



**“MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR: ESTUDIO
EXPLORATORIO Y UNA PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL
TRABAJO SOCIAL.”**

***Seminario de Título para optar al Grado Académico
de Licenciado en Servicio Social y al Título
Profesional de Asistente Social.***

**Institución Patrocinante:
Ilustre Municipalidad de Valparaíso
Centro Provincial de Prevención y Atención en
Violencia Intrafamiliar**

**Profesora Guía: Sra. Marta Bustos Díaz
Alumno Seminarista: Héctor Rivera Castro**

**“MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR:
ESTUDIO EXPLORATORIO Y UNA PROPUESTA
DE INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA
DEL TRABAJO SOCIAL.”**

ABSTRACT

El presente Seminario de Título investiga e interviene en el Maltrato en el Adulto Mayor, un problema social que es comprendido por organismos internacionales como *un acto único, reiterado o una omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza* (OMS, INPEA 2002). Dentro de él se pueden manifestar una serie de abusos y vejámenes vinculados a la violencia física, el abuso sexual, el maltrato psicológico, económico y/o patrimonial, las negligencias, el abandono y el maltrato estructural.

Para desarrollar un análisis holístico y exhaustivo del problema social, el estudio ejecutó una metodología de investigación mixta entre variables cuantitativas de operacionalización y categorías cualitativas, bajo un marco teórico en donde se introduce el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner para el abordaje del Maltrato en el Adulto Mayor, utilizándose como muestra a nueve clubes de adultos mayores de la comuna de Valparaíso, coordinados por la Oficina Comunal de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso.

Algunos de los resultados obtenidos, demostraron que cerca del 45,0% de la población entrevistada, había sufrido algún tipo de maltrato, de entre los cuales el maltrato psicológico y el abandono alcanzaban los más altos porcentajes. A esto se complementaban una serie de abusos provenientes del entorno social, que fueron registrados en un documental denominado *“Adultos Mayores: la Sociedad Olvidada”*, indicando con ello la existencia de vejámenes fuera del ámbito familiar.

En base a estos resultados y a la experiencia efectuada en España, el estudio diseña una propuesta de intervención desde la perspectiva del Trabajo Social para poder atender y prevenir el Maltrato en el Adulto Mayor, logrando importantes acciones orientadas a reformar la Ley 19.325 sobre Violencia Intrafamiliar.

INDICE

INTRODUCCION	pág. 06
<u>Capítulo Uno</u>	
PRESENTACION GENERAL	pág. 10
<u>Capítulo Dos</u>	
MARCO INSTITUCIONAL	pág. 15
<u>Capítulo Tres</u>	
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y MARCO REFERENCIAL	pág. 35
<u>Capítulo Cuatro</u>	
DIAGNOSTICO SOCIAL	pág. 101
<u>Capítulo Cinco</u>	
PROGRAMACION Y PROPUESTA	pág. 164
<u>Capítulo Seis</u>	
EVALUACIÓN Y CONCLUSIÓN	pág. 245
BIBLIOGRAFÍA	pág. 262
ANEXOS	pág. 270

Índice de Gráficos y Tablas

Gráficos.-

Estado Civil de la Víctima	pág. 127
Estado de Animo	pág. 135
Existencia de Hijos	pág. 131
Gráfico Comparativo del Maltrato en la Infancia, Matrimonio y en la Vejez	pág. 138
Gráfico Comparativo del Maltrato en la Infancia y en el Matrimonio	pág. 137
Gráfico de Barras. Principales Agresores según Sexo	pág. 123
Niveles de Estudios de la Agresor	pág. 125
Niveles de Estudios de la Víctima	pág. 127
Número de Habitantes en el Hogar de la Víctima	pág. 130
Porcentaje de Ingresos Económicos	pág. 128
Porcentaje de la Posición del Agresor en el Hogar de la Víctima	pág. 126
Posición de la Víctima en el Hogar	pág. 130
Prevalencia Actual del Maltrato Físico	pág. 108
Prevalencia Actual del Maltrato Psicológico	pág. 111
Prevalencia Actual del Abuso Sexual	pág. 114
Prevalencia Actual del Abuso Económico/ Patrimonial	pág. 116
Prevalencia Actual del Abandono y/o Negligencia	pág. 121
Previsión de Salud	pág. 129
Principales Agresores según Sexo en el Maltrato Físico	pág. 109
Principales Agresores según Sexo en el Maltrato Psicológico	pág. 112
Principales Agresores según Sexo en el Abuso Económico/ Patrimonial	pág. 117
Principales Agresores según Sexo en el Abandono y/o Negligencia	pág. 122
Tipos de Maltrato Prevalentes en el Adulto Mayor	pág. 104

Tablas.-

Cuadro N° 1 Tipos de Maltratos Prevalentes en el Adulto Mayor	pág. 104
Cuadro N° 2 Tipos de Maltratos Prevalentes según Tramos de Edad	pág. 105
Cuadro N° 3 Tabla de Correlaciones	pág. 106
Cuadro N° 4 Frecuencia del Maltrato Físico en el Adulto Mayor	pág. 107
Cuadro N° 5 Prevalencia del Maltrato Físico según Tramos de Edad	pág. 108
Cuadro N° 6 Frecuencia del Maltrato Psicológico en el Adulto Mayor	pág. 110
Cuadro N° 7 Prevalencia del Maltrato Psicológico según Tramos de Edad	pág. 111
Cuadro N° 8 Frecuencia del Abuso Sexual en el Adulto Mayor	pág. 113
Cuadro N° 9 Prevalencia del Abuso Sexual según Tramos de Edad	pág. 114
Cuadro N° 10 Frecuencia del Abuso Económico en el Adulto Mayor	pág. 115
Cuadro N° 11 Prevalencia del Abuso Económico según Tramos de Edad	pág. 116
Cuadro N° 12 Frecuencia del Abuso Medicamentoso en el Adulto Mayor	pág. 118
Cuadro N° 13 Prevalencia del Abuso Medicamentoso según Tramos de Edad	pág. 119
Cuadro N° 14 Frecuencia del Abandono en el Adulto Mayor	pág. 120
Cuadro N° 15 Prevalencia del Abandono según Tramos de Edad	pág. 121
Cuadro N° 16 Principales Agresores Divididos por Sexo	pág. 123
Cuadro N° 17 Dependencia y Autonomía de la Víctima de Maltrato	pág. 133
Cuadro N° 18 Relaciones Sociales de las Víctimas de Maltrato	pág. 134

Cuadro N° 19 Antecedentes de Maltrato en la Infancia	pág. 136
Cuadro N° 20 Antecedentes de Maltrato durante el Matrimonio	pág. 136
Cuadro N° 21 Solicitud de Ayuda según Atención Otorgada	pág. 138
Cuadro N° 22 Percepciones frente a Indicadores de Maltrato	pág. 140
Cuadro N° 23 Atienden y Previenen el Maltrato en el Adulto Mayor	pág. 141
Cuadro N° 24 Atributos de las Instituciones en relación al Maltrato	pág. 142
Cuadro N° 25 Evolución de la Población Mayor. España, 1900- 2050	pág. 177
Cuadro N° 26	pág. 178
Cuadro N° 27 Mujeres Muertas a manos de su pareja o expareja	pág. 194
Cuadro N° 28 Motivos por el cual se producen malos tratos	pág. 197
Esperanza de Vida al Nacer por Sexo, según periodos den la Tabla País	pág. 168
Fuente de Obtención de Ingreso	pág. 129
Mapa Sectorial de los Clubes de Adultos Mayores	pág. 43
Organigrama Institucional	pág. 33
Suárez Ureceda. Indicadores de Síntomas de Maltrato en el Adulto Mayor	pág. 64

INTRODUCCION

El maltrato en el adulto mayor es un problema social que gradualmente comienza a ser considerado como temática prioritaria en el conglomerado internacional y en nuestro país. Algunos estudios efectuados por asistentes sociales comprueban la existencia de esta obscura realidad que acontece en la población mayor, particularmente, en aquellos que se encuentran postrados o con alguna limitante que lo convierte en persona dependiente. Sin embargo, sólo constituyen referencias locales del problema que no representan la realidad de esta violencia en la población mayor nacional.

La presente tesis, constituye un aporte desde el Trabajo Social a la descripción del maltrato en el adulto mayor en nuestro país, interviniendo en nueve clubes de adultos mayores de la comuna de Valparaíso, caracterizando el perfil de la víctima y del o los supuestos agresores, enmarcado por el Modelo Ecológico de Urie Bronfenbrenner que orienta la investigación. Además, con la información encontrada en el estudio se confecciona una propuesta de Intervención al Maltrato en el Adulto Mayor (IMAM), como instrumento de apoyo metodológico para el asistente social vinculado en la atención de adultos mayores y las distintas formas de maltrato que pueda detectar.

Posee seis capítulos que estructuran el contenido de este problema social. En el *capítulo uno* se presenta el maltrato en el adulto mayor en términos generales y la importancia que tiene como tema de análisis en la idiosincrasia de la sociedad nacional. El *capítulo dos* expone los marcos institucionales con los cuales se desarrolla el seminario de título. Corresponden a objetivos que dirigen el Centro Provincial de Prevención y Atención en Violencia Familiar y la Oficina Comunal del Adulto Mayor, ambas instituciones incorporadas al Departamento de Desarrollo de la Persona de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso.

El capítulo tres especifica los objetivos de la investigación y su metodología, operacionalizando aquellas variables cuantitativas que apuntan a describir con exactitud los indicadores que existen en el

maltrato en el adulto mayor y categorizando los temas de análisis cualitativos en donde se recopilarán algunas opiniones de adultos mayores respecto a este problema social.

A ello se incorpora el marco referencial, como guía teórica y práctica para el abordaje del maltrato en el adulto mayor, partiendo con la descripción de los aspectos socioculturales que propician la existencia de este flagelo y las características personales que desatan el abuso o la negligencia en la relación interpersonal, de acuerdo a estudios e investigaciones internacionales y locales que intentan aproximarse a describir esta realidad.

El *capítulo cuatro* contiene los resultados y análisis de la investigación ejecutada en ciento seis personas que fueron entrevistadas de forma personal en los distintos grupos de adultos mayores, por medio de gráficos y porcentajes que describen cuantitativamente el maltrato. Además, se añade las afirmaciones y opiniones de los mismos adultos mayores que participaron con relación al problema social desde su experiencia de vida, confeccionando un análisis cualitativo de la información registrada, la cual también fue utilizada para la elaboración del documental que guía esta tesis, "*Adultos Mayores: la Sociedad Olvidada*", material audiovisual exclusivo para la sensibilización del maltrato en el adulto mayor.

