez es por lo general poco apreciado en nuestra cultura, se considera un estado invalidante, difícil, adinámico que conlleva melancolía y falta total de expresión situando al individuo en la antesala de la muerte. Esto deriva de la creencia común de que el ser joven es estar sano y feliz, y el estar viejo es estar enfermo y triste, todos los jóvenes temen y desprecian a la vejez, y el estado de juventud es el modelo de la plenitud humana; esta ideología nefasta derivada de la cultura del ancianismo es un factor de riesgo muy alto en nuestro país para generar depresión en el AM.

La acumulación de la edad tiene como principal efecto la limitación de la autonomía, gracias al deterioro de las capacidades sensoriales, las necesidades particulares para la alimentación, la osteoporosis y disminución de la agilidad corporal, los problemas con el control de esfínteres, las manifestaciones de enfermedades crónicas acumuladas a lo largo de la vida, la pérdida de la memoria y el riesgo de padecer caídas. De manera concomitante aumenta la dependencia al exterior y la necesidad de ayuda. En la práctica y en su comer, subir escaleras y salir a la calle, lo que finalmente confina al anciano a un cuarto o a una cama, con una pérdida casi completa de su autonomía (Krassoievitch, 1995).

1.4 El Adulto Mayor (AM)

En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud decidió emplear el término AM, significando personas de 65 o más años de edad, práctica que ya era aceptada por otros organismos (Fajardo, 1995). Personas mayores, Adultos Mayores, ancianos, tercera edad y vejez son términos que la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en 1982 por la Organización de las Naciones Unidas, utiliza para designar a la población comprendida de los 60 años en adelante. En México también se ha tomado como rango esta edad, ya que la ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores estipula que una persona mayor es aquella que cuenta con 60 años o más de edad (Martí, 1996).

Entre 1990 y 2009, la población de AM se ha incrementado, es decir la proporción de esta población pasa de 6.1% a 9.9% en ese lapso. Cabe destacar que en el último periodo su incremento fue del doble con respecto a años anteriores.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID) identifica que 9.3% de la población de 60 años y más corresponde a hombres y 10.5% a mujeres, esto hace que la relación de hombres y mujeres sea de 84.2 varones por cada 100 mujeres (ENADID, 2009).

Durante las últimas cuatro décadas, México experimentó un acelerado cambio en el ámbito demográfico, consolidando así su paso a una etapa avanzada de la transición demográfica: la disminución de la mortalidad aumentó los años de sobrevivencia y, por consiguiente, un mayor número de personas logran vivir hasta edades avanzadas; la disminución de la fecundidad, por su parte, se traduce en una reducción de la población en edades tempranas y un aumento gradual en la cantidad relativa de las personas de mayor edad.

En 2010 la población en edad avanzada representa el 6.3% de los habitantes del país. En contraste, en el año 2000 la participación de estos grandes grupos de edad era 34.1, 60.9 y 5.0%, respectivamente.

Para referirse a la vejez o a los ancianos en nuestro país se emplea la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores. Con fecha de publicación: 17 de noviembre de 1999, la cual define al AM: persona de 60 años de edad o más, y AM en estado de abandono: aquel que presenta cualquiera de las características siguientes: carencia de familia, rechazo familiar, maltrato físico o mental, carencia de recursos económicos (Norma Oficial Mexicana, 1999).

De acuerdo con los datos de la última Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), se estima que un total de 7,680,076 personas tienen edad de 60 o más y se estima que para el 2030 serán 17.4 millones (ENASEM, 2001). El 6% (460,804.56) de los mayores de 60 años son parcialmente dependientes. El 2% (153,601.52) son totalmente dependientes. El 40% de los AM de 80 años padecen por lo menos alguna discapacidad. Con respecto a la distribución por sexo, se sabe que la tasa de mortalidad de la población masculina es mayor que la de la femenina, aumentando el riesgo de que ésta llegue a ser dependiente (Cáritas, 2000). Así se estima que en México 1 de cada 4 habitantes tendrá 60 años o más para el 2050 (CEDUA, 2004).

En la actualidad los ancianos son uno de los grupos más numerosos de marginados de la sociedad, la vejez es objeto de una diferenciación especial. Los cambios y la disminución de facultades físicas aunadas a la exaltación de valores sociales, donde predomina lo joven y fuerte como lo valioso, provocan que las personas mayores sean ignoradas, desatendidas, discriminadas o maltratadas (OMS, 2003).

1.5 Grupos de edad

La estructura por edad de la población se ha transformado y hace evidente los cambios demográficos a través del tiempo. En 2010 la población en edad avanzada representa el 6.3% de los habitantes del país, así el crecimiento de la población de AM ha hecho que la razón de dependencia de este grupo se incremente, al pasar de 7 en 1990 a 10 por cada 100 habitantes en 2010. Por grupos de edad, más de la mitad (55.3%) de AM tiene entre 60 y 69 años de edad; menos de la tercera parte (30.9%) (INEGI, 2010).

De esta manera al hablar de personas de edad avanzada se debe reconocer que no es un grupo homogéneo, ya que en su interior hay por lo menos cuatro subagrupaciones distintas con características peculiares:

- 60 a 64 años. Este grupo se encuentra en el inicio de la vejez, y tanto los hombres como las mujeres que lo conforman, se encuentran en buen estado físico y en condiciones productivas al grado de ser un grupo demandante aún de empleo.
- 65 a 74 años. Se conoce como la tercera edad funcional en la cual podemos encontrar todavía población económicamente activa.
- 75 a 84 años. En este rango de edades se inicia un decrecimiento de las funciones.
- El rasgo más comúnmente observado en el rango de 85 años y más es la declinación física e intelectual; los hombres y las mujeres que lo integran están más impedidos físicamente y la dependencia de los demás o de las instituciones es casi total (CONAPO, 1999).

Según la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (2009), solo una cuarta parte (25.6%) de los AM cuenta con alguna pensión; este porcentaje es casi dos veces mayor en los varones (34.7%) que en mujeres (17.7 %). En los primeros, más de la mitad de los pensionados (55.4%) son por jubilación, poco más de la tercera parte (33.6%) es por retiro y sólo 5.7% es pensionado por accidente o enfermedad de trabajo. En las mujeres esta configuración cambia radicalmente, 47.9% está pensionada por viudez, 31% por jubilación y 14.1% por retiro o vejez. De este grupo las tres cuartas partes (76%) de las pensiones de los AM provienen del IMSS, mientras que una sexta parte (16.3%) las otorga el ISSSTE y 7.7% otras instituciones.

La viudez es la situación conyugal que predomina entre los AM, (57.5%), le siguen los solteros (15.9%), separados (15.2%) y los divorciados (6%), sólo 5.4% declaró estar unido (casado o en unión libre); en contraste, entre los AM que residen en hogares familiares, dos de cada tres declaró estar unido (INEGI, 2010).

1.6 Las particularidades del envejecimiento en México

El envejecimiento de la población es uno de los mayores retos a los que se enfrentará la sociedad mexicana durante la primera mitad de este siglo. El incremento relativo de la población en edades avanzadas, que inició a mediados de los noventa, continuará durante toda la primera mitad del siglo XXI, primero a un ritmo moderado y después en forma más acelerada, hasta alcanzar 28% de la población en el año 2050.

El envejecimiento demográfico en México es un proceso, en esta calidad de proceso, en primer lugar se trata de un fenómeno cambiante con el tiempo. La manifestación final de esos cambios es la creciente población en edades avanzadas, tanto en números absolutos como en su proporción respecto al total. También, como proceso transformando a la población, está condicionado a las determinantes sociales y económicas de cada país o sociedad que lo experimenta, al mismo tiempo que forma parte de esas condicionantes.

Como resultado de los grandes cambios demográficos durante el siglo pasado la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos entre los que destaca el inicio del proceso de envejecimiento demográfico que se expresa como un incremento relativo y absoluto de la población en edades avanzadas.

México experimenta un proceso acelerado de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población. De acuerdo al censo de INEGI 2010, hay 10 millones de personas AM en nuestro país y se espera que para el año 2050 se triplique esta cifra.

Durante las últimas cuatro décadas nuestro país experimentó un acelerado cambio en el ámbito demográfico y epidemiológico consolidando así su paso a una etapa avanzada de la transición demográfica, la disminución de la mortalidad aumento los años de sobrevivencia y por consiguiente un mayor número de personas logran vivir hasta edades avanzadas, la disminución de la fecundidad por su parte se traduce en una reducción de la población en edades tempranas y un aumento gradual en la cantidad relativa de las personas de mayor edad.

Entre 1990 y 2010 la población en su conjunto se incrementó a una tasa promedio anual de 1.61%, en tanto que la tasa de crecimiento de las personas de 60 años y más fue de 3.52%; de este modo el número de AM pasó de 5 a 10.1 millones en dicho periodo y su proporción respecto a la población total creció de 6.2 a 9% (INEGI, 2010).

1.7 Perfil sociodemográfico de las personas Adultas Mayores en México

Según el reporte de *Envejecimiento de la Población de México, Reto del siglo XXI*, se menciona que en el mundo la natalidad disminuyó entre los años 1950 y 2000 de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que la mortalidad pasó de 19.6 defunciones por cada mil habitantes a 9.2, en el mismo período, a esto se le ha denominado transición demográfica. Se espera que estos niveles de natalidad y mortalidad, sigan disminuyendo. La natalidad disminuirá hasta alcanzar 13.7 nacimientos por cada mil habitantes en 2050, y se espera que la mortalidad alcance 9 defunciones por cada mil habitantes, y aumente un poco a 10.4 para 2050 (Zúñiga y Vega, 2004).

En el 2000 una de cada diez personas en el mundo era AM, a mitad del siglo será una de cada cinco. Se estima que algunos años después del 2050 exista una población de 9 mil millones en el mundo y habrá cerca de dos mil millones de personas AM.

México presenta un proceso acelerado de transición demográfica. Se estima que la esperanza de vida de las mujeres se incremente a los 83 años y la de los hombres a 79 años, para el 2050 (Zúñiga y Vega, 2004). Además de que para estas fechas se vislumbra que la población sea de 130 millones de habitantes de los cuales el 55.5% serán AM.

El grupo de AM es el que crece a mayor velocidad, aunque su peso relativo hoy en día es pequeño (7.8%). Sin embargo, en tan sólo cinco décadas este grupo multiplicará su tamaño cinco veces, al pasar de 6.8 millones en 2000 a 36.2 millones en 2050. Debido a este acelerado crecimiento de la población AM, se estima que la población en edades avanzadas pasará de representar uno de cada 14 mexicanos (7.6%) en 2005, a uno de cada ocho en 2020, uno de cada seis (17.5%) en 2030 y más de uno de cada cuatro (28%) en 2050.

La transición demográfica ha provocado profundas transformaciones en la estructura por edad de la población mexicana, lo que se expresa en un estrechamiento de la base de la pirámide y un gradual ensanchamiento de su parte central, al tiempo que se anticipa una significativa ampliación de su cúspide en el largo plazo (CONAPO, 2006).

El Estado de México se caracteriza por ser la entidad del país con mayor número de habitantes. Las entidades federativas que tienen el mayor porcentaje de AM en su estructura por edad son el Distrito Federal (12%), Chihuahua (11.8%) Yucatán, Veracruz y Nayarit (11.4% cada uno); en tanto que Quintana Roo presenta la proporción más baja (5.7%), seguido de Chiapas y Tabasco (con 7.5 y 8.1% respectivamente).

Por grupos de edad, más de la mitad (55.3%) de AM tiene entre 60 y 69 años de edad; menos de la tercera parte (30.9%) tienen entre 70 y 79 años y el resto lo conforman aquellos con 80 años y más (13.8%). Cabe señalar que del total de la población AM en nuestro país 8% es hablante de lengua indígena; de ésta, 48.4% son hombres y 51.6% son mujeres (INEGI, 2010).

México es uno de los países que enfrentará estos cambios poblacionales en pocas décadas. La situación de pobreza, la atención de la salud, así como contar con instituciones capaces de responder a las necesidades y demandas de las personas AM, son temas en los cuales urge no solo plantearse propuestas de trabajo sino comenzar programas encaminados a enfrentar dichos retos.

En el Congreso Internacional *El reto del envejecimiento 25 Años de Atención Gerontológica en México* (1979- 2004), fue presentada por la Secretaría de Desarrollo Social la siguiente información:

De los 184 millones 308 mil AM que radicarán en América Latina y El Caribe en el 2050, 36 millones serán mexicanos de los cuales:

- 12 millones requerirán de un puesto de trabajo.
- 3 millones vivirán solos.
- 8 millones serán viudas.
- 1 millón permanecerá en un asilo.
- 15 millones tendrán problemas de movilidad.

Estas cifras muestran el gran reto que implica empezar a trabajar en políticas públicas que cubran las necesidades de millones de personas AM que se esperan atender para el 2025.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el 2004, presentó un trabajo llamado *Envejecimiento de la población: Reto del siglo XXI* (Zúñiga y Vega, 2004), en el cual dio a conocer algunos indicadores sobre las características del envejecimiento de la población y de la situación social de las personas AM en México, así como los principales rasgos que está adquiriendo este proceso en el mundo, con el objetivo de propiciar una mayor comprensión del envejecimiento demográfico.

Según Zúñiga y Vega (2004), en México, para 1960 la natalidad se ubicaba en nacimientos por cada mil habitantes, en el año 2000 descendió a 21 nacimientos. En las próximas cinco décadas la natalidad seguirá descendiendo hasta alcanzar 11 nacimientos por cada mil habitantes en el 2050.

Durante la segunda mitad del siglo XX, la vida media de las mexicanas se duplicó al pasar de 36 años en 1950 a 74 años en 2000. Se espera que la esperanza de vida en México alcanzará 80 años en 2050. La población en México será de alrededor de 130 millones en 2050. En el año 2000 residían en México 6.9 millones de personas de 60 años, en 2030 serán 22.2 millones y se espera que para la mitad del siglo alcancen 36.2 millones, de las cuales más de la mitad tendrán 70 años. Entre 2000 y 2050 la proporción de AM en México pasará de 7% a 28%.

Estos mismos autores mencionan que en México en el año 2000 existían 20.5 adultos por cada 100 niños, y en el 2050 el índice alcanzará una razón de 166.5 personas AM por cada 100 niños. La pirámide poblacional de México perderá su forma triangular, para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas.

Así mismo al tratar de abordar el aspecto psicológico sobre la personalidad del AM es necesario puntualizar que no es posible definir características generalizadas del AM debido a que la personalidad es el resultado de un proceso de desarrollo vital, donde en las primeras etapas del ciclo de vida se han de cimentar las bases que van a consolidar la estructura caracterológica única en cada individuo; de tal manera que se desarrollan estrategias de adaptación a las diversas circunstancias que se afrontan en la vida cotidiana.

Por lo cual el AM posee una experiencia psicosocial extensa la cual modifica y subjetiviza de muy diversas formas, este se ve influido en su salud global por las demandas de sus roles sociales así como por las limitaciones físicas del organismo, pues el hombre es biológico y psicosocial. Resulta evidente que la normalidad social del adulto contemporáneo, comprende un rol social más activo que en el pasado, sino laboralmente, sí en multitud de actividades sociales; sin embargo, por una parte se insiste en la actividad y, por otra, la desvinculación, de tal forma que cada individuo realiza su propia definición del rol sin consenso social (Soto, 2007).

1.8 Características sociodemográficas de las personas Adultas Mayores en México

El proceso de envejecimiento no es igual para todos, presenta grandes diferencias no solo entre las distintas personas, sino también entre los grupos sociales, depende de la condición en que se encuentre, la cual en buena medida, está determinada por los recursos con que se cuenta para enfrentar y asimilar este proceso (Contreras, 2007).

En el 2011, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) mostró un perfil sociodemográfico de las personas de 60 años y más que residen en el país y reportó las estadísticas el 1 de Octubre a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad.

Según el diagnóstico de la situación de las persona AM dado por el INEGI (2011), se presentan los siguientes datos nacionales:

- En México residen 10.1 millones de AM, lo que representa 9% de la población total.
- La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID 2009) identifica que 9.3% de la población de 60 años y más corresponde a hombres y 10.5% a mujeres, esto hace que la relación de hombres y mujeres sea de 84.2 varones por cada 100 mujeres.
- De cada 100 hogares, 27 están integrados por al menos una persona de 60 años y más, 83.9% de estos hogares son familiares.
- De las personas de 60 años y más 12% viven solas.
- La diabetes mellitus no insulino dependiente es la principal causa de egreso hospitalario entre los AM.
- De las defunciones registradas en 2009, 60.4% fueron de personas de 60 años y más.
- Aproximadamente tres de cada 10 AM no cuentan con seguridad social.
- De cada 100 AM, 26 tienen alguna discapacidad.

1.9 La educación y participación económica

Conforme a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), para el segundo trimestre de 2009, uno de cada tres AM está insertado en el mercado laboral o busca trabajo; esta proporción es la más baja en los últimos cinco años.

La población económicamente activa de 60 años y más, 97.7% está ocupada y de ésta 70.5% son hombres y 29.5% mujeres. La tasa de desempleo abierto es de 2.3% y por sexo es mayor en los varones (2.8%) que en las mujeres (1.2%).

Dos terceras partes de los AM forman parte de la población no económicamente activa, de los cuales, 66.1% son mujeres y 33.9% son varones. Por tipo de inactividad sobresale que 47.1% se dedica a los quehaceres domésticos y 23.9% son pensionados y jubilados. Por sexo la configuración cambia completamente, más de dos terceras partes de las mujeres (68.8%) se dedica a los quehaceres domésticos y 23.9% son pensionados y jubilados.

En cuanto a la educación las personas AM presentan grandes diferencias de acuerdo al género; en la actualidad seis de cada diez AM no tienen instrucción o no han terminado la primaria; el porcentaje de aquellos con estudios de medio superior y superior ha aumentado a más del doble, no obstante, ninguno de estos grupos supera el 8% de esta población. Conforme aumenta la edad, la tasa de analfabetismo aumenta y tiene un componente mayor de mujeres. La diferencia entre sexos en el grupo de 75 años y más es de casi 9 puntos porcentuales (INEGI, 2011).

1.10 Discapacidad

Los resultados del Censo de 2010 revelaron que en México hay 5. 739,270 millones de personas con discapacidad. Del total de población de 60 a 84 años, 23.8% tiene discapacidad, mientras que entre la población de 85 años y más el porcentaje se incrementa significativamente, de modo que tres de cada cinco personas de este grupo de edad registra esta condición (58.7%). Entre las dificultades más frecuentes reportadas para los AM, sobresale la limitación en la

movilidad, 71.4% presenta esta discapacidad; le siguen la dificultad para ver con 28.6% y la limitación para escuchar con 16.5%.

La discapacidad en la población AM se caracteriza porque es relativamente más alta en las mujeres que en los hombres: 52.8% y 47.2%, respectivamente. Una situación opuesta a lo que ocurre con el total de la población y en el resto de los grupos de edad, en donde los hombres tienen una proporción más grande. Ello se debe, a la mayor esperanza de vida de la población femenina y, por ende, a su mayor riesgo a padecer enfermedades discapacitantes durante la vejez (INEGI, 2011).

1.11 Esperanza de vida, salud y mortalidad

Considerando que en las últimas décadas ha habido avances significativos de los servicios de seguridad y asistencia social en general, la esperanza de vida de la población ha venido aumentando por lo cual la población senecta es cada vez más numerosa, haciéndose más alarmante la atención a ésta población que no cuenta con los recursos necesarios para subsistir (Manterola, 1983, citado en Ortiz 2004).

Actualmente, en México la esperanza de vida de las mujeres es superior a la que registran los hombres, la esperanza de vida de las mujeres en 2010 ascendía a 77.8 años y la de los hombres a 73.1 años, cifras que para el 2050 se incrementan a 83.6 años en mujeres y 79.0 años en hombres (CONAPO, 2010).

Un aspecto importante de mencionar en el rubro de la salud, son las cifras que se dieron a conocer por parte del Consejo Nacional de Geriátría citadas en el *Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos en México* (2003): la Organización Mundial de la Salud recomienda un geriatra por cada 10 mil habitantes, pero en México sólo hay uno por cada 100 mil, y apenas existen 252 geriatras certificados.

Entre las causas de fallecimiento de la población de 60 años y más destaca la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón, los tumores malignos, las cerebrovasculares y las crónico de las vías respiratorias inferiores; en conjunto, estas enfermedades son causa del 54.6 y 58.3% de las defunciones en 1998 y 2008.

Destaca el hecho de que en este último año, los AM que fallecieron por diabetes mellitus y por enfermedades isquémicas del corazón tienen mayor proporción respecto a aquellos que fallecieron en 1998 por estas mismas causas.

Por sexo, se observa que para 2008, 16 de cada 100 AM mueren por enfermedades isquémicas del corazón, seguidas de la diabetes con 15 y los tumores malignos con una proporción de 14 por cada 100. En las mujeres, 19 de cada 100 fallecen por diabetes, 14 por enfermedades isquémicas del corazón y 12 por tumores malignos. Las causas donde la proporción de fallecimientos femeninos es mayor a la de los varones son la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares (INEGI, 2010).

Al hecho de que las mujeres, en todo el mundo, viven más años que los hombres la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y la Comisión de Atención a Grupos Vulnerables-Cámara de Diputados LVIII Legislatura (2002) informan que este fenómeno es llamado “Feminización del Envejecimiento”. La CNDH también informa que la feminización de la pobreza, es el fenómeno mundial donde las mujeres constituyen 70% de los pobres del mundo y de ellas dos terceras partes son analfabetas, esto las hace más vulnerables a la explotación y son presas fáciles de violaciones a sus Derechos Humanos.

1.12 Vida en pareja y jefaturas de hogar

La mayor parte de la población de 60 años y más forma parte de hogares familiares. Conforme a la muestra del Censo de 2010, 26.9% de los hogares está integrado por al menos una persona de 60 años y más, 83.9% de estos hogares son familiares. En la mayoría de las ocasiones los AM tienen múltiples roles dentro del hogar, que van desde la aportación de un ingreso hasta el cuidado de nietos, cónyuge u otros familiares dependientes. En los hogares familiares, 58.1% de los AM son jefes del hogar y 26.5% son cónyuges. En los hogares ampliados y compuestos, 52.2% de los AM son jefes del hogar, 19% son cónyuges y 13.4% es madre, padre o suegro del jefe del hogar.

Uno de cada siete hogares integrado por al menos un AM es unipersonal, lo que en términos de población representa que 12% de las personas de 60 años y más viven solas. En este tipo de hogares las mujeres tienen un mayor peso relativo que se incrementa con la edad; de la población de 60 a 64 años que vive sola, 54.6% son mujeres, mientras que para los de 75 años y más dicha proporción es de 61.7%.

Los datos de la muestra censal de 2010 indica que 91.5% de las viviendas de los adultos que viven solos son independientes, 6.1% son departamentos en edificios, 1.8% son viviendas en vecindad o cuartos de azotea. La mayoría de estas viviendas son propias (78.9%) por lo que 7.7% de las viviendas donde residen los AM que viven solos son alquiladas. La proporción de las viviendas independientes (94.3%) y propias (89.1%) es mayor cuando el hogar del AM es familiar.

Más de tres cuartas partes de los hogares que dirigen los hombres AM son conformados por una pareja que integra una unidad nuclear o extensa, mientras que sólo el (8.8%) viven solos; y el (3.1%) vive sin pareja pero con hijos (Zúñiga y Vega, 2004).

En México el 86.8% de los hombres AM encabezan sus hogares, porcentaje superior al de la población de 20 a 59 años de edad (67.3%). Entre las mujeres mayores de 60 años, el porcentaje que posee la jefatura del hogar es de 37.5%, mayor que el 13% entre las mujeres de 20 a 59 años de edad.

Ahora bien existen importantes diferencias en los hogares dirigidos por hombres y mujeres mayores. Los hogares encabezados por mujeres AM son principalmente hogares extensos (46.8%), hogares monoparentales con hijas solteras (20.0%) y un alto porcentaje de mujeres que viven solas (28.2%) (Zúñiga y Vega, 2004).

1.13 Ingresos y participación económica

El elemento integrador por excelencia es el trabajo, del cual emana el prestigio social, los ingresos económicos y el nivel de vida, buena parte de las relaciones sociales y de los grupos de pertenencia, y otros referentes básicos para la vida y la identidad de las personas.

El retiro o el abandono definitivo de la actividad económica, como transición social que marca el paso a la vejez, es un evento que en el mejor de los casos vive un proceso de institucionalización parcial en México.

Conforme se envejece se acumulan deterioros físicos y mentales. Estos desgastes repercuten en la capacidad y rapidez de respuesta ante las exigencias de trabajo, disminuyen los niveles de productividad y en muchos casos se incrementan los riesgos laborales. Para un trabajador, cualquiera que sea su ocupación, el avance en las edades de la vejez necesariamente impone menor actividad, hasta que se detiene por completo.

Estos recesos también pueden ser de obsolescencia en el trabajo por cambios tecnológicos. Así se generan prejuicios patronales contra trabajadores envejecidos, dudas sobre su capacidad de aprendizaje y adaptación a nuevas metodologías y preocupación por las utilidades que puedan extraerse de las inversiones de capital que requieren la recapitación y reacomodo en el empleo del personal envejecido (Schultz, 1991, citado en CONAPO, 1999).

Conforme a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), para el segundo trimestre de 2009, uno de cada tres AM está insertado en el mercado laboral o busca trabajo; esta proporción es la más baja en los últimos cinco años.

La población económicamente activa de 60 años y más, 97.7% está ocupada y de ésta 70.5% son hombres y 29.5% mujeres. La tasa de desempleo abierto es de 2.3% y por sexo es mayor en los varones (2.8%) que en las mujeres (1.2%).

De acuerdo al sector de ocupación, más de la mitad de los AM (55.5%) trabaja en actividades agropecuarias, menos de la sexta parte (15.4%) labora en el sector secundario (manufacturero), en tanto que más de una cuarta parte (28.5%) realiza actividades económicas en el sector terciario.

Por grupos de edad de acuerdo con el censo de población 2010, los resultados muestran que el grupo de 65 a 69 más de la mitad de los hombres (55.2%) trabajan y sólo 2% se dedica al hogar. Así mismo, la mayor parte de las mujeres en este grupo de edad de 65 a 69 años se dedica al hogar (68.4%).

Además de las condicionantes sociales y económicas las cifras muestran que a partir de 75 años es significativa la pérdida de capacidades debido a limitaciones físicas o mentales que impiden trabajar. En el grupo de 80 años o más, sólo 18.5% de los hombres y 3.9% de las mujeres trabajan. En cambio, la población que no trabaja pero que pretende hacerlo en este grupo es más de 70% de la población masculina y más de 40% de la femenina. En todos los grupos de edad destaca la alta participación de las mujeres en las actividades del hogar, con alrededor de 68%, aunque ya en 80 años desciende a 54% seguramente también aunado a condiciones de incapacidad.