El seminario de título concursó en la Beca de Intercambio UPO, celebrada entre la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso y la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla España, con la cual se pudo efectuar una investigación de las metodologías de intervención para el tratamiento del problema social y el rol que cumpliría el asistente social en su intervención. En el *capítulo cinco* se describen la programación de las actividades de investigación efectuadas en España a través de tres objetivos específicos, en los cuales se enmarcan las características sociodemográficas de la población mayor de dicho país, los sistemas de bienestar social que son utilizados para satisfacer las necesidades de la población, las formas de maltrato encontradas y la legislación existente que sanciona esta violencia.

Contiene además la propuesta de Intervención al Maltrato en el Adulto Mayor (IMAM), como producto de toda la información recopilada y analizada en el presente estudio, que sistematiza la detección, investigación, intervención y prevención del maltrato en el adulto mayor

desde la perspectiva del Trabajo Social, contribuyendo con ello al tratamiento del problema social.

En el *capítulo seis* se efectúan las evaluaciones del seminario de título y las conclusiones que desde la disciplina puedan aportar al tratamiento del maltrato en el adulto mayor en nuestra sociedad. Se anexan a la *bibliografía* con las entrevistas efectuadas a distintos profesionales y entidades atingentes al problema social investigado, con los anexos respectivos que detallan porcentajes estadísticos específicos de cada club de adultos mayores y documentos que complementan el presente estudio.



Menos visible, pero aún más difundido, es el legado del sufrimiento individual y cotidiano: el dolor de los niños maltratados por las personas que deberían protegerlos, de las mujeres heridas o humilladas por parejas violentas, de los ancianos maltratados por sus cuidadores, de los jóvenes intimidados por otros jóvenes y de personas de todas las edades que actúan violentamente contra sí mismas. Este sufrimiento, del que podría dar muchos más ejemplos, es un legado que se reproduce a sí mismo a medida que las nuevas generaciones aprenden de la violencia de las anteriores, las víctimas aprenden de sus agresores y se permite que perduren las condiciones sociales que favorecen la violencia. Ningún país, ninguna ciudad, ninguna comunidad es inmune, pero tampoco estamos inermes ante ella.

Nelson Mandela

CAPÍTULO UNO

PRESENTACIÓN GENERAL

PRESENTACIÓN GENERAL

Hablar del problema social que a continuación se expone, resulta algo dificultoso para toda autoridad, profesional, trabajador o persona en nuestro país, ya que se reconoce, que un acto de violencia hacia un adulto mayor dentro del hogar o fuera de éste, es prácticamente inexistente. Aunque a veces, una noticia referida a un abuso específico, a un acto de negligencia o a un homicidio hacia un adulto mayor, causa inmediatamente sensacionalismo en la población sobre estos actos inhumanos. Aún así, esas noticias quedan registradas como hechos puntuales ocurridos en determinado momento y no representan un porcentaje claro como para considerarlo problema social prioritario en nuestro país.

Hace sólo tres años el Gobierno creó el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), entidad encargada de regular la Política Nacional del Adulto Mayor cuyo objetivo principal es lograr un cambio cultural en la población que conlleve a la valorización de la vejez y a la vez, generar mejores estándares de vida para la población adulta mayor.

Esta entidad, entre sus diversas actividades, efectuó un estudio respecto a noticias relacionadas con vejámenes acontecidos entre los meses de mayo y septiembre del año 2003 en personas mayores de sesenta y cinco años, obteniendo claros indicadores de la existencia de maltrato en la población mayor¹:

¹ Información facilitada por el Departamento de Coordinación Intersectorial del Servicio Nacional del Adulto Mayor.

“ANCIANO AMENAZADO DE MUERTE”. *Sufre constantes agresiones verbales y físicas (La Estrella de Arica 21.07.2003)*

“ANCIANA FUE AGREDEDIDA POR NIETO ADOPTIVO” *(La Prensa Austral de Punta Arenas 8.07.2003)*

“HIJO CESANTE GOLPEÓ Y ESTRANGULÓ A SU MADRE DE 72 AÑOS: DETENIDO” *(La Segunda 09. 09. 2003)*

“DRAMA DE ANCIANOS ABANDONADOS”. *Están enfermos e hijo se queda con la plata de pensión” (La Cuarta 14. 05. 2003)*

“ANCIANO QUE CUMPLE 100 AÑOS LLEVA 60 ABANDONADO EN HOSPITALES” *(La Tercera 8. 05. 2003)*

Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2003

Basándose en estos casos, se podría conjeturar que son testimonios de acontecimientos que nos demuestran la existencia oculta de abusos y/o negligencias, que vienen generándose por décadas en nuestros adultos mayores y que al igual que en el maltrato infantil y la violencia de género, constituyen conductas violentas aprendidas que forman parte del diario a vivir en los grupos familiares, de nuestra sociedad. Son sólo algunos casos específicos que alcanzan a producir noticia en los medios de comunicación. Sin embargo, el porcentaje de denuncias registrado por adultos mayores que han experimentado maltrato en nuestra comuna, bordea el 3, 0 % aproximadamente. Si extrapolásemos este porcentaje a la realidad nacional, obtendríamos que 39 mil adultos mayores de un total de 1.300.000 en Chile, han sido víctima de alguna forma de maltrato. En otras palabras, uno de cada tres adultos mayores es víctima en estos momentos de un abuso o negligencia en nuestro país.

Aún existiendo porcentajes que evidencien la situación de maltrato en la población de adultos mayores, no se puede intervenir en ella sin antes comprender esta realidad como un problema social. La necesidad de desarrollar estudios e investigaciones que se dediquen a esclarecer el maltrato en el adulto mayor y sus distintas formas de manifestación, constituyen pasos importantes para infundir en la sociedad y la comunidad de profesionales abocados a la tercera edad, la información precisa que permita intervenir en determinado problema social.

No obstante, la situación de maltrato en los adultos mayores es un tema que recién comienza a ser valorado con carácter de preocupación en los ámbitos de la salud; acciones fundamentales para el trabajo futuro de este problema social. Esto se debe a la importancia que ha adquirido el tema del envejecimiento en nuestro país, por el aumento de la

población mayor. Un hecho que se traduce en el surgimiento de nuevas necesidades que surtir y desafíos que atender a nivel de Estado como sociedad.

En los comienzos del siglo XXI nuestra sociedad tal parece que inicia una búsqueda del equilibrio y la igualdad entre los distintos estratos sociales. Al adulto mayor se le intenta insertar en la participación social como “nuevos protagonistas” de la política nacional, otorgándole más instancias de interacción y beneficios para su bienestar personal. Al referirnos a sus principales necesidades, se dialoga respecto a las falencias del sistema de pensiones, enfermedades coronarias y respiratorias, estrés y depresión, pobreza y exclusión social. El entorno en general reconoce los problemas del adulto mayor. Empero, cuando nos acercamos a conversar con un adulto mayor, éste nos afirma que su principal necesidad proviene de la falta de comprensión y afecto de sus seres queridos y de la sociedad: los malos tratos que aquellos les proporcionan. Estos actos se enmarcan en el fenómeno de la violencia y hoy en día son características comunes de nuestras relaciones interpersonales, de nuestra idiosincrasia como personas.

Frente a este problema social, son valorados los esfuerzos que dediquen tiempo a comprenderlo y atenderlo para el bienestar social de la población. El maltrato en el adulto mayor requiere de profesionales que se motiven no sólo con el abordaje de este problema social, sino que además de tratar el tema del envejecimiento y las dificultades que los adultos mayores tienen en esta sociedad.

En relación a lo anteriormente expuesto, el estudio e investigación que se presenta, pretende contribuir a responder aquellas necesidades que emergen de la población de adultos mayores, enfocado hacia el problema social del maltrato específicamente y cómo el Trabajo Social como disciplina y profesión se inserta en el tratamiento de éste. Al ser un problema complejo, las metodologías de intervención que se describen son coherentes a la situación que se desea abordar. El asistente social que trabaja en el contexto de la violencia familiar, podrá encontrar una orientación práctica de los elementos que puede utilizar en el abordaje del maltrato en el adulto mayor desde la intervención de caso, grupo y comunidad. Para ello se ha elaborado una propuesta de intervención, la cual contempla los pasos de investigación, atención y prevención necesarios para tratar el problema social con el adulto mayor y buscar mejorar la situación de éste último.



Las edades y la muerte de Hans Bandung (¿1484?- 1545). En este cuadro podemos observar cómo el pintor alemán describe el proceso de la vejez y el enigma de la vida y la muerte.

CAPÍTULO DOS
MARCO INSTITUCIONAL

MARCO INSTITUCIONAL

El estudio se realizó bajo el patrocinio y supervisión de la Dirección de Desarrollo de la Persona de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, la cual por medio del Centro Provincial de Prevención y Atención en Violencia Intrafamiliar de Valparaíso junto con la Oficina Comunal del Adulto Mayor, establecieron los objetivos y metodologías de trabajo para llevar a cabo la posterior investigación en nueve clubes de adultos mayores de la comuna.

El protagonismo de estas tres instituciones, hacen imprescindible la descripción de las funciones de cada una de ellas y de esta manera, comprender el marco institucional en el cual el seminario de título se desarrolló.

I. Antecedentes Generales de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso.

Dirección Casa Consistorial	Condell 1490 Valparaíso
Teléfono	93 90 00
Alcalde	Hernán Pinto Miranda
Tipo de Institución	De acuerdo a la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, estas son Corporaciones autónomas de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio.
Finalidad	Satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de las respectivas comunas.

II. Dirección de Desarrollo de la Persona.

1. Antecedentes Generales.

Dirección	Serrano 546, 3° Piso Valparaíso
Teléfono	(32) 93 94 02
Director (a)	Marisol Rubiño Fuentes

La Dirección de Desarrollo de la Persona surge como proyecto a partir de los trabajos efectuados por la Oficina Comunal de la Mujer, institución creada en 1990 con el fin de ejecutar programas de desarrollo para organizaciones femeninas. Posteriormente, de esta oficina derivarían la Oficina Comunal de la Infancia (1994), la Oficina Comunal del Adulto Mayor (1995) y el Centro Provincial de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (2001).

Sin embargo, la necesidad de crear una entidad coordinadora y reguladora motivan al alcalde, Sr. Hernán Pinto Miranda, a desarrollar la iniciativa de una dirección que pueda organizar las áreas de trabajo ya existentes. De esta manera, el 31 de marzo de 1998 y bajo Decreto Alcaldicio se crea la Dirección de Desarrollo de las Personas, cuya labor se orienta en articular los trabajos de las oficinas, promocionando la calidad de vida de las personas de la comuna de Valparaíso, en particular en aquellas áreas de mayor vulnerabilidad, por medio de mesas de trabajo y redes sociales.

2. Misión Institucional.

“Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar las acciones tendientes a conseguir una mejor calidad de vida de los/as ciudadanos/as, atendiendo sus necesidades a través del desarrollo de sus capacidades”.

3. Objetivo General.

La Dirección de Desarrollo de las Personas divide sus acciones por medio del Departamento de Asuntos de la Familia, del cual dependen las distintas oficinas comunales y programas de acción de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso.

El objetivo central de la institución se orienta a *promover el respeto a la dignidad de la familia y de sus miembros así como la difusión de los derechos de las personas y en particular propiciar un cambio individual y colectivo en las relaciones intrafamiliares, a través de la planificación y desarrollo de acciones tendientes a mejorar la calidad de vida e individuos que la forman expresados en líneas o áreas específicas como mujer, adulto mayor, infancia, violencia intrafamiliar y discapacidad.*

4. Áreas de Acción de la Dirección de Desarrollo de las Personas.

4.1. Área Mujer.

Se implementa a través de la oficina Comunal de la Mujer, a la cual le corresponde planificar y desarrollar las acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de la Mujer, a través de acciones de participación, educación y autogestión, que permitan solucionar sus necesidades, así como el uso de sus derechos.

Los énfasis de las intervenciones en esta área se centran en el apoyo a los grupos femeninos organizados, promoviendo su participación y autogestión, así como también la formación de nuevas organizaciones, prestando asesoría técnica, orientación y capacitación en la línea organizacional y productiva, junto con la atención integral a la mujer de Valparaíso.

4.2. Área Infancia.

Se implementan a través de la Oficina Comunal de la Infancia a la cual le corresponde la difusión de los derechos de los niños y niñas, propendiendo a su protección, con el fin de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida, planteando como misión el *educar, difundir, promover y defender los Derechos de los niños, niñas y adolescentes de la comuna de Valparaíso, para la protección, prevención integral, participación infantil y fortalecimiento de sus familias, con el fin de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida, a través del reconocimiento de ellos como sujetos de derechos.*

Para poder lograr esta misión, la Oficina Comunal de la Infancia además plantea:

- a) Promover la educación y capacitación en los Derechos de la Infancia.
- b) Preparar y ejecutar programas y proyectos comunales.
- c) Otorgar servicios a la familia tales como orientación, terapia familiar, servicio de biblioteca, etc.
- d) Promover y preparar por parte a los niños y niñas proyectos concursables que conduzcan a su desarrollo intelectual y social.
- e) Mantener una permanente coordinación con instituciones privadas o públicas con el objeto de establecer redes que permitan dar solución a las necesidades del estamento.

4.3. Área Adulto Mayor.

Se implementa a través de la Oficina Comunal del Adulto Mayor a la cual le corresponde la implementación de programas y planes dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad, buscando favorecer su protección positiva, mediante su participación en organizaciones e instancias de carácter comunitario.

4.4. Área Violencia Intrafamiliar.

Esta área redesarrolla a través del Centro Provincial de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar, el que en la actualidad se implementa a través de un convenio suscrito con el Servicio Nacional de la Mujer.

Este centro desarrolla un modelo de intervención que tiene por objeto *prevenir, erradicar y detener toda forma de violencia al interior de la familia a través de la intervención transdisciplinaria e integral a sus miembros (hombres, mujeres y niños/niñas), con el fin de garantizar y promover los derechos humanos, evitando toda forma de discriminación y abuso.*

4.5. Programa Puente Valparaíso.

Administra la realización del Programa Puente, el cual es la materialización de un sistema de protección social diseñado por el Gobierno, destinado a las familias de extrema pobreza (Ficha de caracterización Social bajo 540 puntos, CAS), ejecutado por el FOSIS y el Municipio.

El objetivo de este programa es *mejorar las condiciones de vida, generando oportunidades y dando recursos a las familias beneficiarias, recuperando o disponiendo de la capacidad funcional y resolutiva de su entorno personal, familiar, comunitario e interinstitucional para así superar su condición de pobreza y marginalidad.*

4.6. Área Discapacidad.

Esta área ha sido definida como un ámbito necesario de intervenir de acuerdo a la experiencia de trabajo capturada a lo largo de años de intervención directa con la comunidad.

En la actualidad la Oficina de la familia se encuentra elaborando una estructura metodológica que permita la implementación de diferentes ámbitos involucrados en esta área de trabajo, los que se desarrollarán de manera transversal en los programas de la Oficina de la Familia.

III. Centro Provincial de Prevención y Atención en Violencia Intrafamiliar Valparaíso.

1. Antecedentes Generales de la Institución.

Dirección	Serrano 546, 2° Piso Valparaíso
Teléfono	(32) 93 94 44 - (32) 93 94 43
Coordinador (a)	Paulina Moraga Cervelló

El Centro provincial de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar de la provincia de Valparaíso, surge como resultado de un convenio suscrito entre el Servicio Nacional de la Mujer y la Ilustre Municipalidad de Valparaíso en el año 2001.

A partir de la firma de este convenio el Centro de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar, se abre a la comunidad entregando un servicio social que brinde atención especializada e interdisciplinaria a mujeres, hombres, niños/as afectados/as por la Violencia Intrafamiliar, desarrollando talleres, charlas y capacitaciones respecto a esta problemática con el objeto de prevenirla.

2. Misión Institucional.

“Prevenir, erradicar y detener toda forma de violencia al interior de la familia a través de la intervención transdisciplinaria e integral de sus miembros (hombres, mujeres y niños/as), con el fin de garantizar y promover los derechos humanos, evitando toda forma de discriminación y abuso en las familias de la Provincia de Valparaíso”.

3. Objetivos Generales.

a) Contribuir a eliminar el uso de la violencia como forma de resolución de conflictos y a deslegitimar las conductas de abuso hacia mujeres, niños / as, ancianos, tanto en el espacio familiar como en el comunitario.

b) Contribuir a la construcción e instalación de nuevas condiciones culturales en el proceso de reconocimiento de los miembros de la familia, y especialmente de las mujeres como sujetos de derecho.

3.1. Objetivos Específicos.

a) Proporcionar atención, asesoría y acompañamiento psicosociojurídico a las mujeres de la Provincia de Valparaíso que viven violencia intrafamiliar.

b) Proporcionar atención, asesoría y acompañamiento a las familias (hombres y niños/as) de las mujeres que viven violencia intrafamiliar y

c) Realizar acciones preventivas a nivel comunitario que permitan visibilizar el fenómeno de la violencia, así como también disminuir su prevalencia.

4. Cobertura y Radio de Acción.

- Mujeres que viven violencia al interior de la familia, prioritariamente en el nivel socioeconómico bajo.
- Hombres, parejas de las mujeres ingresadas al programa.
- Niños/as, hijos de las mujeres ingresadas al programa.
- Familias.
- Organizaciones e instituciones de la comunidad y población general de la Provincia de Valparaíso.

- Redes locales.
- Funcionarios de instituciones estatales que trabajen en el tema.

5. Líneas de Acción.

El modelo del Centro contempla la implementación de dos líneas de trabajo para enfrentar la demanda de los usuarios en materia de violencia intrafamiliar: una referida a la Prevención y otra a la Atención.

- Línea de Atención.

Esta área brinda un apoyo a las víctimas de violencia intrafamiliar que les permita recuperar el nivel de bienestar psicosocial, prestando las siguientes atenciones:

- Atención Psicosocial Breve y protección para las mujeres que viven violencia en su relación de pareja.
- Realizar un Diagnóstico Psicosocial.
- Realizar una Primera Acogida
- Realizar trabajo en grupos: Grupos de Acogida y Empoderamiento
- Realizar apoyo individual en las situaciones que se requiera (social, psicológico, legal)
- Mantener un servicio de orientación especializada a niños y hombres que incluye diagnóstico de la situación, apoyo y derivación asistida a la institución o servicio.
- Se realizará atención especializada para hombres parejas de las mujeres ingresadas y a los niños y niñas, hijos de las mismas. El fin de esto se centra en el entregar una atención integradora de la familia.

Cabe destacar, que la metodología de intervención enfatiza la intervención grupal, dejando las intervenciones individuales sólo para aquellos casos en que se estime recomendable y necesario por las características de la situación problema o bien por el estado emocional y de salud mental de la persona que consulta.

La *modalidad de atención individual* posee una cobertura anual de 230 personas, repartidas en 150 mujeres, 40 hombres y 40 niños, estos últimos constituyen casos específicos de maltrato o abuso; por otra

parte, la *modalidad de atención grupal* se subdivide en grupos de acogida y de empoderamiento, con una población anual de 180 y 90 personas respectivamente.

- Línea de Prevención.

La línea de prevención fortalece la capacidad autogestora de las mujeres, organizaciones sociales, instituciones públicas, motivadas y sensibilizadas con el problema de violencia intrafamiliar, para que se constituyan en agentes activos de su prevención. Esta prevención esta operacionalizada en las siguientes acciones:

a) Prevención Familiar.

Objetivo: “Favorecer acciones socio educativas tendientes a disminuir la incidencia y prevalencia de la violencia intrafamiliar en población de alto riesgo en la Provincia de Valparaíso; para la promoción de relaciones familiares no violentas, entregando herramientas que permitan enfrentar de una manera asertiva los conflictos al interior de ésta”.

b) Capacitación.

Objetivo: “Preparar a diversos agentes sociales y operadores de instituciones, de modo tal que puedan detectar, orientar y apoyar inicialmente a las mujeres que se encuentran en una situación de violencia intrafamiliar y a sus hijos”.

c) Difusión Masiva.

Objetivos:

✓ “Sensibilizar a la población e instituciones de la Provincia de Valparaíso respecto de la violencia intrafamiliar y de los servicios que presta y actividades que realiza el Centro Provincial de Atención y prevención en Violencia Intrafamiliar”.

✓ “Educar en el tema, tanto a los grupos de alto riesgo, así como a la población vulnerable y público en general, a fin de modificar las creencias, valores y actitudes relativas a la violencia, tanto en las relaciones de pareja como familiares”.

d) Redes.

Objetivo: “Mantener la coordinación y las actividades en conjunto logradas con las comunas e instituciones de la provincia de Valparaíso, que en la actualidad conforman la red y proponer nuevas estrategias de coordinación y trabajo con aquellas en donde aún no se ha consolidado un trabajo en este ámbito”.

Las acciones antes descritas en la *Línea de Prevención* se reflejan por medio de labores concretas con la coordinación de entidades públicas orientadas a la comunidad general. Entre estas, existen talleres de comunicación, difusión y capacitación en la cual participan profesionales del Colegio de Periodistas de la Provincia de Valparaíso, Corporación Municipal de Educación, ONGs Directivas de Organizaciones Femeninas, medios de comunicación masiva, Consultorios y Centros de Salud, Unidades Vecinales, Establecimientos Educativos, Clubes Deportivos, Jardines Infantiles, beneficiarios de instituciones públicas como Armada de Chile, Carabineros, jóvenes ejerciendo el Servicio Militar, centros de madres, organizaciones de adultos mayores, entre otras.