1.14 Familia y redes sociales

Frente a las insuficiencias de la seguridad social, una parte sustancial de la responsabilidad de proteger a los AM en situación de dependencia ha tendido a recaer en los hogares y en las redes sociales y familiares de apoyo. Al igual que en otros aspectos de la sociedad frente a las diferentes crisis, de alguna manera se sigue confiando en que la familia continuará con viabilidad para resolver los problemas que el estado y la sociedad no pueden solucionar. La institución familiar ha funcionado en buena medida, pues en general el país y la sociedad han sobrellevado las distintas crisis sociales y económicas. Sin embargo, las demandas sobre la familia crecen ahora ante la liberalización económica, la reforma de los sistemas de pensiones y la subrogación de los servicios médicos. Desafortunadamente, hay evidencias serias de su debilitamiento ante las tendencias de la estructura familiar, la composición de los hogares, los fenómenos migratorios, lo inacabable de la pobreza y una modernidad globalizada que devalúa a las personas envejecidas.

Algunos de estos cambios probablemente emergerán como fuentes de tensión cada vez mayores para la familia. Así, por ejemplo, conforme los integrantes de las generaciones más recientes, que son menos numerosas por el descenso de la fecundidad, se adentren en sus propios procesos de formación familiar, se verán obligados a hacer frente a la atención simultánea de los hijos y los padres y por un tiempo cada vez más prolongado. Además, tendrán un menor número de hermanos con quienes compartir la responsabilidad de su cuidado.

De esta manera, los adultos activos de los hogares enfrentarán una pesada carga: para algunos significará garantizar simultáneamente la subsistencia de menores y ancianos, mientras que para otros implicará el hacerse cargo de sus padres durante las edades cercanas a su propio retiro. Esta situación podría contribuir a deteriorar el papel de la familia como fuente exclusiva de apoyo a los AM, al tiempo que sugiere la necesidad de diseñar mecanismos y estrategias de atención para los hogares multigeneracionales en situación de pobreza (Montes de Oca, 1999).

1.15 Instituciones y programas de asistencia a la vejez en México

Es claro que como parte de la población, el sector envejecido tiene obligaciones y derechos de todo tipo, sociales y económicos, políticos y legales. Sin embargo, las condiciones propias del envejecimiento y la vulnerabilidad que conlleva, impone condiciones y limitaciones que deben considerarse en el otorgamiento de servicios y en la administración de la legalidad. Se conoce que las instituciones dedicadas a la atención y el cuidado de las personas en edad avanzada son pocas y con enfoques limitados. Pero también existen reconocimiento y algunas iniciativas para actualizar instituciones existentes y promover nuevas organizaciones, así como crear la legislación que le otorgue el marco jurídico a la protección y cuidado de las personas envejecidas (CONAPO, 1999).

El Instituto Mexicano del Seguro Social fue creado en 1943, se rige con la ley del Seguro Social, con la cual se ordenó la creación de los seguros sociales de la vejez, invalidez y muerte, enfermedad, maternidad y riesgos de trabajo. El IMSS tiene como obligación, hasta la fecha amparar a los empleados privados como obreros. Prácticamente la cobertura del IMSS se concentró hasta la década de los 60's en el DF (CEPAL, 1985, citado en Ortiz, 2004).

El Desarrollo Integral de la Familia (DIF) fue otro instituto creado para dar atención a la población más desvalida, tiene antecedentes en la Secretaría de Asistencia Pública creada por el Estado durante el gobierno del presidente Lázaro Cárdenas. En 1961 se creó el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI). En 1968 se instauró el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMIF) y en 1977 se creó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Respondiendo a estas necesidades se crea en 1979 el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) por decreto del 22 de agosto, organismo responsable de la protección, ayuda, atención y orientación de la población senecta, por medio de acciones asistenciales que incluyen programas económicos, sociales, educativos y de investigación.

El Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), organismo público cuya función principal era proporcionar atención médica y asistencial. Además de tratar de mejorar las condiciones socioeconómicas de las personas de la tercera edad, lamentablemente en la práctica fueron limitados sus recursos y restringidos sus logros. Dicha institución se asoció más a la imagen de un organismo que otorgaba ciertos descuentos en el consumo de bienes y servicios de los mayores de 60 años, que como una institución pública con acciones y servicios específicos de apoyo para las personas de edad avanzada y sus familias.

A fines de 1982 se estableció por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa Regional de Salud de los ancianos que retomó propuestas de 1980 y 1981, con demandas para una rápida atención a la población. Años más tarde se presentan las siguientes propuestas para la atención de los ancianos: a) Protección de la salud de los ancianos. Apoya la evaluación y clasificación de los hogares de ancianos y asilos; b) Capacitación, se reconoce la deficiencia en la preparación del personal encargado de los ancianos; c) Promoción de la salud de los ancianos. El programa regional retomó la información disponible en los censos, investigaciones, registros y otras fuentes para impulsar esta propuesta; d) Políticas de atención a los ancianos. El programa reconoce que las principales debilidades que en primer lugar residen son el bajo conocimiento acerca de la vejez y sus necesidades de atención por parte de los diferentes profesionistas.

En México son de gran relevancia las acciones impartidas por el Instituto Nacional de la Senectud, así como las del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia; ya que son estas instituciones las únicas que otorgan una asistencia integral a los ancianos, proporcionando con esto la otorgación económica, social, educativa y psicológica (Ortiz, 2004).

Primeramente, en el aspecto económico, el INSEN cuenta con elementos de protección para el anciano, con la tarjeta INSEN, centro de producción, bolsa de trabajo y cursos de capacitación. En el DIF, en cuanto a este aspecto, se pueden mencionar la impartición de cursos de capacitación (encuadernación, pirograbado, cursos de belleza, etc.) y bazares y exposiciones de los productos realizados en los talleres de manualidades.

En cuanto al aspecto social el INSEN cuenta con una procuraduría de la defensa del anciano, albergues y clubes de la tercera edad. El DIF también cuenta con albergues, consejo de ancianos clubes de ancianos pero no cuenta con un órgano específico de la defensa del anciano. Referente al aspecto educativo el INSEN contempla una educación de la familia y la sociedad en el conocimiento del anciano, un centro cultural de la tercera edad; imparte enseñanza geriátrica y gerontológica, además otorga a los ancianos una preparación para el retiro o jubilación. En el DIF se cuenta con sesiones educativas enfocadas a ampliar la cultura de los ancianos así como los talleres de danza, expresión corporal, bailables, música, canto, teatro, socio drama, pantomima y encuentros intergeneracionales, como sucede en el INSEN con lo que también se busca una educación no sólo del anciano sino también de la familia y la sociedad acerca de la personalidad y virtudes del anciano.

En el aspecto psicológico dentro del INSEN se imparten actividades recreativas, vacacionales, culturales y sociales, talleres de terapia ocupacional, también existen residencias diurnas, y además se brinda terapia psicológica. Se considera que las actividades educativas y económicas también funcionan como fuente de salud mental al desarraigar el sentimiento de aislamiento e inutilidad del anciano.

Por otro lado, en 1995 se llevo a cabo una reforma a la Ley del Seguro Social con la cual se modifica el sistema de pensiones del Instituto Mexicano del Seguro Social. A partir de su aprobación aparecen en el escenario social instituciones privadas denominadas Administradoras de Fondos de Retiro (Afores) las cuales en su mayoría cobran una comisión por el manejo de la cuenta individual de los trabajadores y la que se supone que deben de cotizar durante 1250 semanas de su vida laboral (750 semanas más que con el régimen anterior).

De este dinero podrán disponer cuando hayan cumplido los 65 años o bien a los 60 si se encuentran desempleados.

Las Instituciones Gubernamentales de Asistencia Social a través del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, atiende a población “vulnerable” con graves condiciones de pobreza y marginalidad, en estas instituciones se dan servicio a personas de cualquier edad, aunque reservan en especial algunos programas y servicios para la población anciana.

Entre las instituciones que no dependen del Gobierno se encuentran: las instituciones de asistencia privada (las JAP’S) afiliadas a la junta de Asistencia Privada (JAP); las asociaciones civiles, así como aquellos establecimientos administrados por particulares, dentro de estas se encuentran afiliadas más de 430 instituciones que brindan algún tipo de servicio social, de las cuales 39 atienden a población senecta. Por su parte, las asociaciones civiles (Club de Aspirantes a Centenarios Felices A.C., Centro Mexicano de Filantropía, A. C., entre otros) trabajan casi sin apoyo económico y luchan haciendo conciencia social de la problemática de la vejez en el país y concretamente en la ciudad de México.

Sin embargo, hasta la fecha se observa una gran falta de atención y servicios a la población anciana, ya que aunque existen varias instituciones que prestan servicios a esta población se sigue considerando que estas personas residen en familia, tienen familiares y mantienen relaciones cercanas con sus parientes, además de gozar en lo general de un óptimo estado mental. Y en caso de que el anciano deba de recibir terapias o atención médica especializada estos costos serán responsabilidad de él mismo o bien de sus familiares.

En el 2003 el INSEN pasa a ser INAPAM el cual sigue llevando los programas y apoyos que se llevaban antes de cambiar su nombre (Ortiz, 2004). Su creación el 17 de enero del 2002, formó parte del sector que encabeza la Secretaría de Desarrollo Social, modificando su nombre por Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN).

El 25 de junio del 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores creándose por ella el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Con la cual se confirma como el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años de edad y más, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones. De acuerdo a lo establecido por esta ley en cuanto a la naturaleza, objeto y atribuciones de este Instituto son: Procurar el desarrollo humano integral de las personas AM, entendiéndose por éste, el proceso tendiente a brindar a este sector de la población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género, que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente (Ley de los derechos de las personas AM, 2002).

El INAPAM cuenta con un programa de investigación gerontológica que estudia a la vejez desde un punto de vista biológico, psicológico, social y económico, a través de un equipo interdisciplinario. La preocupación principal del DIF es brindar al anciano los elementos primarios de subsistencia. Como son la salud, la alimentación, la salud física y el alojamiento (albergues). EL INAPAM opta más bien por un bienestar social y psicológico. La gente que acude a una u otra institución depende en primer instancia de su nivel socioeconómico, encontrándose dentro del DIF las personas de un nivel más bajo.

Esto no quiere decir que se pongan restricciones dentro de las instituciones, sino más bien los ancianos se dirigen hacia la institución que les brinda los satisfactores de acuerdo a sus necesidades. De esta forma por ejemplo, recurren al INAPAM para obtener la tarjeta de descuento, pero asisten regularmente a la unidad móvil de salud del DIF.

Por otra parte, el gobierno del Distrito Federal (GDF) diseñó El "Programa de Apoyo Alimentario y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores", que está considerado como el primer paso para instituir una Pensión Universal Ciudadana. Las restricciones presupuestales del GDF así como sus limitadas facultades de recaudar impuestos locales no permiten alcanzar inmediatamente este objetivo final.

Sin embargo, con este programa nuevo y prioritario el gobierno busca apoyar económicamente con servicios médicos y medicamentos a los AM de 70 años en adelante. El programa tiene además el propósito de dar visibilidad social a este vacío fundamental de la política social mexicana que es la restricción de la pensión por edad a la población asegurada. Con ello se busca impulsar un debate nacional sobre la necesidad de adoptar una política nacional respecto a este problema.

En el DF hay cerca de 325 mil personas que tienen 70 años o más, de las cuales dos tercios son mujeres. El ingreso promedio de este grupo es cercano a un salario mínimo pese a que más del 40% recibe una pensión de seguridad social. Estos bajos ingresos los obliga a depender de sus parientes que en su mayoría también tienen serias restricciones económicas.

La Secretaría de Salud es responsable del programa porque es la única institución social lo suficientemente sólida como para poder operar un programa que abarca a centenares de miles de personas y por su componente de servicios médicos y medicamentos gratuitos.

Por razones presupuestales el programa se dirige inicialmente a 250,000 adultos con 70 años o más que residen permanentemente en el Distrito Federal desde hace al menos tres años. Los recursos del programa provienen de los ahorros obtenidos con el Plan de Austeridad Republicana del GDF y en 2001 se cuenta con 1,290 millones de pesos para el apoyo alimentario y 50 millones de pesos para los medicamentos gratuitos.

La selección de los beneficiarios se hizo utilizando el método de “focalización territorial” que disminuye al máximo la discrecionalidad –todos los que viven en una demarcación tienen derecho de ser incluidos-- es el más justo --tiene efectos muy cercanos a los programas universales; y reduce sensiblemente los costos administrativos al no trabajar estudios socio-económicos individuales. Se incluyeron así a los AM que habitan en las Unidades Territoriales (UT) del Distrito Federal clasificadas como de muy alta, alta y media marginación.

En sus inicios, para construir el padrón inicial de beneficiarios se hizo un censo con vistas domiciliarias de verificación y se detectaron 160 mil personas elegibles que recibieron en marzo de 2001 una tarjeta electrónica para comprar alimentos por una cantidad de 600 pesos mensuales en tiendas departamentales y medicamentos gratuitos. Posteriormente se continuó con las UTs de segunda prioridad añadiendo 44 mil personas en junio. La última ampliación suma al programa a los AM de los "bolsones de pobreza" en el resto de las UT's y a los nuevos inscritos con la trabajadora social en los Centros de Salud del DF distribuidos en toda la ciudad para alcanzar 250 mil personas.

Los beneficiarios del programa reciben gratuitamente los medicamentos del cuadro geriátrico en los 210 Centros de Salud del GDF. Con esta finalidad se ha instrumentado en éstos un programa de atención integral para los AM que les garantice la consulta cerca de su domicilio, en un horario especial, con un tiempo de espera corto y trato cálido así como la prescripción adecuada de los medicamentos e información sobre su uso seguro. A través de este componente del programa se trabaja activamente con los AM para incorporarlos a actividades grupales de promoción de la salud y de control de los padecimientos crónicos. A partir de julio recibe además servicios y medicamentos gratuitos en la red de hospitales del GDF.

El programa tiene una supervisión permanente. Las educadoras de la secretaría tienen bajo su responsabilidad un número predeterminado de beneficiarios y los visitan bimestralmente. El Consejo de AM de la Ciudad, las organizaciones de AM y los 1,352 Comités Vecinales ejercerán una contraloría social sobre el programa vigilando su correcta aplicación y transparencia. Tendrán acceso a los convenios suscritos por el GDF y los beneficiarios donde están plasmados los derechos y obligaciones de ambas partes (Ortiz, 2004).

Es conveniente señalar que en la actualidad no existen programas de apoyo psicológico para los AM, la mayoría de los programas que existen en la actualidad se destacan por apoyar económicamente a la población pero ninguno de ellos hace énfasis en destacar las carencias que presentan los AM en cuanto a sus necesidades psicológicas.

1.16 Sistema de seguridad social

El Sistema Nacional de Salud está integrado por las dependencias y entidades de Servicios de Asistencia Social, de Seguridad Social, Servicios Privados y Beneficencias los cuales tienen como características fundamentales la forma de integrar sus recursos financieros, el tipo de servicios que prestan y el tipo de población que acude a ellos.

La principal institución que utilizan para la atención de su salud los AM es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (37.2% de las personas de 60 a 84 años y 30.5% de los de 85 y más años); le sigue la Secretaría de Salud (SSA), con 27.7% de la población de 60 a 84 años y 29.5% de quienes tienen 85 años y más; los servicios privados ocupan el tercer lugar (19.8%, es población de 60 a 84 años; y 25% de 85 años y más), este último implica un gasto mayor por parte de la persona o su familia. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, a nivel nacional, sólo siete de cada 10 AM son derechohabientes a alguna institución de seguridad social.

De los que sí están afiliados a alguna institución (72.5%), la mitad es asegurado del IMSS, 31.9% al Seguro Popular y 13.2% al ISSSTE, el resto cuentan con seguro privado u otro tipo de derechohabiencia como PEMEX, SEDENA y SEMAR (INEGI, 2011).

Conforme a la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (2009), una cuarta parte (25.6%) de los AM se encuentra pensionado; este porcentaje es casi dos veces mayor en los varones (34.7%) que en las mujeres (17.7%). En los primeros, más de la mitad de los pensionados (55.4%) son por jubilación, poco más de la tercera parte (33.6%) es por retiro o vejez y sólo (5.7%) es pensionado por accidente o enfermedad de trabajo. En las mujeres esta configuración cambia radicalmente, 47.9% está pensionada por viudez, 31% por jubilación y 14.1% por retiro o vejez.

Tres cuartas partes (76%) de las pensiones que se le otorgan a los AM provienen del IMSS, mientras que una sexta parte (16.3%) las otorga el ISSSTE y 7.7% otras instituciones (INEGI, 2011).

Capítulo 2.

MALTRATO AL ADULTO MAYOR

Como se ha indicado en capítulos anteriores, el Envejecimiento como fenómeno social a nivel mundial es el resultado de la transición demográfica, ya que los avances médicos y el desarrollo tecnológico y científico han propiciado una disminución de la tasa de fecundidad y mortalidad aumentando la esperanza de vida, por lo que la población de 60 años y más se encuentra en un crecimiento progresivo (Campillo, 2002). Lo anterior repercute en el incremento de la población anciana en México, simultáneamente surgen noticias sobre un problema creciente, el Síndrome de Abuso o Maltrato al Adulto Mayor (SMAM) (Vidales, 1999).

Para Marín (2000), el abuso hacia los ancianos ocurre probablemente desde hace siglos, y sólo recientemente en los últimos veinte años han aparecido publicaciones al respecto. Por lo mismo, ya no se puede aceptar que este tema sea aún desconocido por los miembros del equipo de salud y público en general. El tema adquiere, además, cada día mayor relevancia por el número creciente de personas afectadas y por las consecuencias inherentes que estos malos tratos conllevan. Las primeras publicaciones al respecto en el ámbito médico aparecieron en el año 1975, cuando se describió en el Reino Unido el síndrome del “zamarreo del anciano” o ‘*Granny Battering*’, demostrándose además que era un problema substancial. La inicial incredulidad respecto a los reportes sobre abuso en el Adulto Mayor (AM) fue posteriormente reemplazada por un creciente interés por el tema.

El estudio sobre maltrato al AM se origina con la *Carta de los Derechos de las Personas Mayores* elaborado por la Organización de las Naciones Unidas del 16 de diciembre de 1991. En España, Marín, 1990 (citado en Caballero, 2000) efectúan la primera aportación pública sobre el síndrome del maltrato y abuso al anciano durante el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, celebrado en Las Palmas, año 1990. Posteriormente, un paso decisivo lo constituye la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado, convocada en el año de 1996.

Según Informes dados por la Organización Mundial de la Salud, más de 1 millón de ancianos en el ámbito mundial son víctimas de maltrato al año. En Estados Unidos 1 de cada 25 Adultos Mayores (AM) son maltratados (Vidales, 2003). Una revisión terminada en 1995 y limitada a publicaciones centrales y al Index Medicus sobre “Malos tratos a Ancianos” detectó 26 artículos, y sólo 4 de ellos contenían datos primarios. En los Estados Unidos, el *National Center on Elder Abuse*, registró entre 1986 y 1996 un aumento del 150% en los incidentes de maltrato declarados por los servicios estatales de protección de adultos. Según informes, del centro el abandono, resultó ser la forma de maltrato más común y se hallaron diferencias significativas entre las tasas correspondientes a hombres y mujeres. Asimismo, los autores del maltrato solían ser los hijos adultos (37%), seguidos de los cónyuges (13%) y otros miembros de la familia (11%) (Correa, 2001).

Como consecuencia de la rápida ampliación de las actividades relacionadas con el maltrato de los ancianos en todo el mundo, en 1997 se creó la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a los Ancianos (INPEA). Los objetivos de la red son: sensibilizar a la opinión pública, fomentar la educación y la capacitación, organizar campañas a favor de las personas de edad maltratadas y la prevención del maltrato de los ancianos (Cáritas, 2003).

Por otra parte, al referirnos a México se han venido realizando diversos estudios, sin embargo, hasta ahora no existen cifras exactas a nivel nacional que nos permitan conocer la prevalencia en las diferentes zonas del país.

Sin embargo, dentro de lo que es posible referir destaca una investigación realizada por la periodista Mónica Archundia para el periódico ‘El Universal’ publicada el día 22 de Mayo 2005, Sec. Metrópoli 1c, la cual arrojó las siguientes cifras en el DF: 193 casos de maltrato de ancianos se presentaron en el 2003 y 384 quejas en el 2004. En Iztacalco, Gustavo A. Madero e Iztapalapa se presentaron la mayoría de los casos, de estos fueron más frecuentes las denuncias de abuso en AM entre 60 y 70 años. Las denuncias se presentaron en la Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (UAPVIF) (Archundia, 2005).

La escases de investigación sobre este problema en México parece relacionarse con la insuficiente inquietud que genera este tema entre los profesionales de la salud, debido a que es difícil su identificación. Dos son las razones principales que fundamentan este escueto interés real del maltrato en el anciano:

1. La discriminación por la edad, que ha sido la norma a lo largo de la historia, y hoy sigue siendo una realidad palpable.
2. La dificultad para detectar el maltrato y denunciarlo. Sólo se diagnostica lo que se sabe posible, y no se suele tener en mente el maltrato como diagnóstico diferencial. Se necesita un elevado índice de sospecha para detectar el maltrato (ONU, 2002).

Adicionalmente, en México la temática de maltrato, abandono y negligencia y, sobre todo, el marco legal es relativamente nueva. La violencia al anciano se encuentra en fuentes o estudios aislados que no reflejan objetivamente la magnitud y trascendencia del problema. Hasta ahora la información que existe es la reportada por ciertas instituciones, por ejemplo el Centro de Atención a la Violencia Familiar, el Instituto Nacional del Adulto Mayor, el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), o el Hospital General de México, que si bien es útil no es representativa de la situación que prevalece en este país (Vidales, 1999).

El maltrato al AM se observa en todas las clases sociales y en cualquier nivel socioeconómico. Puede ocurrir tanto en instituciones (públicas o privadas) como en el domicilio, pero con más frecuencia se encuentran implicados los propios familiares y los cuidadores (Bover, 2003).

La detección del maltrato de las personas de edad depende de la concientización, el conocimiento y la comprensión de este problema, así como del reconocimiento de los indicadores y los efectos manifiestos de los malos tratos. Entre otros, los profesionales en salud pueden no detectar los abusos si presuponen que cierto comportamiento o estado físico de un AM se debe únicamente a su edad avanzada o su mala salud. Sin una concientización al respecto, sólo podrán llamar la atención los casos graves de maltrato. Las personas de edad que son víctimas de malos

tratos y no utilizan los servicios médicos o sociales difícilmente pueden hacerse notar (Figueroa, 2003).

La persona mayor maltratada puede sentirse culpable por denunciar la actuación de aquel de quien depende para los cuidados, y mucho más si se trata de un familiar. Puede tener miedo a denunciar, al entender que no existen alternativas reales, efectivas, seguras y rápidas (OMS, 2003). La motivación para ocultar este problema puede derivar del miedo a ser ingresado en una institución o a sufrir represalias, el deseo de proteger al autor de los malos tratos de las consecuencias de sus actos, la sensación de deshonor y de vergüenza y la percepción por parte de la víctima de que los malos tratos son algo normal o merecido. Por último, las personas con impedimentos cognitivos o con poca capacidad de comunicación muchas veces no pueden expresar verbalmente o informar con claridad sobre los incidentes de maltrato (Norma Oficial Mexicana, 2000).

2.1 Definición de Maltrato al Adulto Mayor

Definir el concepto de maltrato es difícil, ya que lleva implícito consideraciones culturales, es decir según el país, el estado, el grupo étnico o cultural, e incluso el enfoque del investigador (Bover, 2003).

Según la definición de la Organización Acción contra el Maltrato de los Ancianos en el Reino Unido, adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores (INPEA) el maltrato de los ancianos consiste en: “realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor” (OMS, 2003, p. 137).

Otra definición de maltrato en el Adulto Mayor Moya (2003):

El abuso o maltrato al anciano es una conducta destructiva que está dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad y/o frecuencia como para producir efectos nocivos de carácter

físico, psicológico, social y/o financiero de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida de los derechos humanos asimismo como la disminución de la calidad de vida para la persona mayor; incluyendo los actos de comisión y omisión intencionales o involuntarios

Según la OMS (2003, p.137):

...en general, se conviene en que el maltrato de las personas mayores se puede cometer tanto por acción como por omisión (en ese caso, por lo común se denomina 'descuido') que puede ser intencional o no. Además puede ser de carácter físico o psíquico (este último incluye las agresiones emocionales o verbales), o puede entrañar abuso económico u otros prejuicios materiales. Cualquiera que sea el tipo de maltrato, es indudable que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida. La calificación de una conducta como maltrato, descuido o explotación dependerá, probablemente, de la frecuencia con que se produzca, su duración, gravedad, consecuencias y, sobre todo, del contexto cultural.

En la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado celebrada en España en 1995, se acuerda definir maltrato al anciano como: "Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente" (Bover, 2003, p. 543).

En el caso del término violencia, maltrato y abuso hacia personas ancianas existen definiciones aportadas por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (citada en Trasfondo A.C. y Fundación Bienestar del Adulto Mayor, I.A.P., 2004):

Violencia: Es el modo de actuar, en el cual una persona expresa ira, enojo, malestar de forma impetuosa hacia las personas mayores, con un

comportamiento destinado a dañar o destruir, el cual puede ser intencionado o no, ya sea de forma física y/ o psicológica.

Maltrato: Es un acto único, reiterado o una omisión que causa daño o afiliación a una persona mayor y que se produce en cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, el conjunto de actitudes negativas de una persona hacia otra, la cual puede ser física o psicológica.

Abuso: Es el acto social, que involucra a dos actores, en el cual uno de ellos viola los límites de la otra persona, además de ejercer presión para obtener un fin, sobre todo en materia económica y/ o de bienes.

La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología diferencia entre Maltrato, entendido como una acción intencionada cuyo fin es provocar daño, y la Negligencia, entendida como omisiones de funciones establecidas, intencionada o no (OMS, 2003, p. 138).

Para Torres y Espada (1996, p. 143) el maltrato al AM es: “cualquier comportamiento desarrollado de forma intencional, no accidental, que a través de la acción, omisión o actitud negligente, atente contra la salud física y emocional, y vulnere los derechos que el anciano tiene sobre sus bienes financieros”.

Una definición de maltrato a las personas AM dada por el Centro Nacional Americano de Maltrato al Anciano (1995, citado en Rodríguez, 2003), dice: “cualquier acto u omisión que produzca daño intencionado o no, practicado sobre personas de 60 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente” (p. 13).

Al revisar las definiciones de violencia, maltrato y abuso en personas AM, se puede ver que el término más usado por los autores es el de “maltrato”.

El maltrato a las personas mayores puede darse de dos formas: activas y pasivas. Las activas que se refieren al maltrato físico, emocional, y al abuso económico y dentro de la pasiva citamos: el abandono físico y emocional y la marginación (Ruiz, 2001).

Derivado de estas consideraciones, y teniendo en cuenta las definiciones que se han adoptado de los diferentes investigadores, la definición más completa y asumida en esta investigación, es la proporcionada por Rueda (2008, p.79), la cual define al maltrato como:

Un acto u omisión, que causa daño, vulnera o pone en peligro la integridad física, psíquica o económica, atenta contra la dignidad, autonomía y respeto de los derechos fundamentales del individuo, realizados de forma intencionada o por negligencia, sobre una persona mayor, y que se producen en el marco de una relación en la que el agresor se considera en situación de ventaja o superioridad sobre la persona agredida, ya sea por razón de género, edad, vulnerabilidad o dependencia.