IV. Oficina del Adulto Mayor.

1. Antecedentes Generales.

Dirección	Serrano 546, 4° Piso Valparaíso
Teléfono	(32) 93 94 49
Coordinador	Eduardo Valdebenito Espinoza

La Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM), fue creada en Agosto de 1995, como conclusión del trabajo efectuado por el Consejo Comunal del Adulto Mayor, compuesto por diferentes instituciones preocupadas por este grupo etáreo de la población y orientado por las propuestas del Primer Congreso Comunal realizado en esta área temática, organizado por el Municipio en Noviembre de 1994.

La OCAM en sus primeras etapas de trabajo, adopta diferentes líneas de acción y programas de intervención de la Oficina Comunal de la Mujer, institución creada en 1990 y que ha trabajado arduamente en el terreno de la Familia, donde inevitablemente se han presentado desafíos referente a la temática de la adultez mayor.

Lo anterior conlleva a considerar a la OCAM como una institución creada a partir de políticas e iniciativas, de carácter nacional y también local, procurando mejorar las condiciones de vida de las personas de la tercera edad, bajo principios orientadores de la Política Nacional del Adulto Mayor:

- Equidad
- Solidaridad Intergeneracional
- Autovalencia y Envejecimiento Activo
- Prevención

Por otra parte, la Oficina plantea la necesidad de generar una instancia de promoción, participación e integración de los adultos mayores de nuestra comuna. La propuesta contempla dos Procesos Ejes: Área de Intervención: las que a su vez se operacionalizan en diversas líneas de acción. Los procesos ejes se pueden clasificar en transversales, que corresponden a aquellas áreas de trabajo que atraviesan las demás y Procesos Ejes Operacionales donde están incluidos todas aquellas áreas cuyas líneas de acción son de carácter sistemático y están orientadas a un trabajo directo con los adultos mayores.

2. Misión Institucional

“Contribuir a la transformación de la percepción sociocultural, propiciando cambios individuales y colectivos a través de una perspectiva integral del proceso de envejecimiento”.

3. Objetivo General

Propiciar el adecuado bienestar bio- psico- social del adulto mayor de la comuna de Valparaíso a través de la implementación de acciones preventivas, promocionales y asistenciales.

3.1 Objetivos Especificos

- a) Favorecer la autopercepción positiva de los adultos mayores mediante la participación de ellos en organizaciones e instancias de carácter comunitario.
- b) Promover la solidaridad y responsabilidad intergeneracional en la familia y la comunidad en relación a los adultos mayores.

- c) Realizar acciones de difusión y sensibilización sobre la temática de la Adulter Mayor en la comuna.
- d) Promover la coordinación multisectorial para la implementación de redes de apoyo comunal y local.
- e) Favorecer la integración y participación social de los adultos mayores.
- f) Promover la asociatividad de los adultos mayores, mediante la creación de espacios socio- educativos y recreativos.
- g) Facilitar el acceso de los adultos mayores a servicios y beneficios sociales, tanto públicos como privados, existentes en la comuna.
- h) Potenciar las habilidades artísticas e inquietudes culturales de los adultos mayores.

4. Hipótesis Tecnológica

La hipótesis tecnológica es el instrumento analítico mediante el cual se explican las premisas esenciales y establece las relaciones presentes en el discurso de la propuesta.

Las premisas o proposiciones esenciales de la propuesta de la OCAM son:

- La promoción humana y el desarrollo personal permitirá a los adultos mayores enfrentar adecuadamente los cambios bio- psico- sociales, accediendo así, a mayores niveles de satisfacción personal y de bienestar psicosocial.
- La asociatividad, participación social y fortalecimiento organizacional permitirán a los adultos mayores ejercer un rol social activo, alcanzando mayores niveles de protagonismo e integración social.
- El fortalecimiento de las redes de apoyo (formal e informal) y la solidaridad intergeneracional, permitirá a los adultos mayores fortalecer sus capacidades para enfrentar las demandas de la vida diaria.

Las relaciones que se producen entre las premisas antes mencionadas permiten afirmar que:

- La acción social implementada por la OCAM, a través de un proceso socio- educativo intencionado, facilitará el desarrollo de las potencialidades instaladas en los adultos mayores y favorecerá la participación, organización e integración, ello a fin de enfrentar de modo más adecuado los cambios bio- psico- sociales que conlleva el proceso de envejecimiento.

- La transformación de la percepción socio-cultural del envejecimiento se inicia y desarrolla en el potencial de cambio instalado en los adultos mayores a nivel individual y colectivo.

5. Descripción de los Beneficiarios

El trabajo de la Oficina Comunal del Adulto Mayor esta dirigido a aquellas personas mayores de 60 años, residentes en la comuna de Valparaíso.

Estos además, son clasificados de acuerdo a las tipologías definidas por el enfoque bio- médico y el índice de actividades de la vida diaria (A. V. D), contemplando tres grupos:

- **Autovalentes:** aquellos que realizan actividades del diario a vivir con normalidad.
- **Frágiles:** aquellos que requieren de ayuda para determinadas actividades.
- **Postrados:** son adultos mayores que no pueden atender su cuidado personal.

Es importante mencionar, que los beneficiarios que participan en las actividades de la Oficina son en su mayoría personas de la tercera edad autovalentes y que presentan ciertos niveles normales de deterioro. Esto se traduce, en la implementación de estrategias de intervención ejecutadas por la OCAM, las cuales intentan enfatizar la promoción, prevención, asistencialidad e intervención para atenuar y contrarrestar los efectos del deterioro orgánico y psico-social, favoreciendo mejores estilos de vida que permita y posibilite al adulto mayor la capacidad de mantenerse vigentes y autónomos.

6. Cobertura y Radio de Acción

La focalización territorial de la propuesta de intervención de la Oficina, esta circunscrita en la comuna de Valparaíso. De acuerdo al ordenamiento geográfico- administrativo, Valparaíso está dividido en 7 sectores.

A nivel comunitario la OCAM mantiene vinculación y coordinación con 140 organizaciones de adultos mayores existentes en la comuna,

entregando asistencia técnica de acuerdo a demandas específicas, eventos masivos y jornadas comunitarias.

Cabe señalar, la coordinación con entidades particulares que permiten financiar algunos los proyectos de intervención y otras actividades dirigidas hacia el adulto mayor como la Caja de Compensación 18 de Septiembre Javiera Carrera y la Caja de Compensación Los Héroes.

7. Estrategia Metodológica

La propuesta de la OCAM, contempla una estrategia metodológica sustentada en una concepción socio- educativa que integra la participación activa de los sujetos desde una perspectiva psico- social.

La participación emerge con claridad al considerar que el saber proviene fundamentalmente de los conocimientos y habilidades instaladas en los individuos y en la interacción reflexiva de sus miembros.

La adquisición de conocimiento y nuevas destrezas, implica un proceso activo de conocimiento en la cual el sujeto se conoce, asume una participación activa, una acción transformada y una búsqueda constante.

La perspectiva psico- social por su parte, señala que el acto educativo se genera en el contacto con otros rompiendo aislamiento. Por los cual, se enfatiza que la interacción entre los factores sociales y la persona, estará dado por las capacidades de asimilar y adaptarse a los constantes cambios.

Los principios que sustentan la estrategia metodológica de la OCAM son: Promoción, Organización y Participación Social.

Promoción, entendida como la acción educativa intencionada orientada a mejorar las condiciones de vida de este grupo etéreo, favoreciendo la autodefinición, el desarrollo de sus potencialidades y capacidades, a fin de avanzar en la superación de sus problemas y en la búsqueda de soluciones a éstos.

Organización y Participación Social, a fin de promover un rol social activo de los adultos mayores, es de vital importancia la participación activa de ellos, a objeto de que en forma organizada realicen acciones orientadas a mejorar las condiciones de vida.

La modalidad en que opera la estrategia esta definida en dos ámbitos:

- a) **Ámbito del Trabajo Individual:** atención directa, orientaciones, derivaciones, promoción y desarrollo personal.
- b) **Ámbito del Trabajo Colectivo:** mediante promoción de la asociatividad de los adultos mayores y el fortalecimiento de sus organizaciones.

8. Áreas de Intervención de la Oficina Comunal del Adulto Mayor

1. Área de Intervención Socio- Educativa

Encargada: Srta. Paola Tavano Avalos.

➤ **Objetivos:**

- Promover un envejecimiento activo y satisfactorio con el fin de disminuir y compensar los déficits.
- Contribuir al desarrollo y crecimiento personal de los adultos mayores.
- Favorecer el desarrollo de las habilidades y potencialidades de los beneficiarios.
- Generar instancias grupales asociadas a las actividades formativas, educativas y recreativas.
- Promover la asociatividad y la participación social de las personas de la tercera edad.
- Estimular el establecimiento de redes de apoyo social entre los adultos mayores participantes de la OCAM.

➤ **Líneas de acción:**

- a) **Capacitación y promoción:** en esta línea de trabajo se implementan talleres y actividades enmarcadas en siete ejes temáticos, con modalidades distintas en los meses de Marzo y Diciembre.
- b) **Eventos Masivos Escuela de verano:** talleres de corta duración implementados durante los meses de Enero y Febrero.

➤ Ejes temáticos:

- ✓ Capacitación manual.
- ✓ Capacitación para la vida diaria.
- ✓ Desarrollo personal y cognitivo.
- ✓ Crecimiento espiritual.
- ✓ Salud y autocuidado.
- ✓ Mantención física.
- ✓ Artístico- recreativo.

2. Área de Intervención Comunitaria.

Encargado: Sr. Enrique Gómez Ramírez.

➤ Objetivos:

- Promover asociatividad y el desarrollo de las potencialidades del adulto mayor.
- Estimular el crecimiento personal y grupal de los adultos mayores que participan en las organizaciones.
- Fortalecer a las organizaciones de adultos mayores que mantiene un vínculo estable con la OCAM.
- Fortalecer a las organizaciones a través de la entrega de asesoría técnica y capacitación para el liderazgo.

➤ Líneas de Acción:

a) Programa Fondo de Concurso proyecto: este programa vinculado al FOSIS, siendo los beneficiarios las organizaciones de adultos mayores de la comuna de Valparaíso.

b) Programas de Jornadas Comunitarias: las jornadas comunitarias se realizan una vez al mes, constituyéndose en un servicio para la comunidad, y en especial para los adultos mayores de los sectores de Valparaíso.

c) Programa Fortalecimiento Organizacional: se programan visitas a las organizaciones por el asistente social y coordinadoras asignadas por sector, oportunidad en la que reciben las inquietudes e intereses de los adultos mayores.

➤ Ejes Temáticos:

- ✓ Desarrollo de las personas.

- ✓ Promoción de la asociatividad.
- ✓ Capacitación para el liderazgo.
- ✓ Desarrollo grupal.
- ✓ Desarrollo local.

3. Área de Intervención Jurídico- Psico- Social.

Encargado: Srta. Paola Távano

Sr. Enrique Gómez

➤ Objetivos:

- Brindar atención integral a los adultos mayores que presenten una problemática de orden jurídico, psicológica y/o social.
- Entregar información en temas de interés para el adulto mayor, a través de la atención profesional y personalizada a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de este grupo etáreo.
- Estimular la solidaridad etárea a través de ofertas y demandas de servicios realizados por adultos mayores que participan en la Oficina.