Debido a que esta definición abarca el ambiente familiar, comunitario e institucional como el lugar donde puede ocurrir el maltrato, deja en claro que estas situaciones ponen en peligro la integridad física, psicológica y violan los derechos fundamentales de la persona.

2.2 Tipología del Maltrato en el Adulto Mayor

Los AM son susceptibles al maltrato en todas las clases sociales, razas, y religiones (Hudson, 1991, citado en Bover, 2003); son varias las formas, actitudes y omisiones que pueden presentarse en una situación de maltrato, por ello los autores han clasificado diferentes tipos para poder hacer más fácil una detección.

Es importante mencionar que diferentes tipos de maltrato los puede estar viviendo una sola persona. *La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* establece

una tipología en el análisis del maltrato de las personas de edad, estableciendo las categorías siguientes (Correa, 2001, OMS, 2003):

a) Maltrato Físico: Pueden ser actos únicos o repetidos, o situaciones prolongadas. Estas últimas incluyen cualquier restricción o confinamiento inapropiados que provoquen dolor o lesiones corporales. Las consecuencias del maltrato físico incluyen indicadores físicos y manifestaciones psicológicas visibles, como una disminución de la movilidad, confusión y otro tipo de alteraciones del comportamiento.

b) Maltrato Emocional o Psicológico, o Agresión Verbal Crónica: Incluyen palabras e interacciones que denigran a las personas de edad, y que hieren y disminuyen su identidad, dignidad y autoestima. Este tipo de maltrato se caracteriza por:

- Falta de respeto por la intimidad y a las pertenencias de la persona de edad.
- Falta de consideración de sus deseos.
- Negación del acceso a sus allegados.
- Desatención de las necesidades sociales y de salud de la persona.

Los indicadores de que se están cometiendo malos tratos emocionales pueden incluir diversas manifestaciones psicológicas como el miedo, la dificultad para adoptar decisiones, la apatía, el aislamiento y la depresión (Correa, 2001; OMS, 2003).

c) Abuso Económico: Este puede constar de las siguientes características:

- Uso ilegal o indebido, o la apropiación indebida de la propiedad o las finanzas de una persona de edad.
- Modificación forzada de su testamento u otros documentos jurídicos.
- Negación del derecho de acceso y control sobre sus fondos personales.
- Los timos financieros y otros tipos de fraude.

Con el fin de obtener el control de los bienes de las personas de edad puede, en algunos contextos, verse agravada por la existencia de estructuras económicas, sociales y políticas que toleran o fomentan indirectamente la violencia material o económica. Las personas de edad están particularmente expuestas a la violencia económica debido a su debilidad física y a su poca capacidad para protegerse contra la violencia. En los casos en que tienen bienes importantes para el bienestar de un hogar, como una pensión o un título de propiedad de una vivienda, a veces son presionadas para que renuncien a sus derechos sobre estos bienes. Se han dado casos de violación para forzar a las mujeres a renunciar a sus bienes, así como casos de expropiación y de expulsión de la mujer viuda de la casa familiar.

d) Abandono: Falta de acción para atender las necesidades de una persona de edad que puede manifestarse de la siguiente forma:

- Al no proveer alimentos adecuados, ropa limpia, un lugar seguro y cómodo para vivir y unas buenas condiciones de atención médica e higiene personal.
- Privar a la persona de contactos sociales.
- Al no proporcionar recursos auxiliares cuando éstos se necesitan.
- Al no impedir los daños físicos o al no prestar la supervisión necesaria.

Dentro del rubro anterior se hace mención de la deserción por parte de individuos que tenían o habían asumido la responsabilidad de cuidar de estas personas de edad. La persona encargada del cuidado de una persona de edad puede no atender a las necesidades de ésta debido a la falta de información, capacidad, interés o recursos. Los indicadores del abandono incluyen una variedad de síntomas de malestar físico como, por ejemplo, la palidez, la sequedad de los labios, la pérdida de peso, la suciedad de la ropa, los temblores, la falta de recursos auxiliares, la mala higiene corporal, la incontinencia, las llagas en la piel y la boca y el deterioro físico y mental. El abandono también puede asociarse con el aislamiento y la sobre medicación (Correa, 2001).

En algunas tipologías más amplias se menciona el autoabandono, que consiste en una serie de comportamientos que representan una amenaza para la salud o seguridad de una persona de edad, como un impedimento físico o cognitivo, y que llevan a una capacidad limitada para cuidar de sí mismo o mantenerse en buena salud. La depresión y unas condiciones de vida precarias pueden ser indicadores de autoabandono (Correa, 2001; OMS, 2003).

Además, pueden hallarse otras formas específicas de maltrato que se enmarcan dentro de las categorías precedentes o se consideran variantes de éstas, se incluyen:

El Abuso Sexual, es decir, todo contacto sexual sin consentimiento, incluidos la violación, el atentado al pudor y el acoso sexual por parte de los encargados de cuidar de la persona de edad. El abuso sexual resulta particularmente grave cuando la víctima no puede comunicarse bien o es incapaz de protegerse, ya sea por motivos físicos o ambientales. Las agresiones sexuales suelen clasificarse dentro de los abusos físicos (Marín, 2000).

La Violencia Social o Doméstica contra las personas de edad se produce en el contexto de una descomposición de las relaciones sociales entre la persona de edad y su familia o de una falta de armonía familiar. El grado en que ocurre depende de las normas socioculturales sobre lo que constituye una conducta aceptable, la importancia de los valores familiares y las ideas sobre el envejecimiento imperantes en la sociedad. El maltrato doméstico es perpetrado por un miembro de la familia, que suele ser el principal encargado de cuidar a la persona de edad. En épocas de rápido cambio social, incluidos cambios domésticos en las normas tradicionales de respeto y las prácticas establecidas de cuidado de los familiares de edad, la violencia doméstica contra estas personas puede hacerse patente. Esta violencia se considera un resultado de las tensiones sociales y económicas que sufren los hogares con escasos recursos, en los que los miembros de edad son considerados una carga para su red inmediata de apoyo social.

El maltrato sistémico comprende la marginación de las personas de edad, mediante su ingreso en instituciones o mediante la aprobación, aplicación de determinadas políticas sociales, económicas que conducen a la distribución desigual de los recursos, a la discriminación en la provisión y prestación de servicios. De este tipo de maltrato sistémico se desprende el maltrato institucional, de distintos tipos, se asocia desde hace tiempo con el cuidado a largo plazo en instituciones (Marín, 2000).

Rueda (2008) define los diferentes tipos de abuso y maltrato, basado en las clasificaciones diseñadas por el *National Center on Elder Abuse* (NCEA), y la Asociación Médica Americana (AMA):

Abuso o Maltrato Físico

Se define como maltrato físico aquella agresión física intencionada que produce daños y en casos extremos la desfiguración ó muerte, según la *The National Aging Resource Center on Elder Abuse* (NARCEA). Es, por tanto, la imposición por la fuerza física y de manera intencionada de acciones con resultado de daño, dolor o deterioro físico en la integridad corporal. (Bover, 2003).

Abuso o Maltrato Psicológico, Emocional o Psicoafectivo

No existe un consenso a la hora de enunciar este tipo de maltrato ya que se utiliza el término de “maltrato psicológico-emocional”, “abuso psicológico”, “maltrato emocional” o “abandono”, o “maltrato psicológico”, haciendo énfasis en lo emocional y psicoafectivo. La OMS (2003) entiende como maltrato psíquico o emocional el hecho de infligir angustia, dolor emocional o estrés, a través de insultos y agresiones verbales, amenazas, intimidaciones, humillaciones, infantilización, silencios ofensivos, amenazas de abandono o institucionalización confinamiento o cualquier otra inferencia en la libertad personal del mayor. Por ejemplo, negación en la toma de decisiones y aislamiento social (Bover, 2003).

Los grupos de AM (OMS, 2003) han considerado como maltrato emocional y verbal aquel que los discrimina por su edad, insultos, el usar con ellos palabras hirientes, denigrarlos, intimidarlos, formular acusaciones falsas sobre ellos, causarles daño psicológico y sufrimiento.

Las investigaciones sobre el tema señalan que el maltrato psicológico es uno de los más frecuentes, aunque no existe un acuerdo en su diagnóstico. Para Johnson (1986, citado en Rueda, 2008) el abuso psicológico provoca en la persona mayor un sentimiento de angustia. Así pues, se entiende por maltrato psicológico las conductas que producen daño psicológico, como manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantaje afectivo, desprecio o privación del poder de decisión. El maltrato psicológico, en definitiva, provoca en el AM aspectos negativos para la competencia social, emocional o cognitiva. El maltrato emocional se caracteriza por la negación o carencia de afecto, aislamiento e incomunicación.

Para Valentino y Cash (1986, citado en Rueda, 2008) el aspecto central se encuentra en el abuso como comportamiento del cuidador hacia la persona mayor de la que se hace cargo. La conducta puede revelar un acto de comisión (abuso) u omisión (negligencia) que afecta al área física o mental del anciano.

Una de las problemáticas con la que se enfrenta el maltrato psicológico es su dificultad para cuantificarlo y la mayor versatilidad del maltratador en cuanto a su relación con el AM. Así, en determinados momentos el maltratador puede ser cariñoso y emotivo y al poco rato brusco o malvado, o realizar amenazas y/o aterrorizarle.

En este sentido están los trabajos de Walker (1984, citado en Rueda, 2008), quien afirma que en ocasiones el maltrato psicológico puede ser vivido con mayor angustia mental y malestar que el físico.

Dentro del maltrato psicológico pueden establecerse ciertos subtipos, como:

- Rechazo/degradación: Se presenta cuando se niega la ayuda al AM, no se hacen caso a sus peticiones de ayuda, cuando se muestra una actitud de desprecio o humillación.
- Terror: Se produce utilizando amenazas si no hace lo que se le manda, cuando se le pide hacer algo imposible de acuerdo a su edad y estado, o cuando la amenaza se dirige hacia alguien querido.
- Aislamiento: Cuando se le ignora aunque esté presente y no se le consulta nada sobre su vida y entorno.

Abuso económico (Patrimonial o Fiduciario):

Se habla de abuso económico cuando se produce la utilización inadecuada, por parte de terceros y sin el consentimiento del mayor (o mediante consentimiento viciado) de los fondos, pensiones, propiedades y/o bienes de la persona mayor, no en beneficio del mayor sino en beneficio de un/os tercero/s (Rueda, 2008). Todo ello en contra de la voluntad o sin el consentimiento del anciano, ya que los familiares “presuponen” que dada una incapacidad del anciano, no podrá disponer de ingresos y de su patrimonio y “se consideran los correctos administradores”, además, es socialmente aceptado (Ham, 1998; Ruiz, 2001).

El maltrato económico se puede definir como la “utilización abusiva o ilegal de los bienes e inmuebles propiedad de la persona mayor”; o como “el uso ilegal o indebido de propiedades o posesiones. En este tipo de abuso o maltrato se puede hablar de “influencia indebida” cuando existe una relación de poder, en la que la persona mayor delega en un tercero para que actúe en su nombre, pese a la evidencia del perjuicio que dicha delegación le va a suponer, o cuando la persona mayor actuaría de una forma diferente de no existir esa presión o influencia externa.

Para otros autores, el abuso económico entra en la categoría de “violación de derechos”, en la medida en que se actúa en contra de la libertad personal, yendo directamente a la explotación del anciano en sus recursos materiales y financieros.

Abuso sexual

Es el desarrollo de cualquier contacto íntimo o actividad de tipo sexual sin el consentimiento de la otra persona, empleando la fuerza, amenaza o aprovechándose del deterioro cognitivo del mayor. (Bover, 2003).

El maltrato sexual puede ir desde el exhibicionismo hasta la agresión sexual física pasando por caricias. Se puede incluir tanto comportamientos (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.) como el contacto sexual de cualquier tipo,

El abuso sexual resulta particularmente grave cuando la víctima no puede comunicarse bien o es incapaz de protegerse, ya sea por motivos físicos o ambientales. Las agresiones sexuales suelen clasificarse dentro de los abusos físicos (Marín, 2000).

Negligencia, abandono y omisión de cuidados

La negligencia es la suspensión reiterada (intencionada o no) de alguna ayuda/cuidado que la persona vulnerable necesite para el desarrollo cotidiano. Se incluye en este tipo una mala provisión de cuidados médicos, o cuidados físicos necesarios para proporcionar unos niveles de salud y sociales adecuados para las necesidades de esa persona. El abandono también se suele integrar en este tipo de abuso.

- Negligencia Física: Falta del cuidador para proveer los servicios que son necesarios para la óptima función del anciano (Swagerty, 1999).
- Negligencia Activa: Implica la decisión del cuidador de retener lo necesario para el anciano.
- Negligencia Pasiva: Implica que el cuidador, por ignorancia, no proporciona lo necesario para el anciano (Rosenblatt, 1996).

El abandono supone la deserción por un individuo que ha asumido el papel de cuidador o por la persona que tiene la custodia física, situación que se ve agravada cuando, por la total dependencia del anciano, ocasiona un detrimento general en el estado físico y emocional (Ruiz, 2001).

Este tipo de maltrato se produce cuando una persona que había asumido la responsabilidad de proporcionarle cuidados, o bien estar a cargo de su custodia (tutor legal) lo desampara de manera voluntaria. Incluyendo el abandono en instituciones asistenciales, tales como hospitales, residencias, clínicas y lugares de la vía pública. (Caballero, 2000).

Algunos autores incluyen este tipo de maltrato dentro de la categoría de negligencia (Bass et al., 2001; Brandl y Horan, 2002, citados en Rueda, 2008), mientras que otros se refieren al abandono como categoría independiente (Lafata y Helfrich, 2001, citados en Rueda, 2008).

Autonegligencia y autoabandono

Es el propio comportamiento de la persona mayor el que amenaza su propia salud o seguridad. Se manifiesta por negarse a proveerse de una adecuada alimentación, vestido, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación (Rueda, 2008).

La persona mayor es la que pone en peligro o amenaza su propia salud o seguridad, ya que no se proporciona a sí mismo los servicios y productos necesarios, como por ejemplo comida, medicinas, tratamiento médico necesario, etc. También puede surgir como consecuencia de un deterioro cognitivo importante y un sistema de apoyo inadecuado (Ahmad y Lachs, 2002; Bass et al., 2001; Lafata y Helfrich, 2001, citado en Rueda, 2008).

Se excluyen las situaciones en las que el anciano competente decide consciente y voluntariamente actuar de forma peligrosa para su salud y seguridad. Generalmente el autoabandono, no es contemplado dentro de las líneas de investigación, no sólo por las dificultades de su estudio sino también por la propia definición (Rueda, 2008).

2.3 Factores de riesgo que intervienen en el Maltrato y Abuso a las personas Adultas Mayores

Anteriormente se indicó la tipología del maltrato, ahora cabe señalar la importancia de los factores que pueden influir de manera significativa para que el maltrato pueda ser perpetrado en los AM. Los actos violentos, como comportamientos humanos aprendidos y llevados a cabo en entornos familiares y sociales, deben ser estudiados a partir del conocimiento de los factores o variables que los propician.

Por esta razón, para poder conocer y analizar el comportamiento violento, se debe considerar las fuentes de variabilidad que afectan a cualquier conducta, así como los elementos que intervienen en la construcción de la individualidad psicológica y social.

En esencia, un factor de riesgo es una característica personal, familiar ó social cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno. En el campo de la violencia, un factor de riesgo vendría a ser una característica que, en alguna medida, sitúa al sujeto en una posición de vulnerabilidad hacia el comportamiento violento. Así desde la perspectiva del modelo ecológico se considera la violencia como el resultado de una compleja interacción entre varios sistemas, como son: el individual, el relacional, el comunitario y el social; por lo que los factores de riesgo serán abordados desde los diferentes ámbitos de este modelo.

En el primer nivel: el microsistema se centra en aquellas características personales del individuo que incrementan la probabilidad de que éste se convierta en víctima o agresor; incluyendo factores biológicos, psicológicos, educativos, de historia personal y consumo de sustancias, entre otros.

Desde este modelo, cualquier persona mayor podría convertirse en víctima de violencia. Aun así, se ha considerado de interés detallar los factores personales que la literatura considera que tienen mayor peso para convertirse en víctima o para ejercer maltrato de ancianos.

El primer factor de riesgo individual al que se hace referencia es el sexo. La gran mayoría de estudios ha encontrado un mayor porcentaje de víctimas mujeres que de hombres (Iborra, 2008).

En cuanto al sexo del agresor, se encuentra una prevalencia mayor de hombres que de mujeres entre los agresores (Iborra, 2008), especialmente en los casos de abuso sexual, en los que éstos representan cerca del 100.

El segundo factor individual es la edad. La investigación muestra que, a partir de los 75 años, se incrementa el riesgo de sufrir maltrato. Evidentemente, no se trata sólo de una cuestión demográfica; los ancianos con mayor edad tienen más probabilidad de presentar otros factores de riesgo, como dependencia y aislamiento social

El tercer factor a analizar es el grado de dependencia de la víctima, la tasa de maltrato aumenta conforme se incrementa el nivel de dependencia. Los ancianos dependientes presentan mayores tasas de todos los tipos de maltrato. Además, aunque no es un resultado universal, numerosos estudios han encontrado mayor porcentaje de deficiencias físicas o cognitivas en las personas mayores víctimas de maltrato que en la población general de ancianos (CRS, 2008; Davidson, 1979; Hickey y Douglass, 1981; Lachs et al., 1997; Steinmetz, 1988; Wolf y Pillemer, 1989; citados en Iborra, 2008).

El cuarto factor es la presencia de psicopatología; la depresión, las ideas suicidas y los sentimientos de infelicidad, vergüenza o culpabilidad son comunes entre las víctimas. En cuanto a los agresores, los estudios muestran que los agresores de personas mayores presentan problemas psicológicos y de abuso de sustancias con mayor frecuencia que aquellos cuidadores que no muestran conductas. (Muñoz, 2004).

En el segundo nivel: el mesosistema se focaliza en las interacciones sociales cercanas (amigos, familia, pareja) que aumentan el riesgo de ser víctima o agresor. En esta categoría se encuentra el estrés del cuidador, existe evidencia empírica de que la percepción de estrés y el llamado síndrome de *burnout* (o síndrome de estar

quemado) son predictores más fuertes de la presencia de maltrato de mayores que medidas objetivas, como variables demográficas o el número de tareas que debe desempeñar el cuidador.

En segundo lugar se analiza la agresividad de la víctima como factor relacional. Las investigaciones realizadas con personas que presentan demencia han mostrado que los comportamientos agresivos por parte del anciano pueden actuar como factores desencadenantes de violencia por parte del cuidador (Iborra, 2008).

En tercer lugar se sitúa la dependencia económica del agresor, en muchos casos los agresores son económicamente dependientes de la víctima para su alojamiento, manutención, transporte y otros.

En el tercer nivel: el exosistema se centra en los contextos concretos en los que se desenvuelven las relaciones sociales (escuela, trabajo) y pretende identificar los factores que incrementan el riesgo de violencia en cada uno de esos contextos. Se trata de factores que afectan a la comunidad general, como las zonas más pobres, con altos índices de precariedad laboral o con poco apoyo social. El factor comunitario al que se hace mayor referencia es el aislamiento social.

El segundo factor relacionado con la variable anterior es la falta de apoyo social. La mayoría de investigaciones muestran que los cuidadores que incurren en maltrato tienen una falta de apoyo social. Todos estos datos pueden indicar que la importancia de la falta de apoyo social como factor de riesgo puede pasar por su interrelación con el síndrome de *burnout* en el cuidador, la dependencia severa en la víctima o el aislamiento social.

En el último nivel: el macrosistema se encuentran los factores más generales que influyen en las tasas de violencia; analizando factores como la existencia de una cultura de violencia, la presencia de ciertas actitudes y tradiciones culturales como el edadismo y el sexismo, entre otras.

Las actitudes y estereotipos negativos sobre la vejez facilita que otras personas abusen de ellas sin un sentimiento de culpabilidad o remordimiento, y que se les vea como un objetivo perfecto para la explotación (Iborra, 2008).

Así mismo habría que destacar la existencia de una cultura de la violencia, Ortiz (2003) menciona que envejecer en esta sociedad es la primera condición para estar sometido a un maltrato continuo y lo más terrible es que no es el proceso de envejecimiento en sí lo que los hace más viejos, sino la forma en que la sociedad trata a sus ancianos.

Para muchos ancianos en nuestro país el maltrato forma parte de su vida cotidiana lo sorprendente es que ellos no se percatan de que es así, ya que la violencia adquiere diferentes formas. Lo asombroso es que dentro del seno familiar se fomentan muchas de estas formas de maltrato lo cual contribuye en gran medida a la desvalorización de los adultos mayores como individuos pertenecientes a una sociedad, los cuales aún tienen mucho que aportar (Sanmartín, 2001).

Es importante resaltar que el maltrato es un poderoso obstáculo para crear un ambiente favorecedor de salud ya que interfiere en la calidad de vida del AM, por lo que es una necesidad detectar y cuantificar maltrato y su tipo en las personas de la tercera edad con el objeto de prevenir o atenuar sus consecuencias (Sanmartín, 2001, OMS, 2003).

La calificación de una conducta como maltrato, descuido o explotación dependerá probablemente, de la frecuencia con que se produzcan, su duración, gravedad y consecuencias y, sobre todo del contexto cultural (Cáritas, 2000). Las consecuencias de los malos tratos sirven de indicadores para determinar situaciones de riesgo a fin de ayudar en la detección de maltrato. Los efectos pueden acumularse cuando se comete más de un tipo o múltiples tipos de maltrato (Archundia, 2005).

La violencia hacia las personas mayores tiene un matiz diferente de la ejercida sobre otros grupos poblacionales, ello se debe primordialmente a la confluencia de factores biológicos: cambios en sus capacidades sensoriales y enlentecimiento

motor en general, que ocasiona una disminución de su autonomía funcional y modificación de su comportamiento. Los factores psicológicos con modificaciones en su funcionamiento intelectual en general, conllevan a una reestructuración afectiva, que dependiendo del entorno puede ser adaptativa o desadaptativa.

Aunado a esto, las relaciones de poder que en ocasiones se generan en el ámbito familiar, hacen que en lugar de considerar a los ancianos miembros respetados de la sociedad se transformen en objeto de maltrato por parte de sus propios familiares, cohabitantes o cuidadores en ambientes institucionales (Sanmartín, 2001).

2.4 Ámbitos en los que se puede dar el Maltrato

Los ámbitos donde estos mecanismos destacan pueden ser de los más variados, el seno familiar, comunidades de vecinos, transporte, oficinas de la administración, empresas de distintos productos que emplean agresivas técnicas de venta, residencias privadas o públicas, servicios sociales o sanitarios.

El problema evidentemente no se soluciona manteniendo la situación actual en los grandes hospitales y derivando a los pacientes crónicos en su mayoría ancianos a los hospitales concertados de tercera categoría, donde los cuidados que se ofertan son muchas veces por una u otra razón de baja calidad.

También es necesario tener en cuenta que en estructuras centradas en el diagnóstico y la curación, ante lo crónico de la enfermedad o la muerte, la respuesta puede ser la frustración, y esta suele acabar de una forma u otra en maltrato.

A todos, independientemente de la edad, puede llegar a afectar un prolongado tratamiento o ingreso en una institución sanitaria, por el cambio de hábitos, alimentación, entorno hostil, falta de información y, principalmente la eliminación del contacto afectivo, ya que esto puede llegar a crear un alto grado de ansiedad, a lo cual se puede añadir el miedo, aislamiento y desorientación, que frecuentemente sufren ancianos hospitalizados; problema que puede conducirlos a situaciones de demencia transitoria de mayor o menor duración (Salvarezza, 1996).

2.5 Características del anciano maltratado y de su agresor

Es difícil identificarlo ya que se requiere habilidad para realizar el interrogatorio, no sólo al anciano sino a su agresor, que puede ser una persona extraña o el propio familiar; actitudes del maltratado como observar con recelo a su cuidador, mostrar temor para hablar, observación de lesiones físicas, desnutrición, descontrol de las enfermedades, desaseo o vestimenta inadecuada entre otras. El maltrato psicológico, a pesar de ser el tipo de abuso más frecuente, es el más difícil de detectar, por lo que se debe investigar hostigamiento, aislamiento emocional, manipuleo, humillación, confinamiento, influir miedo y algunas manifestaciones de depresión, ansiedad, demencia, inseguridad, miedo y somatización.

Por lo tanto, para determinar el probable perfil de un maltratador de ancianos se deberá observar algunas características que incluyan entre otras: parentesco o no con la víctima, no asumir el papel de cuidador, depender del anciano económicamente, vivir en casa del anciano, consumir droga o alcohol, enfermedad psiquiátrica o alteraciones de la personalidad, tener pobres contactos sociales, historia previa de violencia familiar, sometidos a estrés por pérdida de trabajo, enfermedad o problemas conyugales, en las entrevistas es hostil, irritable y suspicaz y muestra descontrol de la situación.

También se puede elaborar el perfil de un anciano maltratado con algunas características que deberán observarse como son: mujeres, por ser mayor la frecuencia en estas, viudas, con enfermedad crónica o progresiva (como Alzheimer, Parkinson, Enfermedad vascular cerebral, etc.), la prevención de algunos y conductas anormales como incontinencia, agresividad y agitación nocturna, ser dependiente, con aislamiento social, ser dependiente de su cuidador para la mayoría de las actividades de la vida diaria, con mala higiene.

La Asociación Médica Mundial reconoce que es responsabilidad del médico proteger los intereses físicos y psíquicos de los ancianos, por lo tanto, cuando se detecte un caso de maltrato hay que intervenir para prevenir reincidencias, puesto que las investigaciones indican que el maltrato y abuso en el anciano no suele ser un hecho

aislado sino que existe una recurrencia del 80% y el médico familiar se encuentra en una posición privilegiada para ayudar a la prevención, detección y abordaje apropiado del síndrome de los malos tratos a los ancianos; la intervención debe ser multidisciplinaria y centrada en la víctima, quien supone un sufrimiento inexorable.

Todos los ancianos tienen derechos que incluyen la voluntad de no ser sometido a trabajos duros, la libertad de reunión, de prensa, de religión, un adecuado tratamiento médico, a no ser declarado incompetente, a votar y ser tratado con cortesía y dignidad; por lo que es imprescindible que la sociedad y la familia tengan una actitud franca, abierta, de aceptación de este grupo social, como un elemento importante de nuestra sociedad actual (Kessel, 1996).

Capítulo 3.

MODELOS TEÓRICOS SOBRE EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR

El fenómeno de la violencia ha tratado de ser explicado desde diferentes modelos teóricos. Al revisar las diferentes aproximaciones existentes, se encuentran las perspectivas psicológicas, que enfatizan los aspectos individuales, entre ellas destacan: el Modelo Interaccionista (Teoría de la Reciprocidad Desequilibrada), La Teoría del Aprendizaje Social-Cognición Social y la Teoría del Apego. En el otro extremo están los enfoques globales como la Teoría Ecológica. Entre estas dos, se ubican los Modelos Sociológicos que explican la aparición de la violencia desde diferentes posturas tales como la Teoría de la Sobrecarga del Cuidador, Teoría del Aislamiento Social o Empobrecimiento de Redes Sociales, y por último La Teoría de la Violencia Doméstica.

3.1 Interaccionismo: Teoría de la Reciprocidad Desequilibrada

La teoría Interaccionista plantea un mayor entendimiento sobre las causas que determinan el maltrato a la tercera edad. Esta teoría plantea que la sociedad genera el estilo de vida de las personas que la conforman, pero independientemente de los sistemas de interacción que se producen entre sus miembros. Desde esta perspectiva, el maltrato se produce como consecuencia de la interacción que se da dentro de la familia. Más concretamente, sostiene que estos procesos surgen debido a que el envejecimiento biológico y social suele cambiar la definición del papel de los ancianos dentro de los grupos sociales en los que interactúan. Estas modificaciones podrían alterar la identidad personal, hasta ese momento estable, generando estrés en las relaciones. De forma alternativa, este proceso podría dar lugar a las apariciones de maltrato. Esta perspectiva implica la asunción de que los procesos de envejecimiento afectan al Adulto Mayor (AM), pero también a aquellas personas que lo rodean, de manera que el contacto con ellos puede resultar poco gratificante haciendo pensar a los cuidadores sobre su propio envejecimiento.

En parte, esto es debido a que no saben lo que es hacerse viejo y, por tanto, se guían por estereotipos sociales, los cuales son negativos, afectando la percepción de la vejez y la situación como un estado negativo caracterizado por la enfermedad y el deterioro de las capacidades. Los cambios físicos generan importantes modificaciones en la autoimagen y en la forma en que son percibidos por la sociedad. Las personas poseen plena acreditación como seres humanos sólo si han alcanzado un desarrollo cognitivo, emocional y biológico relativamente alto (Soriano, 2002).

3.1.1 Teoría del Aprendizaje Social - Cognición Social

Al igual que en la violencia de género y el maltrato infantil esta teoría de aprendizaje social enfatiza el rol de la familia en los modos de conducta que se perpetúan y que el individuo desempeñará a lo largo de su vida.

Se postula que los individuos que fueron objeto de abuso cuando niños probablemente se convertirán en personas abusivas en su vida adulta. La violencia por tanto se aprende como respuesta al conflicto o tensión. De este modo, es probable que si el niño ha sido maltratado en la infancia, cuando llegue a ser adulto se convertirá en maltratador de sus padres y en la relación de cuidado simplemente repetirá y retornará el abuso que sufrió (SENAMA, 2007). Los individuos que son maltratados cuando son niños llegan a formar parte de un ciclo de violencia, desarrollando el mismo patrón de comportamiento a través de la observación directa (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002, citado en IMSERSO, 2007). El cambio de poder que acompaña al proceso de envejecimiento, donde los hijos adultos se convierten en cuidadores de sus padres mayores, suministra a la persona que en el pasado fue maltratada la oportunidad para llevar a cabo el ciclo de violencia, ya sea a través del abuso o la negligencia hacia sus padres (Gordon y Brill, 2001). En estas circunstancias se sugiere que la persona que comete el maltrato está utilizando la violencia como una estrategia aprendida para afrontar conflictos o, como se ha sugerido anteriormente, para perpetuar el maltrato ocurrido en el pasado (Biggs, Kingston y Phillipson, 1995, citado en IMSERSO, 2007).

Otro elemento señalado en IMSERSO, (2007) es la importancia de la “violencia aprendida” y la transmisión intergeneracional de violencia dentro de las familias (Ansello, 1996; Quinn y Tomita, 1997; Gordon y Brill, 2001). Esta teoría supone que el comportamiento violento es un método aprendido como medio para expresar la ira y la frustración (Wolf y Pillemer, 1989). Algunas situaciones de maltrato podrían ser situaciones de violencia de pareja donde los individuos se han hecho mayores juntos y donde el comienzo de la edad avanzada y el incremento asociado de los contactos con los sistemas del cuidado de la salud y los servicios sociales podrían tener como resultado que la violencia salga a la luz por primera vez. También se ha hipotetizado que algunas situaciones de maltrato eran una consecuencia de violencia inversa, es decir, situaciones donde el posible responsable del maltrato actual fue, en el pasado, la posible víctima de maltrato infantil o de pareja a manos de la persona mayor que está siendo maltratada (Ansello, 1996) o donde la violencia ha llegado a ser aceptada como norma dentro de la historia de esa relación (Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

Cuando una nueva serie de factores comenzó a ser analizada en la problemática del maltrato, los factores más relevantes han dado paso al surgimiento del modelo de la Cognición Social que plantea la existencia de ciertas alteraciones en los procesamientos cognitivos vinculados al razonamiento abstracto y a la flexibilidad para entender la conducta del AM; habilidades necesarias para un adecuado enfrentamiento y resolución de problemas, las que además se relacionarían con una mayor predisposición a experimentar malestar psicológico, frustración y dificultades de comunicación (Arruabarrena y De Paúl, 1997, citado en PAICABÍ, 1998).

De acuerdo con esta perspectiva, las limitaciones en el repertorio conductual de los cuidadores para enfrentar adecuadamente la variabilidad del comportamiento del AM, así como la inadecuación en el procesamiento, percepción, evaluación y selección de la información proveniente de la relación cuidador/AM, lo cual generaría un contexto favorable para el surgimiento de los malos tratos. En esta misma línea de pensamiento, Bauer y Twentyman (1985, citado en PAICABÍ, 1998) formularon un modelo cognitivo que considera las siguientes fases: 1) Expectativas inadecuadas con respecto a secuencias de interacción, 2) Incoherencia entre la conducta del AM y estas expectativas, 3) Interpretaciones extrañas de la conducta del AM basadas en

la intencionalidad y 4) Respuestas inapropiadas y agresivas hacia el AM (PAICABÍ, 1998).

3.1.2 Teoría del Apego

La teoría del apego parte de la propensión de los seres humanos a formar fuertes lazos afectivos con personas determinadas. Por apego se entiende el lazo afectivo que se forma entre el niño y su figura materna (Ainsworth, 1978 citado en Yárnoz, 2001). Este vínculo se infiere de una tendencia estable a lo largo del tiempo de buscar proximidad y contacto con esa figura específica. Bowlby (1980) define el apego como un sistema de control, es decir, un mecanismo que adapta la conducta a la consecución de fines determinados por las necesidades del momento. Así, el deseo del individuo de proximidad o contacto con la figura de apego no es constante, sino que depende de factores tanto endógenos como exógenos.

A lo largo de la infancia, existe una organización piramidal de las figuras de apego, en la cúspide de las cuales está normalmente la madre, los hermanos u otras figuras, tales como abuelos o cuidadores. A medida que el niño va creciendo van tomando importancia figuras externas al grupo familiar, tales como amigos, pareja, hasta que en la edad madura se cierra el círculo, y son los propios hijos los que pasan a ser figuras de apego para el sujeto (Yárnoz, 1993).

La conducta de apego se forma a lo largo del primer año de vida del individuo. Durante la adolescencia y la vida adulta, ocurren diversos cambios en ella, incluidas las personas a las que va dirigida, pero debemos decir que el apego es una conducta que se mantiene activa a lo largo de todo el ciclo vital (Ainsworth, 1989, Bowlby, 1988, citado en Yárnoz, 2001).

Desde la teoría del apego, el maltrato es conceptualizado como un fenómeno que afecta, fundamentalmente, a las relaciones que mantiene un menor maltratado con sus cuidadores y que se caracteriza por una experiencia de cuidados poco adecuados para el desarrollo normal de las personas. Las consecuencias derivadas de esta disfunción relacional del individuo con sus figuras primarias pueden considerarse el factor unificador de las diferentes categorías de maltrato,

independientemente de los daños o traumas sufridos provocados por la forma concreta que ha adoptado el maltrato. Varios autores mencionan como fenómeno explicativo de maltrato, las alteraciones en el proceso de apego, lo cual daría cuenta de las interacciones disfuncionales del individuo con los padres o cuidadores que lo vulneraron en su capacidad para interactuar con sus propios hijos. Lo anterior les imposibilitaría regular las oscilaciones extremas entre la cercanía y la evitación e integrar las emociones y cogniciones experimentales (Aracena, 2000).

3.2 Modelo Sociológico

Las teorías permanentes al modelo sociológico se centran en variables de tipo social. Las condiciones familiares, los valores y prácticas culturales son los determinantes del maltrato. Se basan principalmente en cuatro aspectos: el estrés familiar, aislamiento social de la familia, aceptación social de la violencia y la organización social de la comunidad (Sanmartín, 2004).

El modelo sociológico o sociocultural, se enfoca en el reconocimiento de la importancia del contexto social y cultural en el que tienen lugar los malos tratos. De acuerdo con este modelo etiológico, los numerosos factores de estrés que generan las condiciones sociales y que deterioran el funcionamiento familiar, así como la naturaleza violenta de nuestra sociedad, con valores y prácticas culturales que alientan el uso de medios violentos para la resolución de conflictos (Gelles, 1973, citado en Gracia, 1994).

3.2.1 Teoría del Estrés = Tensión del Cuidador

Establece que el maltrato y la negligencia hacia el anciano aparecen cuando los factores estresantes tanto externos como relacionados directamente con el cuidado superan un determinado umbral en el cuidador (Bover, 2003).

El fenómeno de sobrecarga del cuidador se ha estudiado en las últimas décadas y los expertos en el tema lo definen como el grado en que los cuidadores perciben que su salud, vida social, personal y su situación económica cambiara por el simple hecho de hacerse cargo de un individuo. Así la responsabilidad del cuidado suele

recaer en una sola persona, generalmente la hija/o ó la esposa/ó del AM. A tal punto cambia que el cuidador con mayor nivel de sobrecarga muestra más probabilidad de sufrir problemas físicos y emocionales, lo cual además repercutirá negativamente en el cuidado que presta (Zarebski, 2008).

3.2.2 Teoría del Aislamiento

La teoría del aislamiento social o empobrecimiento de redes sociales expone que la privación de las redes sociales es un factor de riesgo para sufrir maltrato y negligencia (Bover, 2003).

Muchos ancianos experimentan aislamiento social que se acentúa con la edad. Existen dos formas de aislamiento. El aislamiento puede ser elegido como consecuencia del deseo de no interactuar con los demás. El aislamiento también puede darse como respuesta a condiciones que inhiben la capacidad o la oportunidad de interactuar con otras personas. Aunque algunos ancianos pueden elegir el aislamiento o la continuación de un patrón preexistente de interacción social reducida, existen casos en que el aislamiento no es elegido sino impuesto (Potter, 2001).

La vulnerabilidad del anciano al aislamiento aumenta en ausencia de personas que le apoyen, como puede ocurrir con la pérdida de la función laboral o la reubicación en un entorno extraño. Los impedimentos auditivos, la pérdida de visión o la reducción de la movilidad contemplan aspectos como las dificultades para desplazarse, la incapacidad de utilizar aparatos de apoyo o la incapacidad de superar barreras de acceso, así como la pérdida de la capacidad de conducir. Dado que la pérdida de esta última capacidad puede limitar las posibilidades del individuo para llevar una vida independiente, esta restricción de la movilidad tiene consecuencias que van más allá de la mera socialización.

De este modo la dependencia y fragilidad funcional (pérdida de autonomía), así como enfermedades crónicas y alteraciones cognitivas son condiciones de riesgo para que exista el maltrato (Bover, 2003).

Algunos adultos se apartan de las interacciones sociales debido a sentimientos de rechazo. Las actitudes sociales sobre lo que es atractivo y las que consideran el envejecimiento como poco atractivo originan sentimientos de rechazo hacia algunos ancianos. Estas personas se ven como poco atractivas y se sienten rechazadas a causa de los cambios de su aspecto personal debido al proceso normal de envejecimiento o cambios de imagen corporal como consecuencia de alguna enfermedad o de alguna cirugía (Potter, 2001).

3.2.3 Teoría de la Violencia Doméstica

Por otra parte, la teoría de la violencia doméstica, es la que se produce dentro del hogar, en el ámbito familiar y privado, donde existe una relación afectiva, es decir, todo el acto cometido dentro de la familia y privado, donde existe una relación afectiva, o la convivencia se rompe.

La violencia doméstica se nutre de la violencia de género, y aunque no siempre se desencadena por factores asociados al género, aun así queda amparada por él (Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género, 2004).

Esta teoría, asimismo, está vinculada con la problemática del edadismo ya que es una de las formas más insidiosas de discriminación a las que se ven sometidos los Adultos Mayores (AM). Si tomamos en consideración que las sociedades se envejecen y se excluye a los mayores, cada vez habrá más gente no integrada en la sociedad. Pero lo más grave, es que el edadismo fomenta prejuicios hacia los ancianos, y les evita una igualdad de oportunidades.

El edadismo impregna todos los campos de la sociedad y forma parte de las estructuras sociales, partiendo de la propia merma de status por la edad, esto es, por las circunstancias sociales que la acompañan. Así, tenemos un edadismo cultural, pero el peor de todos es el edadismo institucional que frecuentemente parte de la idea de que los ancianos necesitan cosas por el solo hecho de ser AM.

Según Blázquez (2006) el envejecimiento consiste en un inevitable desentendimiento mutuo o “disengagement”. Así el desenganche conllevaría tres consecuencias básicas:

- 1.- Cambios en el número de personas con las que el sujeto se desarrolla habitualmente.
- 2.- Cambios en el número de interacciones dentro del núcleo más reducido.
- 3.- Cambios cualitativos en las formas de interacción entre el sujeto y los demás componentes del sistema social.

3.3 Modelo Ecológico

Este modelo introducido a fines de los años setentas se aplicó inicialmente al maltrato de menores y posteriormente a la violencia juvenil. En fecha más reciente, se ha empleado para comprender la violencia de pareja y el maltrato de las personas mayores (Schiamberg, 1999; Carp, 2000, citados en OPS, 2003).

El postulado central del enfoque ecológico es que la persona es un ser multi determinado por diferentes niveles de fuerzas con las que interactúa de manera recíproca (Bronfenbrenner, 1979, citado en Noblega, 2009). Este modelo describe un sistema con distintos niveles interactivos que contribuyen al desarrollo del comportamiento abusivo. Concibe al individuo inmerso en una serie de sistemas cada vez más amplios: familia (microsistema), comunidad (mesosistema y exosistema), cultura y sociedad (macrosistema).

Así los niveles inicialmente planteados por Bronfenbrenner, han sido retomados por posteriores aproximaciones a la violencia intrafamiliar. Corsi (1994) y Gracia, (1994) desarrollaron una lista de factores de riesgo asociados a la violencia en cada uno de los niveles: macrosistema, exosistema y microsistema (Fig. 1). Adicionalmente, Corsi (1994), añadió un cuarto nivel: el individual entendido como un sistema en el que se distinguen cuatro dimensiones psicológicas interdependientes: cognitiva, comportamental, dinámica e interaccional (Noblega, 2009).

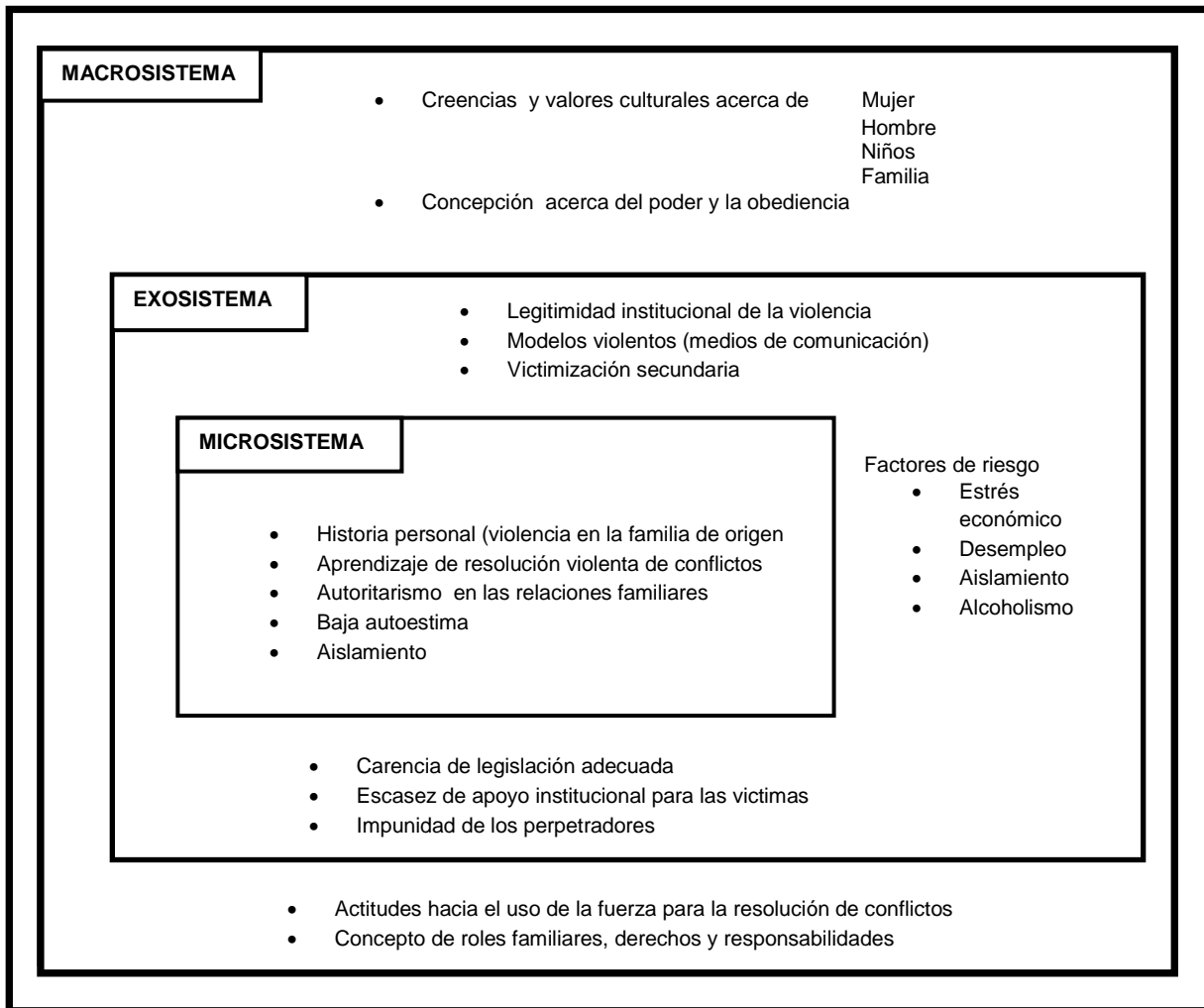


Fig. 1.- Factores de riesgo de la violencia intrafamiliar. Fuente: Corsi J. (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria, un grave problema social*. Buenos Aires, Paidós, p. 53.

Así, como indica Muñoz Tortosa (2004):

El estilo interactivo entre cuidador/anciano se puede ver afectado de modo significativo por la educación recibida por el cuidador al influir sus percepciones y los métodos coercitivos que utiliza, sus sentimientos hacia la persona mayor, sus conocimientos sobre el proceso de envejecimiento, que le permitirán calibrar de forma más o menos realista el del anciano y, finalmente, su salud mental (p. 50).

Según el Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud (Moya y Barbero, 2003) ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros o por qué la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras. La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales.

El modelo ecológico explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento (OPS, 2003).

a) El ámbito individual

El primer ámbito del modelo ecológico pretende identificar los factores biológicos y la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona.

Además, de los factores biológicos y personales en general, se consideran como factores la impulsividad, bajo nivel educativo, abuso de sustancias psicotrópicas y antecedentes de comportamiento agresivo o haber sufrido maltrato. En otras palabras, este nivel del modelo ecológico centra su atención en las características del individuo que aumentan la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia (OPS, 2003).

b) El ámbito de las relaciones

El segundo ámbito del modelo ecológico indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas, por ejemplo, amigos, pareja y miembros de la familia, aumentan el riesgo de convertirse en víctima o perpetradores de actos violentos.

De este modo, cuando nos acercamos al tema de la violencia, debemos considerar las características de la familia que permiten que esta se convierta en un espacio de potencial de la misma. Esto es relevante dado que por definición la familia es el primer marco de referencia de la persona y como tal es, en principio, un espacio de soporte e intimidad para sus miembros (Gelles, 1997, citado en Sanmartín, 2004) considera que el tipo de organización que se establece al interior de las familias,

favorece que este espacio se convierta en un escenario del ejercicio de la violencia hacia sus miembros más débiles, es decir las mujeres, los niños y los ancianos. En este mismo sentido, Corsi (s.f) especifica que características tales como la verticalidad de la familia, la rigidez en sus relaciones, la adhesión a roles de género tradicionales, las creencias en torno a la obediencia y el respeto, la disciplina y el valor del castigo, así como la autonomía de los miembros, serán elementos que predisponen a los miembros de la familia hacia relaciones violentas.

c) El ámbito de la comunidad

El tercer ámbito del modelo ecológico examina los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y busca identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser víctimas o perpetradores de actos violentos.

La frecuente movilidad de residencia, la heterogeneidad (población sumamente diversa, con una escasa o nula cohesión social que mantenga unidas a las comunidades) y una densidad de población alta son todos ejemplos de tales características, y cada uno se ha asociado con la violencia. De igual manera, las comunidades aquejadas por problemas como el tráfico de drogas, el desempleo elevado o el aislamiento social generalizado (por ejemplo, cuando las personas no conocen a sus vecinos o no tienen ninguna participación en las actividades locales) es también más probable que experimenten hechos de violencia. Las investigaciones sobre la violencia muestran que determinados ámbitos comunitarios favorecen la violencia más que otros; por ejemplo, las zonas de pobreza o deterioro físico, o donde hay poco apoyo institucional (OPS, 2003).

d) El ámbito social

El cuarto y último ámbito del modelo ecológico examina los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia. Se incluyen aquí los factores que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra ésta, los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la

sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos o países. Entre los factores sociales más generales figuran:

- Normas culturales que apoyan la violencia como una manera aceptable de resolver conflictos.
- Actitudes que consideran el suicidio como una opción personal más que como un acto de violencia evitable.
- Normas que refuerzan el dominio masculino.
- Normas que respaldan el uso de la fuerza excesiva policial contra los ciudadanos.
- Normas que apoyan los conflictos políticos.

Entre los factores más generales también cabe mencionar las políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales que mantienen niveles altos de desigualdad económica o social entre distintos grupos de la sociedad.

El modelo ecológico (Fig. 2) destaca las causas múltiples de la violencia y la interacción de los factores de riesgo que operan dentro de la familia y en los ámbitos social, cultural y económico más amplios. En un contexto de desarrollo, el modelo ecológico indica también el modo en que la violencia puede ser causada por diferentes factores en distintas etapas de la vida.

Modelo ecológico para comprender la violencia

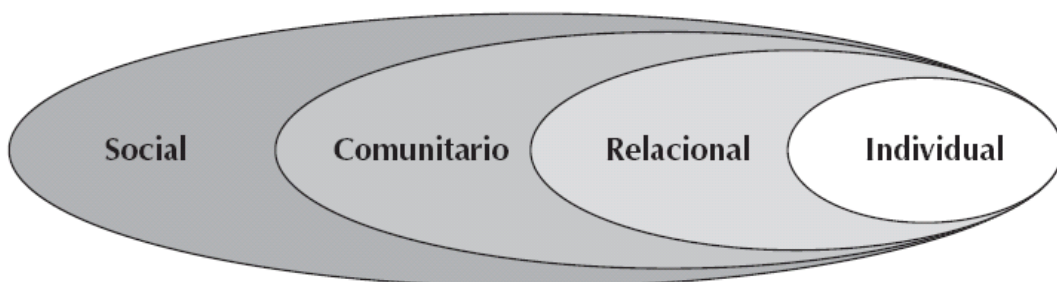


Fig. 2 .Modelo ecológico sobre la violencia. Fuente: Rueda, E. (2008). El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio. Consejería de Familia e igualdad de Oportunidades Gerencia de Servicios Sociales, España.

e) Vínculos complejos

Si bien algunos factores de riesgo pueden ser exclusivos de un tipo particular de violencia, es más común que los diversos tipos de violencia compartan varios factores de riesgo. Las normas culturales predominantes, la pobreza y el aislamiento social, así como el alcoholismo, el abuso de sustancias psicoactivas y el acceso a armas de fuego son factores de riesgo en relación con varios tipos de violencia.

Como resultado no es inusual que algunas personas en riesgo, en cuanto a la violencia, experimenten varios tipos de violencia. Tampoco es inusual detectar conexiones entre diferentes tipos de violencia. Las investigaciones han indicado que la exposición a la violencia en el hogar se asocia con ser víctima o perpetrador de actos violentos en la adolescencia y la edad adulta. La experiencia de ser rechazados, descuidados o ignorados por los padres coloca a los hijos en riesgo mayor riesgo de desarrollar una conducta agresiva y antisocial, incluido el comportamiento abusivo como adultos (Rueda 2008).

Los vínculos entre la violencia y la interacción entre los factores individuales y los contextos sociales, culturales y económicos más amplios indican que abordar los factores de riesgo en los diversos niveles del modelo ecológico puede ayudar a disminuir más de un tipo de violencia (OPS, 2003).

La presente investigación se basa en la aproximación ecológica tomando en consideración el modelo asumido por la OMS, para la comprensión e intervención en el tema (Noblega, 2009), en un intento por abordar el carácter pluridimensional y multicausal del maltrato, asumiendo un planteamiento teórico más integrador que tiene en cuenta los diferentes entornos que están en relación en una situación de maltrato: el anciano, el cuidador y el contexto en el que se produce dicha relación. Este enfoque trata de reconocer el peso causal de cada uno de los elementos, tratando de entender la dialéctica interna que conduce a una situación de abuso o maltrato (Rueda, 2008).

Asimismo, la presente investigación se guía desde una perspectiva psicosocial, con la finalidad de entender y esclarecer cómo es que a partir de esta perspectiva holística, conceptualizando al maltrato como un fenómeno relacional en el que convergen variables de distinto orden de recursión, desde lo individual hasta lo macro social, en consideración de su presente y de su historia.

Además, se eligió este modelo por las siguientes razones: a) su solidez teórica, este modelo posee un valor heurístico en términos de ofrecer respuestas y sostener modelos de intervención en torno al problema del maltrato (Arón, 2000; Ortega, 2000), y b) porque permite visualizar el rol de 'los otros' en las dinámicas de violencia, ya que abre la perspectiva de una 'influencia diádica' a una de 'influencia triádica', donde "la capacidad de una diada para servir de contexto adecuado para el desarrollo humano depende en forma crucial de otras personas" (Bronfenbrenner, 1987, p.25), que no necesariamente interactúan directamente con el individuo. Por su parte, la dinámica de la violencia deja de ser "abusador-víctima" para incluir los aspectos sociales, culturales e institucionales que legitiman el problema.

Capítulo 4.

ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE EVALUACIÓN Y MEDICIÓN

La medición en Psicología constituye un procedimiento que le permite al psicólogo cuantificar características humanas y objetivizar procesos de evaluación; sin embargo, al medir una variable psicológica es complicado asignar números a las características que poseen diferentes individuos en distintas proporciones. Esto debido a que el concepto de medición hace referencia a la asignación de números a cantidades de propiedades de objetos, de acuerdo a reglas cuya validez puede probarse empíricamente, es decir asignar una magnitud de cierta propiedad de uno o más objetos referenciando un sistema numérico.