➤ Líneas de Acción:

a) Atención Psicológica y Social: la atención es brindada por dos profesionales, psicóloga y asistente social, debiendo solicitar el interesado, una hora de atención en secretaría.

b) Programa de Bolsa de Trabajo: este programa acoge inquietudes en torno a la disminución de los ingresos, problemática social que afecta el bienestar del adulto mayor. El propósito de la OCAM es difundir los servicios ofrecidos por adultos mayores que se encuentran cesantes y/o deseen aumentar sus ingresos económicos.

➤ Ejes temáticos:

- ✓ Transferencia de información.
- ✓ Orientación.
- ✓ Manejo de situaciones conflictivas estresantes.
- ✓ Duelos y pérdidas.
- ✓ Valoración personal.
- ✓ Mediar en el mejoramiento de la calidad de vida.

4. Área de Intervención Cultural.

Encargado: Srta. Marisol Alvarez.

➤ Objetivo:

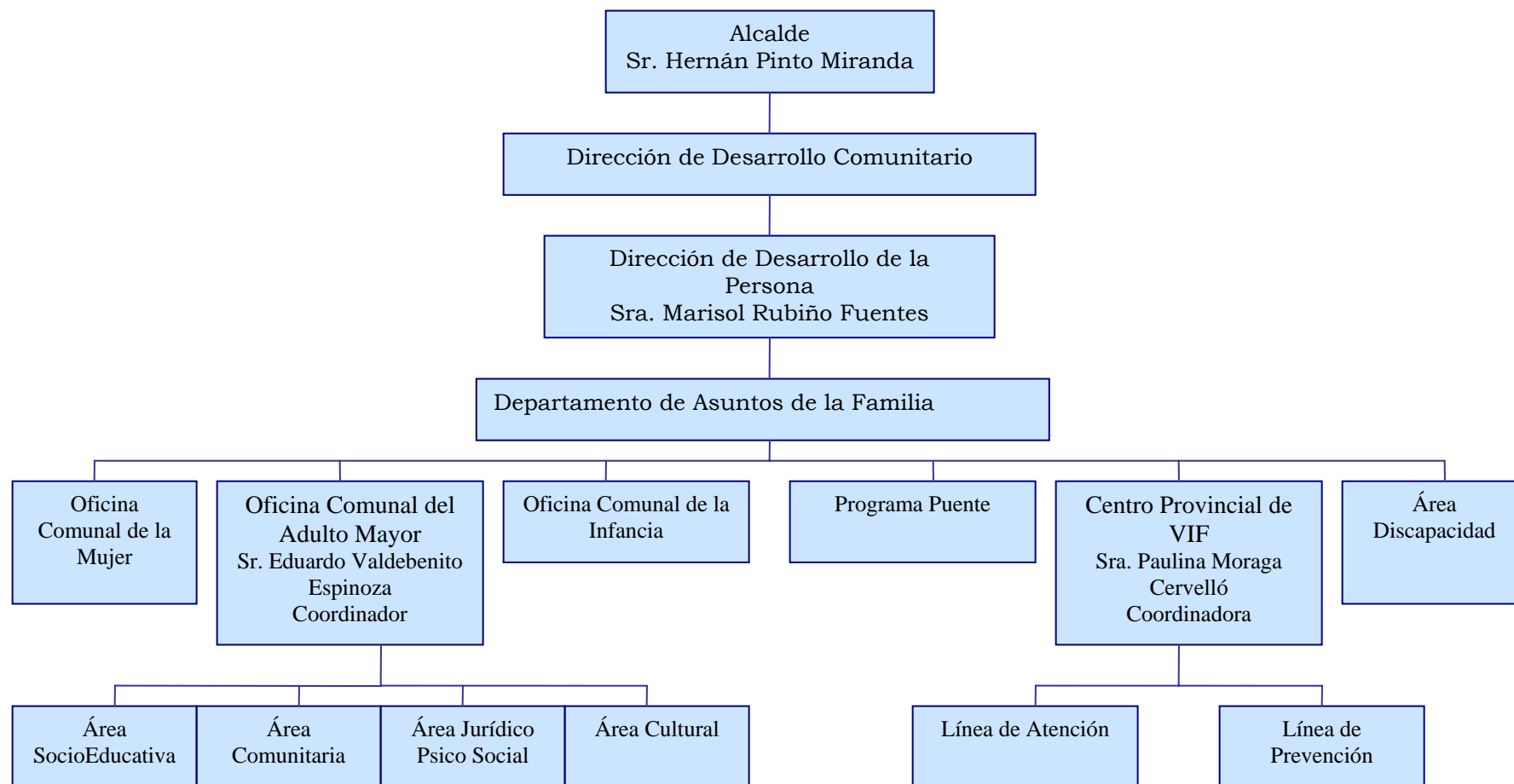
- Promover y potenciar las inquietudes, capacidades y habilidades que presenten los adultos mayores en relación al arte y la cultura.

➤ Líneas de Acción:

- a) Acción Histórico Patrimonial.
- b) Organización de Eventos Culturales.
- c) Promoción de la cultura popular porteña.

➤ Ejes Temáticos:

- ✓ Valoración de la ciudad como Patrimonio de la Humanidad.
- ✓ Enriquecimiento personal y grupal a través de la cultura y artes.

V. Organigrama Institucional.



Viejo Prestamista de José de Ribera (1591-1652). El detalle de un sabio adulto mayor.

CAPÍTULO TRES

*DISEÑO DE INVESTIGACIÓN
Y MARCO DE REFERENCIA*

Introducción.-

El presente capítulo refiérase al Diseño de Investigación y Marco Referencial del estudio. El maltrato en el adulto mayor al ser un tema relativamente “nuevo” para el análisis y discusión en organismos internacionales (como OMS, INPEA), así como para profesionales especializados en geriatría y gerontología, y en particular para los asistentes sociales, conviene definirlo teóricamente fundamentándose en investigaciones efectuadas por otros autores nacionales y extranjeros que han estudiado la problemática.

Junto con lo anterior, se complementan los objetivos y método de investigación que guiarán el estudio para la obtención de la información pertinente que ayude a definir el problema social en cuestión en la población adulta mayor intervenida.

I. Fundamentación de la Investigación

El envejecimiento poblacional, es un tema que ha sido abordado y analizado en diversos congresos internacionales como en el plano nacional, desde distintas ópticas y contextos, ya sea en términos de políticas sociales, salud pública, desarrollo económico y también sociocultural. En la actualidad la población mundial de adultos mayores de 60 y más años, alcanza los 41 millones de personas, sumándose en términos absolutos entre el 2000- 2025, 57 millones, y entre el 2025-2050 este incremento bordeará los 86 millones de personas de la tercera edad¹. En Chile, la población de adultos mayores es de 1. 717.478 lo que equivale al 11, 4 % del total de población, estimándose que para el año 2025 se duplicará en 3 millones de personas². Nuestro país y en relación a la clasificación de envejecimiento demográfico, se encuentra en un envejecimiento moderado avanzado, que se distingue por una fecundidad promedio de 2,3 hijos por mujer y un IE³ entre el 25% y el 40%⁴.

Esta situación ha motivado el análisis de las principales problemáticas que afectan a este grupo como a la persona de avanzada edad, que surgen del inminente deterioro biológico y de las relaciones con el entorno social, es decir, en aquellos espacios en los cuales el adulto mayor interactúa, convive, participa y obtiene ayuda, apoyo o protección para satisfacer sus necesidades.

Las investigaciones no sólo describen el envejecimiento como etapa de desarrollo ineludible al ser humano, sino que también incorporan el impacto y las reacciones de la sociedad hacia la vejez y a la población que envejece. En este plano, se observa cierta incongruencia en cómo la sociedad estereotipa la vejez. En un extremo, la caracteriza en forma positiva como los años dorados, de enriquecimiento espiritual y sabiduría logrado por las experiencias de vida, el cese de la actividad laboral y el

¹ CEPAL. La Situación de las Personas Mayores. Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, Noviembre 2003.

² Servicio Nacional del Adulto Mayor. 2003.

³ Índice de Envejecimiento: es el número de personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años.

⁴ Op. Cit. N° 2.

goce de compartir con los seres queridos con mayor libertad y plenitud, y; en otro extremo, de la convivencia con las personas de avanzada edad, se destaca el deterioro biológico que lo inhabilitaría en el ejercicio de actividades laborales y cotidianas, demandando un mayor número de necesidades. Surgen de esta manera, estereotipos negativos; marginación en los espacios de participación social, de convivencia familiar; discriminación como el infantilismo y la vulneración de la dignidad como persona.

La Declaración Universal de los Derechos del Hombre en 1948 es la base de la promulgación de los Principios de las Naciones Unidas a favor a las Personas de Edad en 1991, en el cual esta suscrito Chile, iniciando las primeras acciones para apelar al bienestar de esta población. En ella se especifican dieciocho artículos, entre los cuales se destacan el *“Poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales”*, y; *“Recibir un trato digno independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valorados, independientemente de su contribución económica”*.

Pese a los esfuerzos emprendidos por los distintos Estados para promover los derechos de los adultos mayores, hoy en día persiste una problemática no abordada explícitamente que atentan al bienestar de esta población: los malos tratos, que constituyen formas de expresión de un fenómeno mayor, la violencia.

La violencia, constituye un problema social que aún, pese a los diversos estudios e investigaciones, motiva a la reflexión y búsqueda de nuevos enfoques de análisis para su tratamiento y prevención. Dentro de ella el maltrato al adulto mayor es un tipo de violencia legitimada por nuestra sociedad. Al hablar de él, no sólo estamos mencionando una vulneración de los derechos de esta población, sino que también aludimos a la necesidad de profundizar, investigar e intervenir en un problema tan trascendental como las deficiencias del sistema previsional, de salud y de vivienda de los adultos mayores, que también podrían considerarse expresiones de este tipo de maltrato. Esta situación, cada vez alcanza escalas mayores e impacto a nivel mundial, pero que en el plano nacional y local, carece de experiencias que lo definan y aborden.

Existen algunos organismos e instituciones vinculadas al trabajo con el adulto mayor y que han destinados sus esfuerzos al estudio y

tratamiento de esta problemática con el fin de situarla en la discusión pública. La Organización Mundial de Salud (OMS) en un estudio global sobre violencia alertó la gravedad de este fenómeno en materia de salud pública e impacto mundial, incorporando el abuso hacia los adultos mayores. Dicho estudio señala que entre el 4% y el 6% de las personas de 60 o más años de edad sufre algún tipo de maltrato en el hogar⁵. En el Informe Mundial sobre Violencia y la Salud se puede apreciar además que los abusos se dan con mayor frecuencia en residencias de ancianos. De acuerdo a una encuesta efectuada en Estados Unidos, el 10% del personal reconocía haber cometido un acto de maltrato físico y un 40% admite haber maltratado psicológicamente a sus pacientes.

En Chile, existen experiencias puntuales desarrolladas por profesionales del área social, en los años 1994 en Concepción y en 1999 en Temuco y Santiago que han descrito esta realidad, pero que pese a su originalidad e importancia, no dejan de ser insuficientes para la atención y prevención del maltrato al adulto mayor. Uno de estos estudios efectuado por la asistente social y gerontóloga Jenny Lowick- Russell Avalos, a 120 mujeres de la tercera edad que participaron del proyecto Adulto Mayor CEC de la Municipalidad de Renca, arrojó como resultado que el 34, 2% (41 personas) acusó la presencia de uno o más tipos de maltrato, siendo aquellas ubicadas entre los 65 y 74 años las más afectadas⁶.

El maltrato en el adulto mayor al ser una de las expresiones de la violencia, constituye un problema social que traspasa los contextos y estructuras de la sociedad, manteniéndose en las creencias y costumbres de la población que ve al adulto mayor como un ser humano incapaz de tomar decisiones, de reintegrarse a las distintas formas de producción y de autovalerse en todos los aspectos de la vida cotidiana. Se manifiesta en la deficiente legislación y victimización institucional, en las carencias de políticas sociales atingentes que integren al adulto mayor como persona sujeto de derecho y finalmente en el plano familiar.

La familia como grupo social primario, transmite la cultura a las nuevas generaciones y es considerada como el lugar ideal, de realización afectiva y seguridad⁷, empero es la principal fuente de expresión de la violencia.

⁵ OPS- OMS. Informe Mundial sobre Violencia y la Salud: Resumen. Washington, DC. 2002.

⁶ Lowick- Russell, Jenny. Maltrato en la Vejez. Orientaciones generales para su investigación y un estudio local exploratorio. Centro de Capacitación CEC, Santiago de Chile. 1999.

⁷ Corsi, Jorge. Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social.

La aplicación piloto de una investigación efectuada por el Servicio Nacional de Salud en distintos establecimientos del área, arrojó 499 casos de violencia intrafamiliar, en donde el 1,2% correspondía a mujeres adultos mayores⁸.

En la comuna de Valparaíso, de acuerdo a los antecedentes de denuncias efectuadas por materia de violencia intrafamiliar en la Oficina de Asuntos de la Familia de la 3° Comisaría Norte del Cerro Barón, de un total de 1.117 denuncias, el 3% correspondería a maltrato hacia un adulto mayor. Pese al bajo porcentaje, no es menor señalar que todas estas denuncias fueron efectuadas por terceros y no por la víctima. Esto conlleva a reflexionar que los abusos hacia el adulto mayor en el seno de las relaciones familiares, es un fenómeno puertas adentro y que debe de ser intervenido, para romper con el silencio del dolor de la víctima agredida.

Maltrato en el Adulto Mayor: un problema social.

Al abordar el maltrato en el adulto mayor en esta investigación, debemos situarlo como una forma de expresión del fenómeno de la violencia, lo que implica un análisis independiente de la violencia intrafamiliar en la cual se suele vincular.

Las razones radican en el hecho de que este tipo de violencia, comprende una serie de características únicas que se estudiarán en el marco referencial y en el análisis de los resultados de la investigación con adultos mayores agrupados en clubes sociales, que no pueden ser abordadas desde la óptica de la violencia intrafamiliar. Por tal motivo, constituye en sí, un problema social.

Un problema social es una dificultad que afecta tanto a la persona como a su medio social; “se refiere a las relaciones entre el individuo y la sociedad, porque se manifiesta en conductas que tienen consecuencias sociales, porque su presencia genera preocupación social y porque trasciende el ámbito del individuo y de sus relaciones inmediatas, proyectándose a grupos numéricamente considerables o a la sociedad entera y haciendo referencia a la estructura de ésta”⁹.

⁸ Ministerio de Salud. Violencia Intrafamiliar. Registro y seguimiento epidemiológico. 1996.

⁹ Aylwin, Nidia. Revista de Trabajo Social. El Objeto del Trabajo Social.

El maltrato en el adulto mayor, es un problema social en el cual convergen distintas variables que van expandiendo la magnitud de su afección en la sociedad y la preocupación para enfrentar esta realidad.

En primera instancia, afecta a un determinado grupo de edad de la población no homogéneo, los adultos mayores. Como se ha mencionado, cada vez aumentan los adultos mayores en nuestro país alcanzando un envejecimiento poblacional moderado avanzado (IE entre el 25% y el 40%) de acuerdo a las clasificaciones internacionales, lo que se traduce en un problema que puede alcanzar a un considerable número de personas en todo el país.

Esta situación implica la elaboración de políticas y programas enfocados a cubrir las necesidades de esta población creciente, manteniendo adecuados niveles de bienestar social. En este contexto Chile ha emprendido una destacable acción para comprender y abordar el envejecimiento poblacional, proponiendo como objetivo el *“Lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato hacia los Adultos Mayores, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y, alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los Adultos Mayores”*¹⁰.

En Julio del 2002 se aprueba el proyecto de Ley que crea al Servicio Nacional del Adulto Mayor entidad que vela por la plena integración social, protección y ejercicio de los derechos de las personas de la tercera edad¹¹. El SENAMA plantea, el desafío de “enfrentar”¹² el envejecimiento con acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población de acuerdo al Plan de Acción Mundial sobre el Envejecimiento Madrid 2002, en donde se plantea la necesidad de crear un entorno propicio y favorable, lo que implica abordar el maltrato y la violencia hacia esta población.

Pese a estas importantes iniciativas, aún son escasos los esfuerzos para colocar el problema del maltrato en los adultos mayores en la opinión pública. No existen instituciones u organismos que ejecuten un trabajo de difusión del buen trato societario, pesquisa de casos que presenten maltrato, atención a las víctimas de abuso o negligencia, y

¹⁰ Gobierno de Chile. Comité Nacional para el Adulto Mayor. Presidencia de la República. Política Nacional para el Adulto Mayor.

¹¹ Texto Ley N° 19.828. Gobierno de Chile. Septiembre 2002.

¹² Encierro el concepto *Enfrentar* entre comillas, ya que se puede malinterpretar como una postura en contra de algo. En este estudio se comprende y reflexiona acerca del envejecimiento para poder trabajar para y con las personas mayores, y no enfrentarlas.

apoyo a quienes cuidan de éstos, ya sea en el grupo familiar como en el personal de establecimientos de larga estadía (E. L. E.).

No es menor señalar, que la Organización Mundial de Salud en el Informe Mundial sobre Violencia y la Salud (OMS, 2002), considera el fenómeno de la *violencia* como un problema de salud pública. Cada año más de 1,6 millones de personas mueren violentamente y muchas más sufren las heridas o secuelas de esta, entre ellas los adultos mayores.

Esta realidad, fundamenta la ejecución del presente Seminario de Título orientándolo a explorar los ámbitos del maltrato en el adulto mayor, con el fin de obtener una descripción de las principales formas de abuso hacia esta población en clubes sociales de adultos mayores de la comuna de Valparaíso y por medio de las herramientas metodológicas adecuadas, elaborar una propuesta de intervención que aborde la situación de los adultos mayores maltratados y que incorpore un instrumento de detección de casos que presenten esta problemática para profesionales abocados al trabajo con ancianos, con el respaldo y patrocinio de la Dirección de Desarrollo de la Persona de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, el Centro Provincial de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar de Valparaíso y la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso (OCAM), cuyos intereses se conjugan con los de este Seminario de Título en extender la protección y bienestar a la población de adultos mayores.

II. Formulación del Problema

Desconocimiento de las formas de violencia, situación social y condiciones de vida de los Adultos Mayores maltratados y/o abusados, en la comuna de Valparaíso.

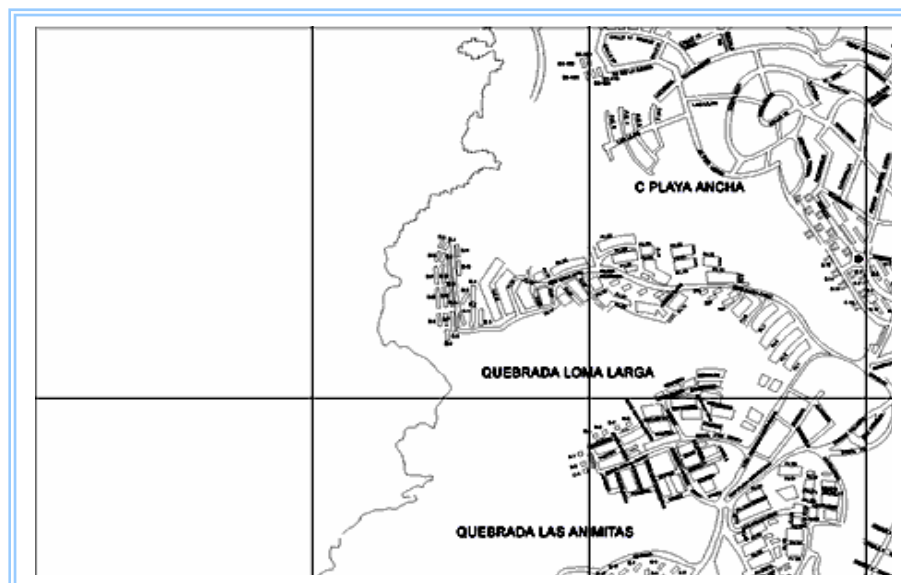
III. Delimitación del Tema

La investigación se efectuará en nueve Organizaciones o Clubes en donde se agrupan los Adultos Mayores que poseen personalidad jurídica, de un universo de ciento cuarenta (140) clubes inscritos en la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso comprendidas en los sectores cinco, seis y siete. La comuna de Valparaíso esta dividida en siete sectores administrativos por la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, al cual se insertan todos los departamentos y direcciones de esta institución, incluyendo la Oficina Comunal del Adulto Mayor.