Así al medir variables psicológicas, el interés se centra en diferenciar las magnitudes entre los individuos en un mismo continuo: diferencias interindividuales, o bien diferencias entre las propiedades de un solo individuo llamadas diferencias intraindividuales (Magnusson, 1990).

4.1 Conceptualización de una variable psicológica

Una variable psicológica se define como una propiedad o característica que poseen diferentes individuos en cantidades distintas, indicando así una relación de isomorfismo entre una estructura lógica y un sistema numérico que se manifiesta en las propiedades que se miden (Magnusson, 1990). Cabe señalar, que no todas las variables son perfectamente isomórficas con los números, por lo tanto las variables se pueden medir con mayor o menor perfección según la exactitud con que ellas se corresponden con las propiedades lógicas de los números (Cortada de Kohan, 1999).

Dado ese isomorfismo es posible formular reglas que pongan en correspondencia sistémica elementos de los dos sistemas, el formal y el empírico. A cada tipo de reglas y de operaciones empíricas que sea legítimo realizar con los elementos del

mundo empírico corresponden diferentes niveles de medición: nominal, ordinal, de intervalo y de razón (Wainerman, 1976).

4.2 Evaluación y prueba

Es necesario puntualizar la diferencia entre el término *prueba* y *evaluación psicológica*. Dependiendo del objetivo específico de cada uno, en la prueba el objetivo se centra en medir la magnitud de algún rasgo; por otro lado, la evaluación se extiende más allá de obtener un número, se centra en reflejar la fuerza o ausencia de un rasgo.

De esta manera, la evaluación es definida como la integración y recopilación de datos con el propósito de realizar una valoración psicológica lograda con el uso de herramientas como pruebas-test, entrevistas, estudios de caso, observación conductual y procedimientos de medición diseñados de forma especial. En contraste, el término de prueba psicología es definido como el proceso de medir variables psicológicas relacionadas con aspectos psicológicos por medio de dispositivos o procedimientos para obtener una muestra del comportamiento (Cohen, 2001).

4.3 Definición de un instrumento de medición

Elaborar un instrumento de medición, como un test o una escala, no es tarea fácil, pero en general todos estos instrumentos centran su propósito en evaluar alguna característica de los sujetos.

La palabra test es un término general que se emplea para designar cualquier tipo de instrumento o procedimiento para medir aptitudes, rendimiento, intereses, personalidad u otro aspecto del comportamiento psicológico. La palabra test fue usada por primera vez por el psicólogo norteamericano James McKeen Cattell en un artículo publicado en 1890. La palabra inglesa test ha sido afortunada pues aunque tal vez podría sustituirse por prueba o examen, y a menudo se hace, se ha internacionalizado.

Etimológicamente hablando su raíz es latina y proviene de *testa*, *testis* que en latín medieval significaba la vasija de barro con la que los alquimistas probaban o examinaban la autenticidad del oro (Cortada de Kohan, 1999). Sin embargo, a la psicología llega a través del inglés que significa, como verbo: examinar, probar, ensayar, poner a prueba, y como sustantivo: prueba, ensayo, examen y reactivos (García, 1993).

De acuerdo con Cortada de Kohan (1999), los test son un conjunto de tareas, preguntas, problemas, estímulos, situaciones, etcétera, que intentan poner de relieve una muestra representativa de los comportamientos del sujeto sobre el atributo que se pretende evaluar; existen varias definiciones clásicas de lo que es un test.

Para Graham y Lilly (1984, citado en Cortada de Kohan, 1999) un test es una muestra estandarizada de conductas de las que pueden inferirse o predecirse otros comportamientos importantes. Una de las definiciones más comprensivas de lo que es un test la tenemos en Yela (1980) que nos dice que un test es una situación problemática previamente dispuesta y estudiada a la que el sujeto debe responder siguiendo ciertas instrucciones y de cuyas respuestas se estima, por comparación con las de un grupo normativo (o un criterio u objetivo) la calidad, índole o grado de algún aspecto de la personalidad.

Por lo cual, un test psicológico es un procedimiento sistemático y tipificado en el cual una persona examinada se enfrenta con un conjunto de estímulos a los cuales deben responder, estos estímulos son en cada test una muestra del universo infinito de conductas del mismo tipo que se pueden encontrar (Cortada de Kohan, 1999).

De este modo, al construir una escala el investigador centra su atención sobre un conjunto de particular de hechos observables, especifica la (o las) variable (s) en términos de la cual habrá de describir los elementos del mencionado conjunto y formula las reglas que le permitan distinguir dichos elementos según la posición que ocupen a lo largo de la variable en cuestión.

Basado en lo anterior, es posible definir el término escala como un instrumento de medición formado por tres tipos de elementos: estímulos, o más bien aspectos de estímulos (personas, acontecimientos, conceptos, etcétera); números y reglas que vinculan los estímulos con los números. La aplicación de una escala constituye una instancia de medición, es decir, de asignación sistemática de números a términos de una o más variables (Wainerman, 1976).

4.4 Clasificación de los instrumentos de evaluación

Bech (1993, citado en Bulbena, 2003) propone una descripción basada en los objetivos y composición de los instrumentos de evaluación:

- Área de evaluación.
- Tipo de administración.
- Acceso temporal retrospectivo: marco temporal de la evaluación.
- Selección de ítems: Distingue entre instrumentos de primera generación (basados en la experiencia clínica) y de segunda generación (derivados de las anteriores).
- Número de ítems de la escala
- Definición de ítems individuales.

Fundándose en las descripciones efectuadas por otros autores, se ha modificado la propuesta original de Bech para permitir una descripción más completa de los diferentes instrumentos en función de su complejidad.

4.5 Tipos de instrumentos

Los instrumentos de evaluación pueden clasificarse conforme a una serie de agrupaciones de acuerdo con su complejidad (Salvador y Roca, 1995). En el primer grupo pueden situarse los cuestionarios descriptivos (por ejemplo, cuestionarios sociodemográficos) y los inventarios de síntomas (por ejemplo, inventarios de

efectos adversos). Estos instrumentos no permiten una cuantificación de sus ítems y pueden considerarse como meras listas de comprobación o chequeo.

En un segundo nivel se encuentran las escalas de evaluación. Como su nombre lo indica, estas permiten una escalación acumulativa de sus ítems, y obtienen puntuaciones globales al final de la evaluación. Se componen de ítems individuales, cada uno de los cuales describe una característica bien definida del fenómeno evaluado. Su carácter acumulativo las diferencia de los cuestionarios de recogida de datos y de los meros inventarios de síntomas.

En un tercer nivel se encuentran las entrevistas estandarizadas. Estas se clasifican en función de su objetivo (general o específico) y según el nivel de capacitación requerido para su administración, que a su vez depende de la estructuración en la formulación de las preguntas y la codificación de las respuestas (a mayor estructuración, menor nivel de capacitación requerido para la administración). Las entrevistas estandarizadas pueden acompañarse de un sistema informatizado de corrección que permite la asignación de criterios diagnósticos.

Los sistemas de diagnóstico estandarizados constituyen el cuarto nivel. Estos proporcionan una codificación de entidades nosológicas, con una descripción detallada de cada una de ellas a través de un glosario para facilitar el diagnóstico; estos se denominan operativos cuando proporcionan una serie de reglas para el diagnóstico, basadas en criterios de inclusión (presencia de un número mínimo de características del fenómeno para su diagnóstico), y de exclusión (detección de otras características no relacionadas con el fenómeno).

Cuando los criterios de exclusión se refieren a la presencia de otras entidades sindrómicas se considera que el sistema es jerárquico, puesto que efectúa una jerarquía de las entidades nosológicas recogidas en el mismo para su diagnóstico diferencial. Si además permite la codificación de varias entidades o aspectos relacionados en diversos ejes, se considera multiaxial. Existen dos sistemas de diagnóstico operativo jerárquico y multiaxial en vigencia en el momento actual: el sistema de investigación de la CIE – 10 y el DSM-IV.

Los sistemas de diagnóstico no deben considerarse un instrumento de evaluación, sin embargo en su construcción y en su utilización, los sistemas diagnósticos se ajustan a las reglas generales de la evaluación subjetiva estandarizada.

En un quinto nivel puede situarse una serie de instrumentos de reciente diseño, que por lo general se fundamentan en una entrevista estandarizada. A diferencia de ésta, las baterías compuestas de evaluación constan de un conjunto de instrumentos diferentes: cuestionario de recogida de datos, escalas de evaluación incorporadas a la batería, entrevista estandarizada para la recogida de síntomas pasados y o del estado actual, y sistemas informáticos para el diagnóstico múltiple que permite la codificación según sistemas diferentes (Bulbena, 2003).

4.6 La elaboración de una escala

La elaboración de una escala puede definirse como el proceso de establecimiento de reglas para la asignación numérica de medición. Planteado de otra forma, es el proceso en el que se diseña y calibra un dispositivo de medición y la forma en que se asignan números o valores de escala (Cohen, 2001).

El proceso de elaboración de una escala implica cinco etapas:

1. Conceptualización: Especificación de objetivos.
2. Construcción: Elaboración de reactivos (ítems).
3. Ensayo
4. Análisis de reactivos
5. Revisión final

Estos instrumentos pueden clasificarse por tipologías en función de diferentes características; clasificándose de manera significativa a lo largo de un continuo del nivel de medición y denominarse por su naturaleza como nominales, ordinales, de intervalo o de razón, así al diseñar una escala es necesario diseñar un método de medición, el cual se adapte óptimamente a la manera en que se ha conceptualizado la medición del rasgo o rasgos que son su objetivo.

4.7 Propósito de una escala

Al diseñar una escala de evaluación es fundamental tener en cuenta el propósito de la misma en sus diferentes aspectos (aspecto evaluado, población de referencia, periodo de evaluación, etc.), la composición de sus ítems y la prevención de sesgos potenciales en su cumplimiento. El propósito de una escala va a determinar el contenido de sus ítems y diversos aspectos relacionados con su estructura. Una escala debe limitarse siempre al área para la que se ha diseñado, a menos que se efectúe una nueva estandarización de la misma. El propósito se relaciona con la dimensión evaluada, la población objeto de estudio, el periodo de evaluación y el tipo de cumplimentación.

➤ Área evaluada

Las diversas escalas psicosociales evalúan un amplio rango de áreas como síntomas (escalas clínicas), personalidad, adaptación social, familiar, sexual, laboral, discapacidad, etc. Beach efectúa una distinción entre dos tipos de escalas clínicas de diagnóstico tras calcular el punto de corte idóneo a través de un estudio de validez predictiva y viceversa (Bulbena, 2003).

➤ Objetivo del estudio

Este nos permite diferenciar entre escalas generales y escalas específicas, las cuales pueden presentar a su vez diferentes gradaciones.

➤ Marco conceptual

En función de la estabilidad del fenómeno evaluado puede diferenciarse entre escalas de rasgo, que evalúan fenómenos relativamente estables a lo largo del tiempo (por ejemplo, test de personalidad, locus de control); y escalas de estado, que evalúan la situación actual del sujeto, por lo general en el último mes, las últimas semanas, la semana anterior o los 3 días anteriores a la evaluación. El marco temporal debe detallarse en las instrucciones previas a la administración de la escala.

En las escalas de estado, el periodo de evaluación nos permite diferenciar entre escalas de detección, escalas de seguimiento no transicionales y transicionales. Las escalas de seguimiento no transicionales evalúan el cambio en función de la diferencia de puntuación entre dos evaluaciones, mientras que las transicionales evalúan directamente el grado de mejoría o empeoramiento experimentado por el paciente entre ambas evaluaciones. En el estudio de una escala de seguimiento es importante conocer su sensibilidad al cambio.

➤ Tipo de administración

Las escalas autoaplicadas se diseñan para ser cumplimentadas por el propio individuo o por un informante. En ocasiones se incluyen ítems para calibrar la calidad de las respuestas en función de la tendencia a la disimulación y la simulación (por ejemplo, cuestionario de personalidad de Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ). Bech (1993, citado en Bulbena, 2003) denomina a este grupo de instrumentos cuestionarios, sin embargo, este término es demasiado amplio.

Las escalas heteroaplicadas (escalas de observador según Beach) las cumplimenta un examinador. Los instrumentos de evaluación heteroaplicados requieren diferentes niveles de capacidad profesional para su aplicación clínica (este factor es particularmente importante en el diseño y administración de entrevistas estructuradas). Las escalas heteroaplicadas requieren una estandarización previa del examinador a través de un análisis de su acuerdo con un examinador de referencia.

Algunos instrumentos de evaluación clínica son de tipo mixto, incluyendo una sección para síntomas referidos y otra para síntomas observados en la entrevista

4.8 La construcción de un test

Al iniciar la construcción de un test es preciso tener claro la diferencia entre los constructos que se piense que pueden ser relevantes y aquellos de los que es posible dar una definición operativa. Sólo son susceptibles de medirse aquellos constructos que previamente hayan sido operativamente definidos. La medida será

más válida, cuanto más fuerte sea la relación existente entre un constructo teórico y su operacionalización (García, 1993).

Por tanto, para construir un test es imprescindible tener claramente definido el rasgo que se desea medir y la relación que este rasgo puede tener con la conducta observable. Partiendo de una clara y operativa definición del rasgo que va a ser objeto de medida, la construcción de un test consta de las siguientes fases.

- a) **Análisis del rasgo.** En la psicología es necesario tener clara la naturaleza y las características del objeto que va a ser medido para que el aparato de medida construido resulte adecuado (por elección del rasgo se entiende saber qué es lo que va a ser medido); es necesario que la definición operativa del constructo.
- b) **Elaboración de un conjunto de ítems.** El ítem es la unidad básica de información de un instrumento de evaluación y generalmente consta de una pregunta y de una respuesta. Los ítems han de ser adecuados para explorar las conductas que pueden dar información sobre el rasgo sometido al proceso de la medida.

Conviene que el número de ítems sea suficientemente extenso como para poder tener un amplio margen de elección. Anstey (1976, citado en García, 1993) recomienda un mínimo de tres veces el número de ítems de los que vaya a constar el test.

Puede distinguirse entre escalas unitarias o globales compuestas por un solo ítem y escalas multiítem. Las escalas multiítem, como regla general, consideran que un fenómeno debe ser evaluado con un mínimo de 6 ítems (Beach, 1993, citado en Bulbena, 2003). Las escalas suelen constar de entre 10 y 90 ítems.

- c) **Elección de ítems**

Análisis subjetivo: Los ítems poco claros, de interpretación dudosa, con poca relación con el campo de interés del test, ambiguos repetitivos, de complicada

sintaxis, deben ser eliminados. Después de la primera selección se habrá de disponer de un suficiente número de ítems.

Análisis objetivo: Para la selección de ítems en base al análisis estadístico de los mismos hay que tener en cuenta bajo los supuestos de qué modelo se va a construir el test:

Teoría clásica: La selección de ítems de un test con base en la teoría clásica se hará teniendo en cuenta los siguientes criterios de selección:

- a) Índice de homogeneidad del ítem.
- b) Índice de validez del ítem.
- c) Índice de dificultad del ítem.
- d) Poder discriminativo del ítem.
- e) Coeficiente de fiabilidad del test, por su relación con el número de ítems del mismo.

Teoría de respuesta al ítem: Si el test se va a construir en base a los modelos de la teoría de respuesta al ítem los criterios para la selección de ítems serán según (Hambleton y Swaminathan, 1985 citados en García, 1993):

- a) Dificultad del ítem.
 - b) Discriminación del ítem.
 - c) Bondad de ajuste del ítem al modelo.
 - d) Grado deseado de la función de información del test, por su relación con el número de ítems.
- d) Estudio de fiabilidad: Como cualquier otro instrumento de medida, el test ha de ser fiable, es decir, constante a lo largo del tiempo en sus medidas y homogéneo. Diversos métodos estadísticos son utilizados para obtener información sobre el grado de fiabilidad del test.
- e) Estudio de la validez: De la misma forma que un instrumento de medida ha de ser fiable, también ha de ser válido. Es decir, habrá que comprobar que el

test sirve realmente para medir aquello que con él se pretende medir. Esta comprobación debe ser llevada a cabo mediante métodos subjetivos y con metodología estadística, dependiendo del tipo de validez que se vaya a estudiar.

- f) Tipificación de los resultados: El proceso de tipificación (también llamado estandarización o normalización) del test consiste en una serie de transformaciones de los resultados o puntuaciones directas obtenidas de la aplicación del test de tal forma que éstos (los resultados o puntuaciones obtenidas) puedan ser interpretados de manera correcta y adecuada.
- g) Normas de aplicación: Para la correcta aplicación del test es necesario disponer de una serie de instrucciones que hagan fácilmente comprensible a los sujetos la forma de llevarlo a cabo, conviene que estén escritas de tal forma que sean siempre las mismas para todos los sujetos (García 1993).

4.9 Confiabilidad y validez de una escala

Un procedimiento de medición es confiable en la medida en que aplicaciones independientes del mismo produzcan resultados consistentes, y es válido según los puntajes que origine y reflejen verdaderas diferencias entre los individuos o grupos a lo largo de la variable o variables medidas, antes que diferencias debidas a otras variables posibles.

Podemos decir que la confiabilidad es una condición necesaria, si bien no suficiente, del valor de los resultados de una investigación y de su interpretación. Un alto grado de confiabilidad no es garantía de buenos resultados científicos, pero estos no son posibles en caso de no ser confiables (Wainerman, 1976).

Una de las primeras cosas que es necesario determinar acerca de una prueba de elaboración reciente es si resulta lo suficientemente confiable como para medir lo que fue diseñada para medir, es importante señalar que las puntuaciones en una prueba varían con la ocasión o la situación. Hablando en términos estrictos, más que una característica de una prueba la confiabilidad es una propiedad de las

puntuaciones obtenidas cuando se administra la prueba a un grupo particular de personas en una ocasión particular y bajo condiciones específicas. Cabe señalar que confiabilidad no es lo mismo que estabilidad ya que al determinar la confiabilidad se asume que la prueba mide una característica relativamente estable. A diferencia de la inestabilidad, la falta de confiabilidad es resultado de errores de medición producidos por estados internos temporales (Aiken, 2003).

Otro aspecto importante dentro de la medición es la validez, esta se ha definido como el grado en que una prueba mide lo que está diseñada para medir, por otra parte se puede decir que una prueba puede tener muchas clases de validez, dependiendo de los propósitos específicos para los cuales fue diseñada, la población objetivo, las condiciones en que se aplica y el método para determinar la validez.

Los métodos por los cuales puede determinarse la validez incluyen:

- 1.- Analizar el contenido de la prueba.
- 2.- Calcular la correlación entre las calificaciones de la prueba y las calificaciones en el criterio de interés.
- 3.- Investigar las características psicológicas particulares o constructos medidos por la prueba.

Todos estos procedimientos son útiles en la medida que mejoran la comprensión de lo que mide una prueba y proporcionan información para tomar decisiones sobre los individuos.

La validez a diferencia de la confiabilidad, la cual es influida solo por los errores no sistemáticos de medición, la validez de una prueba es afectada tanto por los errores no sistemáticos como por los sistemáticos (constantes). Por esta razón una prueba puede ser confiable sin ser válida, pero no puede ser válida sin ser confiable. La confiabilidad es una condición necesaria, pero no suficiente para la validez (Aiken, 2003).

4.10 Procedimientos para establecer la confiabilidad

Para evaluar la consistencia de un conjunto de medidas deben tenerse en cuenta dos aspectos diferentes. Estos pueden llamarse consistencia absoluta y consistencia relativa. El grado de consistencia absoluta se ve por el monto real de la variación que resulta cuando un determinado instrumento de medición se aplica más de una vez al mismo individuo. La desviación estándar de una distribución de muestras de mediciones repetidas se llama error estándar de medición y es el estadístico que se utiliza para expresar la consistencia absoluta de un procedimiento de medición. Para evaluar la consistencia relativa se necesita alguna expresión que indique el grado en que los individuos mantienen la misma posición relativa dentro del grupo cuando se aplican dos formas equivalentes de test a los miembros del grupo. La correlación entre los puntajes, llamada coeficiente de confiabilidad proporciona un índice de la consistencia relativa del grupo en conjunto. Aunque la consistencia absoluta es más significativa cuando se desea una descripción de la exactitud de la medición, prácticamente todos los estudios analíticos de test y las comparaciones críticas se basan en las medidas de consistencia relativa (Cronbach, 1972).

El supuesto es que si las diferencias entre los puntajes de la misma persona son pequeñas en relación con las diferencias entre los puntajes de personas diferentes, el test presentara una confiabilidad elevada.

Hay por lo menos tres factores que contribuyen a la confiabilidad o a la falta de esta en los puntajes de un test:

- a) La adecuación de las tareas a las personas. Las tareas que son demasiado fáciles o que son susceptibles de distintas interpretaciones no producirán resultados confiables.
- b) La constancia o estabilidad de la aptitud de un estudiante para realizar las tareas que el test implica. Los seres humanos varían hora a hora y día a día en su energía, equilibrio emocional, cansancio, etc. Si estos factores afectan la realización de la tarea del alumno, la confiabilidad se verá reducida apreciablemente.

c) La coherencia y objetividad de la persona que corrige o evalúa el test. En la medida en que los puntajes que asigna dependan de las nociones subjetivas del momento, más bien que de normas coherentes, aplicados en forma uniforme y objetiva a todos los test o exámenes que lee o corrige, los puntajes carecerán de confiabilidad.

Según Cortada de Kohan (1999) los principios para lograr una confiabilidad elevada son:

- 1.- Cuanto mayor la cantidad de ítem, más elevada la confiabilidad.
- 2.- Cuanto más extenso el tiempo empleado en la prueba, mayor la confiabilidad.
- 3.- Cuando menor la amplitud de la dificultad de los ítem, mayor la confiabilidad.
- 4.- La independencia de los ítems baja la confiabilidad.
- 5.- Cuanto más objetivo el sistema adoptado para llegar al puntaje, más confiable será el test. La poca confiabilidad de las pruebas de tipo ensayo proviene de dos fuentes de error, los errores del puntaje (parcialidad de diversos jueces) y errores en la selección de la muestra de preguntas, que siempre es mucho más limitada.
- 6.- Cuanta más alta la posibilidad de obtener una respuesta correcta por azar, más baja la confiabilidad. Esta es otra de las razones de por las que conviene que haya más alternativas en los ítem.
- 7.- Cuanto más homogéneo el contenido de un test, más confiable será. Cuanto mayor sea la correlación entre los ítem, más confiable será un test.
- 8.- Cuanto más acostumbrada este la muestra de sujetos a tomar tests, más confiable será el test.
- 9.- Las preguntas de contenido emocional bajan la confiabilidad de un test.
- 10.- La disposición mental de los alumnos, la falta de motivación o la mala interpretación de las instrucciones del test disminuyen la confiabilidad.

4.11 Instrumentos de medición para el Maltrato

Los instrumentos de medida actuales para la evaluación de los malos tratos en personas mayores varían desde los que pretenden diferenciar casos positivos (víctimas), casos negativos (no víctimas) hasta los que pretenden hacer una clasificación detallada. También existen inventarios que intentan detectar las personas que se encuentran en situación de riesgo (Bover, 2003).

Moya y Barbero (2005) (véase tabla 1) presentan un amplio listado de instrumentos de detección y métodos utilizados. En su trabajo se muestran siete instrumentos con orientación cuantitativa y cinco con enfoque cualitativo; también incluyen dos que combinan ambos datos e información.

**Tabla 1.
Escalas para evaluar el Maltrato en el Adulto Mayor**

NOMBRE	AUTOR	CARACTERÍSTICA DE LA ESCALA
Indicators of Abuse Screen (IOA)	Reis y Nahmiasch, 1998	Este test fue elaborado para la utilización de profesionales de los servicios que tienen acceso a los domicilios de las personas mayores. Resulta válido según los resultados que aporta respecto a los problemas interpersonales del agresor (mentales, comportamiento, drogas), como aquellos que relacionan víctima y agresor (relación conflictiva...) analizando el soporte social de la persona mayor y los antecedentes previos del maltrato.
The Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)	Reis y Nahmiasch, 1993	Facilita indicaciones a los profesionales sobre posibles malos tratos. Bueno como cribado inicial y rápido.

		El profesional necesita formación previa. Se centra en la exploración de abuso físico, psicológico, económico y negligencia.
Hwalek-Sengtock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)	Neale, Hwalek y Sengtock et al,1991	Cuestionario con 15 preguntas en las que se contemplan las categorías de: violación de los derechos; personas en situación de vulnerabilidad; situaciones de abuso potencial. Se administra directamente a la víctima.
The Cargiver Abuse Screening (CASE)	Reis y Nahmiasch, 1995 b	Test breve que puede aplicarse en dos o tres minutos y consta de 8 preguntas dicotómicas. Se administra a los cuidadores y detecta sospecha de abuso.
American Medical Associaton (AMA)	AMA,1992	Recomendado para que el personal sanitario lo administre a la práctica clínica diaria. Es un cuestionario de 9 preguntas sobre si padece una situación de malos tratos y engloba todas las tipologías. Una sola respuesta positiva determina el seguimiento del caso. El principal problema es que en ocasiones la propia víctima es incapaz de dar respuestas reales.
Conflict Tactic Scale	Strauus, 1979 y Strauus, 1995	Este test pretende captar las circunstancias que pueden ser injuriosas o preocupantes en la vida de una persona mayor. Se centra en la captación de grado de violencia que utilizan los miembros de una familia para resolver sus conflictos, verbal o física, a través de 19 ítems.

Qualcare Sacale	Phillips, et al 1990	Se centra en la exploración de las necesidades de las personas mayores y su cobertura a través de 52 ítems distribuidos en seis categorías. Se recogen datos sobre el cuidado físico, la salud, los aspectos emocionales, los financieros, el entorno y los derechos humanos
------------------------	-----------------------------	--

Tabla 1. Fuente: Moya, A. y Barbero, J. (2005). Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Madrid.

Por su parte, Johnson (1991, citado en Decalmer, 2000) establece una tipología, con sus respectivos indicadores sobre el maltrato, que diferencia cuatro entornos distintos: el maltrato físico, psicológico, social y legal (véase tabla 3).

Tabla. 2
Indicadores físicos, psicológicos, sociales y legales del Maltrato

FÍSICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL	LEGAL
Mal uso de medicación	Humillación	Aislamiento	Mal uso material
-Ausencia -Empleo inadecuado -Interacción dañina -Empleo innecesario	-Vergüenza -Culpa -Ridículo -Rechazo	-Retraimiento Involuntario -Retraimiento Voluntario -Supervisión inadecuada -Supervisión impropcedente	-Malversación de propiedades -Incumplimiento de contratos -Impedimento para formalizar contratos
Daños corporales	Acoso	Confusión de roles	Robo
-Necesidades médicas inatendidas -Higiene deficiente -Problemas de ingesta -Trastornos de sueño	-Insultos -Intimidación -Temor -Agitación	-Competición -Sobrecarga -Inversión -Difuminación	-Hurto de propiedades -Estafa de contratos -Extorsión material -Extorsión de contratos

Agresión corporal	Manipulación	Inadecuado uso de labores cotidianas	Mal uso de derechos
-Lesiones externas -Lesiones internas -Agresión sexual -Acto suicida/homicida	-Ocultamiento de información -Falsificación -Depravación emocional injustificada -Injerencia en las decisiones	-Hogar desorganizado -Falta de intimidad -Entorno inapropiado -Abandono	-Negación de contrato -Servidumbre involuntaria -Tutela involuntaria -Mal uso de autoridad profesional

Tabla 2. Fuente: Decalmer, P. (2000). *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona: Paidós.

Sobre los indicadores, Fulmer expone en el *Elder Neglect Assessment Instrument* (ENAI) (Fulmer, 2000), cinco áreas de valoración que contienen indicadores tanto en el ámbito general como de las tipologías de abuso físico, económico, negligencia y abandono. Se trata de un test diseñado para explorar el maltrato mediante seis aspectos: elementos generales, sociales, emocionales, de salud, de independencia y de negligencia. La aplicación ha de realizarla el profesional de la salud una vez preparado para tal fin desde los servicios de urgencias y hospitales preferentemente. Una desventaja presentada por el *Elder Neglect Assessment Instrument* es que solo puede ser aplicado en hospitales y servicios de urgencia por personal de la salud.

Capítulo 5.

DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE UNA ESCALA PARA EVALUAR EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR

5.1 Antecedentes para evaluar el Maltrato en el Adulto Mayor

Aunque para el complejo proceso de detección del maltrato del Adulto Mayor (AM) no hay escalas ni instrumentos que sean específicos para el maltrato en el ámbito psicológico, para evaluar este problema social desde el punto de vista médico se han creado numerosos instrumentos, protocolos detallados o guías para poder ayudar a los profesionales en la búsqueda del maltrato en el paciente geriátrico (Rojas, 2006).

Según González (1997, citado en Bover, 2003) los instrumentos de medida del maltrato, que se encuentran en la actualidad no están muy perfeccionados ni adaptados a las diversas realidades culturales, por esta razón la entrevista se conforma como el método fundamental para la detección del riesgo o certeza del abuso o maltrato.

Un ejemplo de instrumento fue el realizado en España en el año 2000 (Sanmartín, 2001) donde se aplicó un “baremo” o escala de maltrato a ancianos (SMA) que valora y puntúa signos o síntomas sugerentes de negligencia, actitud del cuidador y cumplimiento terapéutico y que se utiliza como instrumento diagnóstico del llamado síndrome del anciano maltratado. Cabe mencionar que no está validada la utilidad clínica del cuestionario propuesto. Con este instrumento se investigaron factores de riesgo asociados, encontrándose una relación estadística de los malos tratos con respecto al deterioro cognitivo del anciano o a la condición de haber estado o estar institucionalizado.

En un trabajo de Wolf (2000, citado en Álvarez, 2008) se expone una valoración de instrumentos de cribado para la detección del riesgo de abuso mediante la identificación de factores de riesgo y se valoran los instrumentos para la detección. Wolf analizó 90 artículos en lengua inglesa que tratan sobre factores de riesgo de abuso en ancianos, encontró que 18 de ellos utilizaron herramientas de cribado.

Entre ellos el H-S/EAST (Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test) con 15 ítems. Recientemente se ha propuesto una modificación de este test. Este instrumento tiene limitaciones en su validez y una alta tasa de falsos negativos. Otro instrumento es Indicators of Abuse Screen (Reis y Nahmiash, 1998), que consta de 29 ítems agrupados en tres categorías; debe de ser administrado por profesionales y se invierten unos 20 minutos en su realización. Este instrumento ha demostrado su validez, aunque tiene limitaciones para su uso rutinario por su extensión. Otro instrumento de valoración de riesgo (riesgos futuros) se utilizó en el programa APS (Goodrich, 1997); consta de 33 ítems que se agrupan en 5 categorías (referidas al anciano, al entorno, servicios de soporte, antecedentes familiares de abuso y al agresor) y a su vez clasifica la situación del anciano como de riesgo bajo, moderado o alto.

Tras el análisis de distintos instrumentos de cribado, se considera que aun no se dispone de uno capaz de cuantificar y estandarizar la valoración del riesgo y que debe seguir la investigación en este campo. Actualmente se han planteado algunas recomendaciones surgidas de organizaciones internacionales, entre ellas destacan: no hay instrumentos con un alto índice de sensibilidad o especificidad válido para la detección de los malos tratos (Sanmartin, 2001); y se propone que haya una formulación de preguntas directas en los exámenes periódicos de salud, esto fue sugerencia de la American Medical Association (Sanmartin, 2001; Fernández, 2006).

En México se desarrolló en 1999 una escala para el diagnóstico del Síndrome de maltrato en los Adultos Mayores (SMAM). Esta escala fue realizada en el Hospital General de México por el Dr. Juan Antonio Vidales Olivo como parte de un trabajo de tesis para obtener el grado de especialista en Geriatria. El fundamento de esta propuesta era la detección propiamente dicha del síndrome de maltrato al anciano.

Esta propuesta mide características específicas del AM, del cuidador primario, de aspectos relacionados con la negligencia, de aspectos psicológicos y de aspectos financieros. En la elaboración de esta escala se excluyeron variables, que a pesar de ser significativas, tuvieron un riesgo bajo, debido a que la escala intenta establecer el diagnóstico del síndrome del maltrato más que factores de protección de este (Vidales 1999).

En los Estados Unidos se realizó una propuesta metodológica de un instrumento, Elder Assessment Instrument, (cuyas siglas en inglés son EAI) realizado en inglés por la Dra. Terry Fulmer en 1984, su idioma original. Este tiene como fundamento, el ser un instrumento de evaluación de personas de la tercera edad en salas de urgencias con hallazgos sugestivos de maltrato. Esta herramienta de evaluación, valoración y búsqueda tiene como objetivo el acercamiento para la detección del anciano que sufre algún tipo de maltrato. Al medir la evaluación general del anciano, negligencia, estilo de vida, evaluación social y médica, además de la negligencia psicoemocional. Este instrumento es de tipo observacional, no requiere personal especializado y tiene una sección sumatoria que se usa para poder indicar la probabilidad de la presencia de cada tipo de maltrato. Está desarrollado como una escala tipo Likert. En la actualidad ya se cuenta este instrumento tanto en el idioma inglés y español para uso clínico y de investigación (Rojas, 2006).

5.2 Construcción de la Escala de Maltrato al Adulto Mayor en el Hogar

La elaboración de un instrumento de medición tiene como propósito la evaluación de algunas características de los sujetos a quien va dirigida. En este caso, específicamente los factores e indicadores que intervienen en el maltrato y abuso a las personas Adultas Mayores (AM), considerando algunos factores de riesgo como el grupo de edad (CONAPO, 1999), el género (Beaver y Miller, 1998) y la dinámica familiar (Torres y Espada, 1996).

La escala propuesta por los autores del presente trabajo se denomina Escala de Maltrato al Adulto Mayor en el Hogar (EMAMH). Se consideraron en su diseño distintos tipos de maltrato, psicológico, físico, económico, negligencia, autonegligencia y sexual.

Para determinar su contenido se seleccionaron o enumeraron los indicadores o variables empíricas que podían definir o delimitar cada uno de los tipos de maltrato, tomando en cuenta que estos indicadores constituyen la esencia de un instrumento que permitan identificar, medir y cuantificar la incidencia y prevalencia del maltrato hacia las personas mayores.

La primera fase de la construcción de la EMAMH consistió en la definición de variables y en la redacción de ítems con base en la revisión bibliográfica de estudios, principalmente de corte cualitativo sobre maltrato (Reis y Nahmiasch, 1998; Fulmer, 2000; SanMartín, 2001). Esto formó parte de una investigación cuya temática general era “Una propuesta para evaluar el maltrato al AM”. Como se indicó antes, para ello se estableció una tipología del maltrato con sus respectivos indicadores, procediéndose a enumerar y describir cada uno de ellos.

Se consideró conveniente que el primer apartado de la EMAMH tendría el propósito de solicitar algunos datos generales de identificación de cada participante en estudios sobre maltrato, complementando esta sección con una explicación breve sobre el procedimiento para contestar la escala.

Para proponer los ítems que conformarían la escala se utilizó la técnica de lluvia de ideas (brainstorming propuesta por Alex Osborne en 1941), resultando una primera versión del instrumento que constaba de 45 reactivos en maltrato psicológico, 13 en físico, 12 en económico, 7 en sexual, 10 en negligencia y 9 en autonegligencia, es decir 96 ítems en total (ver anexo 1).

Esta versión fue sometida al juicio de expertos como técnica para la validación de contenido (Hernández, Fernández y Batista, 1998) La EMAMH se presentó a 5 jueces expertos en la temática. Todos son profesores de la Carrera de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, quienes hicieron algunas sugerencias con base en los siguientes criterios que llevaron a reformular la redacción y estructura del instrumento:

- Extensión de los reactivos.
- Formato de la escala.

- Estilo de redacción.
- Pertinencia de los puntos de la escala (Siempre, Casi siempre, etc.).
- Pertinencia de los ítems.
- Estilo.
- Secuencia de las categorías.
- Presentación de ítems por categorías de maltrato o intercalados.
- Extensión de la escala.
- Valores a asignar a cada punto de la escala.
- Sugerencias adicionales sobre cualquier otro aspecto del instrumento.

A partir de esta retroalimentación fue modificada la sección de datos generales, las instrucciones, además se reestructuraron y agregaron algunos reactivos, resultando finalmente una escala compuesta por 103 ítems tipo Likert de 5-puntos agrupados en 6 subescalas o dimensiones de maltrato que tienen como referencia una situación específica de maltrato: físico, psicológico, económico, sexual, derivado de negligencia y de autonegligencia (Rueda, 2008). Los ítems se plantean como opiniones sobre algún tipo de maltrato que podría estar presente en su etapa de AM. Frente a estas afirmaciones o negaciones subsecuentes a cada indicador operacional se cuestiona a los sujetos sobre el grado de frecuencia en el cual se presentan los diferentes tipos de maltrato en un formato de 5 alternativas, que va de una puntuación de 4 a 0 (correspondientes respectivamente a las opciones de respuesta de siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca) las cuales indican la presencia o ausencia de maltrato. Asimismo, se evaluó la conveniencia de que los ítems fueran distribuidos aleatoriamente para su posterior aplicación y piloteo (véase Tabla 3).

Tabla 3.
Agrupación de reactivos por subcategorías

TIPOS DE MALTRATO	DEFINICIÓN	INDICADORES	REACTIVOS
FÍSICO	La imposición por la fuerza física y de manera intencionada de acciones con resultado de daño, dolor o deterioro físico.	Cortes Fracturas Hematomas Quemaduras Errores reiterados para dar medicación.	R5,R9,R14,R17,R31, R45,R60,R72,R79,R84, R87,R94,R99
PSICOLÓGICO	El maltrato emocional se caracteriza por la negación o carencia de afecto, aislamiento e incomunicación	Causa de angustia. Insultos Agresión verbal Aislamiento Indiferencia Amenazas Humillaciones Privación del poder de decisión.	R3,R6,R10,R13,R16,R20, R21,R22,R23,R24,R25, R26,R28,R33,R34,R36, R37,R38,R39,R40,R41, R42,R44,R49,R50,R51, R52,R53,R54,R55,R56, R57,R58,R64,R65,R66, R67,R68,R69,R70,R71, R73,R74,R77,R82,R90, R93,R101
ECONÓMICO	Se habla de este cuando se produce la utilización inadecuada, por parte de terceros y sin el consentimiento del mayor o mediante consentimiento manipulado, los fondos, pensiones, propiedades o bienes del AM; no en beneficio del AM sino en beneficio de terceros.	Perdida inexplicable de dinero. Cambios o recientes realizaciones de testamento. Desconocimiento del AM de su estado económico. Robos Desaparición de joyas u objetos valiosos. Vender sus propiedades sin autorización. Controlar la economía del AM sin su consentimiento.	R2,R7,R11,R15,R19,R32, R47,R61,R76,R81,R89, R96,R100
SEXUAL	Desarrollo de cualquier contacto íntimo o actividad de tipo sexual sin el consentimiento del AM.	Hematomas en mamas o aéreas genitales. Infecciones genitales o venéreas inexplicables. Sangrados vaginales o anales inexplicables. Sangre o manchas en la ropa interior. Comportamiento sexual desinhibido. Queja de asalto sexual o violación. Miedo a mostrar la zona genital.	R30,R35,R46,R63, R78,R83,R88,R95

<p>NEGLIGENCIA</p>	<p>Suspensión reiterada (intencionada o no) de alguna ayuda o cuidado que el AM necesite. Este se divide en:</p> <p>Negligencia Física: Falta del cuidador para proveer servicios necesarios para la óptima función del AM.</p> <p>Negligencia Activa: La decisión del cuidador de retener lo necesario para el AM.</p> <p>Negligencia Pasiva: El cuidador por ignorancia, no proporciona lo necesario para el AM.</p>	<p>Queja de abandono. Déficit de higiene cutánea, ropa o cama sucia. Olor a heces u orina. Erupciones en la piel no tratadas. Deterioro progresivo de la salud sin causa evidente. Número de medicamentos excesivo. Condiciones de inseguridad.</p>	<p>R4,R29,R43,R62,R80, R85,R91,R98,R102</p>
<p>AUTONEGLIGENCIA</p>	<p>El propio AM pone en peligro o amenaza su propia salud o seguridad ya que no se proporciona a sí mismo los servicios y productos necesarios.</p>	<p>Acumulación extrema de basura. Mal nutrición. Falta de higiene. Alcoholismo Problemas de salud y mentales no tratados. Abuso de sustancias tóxicas.</p>	<p>R1,R8,R12,R18,R27,R48, R59,R75,R86,R92,R97, R103</p>

Posteriormente a la realización de una aplicación piloto de la escala, a una muestra de tipo intencional compuesta por Adultos Mayores (AM) para evaluar que modificaciones en la EMAMH todavía serían necesarios, se procedió a realizar el vaciado de la información obtenida en una base de datos para ser procesada estadísticamente con el software estadístico SPSS versión 15. Para ello se siguió el procedimiento habitual para el análisis de datos cuando se emplea un programa computacional: por ejemplo, se integraron y definieron cada una de las variables de la escala y las etiquetas de valor asignadas a las respuestas en cada uno de los reactivos.

La muestra para el piloteo estuvo conformada por 100 AM residentes de la Ciudad de México de la delegación Iztapalapa (78 mujeres y 22 hombres), su edad oscila entre los 60 y 93 años, la edad media fue de 69.97 años. Los sujetos con los que se

conformó la muestra se reúnen en diversos puntos de la ciudad mismos que fueron elegidos al azar. Se aclara que no se tomó en cuenta que sufrieran o no de maltrato en el hogar para evaluar los seis tipos de maltrato que pueden presentarse en el AM. En cuanto a la distribución de los sujetos por su nivel educativo se observó que predominantemente no tienen ninguna escolaridad y que el porcentaje más bajo tiene una Carrera Técnica (véase Figura 3).

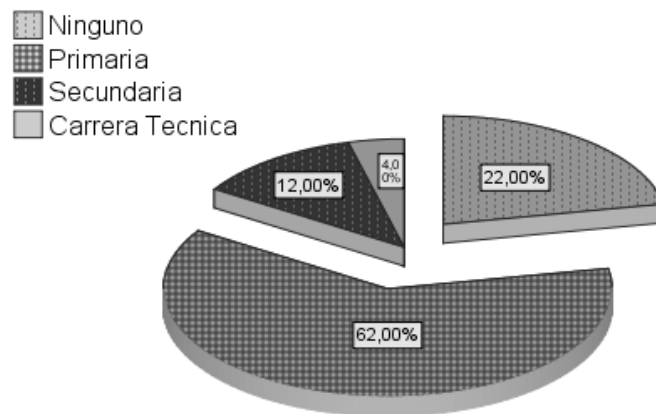


Figura 3.- Distribución por escolaridad de la muestra del piloteo de la EMAMH.

Posteriormente, para evaluar la confiabilidad de la escala se calculó el índice de consistencia interna o índice discriminante, usándose el coeficiente Alfa de Cronbach. La consistencia interna de la escala resultó elevada. Se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de .93. El puntaje obtenido en el piloteo puede ser interpretado como que la EMAMH es altamente confiable dado que se considera que la confiabilidad es alta cuando tiene un valor mayor o igual a .70 (Oviedo y Campo-Arias, 2005) y que un puntaje superior a .90 sugiere que la escala tiene varios ítems que miden exactamente lo mismo.

Asimismo, se corroboró el resultado mediante el método de mitades partidas (véase Tabla 4).

Tabla 4
Análisis de confiabilidad de la EMAMH.

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,933
		N de elementos	52(a)
	Parte 2	Valor	,934
		N de elementos	51(b)
	N total de elementos		103
Correlación entre formas			,903
Coeficiente de	Longitud igual		,949
Spearman-Brown	Longitud desigual		,949
Dos mitades de Guttman			,935

Para examinar la validez del instrumento se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales como estrategia inicial de validación de constructo (Hernández, Fernández y Batista, 1998), con autovalores mayor a 1 y con 25 iteraciones. Se optó por la rotación con el método de Varimax para probar con la extracción de seis factores para evaluar lo adecuado de una organización estructural con este número de factores, la cual se estaría ajustando al número de tipos de maltrato considerados inicialmente para la propuesta de la EMAMH.

Con base en un primer conjunto de resultados obtenidos, se procedió a eliminar los reactivos 46, 63, 78 y 88 los cuales arrojaban una varianza de 0; resultando así 99 ítems a analizar. Al eliminar estos reactivos se continuó con el análisis. Se obtuvo una varianza total explicada del 28.21%.

Examinando las cargas factoriales de la solución rotada, el valor de la varianza total arrojado no resultó suficientemente convincente para asumir que el instrumento fuera válido por lo que se procedió a eliminar reactivos que mostraran una carga factorial menor a .40. Con este criterio se eliminaron 23 reactivos (4, 8, 12, 15, 18, 19, 25, 26, 29, 30, 33, 34, 38, 59, 60, 73, 75,76, 83, 93,95, 98 y 99). Con ello el resultado fue que la validez aumentó a 33.76%.

Para evaluar nuevamente el incremento en la validez se procedió a ensayar con la eliminación de los reactivos cuya carga factorial era menor a .45 eliminando únicamente los reactivos 11, 58 y 92. De este modo se lograba una validez de 34.53%.

Es importante mencionar que a pesar de eliminar los reactivos que tuvieran una extracción menor a .40 la validez del instrumento parecía mantenerse baja por lo que se consideró un análisis a criterio de los autores de este trabajo con base en el contenido de los reactivos. De esta manera se suprimieron los reactivos que se consideró podrían tener menos relevancia para la aplicación en la población de adultos mayores. Se retiraron 20 reactivos que fueron el 10, 17, 24, 37, 42, 48, 49, 51, 55, 65, 70, 71, 72, 77, 79, 80, 84, 90, 96 y 97. Con ello el análisis de factor arrojó una varianza total explicada de 39.08 %.

Es importante mencionar que la exclusión de ítems no repercutió en la consistencia interna del cuestionario, ni en los índices de discriminación del resto de los ítems. Tras estos análisis, se procedió a realizar una segunda eliminación de reactivos a criterio de los investigadores. Se excluyeron 6 reactivos (13, 32, 53, 67, 87 y 94) que se consideraron redundantes de alguna forma. Esto permitió obtener una varianza total explicada de 39.19%.

Finalmente se realizó un análisis factorial de componentes principales con un número de factor 1 y 25 iteraciones; ya que anteriormente se había realizado con 9 componentes que eran los que sugería el programa SPSS, sin proyectarse la carga esperada, debido a que los reactivos no se distribuían en todos los componentes. Esto supuso disminuir el número de componentes a 6. Dado que sucedió lo mismo que con 9 factores se procedió a reducirlo a 4 componentes. Es importante destacar que la mayor carga factorial continuaba en el primer bloque, por lo que se consideró la posibilidad de que la estructura factorial del instrumento podría constar de un solo componente.

Con base en los resultados obtenidos tras la rotación de factores, la escala puede caracterizarse por mostrar una estructura unidimensional debido a que este factor explica la mayor carga factorial de la varianza total.

El último análisis de validez sugería la eliminación de los siguientes reactivos 7, 27, 35, 86 y 89; ya que su extracción resultaba menor a .35. Con ello se consiguió una validez de 42.99% siendo esta la puntuación final y mayor proyectada en el análisis factorial de la escala. Las Tablas 5 y 6 muestran los resultados observados en cuanto a carga factorial y varianza total explicada.

TABLA.5
Análisis factorial. Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la Varianza	% Acumulado	Total	% de la Varianza	% Acumulado
1	18,057	42,992	42,992	18,057	42,992	42,992
2	4,110	9,786	52,777			
3	2,616	6,229	59,007			
4	1,956	4,657	63,664			
5	1,740	4,144	67,807			
6	1,408	3,352	71,159			
7	1,187	2,827	73,987			
8	1,013	2,413	76,399			
9	,913	2,174	78,574			
10	,841	2,001	80,575			
11	,765	1,821	82,396			
12	,691	1,644	84,040			
13	,646	1,538	85,578			
14	,626	1,490	87,068			
15	,610	1,451	88,519			
16	,507	1,208	89,727			
17	,451	1,073	90,800			
18	,373	,887	91,688			
19	,364	,866	92,554			
20	,339	,807	93,361			
21	,310	,737	94,098			
22	,292	,695	94,794			
23	,269	,641	95,435			
24	,242	,576	96,011			
25	,196	,467	96,478			
26	,178	,424	96,902			

27	,169	,403	97,306
28	,154	,368	97,673
29	,139	,331	98,004
30	,135	,321	98,325
31	,110	,263	98,588
32	,099	,236	98,824
33	,088	,211	99,034
34	,081	,193	99,227
35	,067	,160	99,387
36	,057	,136	99,523
37	,052	,123	99,647
38	,047	,111	99,757
39	,034	,081	99,838
40	,030	,072	99,911
41	,026	,061	99,972
42	,012	,028	100,000

*Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

TABLA. 6
Análisis Factorial. Matriz de componentes(a)

	Componente 1
Cuido de mi aseo personal	,477
En casa se desaparecen mis objetos de valor	,511
Las personas con quien vivo me toman en cuenta	,813
Recibo maltrato físico por parte de las personas con las que vivo	,530
En casa, prefieren hacer otras actividades antes que escucharme o atenderme	,678
He sido agredido físicamente por parte de las personas con las que vivo	,610
Me pellizcan cuando hablo	,505
En casa me ignoran	,727
Me prohíben hacer cosas que me agradan para castigarme	,433

Mi familia me hace comentarios ofensivos públicamente	,776
Las personas con quien vivo se burlan de mí	,741
Me golpean	,588
Recibo malos tratos a causa de mi edad	,718
Me toman en cuenta en reuniones familiares	,832
Recibo el cariño que necesito de mi familia	,815
Las personas con las que vivo me rechazan a causa de mi edad	,713
Las personas con las que vivo me niegan atención médica	,674
Me empujan	,495
Me presionan para realizar mi testamento	,530
En casa procuran mi felicidad	,711
Me siento bien con la forma en que me tratan	,775
Las personas con las que vivo comparten sus momentos de alegría conmigo	,627
Recibo un trato digno en casa	,699
En casa se enojan conmigo sin razón	,595
Me escuchan en mis necesidades	,821
Recibo comentarios ofensivos	,772
En casa, hieren mis sentimientos	,700
La convivencia con mi familia es agradable	,822
Las personas con las que vivo me culpan de sus problemas	,642
Me siento abandonado(a)	,708

En casa han vendido alguna de mis pertenencias sin mi permiso	,620
Las personas con quien vivo comparten sus momentos de descanso conmigo	,741
Recibo apoyo de las personas con las que vivo	,620
Recibo de las personas con quien vivo todos los cuidados necesarios	,649
Dispongo de mi dinero sin ningún problema	,367
Las decisiones que tomo son respetadas	,429
Me llevan al médico cuando es necesario	,420
Soy feliz con mi vida	,743
Me menosprecian	,750
Se refieren a mí como una persona inútil por mi edad	,543
Las personas con quien vivo me discriminan a causa de mi edad	,698
Me dan a firmar documentos sin saber su contenido	,377

Método de extracción: Análisis de componentes principales .a 1 componentes extraído

La fase de la construcción de la EMAMH consistió en la definición de variables y en la redacción de ítems, resultando finalmente una escala compuesta por 42 ítems tipo Likert de 5-puntos agrupados en 6 dimensiones.

El análisis de confiabilidad de la escala se calculó mediante el índice de consistencia interna o índice discriminante, utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un coeficiente de .96. La interpretación que puede hacerse del puntaje obtenido es que la EMAMH es altamente confiable dado que se considera que la confiabilidad es alta cuando tiene un valor al menos de .70 (Oviedo y Campo-Arias, 2005) y que un puntaje superior a .90 sugiere que la escala tiene varios ítems que miden exactamente lo mismo.

La confiabilidad también se calculó mediante el método de mitades partidas. Se obtuvo un coeficiente de correlación entre dos formas de .91. En el análisis de correlación con el procedimiento de Spearman-Brown el valor aumentó a .92, en ambos casos (véase tabla 7).

Tabla 7.
Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	.925
		N de elementos	21
	Parte 2	Valor	.936
		N de elementos	21
	N total de elementos		42
Correlación entre formas.			.852
Coeficiente de	Longitud igual		.920
Spearman-Brown.	Longitud desigual		.920
Dos mitades de Guttman.			.910

El análisis correspondiente al estudio de la adecuación de la muestra mostró que la adecuación muestral no solamente resultó deseable, sino que presenta una muy buena adecuación a los datos ya que el estadístico de medida de adecuación KMO, que indica la proporción de la varianza que tienen en común las variables analizadas, presentó un valor de 0,89 lo que sugiere una buena adecuación de los datos a un modelo de análisis factorial. Mediante la prueba de esfericidad de Barlett se puede asegurar que si el nivel crítico es superior a 0.05 no se puede rechazar la hipótesis nula de esfericidad. Como se puede observar los resultados de este análisis son significativos ($p= .000$) (véase tabla 8).

Tabla 8.
KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.898
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	6774.078
	GI	861
	Sig.	.000

Para examinar la validez del instrumento se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales como estrategia inicial de validación de constructo (Hernández, Fernández y Batista, 1998), con rotación de Varimax para probar la extracción de seis factores y evaluación de una organización estructural, la cual se estaría ajustando al número de tipos de maltrato considerados inicialmente para la propuesta de la EMAMH.

Los criterios para aceptar los factores fue que obtuvieran un valor superior a la unidad y agruparan más de dos reactivos, mientras que los criterios para aceptar los reactivos dentro de un factor fueron los siguientes (Yela, 1997):

- El reactivo debía tener una carga factorial igual ó mayor a .40.
- El reactivo tenía que incluirse en un solo factor, en el que representara una carga factorial más alta.
- Debía existir una congruencia conceptual entre todos los reactivos incluidos en el factor.

Finalmente al realizar el análisis factorial, empleando el método de componentes principales, se obtuvo como resultado una escala que puede caracterizarse por una estructura unidimensional.