Del sector 7, los clubes de adultos mayores son:

Club de Adulto Mayor	Personalidad Jurídica
Florido Atardecer	N° 1079, 23 de Julio 1998
La Amistad	N° 1472, 29 de Mayo 2002
Recreativo Albita	N° 1329, 18 de Enero 2001
Renacer con Sabiduría	N° 1532, 3 de Diciembre 2002
Stella Maris	N° 1677, 13 de Mayo 2004

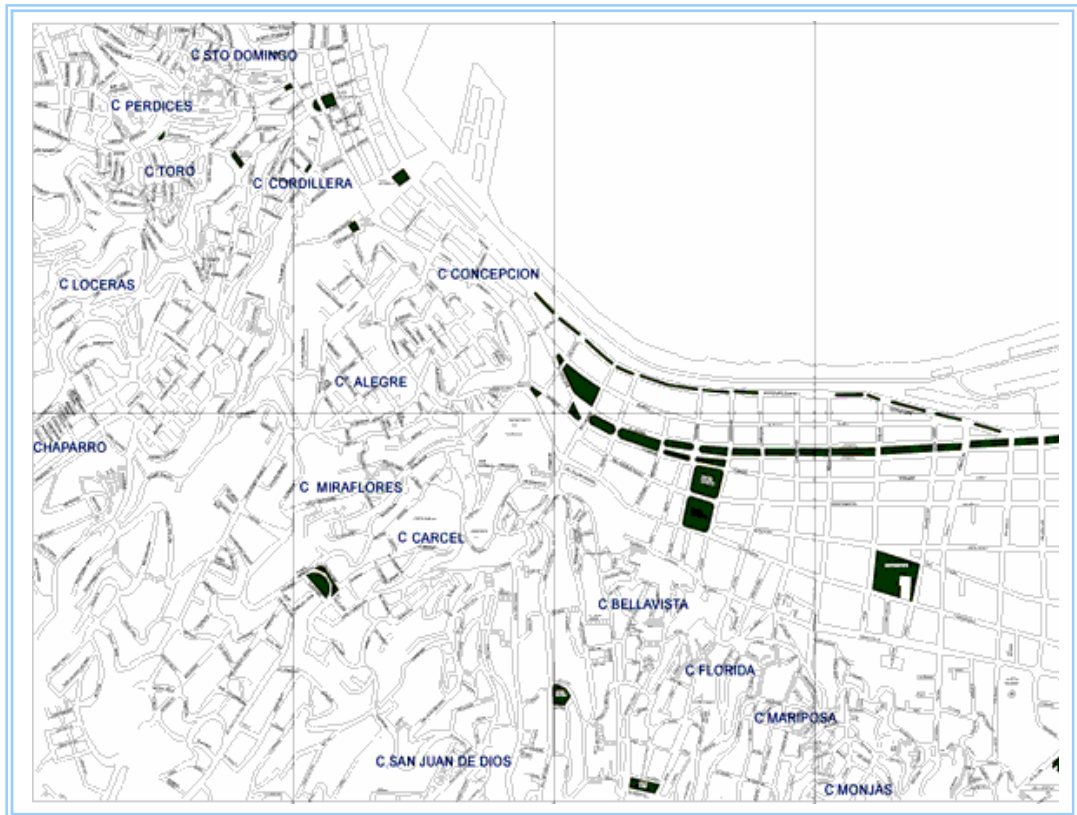
Mapa del Sector 7



De los sectores 5 y 6, los clubes de adultos mayores son:

Club de Adulto Mayor	Personalidad Jurídica
Flores al Atardecer	N° 1594, 18 de Julio 2003
Rincón de las Abuelitas	N° 950, 25 de Mayo 1997
San Luis Gonzaga	
Sol Naciente	N° 982, 20 de Mayo 1997

Mapa de los sectores 5 y 6



IV. Objetivos de la Investigación

➤ Objetivo General N° 1:

“Conocer la percepción de los sujetos de estudios respecto a la problemática social del maltrato al adulto mayor”.

▪ **Objetivos Específicos:**

1.1 Determinar aquellas formas de abuso y/o abandono que reconoce la persona como maltrato.

1.2 Determinar aquellas formas de abuso y/o abandono que no reconoce la persona como maltrato.

1.3 Identificar antecedentes o experiencias de situaciones de maltrato en los sujetos de estudio.

1.4 Identificar formas de solución antes la problemática social de maltrato en el adulto mayor por parte de los sujetos de estudio.

➤ Objetivo General N° 2:

“Conocer la prevalencia y formas de maltrato hacia el adulto mayor desde la perspectiva ecológica del desarrollo humano a través de los sujetos de estudios”.

▪ **Objetivos Específicos:**

2.1 Identificar aquellos indicadores de maltrato que provienen de la relación entre el adulto mayor, las instituciones y el entorno social.

2.2 Identificar aquellos indicadores prevalentes de maltrato hacia el adulto mayor que derivan de la convivencia familiar.

2.3 Identificar los principales factores de riesgo que inciden en la manifestación del maltrato en el adulto mayor.

2.4 Caracterizar el perfil del agresor que comete maltrato al adulto mayor.

2.5 Identificar el nivel de conocimiento de los adultos mayores respecto a instituciones de atención y prevención de la violencia familiar.

➤ Objetivo General N° 3:

“Caracterizar socio demográfica, sanitaria y psicológicamente aquellos adultos mayores que han sido víctimas de alguna forma de maltrato”.

▪ **Objetivos Específicos:**

2.6 Describir los principales aspectos sociodemográficos de aquellos adultos mayores maltratados.

2.7 Describir los factores sanitarios de aquellos adultos mayores maltratados.

2.8 Describir los aspectos psicosociales de aquellos adultos mayores maltratados.

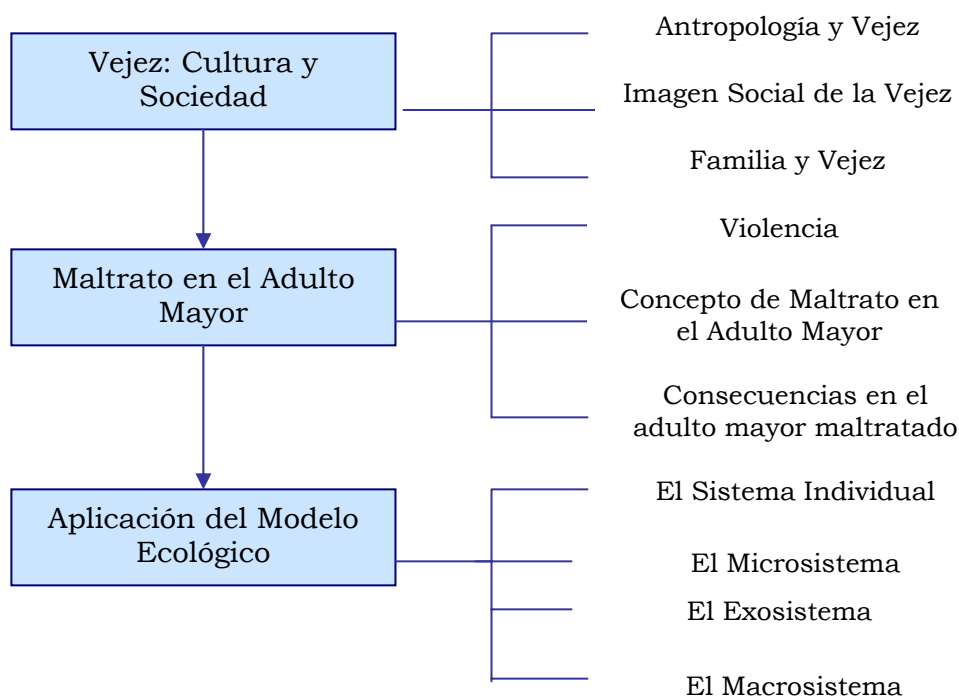
V. Marco de Referencia

A. Introducción.

Al ejecutar una investigación científica, no sólo se busca la obtención de información o acumulación de datos significativos. Se necesita de una teoría o referencia que pueda ordenar y dar sentido a los hechos¹³. Es por esta razón, que a continuación se expone un marco referencial con las principales teorías, experiencias y estudios de otros profesionales, que han investigado y aportado al análisis del envejecimiento y en particular al maltrato en el adulto mayor desde distintas ópticas científicas y culturales.

Lo anterior, permite al lector orientarse al estudio de esta problemática social y contrastar los resultados de la investigación con las teorías, facilitando la comprensión de intervenciones futuras relacionadas con el tema de estudio.

El siguiente, es un mapa conceptual de los principales contenidos del marco referencial:



¹³ Pastén C, Fernando. Metodología de la Investigación Social. Universidad de Valparaíso. Editorial Edeval. Valparaíso, Chile 1998.

B. La Vejez: Cultura y Sociedad

1. Antropología y Vejez.

El envejecimiento desde el punto de vista antropológico, es un proceso de individualización, de cambios, de pérdidas y de ganancias a través del cual se descubre y se expresa la propia vocación de ser¹⁴.

En siglos anteriores, eran muy pocas las personas que podían llegar a esta etapa de desarrollo sin afecciones vitales. Hoy gracias a los avances de la tecnología, la salud pública y las políticas sociales, esta situación se ha revertido obteniendo como resultado el *envejecimiento poblacional*, entendiéndolo como el objeto de análisis de los estudios demográficos que proporcionan los antecedentes básicos cuantificables sobre los adultos mayores y de esta manera, establecer proyecciones sobre como sería esta población en un periodo futuro¹⁵.

En la cultura primitiva, *“los ancianos eran puente y mediadores entre el mundo de los vivos y el de los espíritus. Se les atribuían poderes sobrenaturales y eran los que dirigían los ritos y ceremonias en la comunidad”*¹⁶. Basta con recordar la historia y reconocer a renombrados caciques que eran valorados y respetados por su experiencia y conocimientos para dirigir las tribus o los cambios climáticos. La mujer anciana, aunque en una posición inferior al del hombre, cumplía un rol fundamental en el traspaso de los conocimientos del cultivo y crianza de hijos, siendo respetada por estos aún después de enviudar.

En otras culturas como las orientales, la vejez es símbolo de sabiduría y conocimientos. En la actualidad, Japón proyecta un aumento de su población de personas de 65 años y más en un 20, 2% de la población total hacia el 2005, preocupándose por crear espacios de integración intergeneracionales a través de centros de estudios y otros programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores (Orellana, 1993).

En nuestro país, hace sólo un siglo atrás los adultos mayores eran considerados figuras importantes en la sociedad chilena. Los hijos y los

¹⁴ Orellana, Verónica. Gerontología Básica. Cap. I Visión Antropológica de la Ancianidad. Pontificia Universidad Católica de Chile. Teleduc.

¹⁵ Informe Comisión Nacional para el Adulto Mayor. Santiago, Chile. 1995.

¹⁶ Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor. Enfoque Interdisciplinario. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1993.

nietos buscaban apoyo en ellos, ya que sólo su persona constituía una fuente rica en experiencia y sabiduría. Por este hecho, gozaban de autoridad y prestigio en la sociedad, traspasando los valores, las costumbres y las normas de ciudadanía a las futuras generaciones. Hasta ese entonces los ancianos, posterior al cese de las actividades laborales, destinaban su tiempo a la participación social y política; las mujeres ocupaban un espacio importante en el hogar, en la crianza de los nietos u otras actividades artesanales, culinarias y botánicas, entre otras.

Hoy, los cambios de paradigmas, las emergentes tecnologías, la globalización y las nuevas exigencias del mercado laboral, fueron cambiando los estilos de vida y las dinámicas familiares. La modernización transformó la sociedad producto de las migraciones, de la urbanización, de las reformas y cambios en las necesidades de las personas que han ido debilitando las relaciones entre parientes, personas o instituciones, disminuyendo además la capacidad de la familia para compartir y atender al adulto mayor.