De esta manera se conservó la estructura unidimensional de un solo factor debido a que este factor explica la mayor carga factorial el 40.19% de la varianza total (véase tablas 9 y 10)

Tabla. 9
Comunalidades

Reactivos	Inicial	Extracción
Cuido de mi aseo personal	1.000	.489
En casa se desaparecen mis objetos de valor	1.000	.673
Las personas con quien vivo me toman en cuenta	1.000	.758
Recibo maltrato físico por parte de las personas con las que vivo	1.000	.724
En casa, prefieren hacer otras actividades antes que escucharme o atenderme	1.000	.560

He sido agredido físicamente por parte de las personas con las que vivo	1.000	.766
Me pellizcan cuando hablo	1.000	.575
En casa de ignoran	1.000	.636
Me prohíben hacer cosas que me agradan para castigarme	1.000	.616
Me menosprecian	1.000	.744
Se refieren a mí como una persona inútil por mi edad	1.000	.527
Mi familia me hace comentarios ofensivos públicamente	1.000	.767
Las personas con quien vivo se burlan de mí	1.000	.698
Me golpean	1.000	.806
Recibo malos tratos a causa de mi edad	1.000	.768
Me toman en cuenta en reuniones familiares	1.000	.757
Recibo el cariño que necesito de mi familia	1.000	.800
Las personas con las que vivo me rechazan a causa de mi edad	1.000	.678
Las personas con las que vivo me niegan atención médica	1.000	.600
Las personas con quien vivo me discriminan a causa de mi edad	1.000	.723
Me empujan	1.000	.670
Me presionan para realizar mi testamento	1.000	.625
En casa procuran mi felicidad	1.000	.789
Me siento bien con la forma en que me tratan	1.000	.762
Las personas con las que vivo comparten sus momentos de alegría conmigo	1.000	.707
Recibo un trato digno en casa	1.000	.707
En casa se enojan conmigo sin razón	1.000	.632
Me da a firmar documentos sin saber su contenido	1.000	.790
Me escuchan en mis necesidades	1.000	.734
Recibo comentarios ofensivos	1.000	.732

En casa, hieren mis sentimientos	1.000	.684
La convivencia con mi familia es agradable	1.000	.709
Las personas con las que vivo me culpan de sus problemas	1.000	.548
Me siento abandonado(a)	1.000	.674
En casa han vendido alguna de mis pertenencias sin mi permiso	1.000	.788
Las personas con quien vivo comparten sus momentos de descanso conmigo	1.000	.678
Recibo apoyo de las personas con las que vivo	1.000	.793
Recibo de las personas con quien vivo todos los cuidados necesarios	1.000	.644
Dispongo de mi dinero sin ningún problema	1.000	.745
Las decisiones que tomo son respetadas	1.000	.762
Me llevan al médico cuando es necesario	1.000	.848
Soy feliz con mi vida	1.000	.684

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla. 10
Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la Varianza	% Acumulado	Total	% de la Varianza	% Acumulado
1	16.883	40.197	40.197	16.883	40.197	40.197
2	3.356	7.990	48.187	3.356	7.990	48.187
3	2.221	5.288	53.475	2.221	5.288	53.475
4	1.766	4.206	57.681	1.766	4.206	57.681
5	1.536	3.657	61.338	1.536	3.657	61.338
6	1.409	3.355	64.692	1.409	3.355	64.692
7	1.131	2.693	67.386	1.131	2.693	67.386
8	1.068	2.542	69.927	1.068	2.542	69.927
9	.930	2.215	72.142			
10	.920	2.191	74.333			
11	.847	2.017	76.350			

12	.770	1.834	78.184
13	.722	1.720	79.904
14	.683	1.626	81.530
15	.638	1.519	83.049
16	.630	1.499	84.548
17	.579	1.379	85.927
18	.499	1.189	87.116
19	.479	1.141	88.256
20	.450	1.072	89.328
21	.402	.958	90.285
22	.379	.903	91.189
23	.367	.873	92.061
24	.319	.759	92.820
25	.305	.726	93.546
26	.281	.669	94.215
27	.269	.640	94.855
28	.241	.574	95.429
29	.229	.545	95.974
30	.203	.484	96.457
31	.184	.439	96.896
32	.168	.401	97.297
33	.165	.394	97.691
34	.149	.355	98.046
35	.141	.336	98.382
36	.135	.321	98.703
37	.114	.272	98.975
38	.103	.246	99.221
39	.099	.235	99.456
40	.088	.210	99.666
41	.085	.203	99.869
42	.055	.131	100.000

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Adicionalmente se realizó un análisis para explorar las diferencias en la presencia de maltrato al AM agrupar a los sujetos de la muestra de acuerdo a distintas variables. Al respecto se llevo a cabo un análisis comparativo con la prueba *t* de Student para muestras independientes. Las comparaciones se hicieron tomando en cuenta distintos agrupamientos de acuerdo a las variables sexo, edad y escolaridad.

Los resultados de estos análisis no indican diferencias estadísticamente significativas para los factores en ninguna de las escalas evaluadas (véase tabla 11).

Tabla. 11

Comparación de grupos entre las variables Sexo, Edad, Escolaridad

Variable de Comparación	Grupo	Medias	D.S	t	p
Sexo	Masculino	9.39	18.58	-1.23	0.22
	Femenino	13.44	22.26		
Edad	Menor de 69 años	13.83	22.61	1.06	0.28
	Mayor de 70 años	10.63	19.79		
Escolaridad	Ninguno	14.52	22.54	0.57	0.57
	Primaria	12.23	20.66		
	Primaria	12.23	20.66	0.42	0.67
	Secundaria	10.43	21.48		
	Ninguno	14.52	22.54	-0.002	0.99
	Carrera Técnica	14.54	29.01		
Ninguno	14.52	22.54	0.75	0.45	
Secundaria	10.43	21.48			
	Primaria	12.23	20.66	-0.34	0.73
	Carrera Técnica	14.54	29.01		

Sin embargo, en la comparación por estado civil, se observaron diferencias significativas entre las variables casado y viudo, sin reflejar diferencias estadísticamente significativas al considerarlas con la variable sexo (véase tabla 12).

Tabla. 12

Comparación de grupos entre variable: Estado Civil - Sexo

Variable de Comparación	Grupo	Medias	D.S	t	p
Estado Civil	Casado	9.28	16.15	-236	0.01
	Viudo	17.56	28.62		
Masculino	Casado	7.41	13.92	-1.63	0.10
	Viudo	18.18	32.27		
Femenino	Casado	10.5	17.46	-1.6	0.11
	Viudo	17.43	28.16		

Las comparaciones hechas de acuerdo a grupo familiar (evaluado con la pregunta: ¿con quién vive?), pone de manifiesto diferencias estadísticamente significativas entre los grupos Pareja, Hijos, Hijos-Pareja y Familiares, presentando mayor índice de maltrato en los sujetos femeninos (véase tabla 13).

El resto de las comparaciones entre grupos no fueron estadísticamente significativas entre los factores de trabajo y si cuenta con hijos (véase tabla 14).

Tabla. 13

Comparación de grupos entre variable: Familiar - Sexo

Variable de Comparación	Grupo	Medias	D.S	t	p
Con quien Vive	Hijos	12.57	22.63	-2.98	0.004
	Familiares	35.66	33.36		
Femenino	Pareja	7.91	13.55	-4.83	0.000
	Familiares	35.66	33.36		
	Pareja e hijos	9.68	18.18	-3.66	0.001
	Familiares	35.66	33.36		
	Pareja	10.17	15.85	-3.94	0.000
	Familiares	41.44	35.95		
	Hijos	11.32	20.52	-3.6	0.001
	Familiares	41.44	35.95		
Familiares	41.44	35.95	3.51	0.001	
Pareja e hijos	9.72	18.71			

Tabla. 14

Comparación de grupos entre variable: Trabaja- Cuenta con Hijos

Variable de Comparación	Grupo	Medias	D.S	t	p
Trabaja	Si	9.56	15.72	0.06	0.95
	No	9.26	20.65		
Tienes hijos	Si	12.03	21.01	-0.617	0.53
	No	16.3	26.81		

En lo referente a la comparación por padecimientos, se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con padecimiento y sin él; exhibiendo un mayor índice en los sujetos que presentan artritis (29.33) seguido de los padecimientos hipertensión y otras (23.67), hipertensión y diabetes (18.18) y diabetes y otras (16.81); así al realizar una comparación por enfermedades se indicó

que no existía ninguna diferencia entre estas o la combinación con alguna de las variables ya mencionadas (véase tabla 15). La religión no tuvo ninguna relevancia para la incidencia de maltrato en el AM.

Tabla. 15

Comparación de grupos por variable padecimiento

Variable de Comparación	Grupo	Medias	D.S	t	p
Enfermedades	Ninguna	5.58	9.65	-5.39	0.000
	Artritis	29.33	21.53		
	Ninguno	5.58	9.65	-2.81	0.006
	Hipertensión y Diabetes	18.18	27.8		
Enfermedades	Ninguna	5.58	9.65	-3.47	0.001
	Hipertensión y otras	23.67	33.09		
Enfermedades	Ninguna	5.58	9.65	-2.11	0.03
	Diabetes y otras	16.81	31.66		

En el caso de la variable jubilación, esta presentó diferencias cuando se analiza aunada al factor sexo, encontrándose que la población masculina no jubilada presentaba un mayor índice de tendencia al maltrato (véase tabla 16).

Tabla. 16

Comparación de grupos por variable: Estado de Jubilación

Variable de Comparación	Grupo	Medias	D.S	t	p
Jubilado	Jubilado	8.65	19.24	1.75	0.08
	No jubilado	14.16	22.11		
Masculino	Jubilado	3.5	4.59	-2.8	0.007
	No jubilado	16.37	25.52		
Femenino	Jubilado	13	25.11	-0.14	0.88
	No jubilado	13.59	21.24		

En síntesis los resultados revelan que el índice de maltrato, se encuentra relacionado con los factores de sexo, grupo familiar, padecimiento y estado de jubilación.

CAPÍTULO 6.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1 Discusión

Actualmente la violencia dirigida hacia los ancianos es un problema social que crece día con día. El maltrato al anciano emergió como una problemática hace pocos años, no porque antes no existiera, sino porque siempre ha sido un tema oculto, debido a que la persona que sufre de violencia no la denuncia por miedo a represalias, por temor a que sean llevados a una institución que los aleje del entorno familiar y social al que están acostumbrados o simplemente porque prefieren negar la realidad. Es por esto que el tema de la violencia hacia los ancianos es la menos reconocida a nivel mundial (Berryman, 1994; Salvarezza, 1996).

El maltrato al Adulto Mayor (AM) es un grave problema social, con raíces culturales y psicológicas. En la sociedad actual, este cobra mayor relevancia al ser más variable y motivo de una gran preocupación social, diversos estudios (Correa, 2001; Bover, 2003; Iborra, 2008) han demostrado que este tipo de maltrato no distingue grupos de edad, sexo, nivel educativo o económico; y su presencia se manifiesta con mayor frecuencia en el entorno familiar.

La falta de conocimiento acerca del proceso de envejecimiento contribuye al maltrato y descuido del anciano. Un mundo con tendencia al envejecimiento en el cual son comunes las actitudes negativas hacia este fenómeno demográfico y las personas de edad avanzada es estimulante para el desarrollo de un medio en el cual puede producirse este fenómeno.

En nuestro entorno existen escasas investigaciones que den claros datos sobre la incidencia, la distribución y las causas específicas, debido a la dificultad para detectar el maltrato y denunciarlo. Un mayor conocimiento sobre el impacto real del maltrato en la población AM de nuestro país sería básico para dar a conocer a la sociedad mexicana la verdadera dimensión del problema.

En la detección de esta problemática, una limitación es la inexistencia de un instrumento enfocado en el área psicológica con un índice de sensibilidad y especificidad válidas para la detección de malos tratos. En este sentido el objetivo de este trabajo era proponer un instrumento que permita identificar las características y las dimensiones del maltrato al AM. La evidencia obtenida en este trabajo permite plantear que la Escala de Maltrato al Adulto Mayor en el Hogar (EMAMH), cuenta con las propiedades de validez y confiabilidad adecuadas. En particular, los hallazgos muestran que la escala EMAMH es capaz principalmente de diferenciar entre una muestra de AM que presentan algún índice de maltrato y los que no lo presentan.

Cabe señalar la importancia de los resultados obtenidos ya que la escala ayudará a lograr un primer acercamiento a la evaluación de maltrato en el AM, abriendo la posibilidad de identificar factores psicológicos asociados a esta problemática ya que como se ha hecho mención anteriormente, existe una escases de estudios realizados sobre la temática.

Entre los factores asociados con el maltrato en los AM se encuentran, de acuerdo a los resultados encontrados en el trabajo: sexo, dependencia, apoyo familiar, todo lo cual es consistente con estudios previos sobre el tema. Nuestros resultados coinciden con los de Beaver y Miller (1998) quienes identificaron la dependencia y enfermedad como causas importantes relacionadas con el abuso y la negligencia; presentes como una forma de enfermedad crónica o discapacidad física. Así como, con los resultados reportados en el informe de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), en cuanto a que las mujeres AM presentan mayor índice de maltrato al hacer contraste de acuerdo a la variable grupo familiar; debido a que los roles sociales influenciados por los aspectos culturales, sobre todo en torno al género, se reflejan al ubicarse la mujer con una mayor vulnerabilidad cuando su situación económica es difícil, y se encuentran en una condición de viudez, en combinación con otras variables que se identificaron en este trabajo como factores que también influyen en la incidencia de maltrato.

Esto coincide con algunos resultados de otros estudios que sugieren que una mujer AM con alguna enfermedad que la incapacita para realizar ciertas actividades y depende económicamente de su esposo, hijos ó de otros familiares, es todavía más susceptible de vivir maltrato, por lo cual la persona se encuentra en una situación de vulnerabilidad (Beaver y Miller ,1998).

En el caso de la variable jubilación, esta presentó diferencias cuando se analiza aunada al factor sexo, encontrándose que la población masculina no jubilada presentaba un mayor índice de tendencia al maltrato, por lo cual, la situación de autosuficiencia económica, resulta ser una variable influyente para una situación de maltrato, este resultado es congruente con el de Torres y Espada (1996).

En síntesis, los resultados revelan que el índice de maltrato, se encuentra asociado a los factores sexo, grupo familiar, padecimiento y estado de jubilación. Sin embargo, por si solas ninguna de estas variables presenta una relación directa con la prevalencia del fenómeno, debido a que al parecer debe existir una combinación de estas para que pueda presentarse cierta tendencia a experimentar una situación de maltrato. Los roles sociales influenciados por los aspectos culturales, sobre todo en torno al género, se reflejan al ubicarse la mujer con una mayor vulnerabilidad.

De esta forma, la variable sexo no presenta diferencia entre los grupos ; es decir, no tiene influencia directa sobre la variable maltrato, sin embargo este mismo factor aunado a factores como la dinámica de grupo familiar, eleva la posibilidad de riesgo en la presencia del fenómeno; de igual manera, la condición de autosuficiencia económica contrastada con este factor indican que la población AM no activa o con dependencia económica o física es más vulnerable a presentar algún tipo de maltrato.

Por otro lado, el estudio solo revela algunos factores de riesgo existentes en esta problemática por lo cual para futuras investigaciones o ampliaciones sobre la temática podrían considerarse algunas situaciones como nivel económico, lugar de residencia y un incremento en el tamaño de la muestra de los sujetos

pertenecientes al sexo masculino lo cual permitiría corroborar los resultados en un nivel más amplio.

Hay que destacar que en el proceso de la construcción de la escala los ítems que pretendían indagar sobre el maltrato de tipo sexual fueron eliminados, según lo sugirió en particular el análisis de validez. Se considera que la razón de que los ítems no exploraran adecuadamente dicha dimensión de maltrato podría deberse a condiciones idiosincráticas existentes en nuestra sociedad, como pueden ser: educación moral, prejuicios sobre el tema, tipo de aplicación, dinámica de acercamiento y otros aspectos relacionados con este grupo de edad. Aunque esta situación deja abierta la posibilidad de ser abordados en investigaciones posteriores.

6.2 Conclusiones

El maltrato ha sido catalogado como un problema privado, la realidad es que es un fenómeno que tiene impacto social y que nos exige actuar rápidamente, no solo por las consecuencias individuales, familiares y sociales, sino por el riesgo para la integridad física y emocional de las víctimas.

De este estudio se desprende la necesidad de valorar las circunstancias que rodean al AM en el contexto personal, familiar y social donde tendrían que verse implicados servicios multidisciplinarios que estudien, ayuden y favorezcan la calidad de vida del AM.

La EMAMH, basada en el instrumento “Elder Assessment Instrument” y en la clasificación realizada por Rueda (2008) sobre los factores de riesgo en el maltrato del AM, surge de la escases de instrumentos que evalúen el factor psicológico de manera específica y puntual, de este modo esta propone un primer acercamiento en el diagnóstico de esta área fundamental en el desarrollo social del individuo.

Los diferentes análisis estadísticos realizados a los datos obtenidos en la aplicación de la escala, con los ajustes en la estructura de la escala que estos señalan, proveen evidencia de que la escala diseñada para medir el Maltrato al AM posee propiedades psicométricas apropiadas de fiabilidad y validez; lo cual significa que la escala es útil para medir niveles de maltrato, obteniéndose como resultado una escala que puede caracterizarse por una estructura unidimensional.

El propósito de esta investigación fue desarrollar una escala que permitiera evaluar el Maltrato en el AM, en individuos que presentarán o no algún indicio sobre esta problemática, dando como resultado una escala que pueda identificar las características del maltrato presente en los adultos mayores.

A la vista de los resultados obtenidos, y teniendo como referencia el marco teórico desarrollado para este trabajo, estos revelan que el índice de maltrato se encuentra relacionado con los factores de sexo, grupo familiar, padecimiento, además del estado de jubilación.

Es importante enfatizar la importancia de elaborar más instrumentos que se focalicen en detectar este tipo de problemática ya que como fue mencionado anteriormente en nuestro país se carece de estudios que puedan ofrecer información más confiable acerca de este fenómeno. Todo ello abre un interesante campo de investigación a corto y largo plazo en el que las cuestiones a tratar se conviertan en algo esencial para la salud mental de las generaciones futuras.

De esta manera, el estudio deja la puerta abierta a la prevención, mismo que nos lleva a enfocarnos con mayor atención en el AM así como en la relación con su entorno social y familiar para una mejor atención, esto debido a que en los siguientes años los índices de AM crecerán en mayor medida. Los hallazgos podrían contribuir a ampliar el conocimiento sobre las características de la población AM en México que puede potencialmente sufrir de maltrato.

La información que se puede obtener con esta escala eventualmente ayudaría a definir los lineamientos necesarios para generar programas de prevención del Maltrato al AM, y para promover el desarrollo de investigaciones futuras sobre factores de riesgo asociados al Maltrato en el AM en México. El compromiso de los profesionistas, sobre todo los psicólogos, es fundamental para un abordaje realmente efectivo de este problema.

Si bien la experiencia clínica señala la presencia del maltrato la factibilidad de estudiarlos en forma sistemática y masiva abre la oportunidad de diseñar investigaciones y diagnósticos que favorezcan el desarrollo de modelos teóricos sobre el Maltrato al AM. Esto haría posible una mayor efectividad de las intervenciones encaminadas a la resolución del problema en nuestra sociedad.

Se puede concluir que para poder brindar atención integral a los AM se debe fomentar la evaluación de todos los componentes del fenómeno. En el área psicológica sería creando y desarrollando oportunidades de apoyo tanto individual como grupal, para generar una participación plena de este grupo en la estructura social, partiendo de la premisa que los AM inmersos en su grupo familiar merecen consideración y apoyo.

REFERENCIAS

- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México: Pearson.
- Álvarez, L. (2008). Detección de maltrato, abandono y negligencia en los adultos mayores en un servicio de gerontología y urgencias del ISSTE. Tesis de especialidad en medicina familiar. Facultad de Medicina. UNAM: México.
- Ansello, E. (1996). Causes and Theories. En: L. Baumhower, L. A., Bell, C.S.(eds.), *Abuse, Neglect and Exploitation of Older Persons: Strategies for Assessment and Intervention*. Baltimore: Health Professions Press.
- Anzures, M. (2000). Formas clínicas de depresión. En P. Gutiérrez. *Medicina familiar*, 2, (5-47). México: Intersistemas S.A. de C.V.
- Aracena, M. (2000). Resiliencia al maltrato físico infantil: Variables que diferencian a los sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos. *Revista de Psicología*; (9): Chile.
- Archundia, M. (2005). Aumentan quejas por maltrato a ancianos. *EL UNIVERSAL*. 22 de Mayo. Secc. Metropoli.1C, México.
- Arón, A. (2000). Programa para la educación de la no violencia. *Psykhé*; 2(9), 25-39.
- Beaver, M. y Miller, D. (1998). *La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores. Intervención primaria, secundaria y terciaria*. Barcelona: Paidós.
- Berryman, J. (1994). *Psicología del desarrollo*. México: El Manual Moderno.
- Blázquez, D. (2006). *Los derechos de las personas mayores: perspectivas sociales, jurídicas, políticas y filosóficas*. Madrid: Dykinson.
- Bover, A. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Revista de Atención primaria*; 32(9), 541-542: España.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bulbena, A. (2003). *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson.
- Caballero, C. (2000). Consideraciones sobre el maltrato al anciano. *Rev. Mult. Gerontol*; 10 (3): 177-188: Bilbao.
- Campillo, R. (2002). Violencia con el anciano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*; (4), 1-5: Cuba.
- Cáritas. (2000). *Antología de Prevención de la Violencia y Maltrato en Contra de los Adultos Mayores*. Fundación Caritas para el Bienestar del Adulto Mayor, I.A.P. p. 1-26: México.
- Cáritas. (2003). *Manual de Vejez y Proceso de Envejecimiento*. México: Plaza y Valdez.

- CEDUA. (2004). *Salud y bienestar de la población adulta mayor mexicana*. México: Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales.
- Cohen, R. (2001). *Pruebas y evolución psicológica: Introducción a las pruebas y a la medición*. México: McGraw-Hill.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (CNDH) (2002). *Comencemos desde el principio... Las mujeres mayores, su proceso de envejecimiento y sus derechos humanos*. México: Comisión de Atención a Grupos Vulnerables-Cámara de Diputados LVIII Legislatura.
- CONAPO. (1999). *El envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas*. Consejo Nacional de Población: México.
- CONAPO. (2006). *Oportunidades y retos de la política nacional de población en el siglo XX*. Consejo Nacional de Población: México.
- CONAPO. (2010). *Esperanza de vida de los mexicanos es de 75 años*. Boletín no.5. México: Consejo Nacional de Población.
- Contreras, S. (2007). *Taller de autoestima para adultos mayores en situación de violencia familiar en una comunidad rural*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM: México.
- Correa, E. (2001). *Principales factores que influyen en el uso de redes de apoyo social (RAS) en una población de ancianos mexicanos*. *Archivo Geriátrico*. 2(4): 32-36: México.
- Corsi, J. (s.f.). *La violencia hacia la mujer en el contexto doméstico*. Recuperado el 10 de octubre de 2010 en:
http://www.berdingune.euskadi.net/u89congizon/es/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/laviolenciahacialamujerenelcontextodomestico.pdf
- Corsi, J. (1994). *Violencia familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Cortada de Kohan, N. (1999). *Teorías psicométricas y construcción de test*. Argentina: Lugar Editorial.
- Cronbach, J. (1972). *Fundamentos de la exploración psicológica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Decalmer, P. (2000). *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona: Paidós.
- ENADID. *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) (2009)*. Metodología y tabulados básicos: México.
- INEGI. (2009) *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: México.
- ENASEM. (2001). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento*. Versión 2: México.

- Fajardo, G. (1995). Tercera edad. Adulto mayor. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social: México.
- Fernández, M. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Aten Primaria*; 37(1):56-59: España.
- Figueroa, V. (2003). Factores de riesgo para el maltrato del Adulto Mayor. *Archivo Geriátrico*. 1(6): México.
- Fulmer, T. (1984). Assessing elder abuse: A study. *Journal of Gerontological Nursing*, 10(12), 16-20.
- Fulmer, T. (2000). The first national study of Elder Abuse and Neglect: Contrast with results from other studies. *Journal of Elder Abuse and Neglect* ; 12 (1) 15-17.
- García, J. (1993). Problemas y Derechos de los Ancianos. *Comisión Independiente de los Derechos Humanos A.C.*; 3(2) 5-27.
- González, M. (2000). *Cuando la Tercera Edad nos Alcanza: Crisis o Retos*. México: Trillas.
- González, R. (2007). *Manual de investigación documental y redacción*. México: Trillas.
- Goodrich, H. (1997). Rúbricas comprensión. *Educational Leadership*; 54 (4), 14-17.
- Gordon, M. y Brill, D. (2001). The abuse and neglect of the elderly. *International Journal of Law and Psychiatry*; 24, 183-197.
- Gracia, E. (1994). Los malos tratos en la infancia: Tres décadas de investigación. En: G. Musitu y P. Allat. (Eds.). *Psicosociología de la familia*: Valencia.
- Ham, R. (1998). Implicaciones del envejecimiento en la planeación del bienestar. *Papeles de Población*. Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población. UAEM: México.
- Ham, J. (1998). *Malos tratos a ancianos*. En: Taylor, R. *Medicina de familia: Principios y práctica*. (5ª.ed). Barcelona: Masson.
- Hernández, R., Fernández, C. y Batista, P. (1998). *Metodología de la Investigación* (2ª ed). México: McGraw-Hill.
- Iborra, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Centro Reina Sofía.
- Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002). Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2010). Censo nacional de Población y Vivienda: México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2011). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las personas de edad*. México.
- Kessel, S. (1996). Primera Conferencia Nacional De Consenso Sobre Anciano Maltratado. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*; 31 (6): 367-372.

- Krassoievitch, M. (1995). *La personalidad de la tercera edad*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, (2002). Diario Oficial de la Federación 25 de junio de 2002. Última reforma publicada DF. 24 de junio de 2009.
- Magnusson, D. (1990). *Teoría de los test*. México: Trillas.
- Marín, P. (2000). Abuso o Maltrato en el Adulto Mayor. Chile: Universidad Católica de Chile; 29 (2) 5-10. Chile.
- Martí, E. (1996). Demografía del envejecimiento. *Geriátrika*; 12 (4): 27-28.
- Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad (IMSERSO) (2007). Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Mishara, B. (2000). *El proceso del envejecimiento*. España: Morata.
- Montes de Oca, V. (1999). *Familia y Redes sociales en el envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*. México: Consejo Nacional de Población.
- Moya, A. y Barbero, J. (2003). Malos Tratos en Personas Mayores: Marco Ético. *Revista Española Geriatria y Gerontología*; 38 (2): España.
- Moya, A. y Barbero, J. (2005). Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Madrid.
- Muñoz, J. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Pirámide.
- Nóblega, M. (2009). Una aproximación cualitativa hacia la mujer en un asentamiento humano de villa el Salvador. *Revista de Psicología*, 15 (2): 95-108: Perú.
- Norma Oficial Mexicana (1999). NOM-167-SSA1-1997, para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores. Con fecha de publicación: 17 de Noviembre de 1999: México.
- Norma Oficial Mexicana (2000). NOM-190-SSA1-1999, para la Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Con fecha de publicación: 8 de Marzo de 2000: México.
- Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género. (2004). *Consejo General del Poder Judicial*. España: Grupo de Trabajo de Violencia.
- OMS/OPS. (2003). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Cap. 5 El Maltrato de las Personas Mayores. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud: Washington.
- ONU. (2002). *El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto*. Nueva York: Consejo Económico y Social. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

- ONU. (2007). *Previsiones demográficas mundiales (Revisión 2006)*. Nueva York: Departamento de asuntos económicos y sociales.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud*: Washington.
- Ortega, R. (2000). Más allá de la instrucción: La educación para la convivencia. El modelo SAVI para la antiviolencia escolar. *Ensayos y Experiencias*, 35, 39-53: Sevilla.
- Ortiz, D. (2003). La violencia hacia los ancianos, un problema menospreciado. *Revista Trabajo Social*; 8, 14-19: México.
- Ortiz, G (2004). Revisión histórica sobre el trabajo psicológico realizado en México sobre vejez. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM: México.
- Oviedo, C. y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; 34: 572-580: Colombia.
- PAICABÍ. (1998). *Maltrato infantil: Elementos básicos para su comprensión*. Centro de promoción y apoyo a la infancia (PAICABÍ): Chile.
- Papadopoulos, A. y La Fontaine, J. (2000). Elder Abuse. Therapeutic Perspectives in Practice. United Kingdom: Winslow Press Ltd.
- Partida, V. (2001). *Perspectivas del cambio demográfico. Monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050*. México: Demos.
- Potter, P. (2001). *Fundamentos de enfermería: Teoría y práctica*. Madrid: Haracourt.
- Pszemiarower, S. (2004). Abuso y Maltrato en la Vejez. *Revista Red Latinoamericana de Gerontología*; 35-52: Chile.
- Quinn, M. y Tomita, S. (1997). *Elder Abuse and Neglect: Causes, Diagnosis, and Intervention Strategies*. New York: Springer Publishing.
- Reis, M. y Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of Abuse Screen. *The Gerontologist*, 38 (4):471-480.
- Rodríguez, V. (2003). Primer curso Internacional sobre Abuso y Maltrato a las personas adultas mayores: hacia una respuesta integral. *Revista Experiencia: La voz de los adultos mayores*; 13, 13-14. México: Publican Gente Grande y Secretaria de desarrollo Social (SEDESOL).
- Rojas, I. (2006). Maltrato del Anciano Mexicano. Traducción y contextualización del "Elder Assessment Instrument" y su aplicación en la población anciana urbana mexicana en el servicio de urgencias. Tesis de especialidad en Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM: México.
- Rosenblatt, D. (1996). Elder Abuse. What Can Physician Do?. *Archives of Family Medicine*; 5 (2): 88-90.

- Rueda, E. (2008). *El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio*. España: Junta de Castilla y León.
- Ruiz, R. (2001). La violencia familiar y los Derechos Humanos: La Violencia familiar en el colectivo de Personas Mayores. México: CNDH.
- Salvador, C. y Roca, M. (1995). Instrumentos de evaluación subjetiva en salud mental. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr*, 23 (2):78-86.
- Salvarezza, L. (1996). *Psicogeriatría, teoría y práctica*. Argentina: Paidós.
- Sanmartín, A. (2000). El médico de familia y el síndrome de los malos tratos a ancianos. *Aten Primaria*: España.
- Sanmartín, A. (2001). Violencia doméstica: Prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Primaria*: España.
- Sanmartín, J. (2004). *El laberinto de la violencia, causas tipos y electos*. Barcelona: Ariel.
- Servicio nacional del adulto mayor (SENAMA). (2007). *Guía de prevención del maltrato en personas mayores por los derechos de los mayores*: Chile.
- Soriano, A. (2002). *Educación y violencia familiar*. Madrid: Dykinson.
- Soto, A. (2007). Hacia una cultura de la vejez bajo una perspectiva psicogerontológica. Tesina. UNAM: México.
- Swagerty, L. (1999). Elder Mistreatment. *American Family Physician*; 59 (10): 2804-2808.
- Torres, F. y Espada, J. (1996). *Violencia en casa*. España: Aguilar.
- Trasfondo A.C y Fundación Bienestar del Adulto Mayor, I.A.P. (2004). *Manual de prevención de la violencia y maltrato en contra de los adultos mayores*: México.
- Vidales, O. (1999). *Elaboración de una escala para el diagnóstico del síndrome de maltrato al adulto Mayor*. Tesis de especialidad en Geriatria. Facultad de Medicina. UNAM: México.
- Vidales, O. (2003). Escala para diagnosticar el síndrome de abuso (maltrato) al Adulto Mayor. *Archivo Geriátrico*; 1 (6): México.
- Vizcaino, J. (2000). *Envejecimiento y Atención Social: Elementos para su Análisis y Planificación*. Barcelona: Herder.
- Wainerman, C. (1976). *Escalas de medición en ciencias sociales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Yárnoz, S. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de psicología*; 17 (002). Universidad de Murcia: España.
- Yárnoz, S. (1993). *Teoría del apego y relaciones afectivas*. Bilbao: Universidad del País Vasco.

- Yela, M. (1980). La evolución del conductismo. *Análisis y Modificación de Conducta. Psicothema*; 6 (11-12), 147-169.
- Yela, M, (1997). *La técnica del análisis factorial moderno*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Zarebski, G. (2008). *Padre de mis hijos ¿padre de mis padres?*. Buenos Aires: Paidós.
- Zúñiga, E. y Vega, D. (2004). *Envejecimiento de la Población de México: Reto del siglo XXI*. México: CONAPO.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1. Escala de Maltrato al Adulto Mayor en el Hogar (1ra versión)

Anexo 2. Escala de Maltrato al Adulto Mayor en el Hogar (2da versión)

Anexo 3. Escala de Maltrato al Adulto Mayor en el Hogar (versión final)

Procedimiento de Calificación

ANEXO 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

ESCALA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR (EMAMH)

María Luisa Mondragón García, Aleyka Rentería Núñez y
Alfredo Rodríguez Espejel (2012)

DATOS GENERALES

Nombre (opcional): _____

Edad: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Preparatoria ()

Carrera Técnica () Universidad ()

Estado Civil: Casado () Soltero () Divorciado () Viudo ()

Unión Libre ()

Trabaja: Si () No ()

Con quién vive: _____

A continuación le presentamos una serie de preguntas que debe leer cuidadosamente. Por favor, elija la respuesta que corresponda a su situación o la que más se asemeje a su vida, en su etapa de adulto mayor marcándola con una (X), ejemplo:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NO LOSE	ALGUNAS VECES	NUNCA
En casa veo la televisión	()	(X)	()	()	()

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NO LOSE	ALGUNAS VECES	NUNCA
--	---------	--------------	---------	---------------	-------

PSICOLÓGICO

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NO LOSE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Las personas con quien vivo, me toman en cuenta	()	()	()	()	()
2. Se burlan de mí	()	()	()	()	()
3. Me discriminan a causa de mi edad en casa	()	()	()	()	()
4. Recibo comentarios ofensivos	()	()	()	()	()
5. Convivo con mi familia	()	()	()	()	()
6. Las personas con las que vivo comparten sus momentos de descanso conmigo	()	()	()	()	()
7. La presencia de algunas personas me acusan angustia en casa	()	()	()	()	()
8. Tengo miedo decir lo que pienso en presencia de alguna persona en casa	()	()	()	()	()
9. Tomo mis propias decisiones	()	()	()	()	()
10. Toman decisiones por mí en casa	()	()	()	()	()
11. Hago cosas presionado(a) por otra persona	()	()	()	()	()

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NO LOSE	ALGUNAS VECES	NUNCA
12. Soy ignorado(a) en casa	()	()	()	()	()
13. Me prohíben hacer cosas para castigarme	()	()	()	()	()
14. Soy menospreciado	()	()	()	()	()
15. Se refieren a mí como una persona inútil por mi edad	()	()	()	()	()
16. Mi familia me hace comentarios ofensivos públicamente	()	()	()	()	()
17. Me impiden convivir con otras personas	()	()	()	()	()
18. Elijo las personas con las que convivo	()	()	()	()	()
19. Hablo con mi familia acerca de cualquier tema	()	()	()	()	()
20. Se enojan fácilmente por mi forma de ser	()	()	()	()	()
21. Me ayudan a resolver problemas	()	()	()	()	()
22. En casa, prefieren realizar otras actividades antes que escucharme o atenderme	()	()	()	()	()
23. Recibo un trato diferente a causa de mi edad	()	()	()	()	()
24. Recibo menos atención de la que necesito	()	()	()	()	()
25. En casa no ponen atención a mi estado de salud	()	()	()	()	()
26. Soy tomado en cuenta en reuniones familiares	()	()	()	()	()
27. Recibo el cariño que necesito de mi familia	()	()	()	()	()
28. Soy rechazado en casa a causa de mi edad	()	()	()	()	()
29. Soy ignorado en casa a causa de mi edad	()	()	()	()	()
30. Estoy triste	()	()	()	()	()
31. Soy feliz	()	()	()	()	()
32. Me ponen apodos para hacerme sentir mal	()	()	()	()	()
33. Me siento bien con la forma en que me tratan	()	()	()	()	()
34. Soy feliz en el lugar donde vivo	()	()	()	()	()
35. Soy siente feliz con las personas con las que vivo	()	()	()	()	()
36. Pienso suicidarme por la manera en que me tratan	()	()	()	()	()
37. Recibo el lugar que merezco en casa	()	()	()	()	()
38. Se enojan conmigo sin razón en casa	()	()	()	()	()
39. Menosprecian lo que hago	()	()	()	()	()
40. Soy criticado frecuentemente	()	()	()	()	()
41. En casa hieren mis sentimientos	()	()	()	()	()
42. En casa me permiten expresar mis sentimientos	()	()	()	()	()
43. Mi edad interfiere en mis relaciones familiares	()	()	()	()	()
44. Las personas con las que vivo me culpan de sus problemas	()	()	()	()	()
45. Mi familia me culpa de su comportamiento violento	()	()	()	()	()

FISICO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NO LOSE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Recibo malos tratos por parte de las personas con las que vivo	()	()	()	()	()
2. Me golpean con la intención de lastimarme	()	()	()	()	()
3. Me empujan con la intención de lastimarme	()	()	()	()	()
4. En casa me dan medicamentos con el propósito de dañar mi salud	()	()	()	()	()
5. Me jalan el cabello para causarme daño	()	()	()	()	()
6. Me queman para causarme daño	()	()	()	()	()
7. Me pellizcan para causarme daño	()	()	()	()	()
8. He recibido atención medica a causa de una agresión	()	()	()	()	()
9. A causa de una agresión he tenido fracturas	()	()	()	()	()
10. He sido agredido físicamente por parte de las personas con las que vivo	()	()	()	()	()
11. Me pellizcan para que no hable	()	()	()	()	()
12. Me dejan sin comer para castigarme	()	()	()	()	()
13. Recibo amenazas de las persona con las que vivo	()	()	()	()	()

ECONOMICO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NO LOSE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. En casa se desaparecen mis objetos de valor	()	()	()	()	()
2. Toman mis pertenencias sin mi permiso	()	()	()	()	()
3. Me presionan para realizar mi testamento	()	()	()	()	()
4. Me dan a firmar documentos sin saber su contenido	()	()	()	()	()
5. Controlo mi dinero	()	()	()	()	()
6. En casa, han vendido alguna de mis pertenencias sin mi permiso	()	()	()	()	()
7. Me presionan para aportar dinero en casa	()	()	()	()	()
8. Me presionan para aportar dinero a alguien en casa	()	()	()	()	()
9. Dispongo de mi dinero sin ningún problema	()	()	()	()	()
10. Hacen mal uso de mi dinero, en contra de mi voluntad	()	()	()	()	()
11. Controlan lo que compro	()	()	()	()	()
12. Controlan lo que gasto	()	()	()	()	()

SEXUAL	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NO LOSE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Tocan mis partes intimas sin mi consentimiento	()	()	()	()	()
2. Me obligan a tener relaciones sexuales	()	()	()	()	()
3. Me obligan a tocar los genitales de alguien	()	()	()	()	()
4. Me obligan a ver a alguien mas desnudo	()	()	()	()	()
5. Me forzan a tocar mis genitales	()	()	()	()	()
6. Me obligan a ver pornografía	()	()	()	()	()
7. Me obligan a hacer cosas que le humillan o lastiman en el acto sexual	()	()	()	()	()

NEGLIGENCIA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NO LOSE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Me siento solo (a)	()	()	()	()	()
2. Me siento abandonado	()	()	()	()	()
3. Paso largos periodos de tiempo solo (a)?	()	()	()	()	()
4. Me ayudan con el aseo de casa	()	()	()	()	()
5. Me niegan la atención medica, las personas con quien vivo	()	()	()	()	()
6. Me escuchan en mis necesidades	()	()	()	()	()
7. Mi salud se ha visto deteriorada sin explicación	()	()	()	()	()
8. Recibo apoyo de las personas con quien vivo	()	()	()	()	()
9. Recibo de las personas con quien vivo todos los cuidados necesarios	()	()	()	()	()
10. Soy medicamentado debidamente	()	()	()	()	()

AUTONEGLIGENCIA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NO LOSE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Cuida mi aseo personal	()	()	()	()	()
2. Cuido el aseo de mi casa	()	()	()	()	()
3. Tengo una buena alimentación	()	()	()	()	()
4. Consumo alcohol	()	()	()	()	()
5. Consumo drogas	()	()	()	()	()
6. Visito al doctor cuando me enfermo	()	()	()	()	()
7. Tomo mis medicamentos a mis horas	()	()	()	()	()
8. Me siento bien conmigo mismo	()	()	()	()	()
9. Soy feliz con mi vida	()	()	()	()	()

ANEXO 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

ESCALA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR (EMAMH)

María Luisa Mondragón García, Aleyka Rentería Núñez y
Alfredo Rodríguez Espejel (2012)

DATOS GENERALES

Nombre (opcional): _____

Edad: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Preparatoria ()
Universidad () Posgrado () Carrera Técnica ()

Estado Civil: Divorciado () Casado () Soltero () Viudo ()
Unión Libre ()

Trabaja: Si () No ()

Jubilado: Si () No ()

Tiene hijos: Si () No ()

Con quién vive actualmente: _____

Enfermedades que padece actualmente (ejemplo hipertensión, diabetes, etc.): _____

Religión: _____

INSTRUCCIONES: A continuación le presentamos una serie de preguntas que debe leer cuidadosamente. Por favor, elija la respuesta que corresponda a su situación o la que más se asemeje a su vida, en su etapa de adulto mayor marcando con una (X) una sola opción, considerando que SIEMPRE corresponda a siete días de la semana y NUNCA a cero días, ejemplo:

REACTIVOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
En casa tengo la libertad de ver la televisión	()	(X)	()	()	()

1.Cuido de mi aseo personal	()	()	()	()	()
2.En casa se desaparecen mis objetos de valor	()	()	()	()	()
3.Las personas con quien vivo me toman en cuenta	()	()	()	()	()
4.Me dejan largos periodos de tiempo solo (a)	()	()	()	()	()
5.Recibo maltrato físico por parte de las personas con las que vivo	()	()	()	()	()
6.En casa, prefieren realizar otras actividades antes que escucharme o atenderme	()	()	()	()	()

REACTIVOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
7.Hacen mal uso de mi dinero, en contra de mi voluntad	()	()	()	()	()
8.Hago ejercicio	()	()	()	()	()
9.He sido agredido físicamente por parte de las personas con las que vivo	()	()	()	()	()
10.Toman decisiones por mí en casa	()	()	()	()	()
11.Controlan lo que compro	()	()	()	()	()
12.Fumo	()	()	()	()	()
13.Hago cosas presionado(a) por otra persona	()	()	()	()	()
14.Me pellizcan cuando hablo	()	()	()	()	()
15.Controlan lo que gasto	()	()	()	()	()
16. En casa, me ignoran.	()	()	()	()	()
17.Me castigan dejándome sin comer	()	()	()	()	()
18.Tengo buenos hábitos de descanso	()	()	()	()	()
19.Me presionan para heredarles en vida	()	()	()	()	()
20.Me prohíben hacer cosas que me agradan, para castigarme	()	()	()	()	()
21..Me menosprecian	()	()	()	()	()
22.Se refieren a mí como una persona inútil por mi edad	()	()	()	()	()
23..Mi familia me hace comentarios ofensivos públicamente	()	()	()	()	()
24.Me impiden convivir con otras personas	()	()	()	()	()
25.Elijo las personas con las que convivo	()	()	()	()	()
26.Puedo hablar con mi familia acerca de temas que me interesan	()	()	()	()	()
27.Cuido el aseo de mi casa	()	()	()	()	()
28.Las personas con quien vivo se burlan de mí	()	()	()	()	()
29.Me ayudan con el aseo de casa	()	()	()	()	()
30.Me fuerzan a tener relaciones sexuales	()	()	()	()	()
31.Me golpean	()	()	()	()	()
32.Toman mis pertenencias sin mi permiso	()	()	()	()	()
33.Se enojan fácilmente por mi forma de ser	()	()	()	()	()
34.Me ayudan a resolver problemas	()	()	()	()	()

REACTIVOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
35.Tocan mis partes intimas sin mi consentimiento	()	()	()	()	()
36.Recibo malos tratos a causa de mi edad	()	()	()	()	()
37.Recibo menos atención de la que necesito	()	()	()	()	()
38.En casa ponen atención a mi estado de salud	()	()	()	()	()
39. Me toman en cuenta en reuniones familiares	()	()	()	()	()
40.Recibo el cariño que necesito de mi familia	()	()	()	()	()
41.Las personas con las que vivo me rechazan a causa de mi edad	()	()	()	()	()
42.Las personas con las que vivo me ignoran	()	()	()	()	()
43.Las personas con las que vivo me niegan la atención médica	()	()	()	()	()
44.Las personas con quien vivo me discriminan a causa de mi edad	()	()	()	()	()
45.Me empujan	()	()	()	()	()
46.Me obligan a tocar los genitales de alguien	()	()	()	()	()
47.Me presionan para realizar mi testamento	()	()	()	()	()
48.Tengo una buena alimentación	()	()	()	()	()
49.Se preocupan por mi cuando estoy triste	()	()	()	()	()
50.En casa, procuran mi felicidad	()	()	()	()	()
51.Me ponen apodos para hacerme sentir mal	()	()	()	()	()
52.Me siento bien con la forma en que me tratan	()	()	()	()	()
53.Soy feliz en el lugar donde vivo	()	()	()	()	()
54.Las personas con las que vivo comparten sus momentos de alegría conmigo	()	()	()	()	()
55.Por la manera en que me tratan he pensado en suicidarme	()	()	()	()	()
56.Recibo un trato digno en casa	()	()	()	()	()
57.En casa, se enojan conmigo sin razón	()	()	()	()	()
58.Menosprecian lo que hago	()	()	()	()	()
59.Consumo alcohol	()	()	()	()	()
60. En casa me dan medicamentos con el propósito de dañar mi salud	()	()	()	()	()
61.Me dan a firmar documentos sin saber su contenido	()	()	()	()	()

REACTIVOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
62.Me escuchan en mis necesidades	()	()	()	()	()
63.Me exigen ver a alguien desnudo	()	()	()	()	()
64.Recibo comentarios ofensivos	()	()	()	()	()
65.Me critican frecuentemente	()	()	()	()	()
66.En casa, hieren mis sentimientos	()	()	()	()	()
67.En casa, me permiten expresar libremente mis sentimientos	()	()	()	()	()
68.La convivencia con mi familia es agradable	()	()	()	()	()
69.Las personas con las que vivo me culpan de sus problemas	()	()	()	()	()
70.Las personas con las que vivo me culpan de su comportamiento violento	()	()	()	()	()
71.Me obligan a realizar tareas de otros	()	()	()	()	()
72.Recibo amenazas de las personas con las que vivo	()	()	()	()	()
73.Me siento solo (a)	()	()	()	()	()
74.Me siento abandonado (a)	()	()	()	()	()
75.Consumo drogas	()	()	()	()	()
76.Controlo mi dinero	()	()	()	()	()
77.Convivo con mi familia	()	()	()	()	()
78.Me fuerzan a tocar mis genitales	()	()	()	()	()
79.Me jalan el cabello intencionalmente	()	()	()	()	()
80.Mi salud se ha visto deteriorada sin explicación	()	()	()	()	()
81.En casa, han vendido alguna de mis pertenencias sin mi permiso	()	()	()	()	()
82.Las personas con quien vivo comparten sus momentos de descanso conmigo	()	()	()	()	()
83.Me hacen ver pornografía sin mi consentimiento	()	()	()	()	()
84.Me queman como castigo	()	()	()	()	()
85.Recibo apoyo de las personas con quien vivo	()	()	()	()	()
86.Visito al doctor cuando me enfermo	()	()	()	()	()
87.Me pellizcan para dañarme	()	()	()	()	()
88.Me obligan a hacer cosas que me humillan en el acto sexual	()	()	()	()	()
89.Me presionan para aportar dinero en casa	()	()	()	()	()

REACTIVOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
90.Por la manera en que me tratan la presencia de algunas personas me causa angustia	()	()	()	()	()
91.Recibo de las personas con quien vivo todos los cuidados necesarios	()	()	()	()	()
92.Tomo mis medicamentos a mis horas	()	()	()	()	()
93. En casa, tengo miedo decir lo que pienso en presencia de alguna persona.	()	()	()	()	()
94.He necesitado atención medica a causa de una agresión	()	()	()	()	()
95.Me hacen cosas que me lastiman en el acto sexual	()	()	()	()	()
96.Me presionan para aportar dinero a alguien en casa	()	()	()	()	()
97.Me siento bien conmigo mismo	()	()	()	()	()
98.Soy medicamentado debidamente	()	()	()	()	()
99.A causa de una agresión he tenido fracturas	()	()	()	()	()
100.Dispongo de mi dinero sin ningún problema	()	()	()	()	()
101. Las decisiones que tomo son respetadas.	()	()	()	()	()
102.Me llevan al médico cuando es necesario	()	()	()	()	()
103.Soy feliz con mi vida	()	()	()	()	()

ANEXO 3

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

ESCALA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR

María Luisa Mondragón García, Aleyka Rentería Núñez y
Alfredo Rodríguez Espejel (2012)

DATOS GENERALES

Nombre (opcional): _____

Edad: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Preparatoria ()
Universidad () Posgrado () Carrera Técnica ()

Estado Civil: Divorciado () Casado () Soltero () Viudo ()
Unión Libre ()

Trabaja: Si () No ()

Jubilado: Si () No ()

Tiene hijos: Si () No ()

Con quién vive actualmente: _____

Enfermedades que padece actualmente (ejemplo hipertensión, diabetes, etc.): _____

Religión: _____

INSTRUCCIONES: A continuación le presentamos una serie de preguntas que debe leer cuidadosamente. Por favor, elija la respuesta que corresponda a su situación o la que más se asemeje a su vida, en su etapa de adulto mayor marcando con una (X) una sola opción, considerando que SIEMPRE corresponda a siete días de la semana y NUNCA a cero días, ejemplo:

REACTIVO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
En casa tengo la libertad de ver la televisión	()	(X)	()	()	()

REACTIVO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1. Cuido de mi aseo personal	()	()	()	()	()
2. En casa se desaparecen mis objetos de valor	()	()	()	()	()
3. Las personas con quien vivo me toman en cuenta	()	()	()	()	()
4. Recibo maltrato físico por parte de las personas con las que vivo	()	()	()	()	()

REACTIVO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
5. En casa, prefieren realizar otras actividades antes que escucharme o atenderme	()	()	()	()	()
6. He sido agredido físicamente por parte de las personas con las que vivo	()	()	()	()	()
7. Me pellizcan cuando hablo	()	()	()	()	()
8. En casa, me ignoran.	()	()	()	()	()
9. Me prohíben hacer cosas que me agradan, para castigarme	()	()	()	()	()
10. Me menosprecian	()	()	()	()	()
11. Se refieren a mí como una persona inútil por mi edad	()	()	()	()	()
12. Mi familia me hace comentarios ofensivos públicamente	()	()	()	()	()
13. Las personas con quien vivo se burlan de mí	()	()	()	()	()
14. Me golpean	()	()	()	()	()
15. Recibo malos tratos a causa de mi edad	()	()	()	()	()
16. Me toman en cuenta en reuniones familiares	()	()	()	()	()
17. Recibo el cariño que necesito de mi familia	()	()	()	()	()
18. Las personas con las que vivo me rechazan a causa de mi edad	()	()	()	()	()
19. Las personas con las que vivo me niegan la atención médica	()	()	()	()	()
20. Las personas con quien vivo me discriminan a causa de mi edad	()	()	()	()	()
21. Me empujan	()	()	()	()	()
22. Me presionan para realizar mi testamento	()	()	()	()	()
23. En casa, procuran mi felicidad	()	()	()	()	()
24. Me siento bien con la forma en que me tratan	()	()	()	()	()
25. Las personas con las que vivo comparten sus momentos de alegría conmigo	()	()	()	()	()
26. Recibo un trato digno en casa	()	()	()	()	()
27. En casa, se enojan conmigo sin razón	()	()	()	()	()
28. Me dan a firmar documentos sin saber su contenido	()	()	()	()	()
29. Me escuchan en mis necesidades	()	()	()	()	()

REACTIVO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
30. Recibo comentarios ofensivos	()	()	()	()	()
31. En casa, hieren mis sentimientos	()	()	()	()	()
32. La convivencia con mi familia es agradable	()	()	()	()	()
33. Las personas con las que vivo me culpan de sus problemas	()	()	()	()	()
34. Me siento abandonado (a)	()	()	()	()	()
35. En casa, han vendido alguna de mis pertenencias sin mi permiso	()	()	()	()	()
36. Las personas con quien vivo comparten sus momentos de descanso conmigo	()	()	()	()	()
37. Recibo apoyo de las personas con quien vivo	()	()	()	()	()
38. Recibo de las personas con quien vivo todos los cuidados necesarios	()	()	()	()	()
39. Dispongo de mi dinero sin ningún problema	()	()	()	()	()
40. Las decisiones que tomo son respetadas.	()	()	()	()	()
41. Me llevan al médico cuando es necesario	()	()	()	()	()
42. Soy feliz con mi vida	()	()	()	()	()

PROCEDIMIENTO DE CALIFICACIÓN

Para calificar las respuestas de los sujetos en cada uno de los reactivos de la EMAMH se empleará una escala de 4 puntos. Con las siguientes correspondencias: Nunca= 0, Casi nunca= 1, Algunas veces= 2, Casi siempre= 3 y Siempre= 4, en los reactivos R1, R3, R16, R17, R23, R24, R25, R26, R29, R32, R36, R37, R38, R39, R40, R41 y R42.

En los siguientes reactivos los valores de la escala se deben invertir: R2, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R14, R15, R18, R19, R20, R21, R22, R27, R28, R30, R31, R33, R34 y R35. De este modo, una vez sumados los puntos correspondientes a todas las respuestas del sujeto se obtiene un puntaje total.

Mientras más se aproxime o iguale el puntaje total a 168 la interpretación que indica la escala es que existe mayor índice de maltrato. En contraparte, puntajes bajos representan menor presencia de maltrato o ausencia del mismo.