Ante este hecho social, algunos autores plantean una hipótesis en la cual “las sociedades modernizadas se caracterizan por ignorar las tradiciones culturales del pasado (...) la sabiduría no depende de la persona ni de su experiencia, sino del método y del resultado que se obtengan”¹⁷.

En contra de esta percepción, los adultos mayores aspiran a poder reencontrarse con esas convivencias de vida pasadas, pudiendo costear sus gastos y mantenerse autónomos el mayor tiempo posible. Los jubilados esperan volver a trabajar aportando con sus experiencias y las mujeres mayores desean independencia económica y capacidad de decisión (Orellana, 1993).

2. Imagen Social de la Vejez

La vejez puede ser entendida como un *“hecho fisiológico que se traduce externamente en cambios corporales. Sin embargo, aparte de ser un hecho fisiológico, la vejez es una construcción social”*¹⁸.

¹⁷ Fernández Ballesteros, Rocío. “Gerontología Social”. Edic. Pirámide. 2000.

¹⁸ Bustos Z., Clara. Exposición sobre Gerontología Social para Chile Solidario. Valparaíso. 2003

Este “hecho fisiológico” es un rostro de un proceso del desarrollo humano al cual denominamos envejecimiento. Como proceso esta condicionado por un factor común: la declinación, debido a la edad y a variables que pueden acelerar, detener, prevenir y postergar esta declinación¹⁹. Dichas variables corresponden ya sea a la herencia biológica, el comportamiento individual *“y todo un rango de factores sociales, ambientales, culturales y políticos. El envejecimiento es primero un destino social y segundo, una modificación funcional u orgánica”*²⁰.

Se comprende entonces, que a partir del envejecimiento, la vejez es una construcción social que surge de la interacción de la persona en desarrollo y el entorno social, que también cambia su percepción respecto a esta persona y población que envejece. De esta retroalimentación convergen las distintas visiones que se tienen de la vejez.

Antes de caracterizar las visiones y estereotipos de la vejez, es preciso analizar la sociedad en la cual habitamos todos los seres humanos, en particular la sociedad chilena.

2.1 Los adultos mayores en la sociedad chilena.

Nuestra sociedad es una forma de organización industrial²¹ en donde predomina la producción y el consumo. Es una sociedad preparada para personas jóvenes, capaces de poder enfrentar los desafíos del mercado altamente competitivo y acelerado, privilegiando la ciencia a la experiencia, por lo que envejecer en Chile significa estar en una situación social y de vida marginada.

Existen concepciones por parte de la estructura social que identifican cuatro cambios asociados al envejecimiento:

a) El debilitamiento de la capacidad física experimentado al envejecer²²: en los adultos mayores comienzan a aumentar los riesgos de contraer enfermedades y algunas disfunciones psicomotoras.

¹⁹ Domínguez, Oscar. “La Vejez, nueva edad social”. Santiago, Chile. 1982.

²⁰ Thomas, citado por Bustos Z. Op. Cit. N° 19.

²¹ Barros L., Carmen. La Vejez Marginada: Situación del Anciano en Chile. Santiago, Chile. 1979.

²² Quiroz, Hernán. “Envejecimiento de la Población, Familia y Trabajo”. IV Conferencia Iberoamericana sobre Familia. Cartagena de Indias, Colombia. 1997.

Surge entonces, el concepto de *edad* como atributo cultural estigmatizador de la vejez. Se distinguen tres sentidos diferentes de este concepto²³:

- *Edad Cronológica*: referido a los años.
- *Edad Fisiológica*: referido al proceso de envejecimiento fisiológico y en relación con las capacidades funcionales y la gradual reducción de la densidad ósea, del tono muscular y de la fuerza que se produce con el paso de los años.
- *Edad Social*: referido a las actitudes y conductas adecuadas, percepciones subjetivas y a la edad atribuida.

En esta cultura marcada por el “*edaísmo*” (término acuñado por Oscar Domínguez, 1982), el modelo médico tradicional acentúa el envejecer como proceso degenerativo. Esto llega a su máxima expresión con Matras (1990) refiriéndose hacia esta población como “*físicamente disminuido, mentalmente deficitario, económicamente dependiente, socialmente aislado y con una disminución del status social*”²⁴.

En resumen, estas percepciones que afirman que el envejecimiento es sinónimo de incapacidad, afecta psicosocialmente a los adultos mayores, creyendo que al alcanzar los 60 años de edad e incluso menos, estarían inhabilitados para emprender algunas actividades y enfrentar las limitaciones que se experimentan.

b) La pérdida de la actividad económica y disminución del ingreso: en una sociedad cuya meta fundamental es la producción, el trabajo es el medio para ganar el respeto de los demás y la propia estima (Barros, 1979).

La jubilación establecida por ley, tiene distintas acepciones al comprenderla en primera instancia, como retribución a los años dedicados al trabajo constante. Sin embargo, los jubilados son considerados por la sociedad como cargas económicas ya que implican un costo (PASIS, montepío, etc.). Segundo, al retirarse de la actividad laboral la persona enfrenta un vacío a causa de la pérdida de un rol productivo y prestigiado en nuestra sociedad, la pérdida de las relaciones de trabajo. Por último, el monto de esa jubilación es inferior a la

²³ Op. Cit. N° 20.

²⁴ Matras citado por Corraliza R., José. Op. Cit. N° 18.

remuneración percibida en el tiempo de trabajo, reflejándose en una estrechez económica. Este hecho conlleva a que el adulto mayor crea que es una carga para sus familias, reclamando la necesidad de volver a recuperar la independencia económica y la dignidad como persona. Asimismo, esta situación contribuye a alimentar estereotipos negativos que le asigna a los hombres y mujeres mayores el carácter de estorbos sociales.

c) Ausencia del rol social como adulto mayor: existen amplios programas dirigidos a la población de adultos mayores para utilizar adecuadamente el tiempo libre y mantenerse activos para evitar el aislamiento social. No obstante, no existe un rol social por medio del cual se identifique a la persona mayor, imposibilitando su participación en la sociedad.

Al respecto la socióloga Carmen Barros señala:

Se puede conjeturar que la falta de definición de un rol social para el anciano, también incide en la dificultad de los individuos para darle un sentido pleno a la vida durante la vejez, ya que parte del sentido de la vida se obtiene, precisamente, al cumplir un rol básico asignado por la sociedad. Mientras el rol de un niño es jugar y estudiar, mientras el rol del adulto – al decir de Freud-, es trabajar y amar o construir una familia, el rol del anciano es aún algo indefinido. Si esta definición se conjuga como el retiro forzoso del trabajo, vemos lo negativo que resulta desde el punto de vista del individuo.

d) La ideología del “viejismo”: el viejismo es una forma de desvalorizar socialmente al adulto mayor, induciendo a la persona que envejece a la resignación, coartándolo de responder y adaptarse al proceso de envejecimiento (Quiroz, 1997). Estos mitos ayudan a reproducir estigmas y discriminaciones, que desacreditan a la vejez y aquellos que la viven.

Mitos y prejuicios entorno a la Vejez

❖ “La vejez es sinónimo de pobreza”.

Esta concepción traspasa la pobreza económica que ciertamente afecta a los ancianos de estratos sociales bajos e indigentes, pero que también alude a la carencia de los recursos físicos e intelectuales (Bustos, 2003).

❖ “La vejez es sinónimo de enfermedad”.

El caracterizarla como enfermedad, la sitúa como una patología. “No son sólo los achaques y la mala salud lo que hacen consciente al

individuo de su edad, sino también y sobre todo la actitud del medio ambiente social respecto al envejecimiento” (Pszemiarower, 1999).

❖ “La vejez como nueva minoría de edad”.

Entenderla como una minoría de edad permite a la sociedad mirar a los adultos mayores como niños. Esta concepción trae como consecuencia la inhibición de la capacidad de los adultos mayores como sujetos independientes, impidiendo concebir el envejecimiento como un proceso de desarrollo autónomo de la persona.

❖ “Los viejos no son capaces de incorporar nuevos conocimientos”.

La realidad demuestra que hasta edades muy avanzadas existen la motivación para adquirir nuevos conocimientos (Pszemiarower, 1999), el desafío es generar espacio que favorezcan privilegiando el aprendizaje sobre la enseñanza, contribuyendo a mejorar la imagen de la vejez.

❖ “Jubilarse del trabajo es jubilarse de la vida”.

La jubilación puede producir crisis en las personas por la pérdida del rol social como de las relaciones de trabajo. No obstante, no imposibilita a la persona para que continúe participando y realizando actividades, acciones que le permiten enfrentar las limitaciones experimentadas en el envejecimiento. Sin embargo, es el comportamiento del entorno social, lo que le hace consciente a la persona es su propia edad.

❖ “Los viejos son asexuados”.

En la realidad, son estas expresiones las que influyen a que los adultos mayores piensen que no pueden mantener una vida sexual plena, anteponiendo el estigma de la vergüenza a la sexualidad que es una necesidad de amar y sentirse amado, tan propios de la vejez.

3. Familia y Vejez

Conocemos las funciones que cumple la familia en nuestra sociedad (sexual, reproductiva, socialización, status y económico), pero debemos añadir las funciones de protección y afectividad (Bustos, 2003).

La socióloga Carmen Barros señala que la familia tiene conceptualmente una doble importancia para los adultos mayores. Por una parte, existe una relación con quienes pueden brindarle cuidados y ayuda, si se requiriera. Esto convierte a la familia como un espacio de

confianza y seguridad para el adulto mayor. Por otra parte, la familia es fuente de apoyo afectivo y cognitivo para afrontar las pérdidas que implican el proceso de envejecimiento y las discriminaciones que surgen hacia la persona que envejece²⁵.

La misma autora expone los resultados de la percepción de adultos mayores respecto al grupo familiar más íntimo. Este estaría compuesto por el cónyuge, los hijos y las familias formadas por éstos, es decir, los nietos y en menor medida, nueras y yernos. En esta espacio de convivencia, la cohesión y el componente afectivo constituye lo más satisfactorio, tolerando con prudencias los conflictos, discusiones y *malos tratos* en la familia (Barros, 2001).

En contraste con esta percepción, los cambios ocurridos en la familia repercuten profundamente en la situación de los adultos mayores de esta sociedad moderna. El aislamiento de los adultos mayores se produce principalmente por la transformación y redefinición de las funciones familiares. La domesticidad y la crianza del hijo se pusieron en el centro de las preocupaciones de la familia, en conjunto con la preferencia de la información “envasada” más que la transmisión directa de los consejos de crianza²⁶.

Se produce una desconexión entre el adulto mayor y la familia, derivando algunas ocasiones a la institucionalización y encierro de nuestros ancianos.

Refiriéndose al “*derecho a una vida independiente*”, el autor Oscar Domínguez describe esta situación:

El aumento de la dependencia con la edad lleva a muchos a pensar que la solución para los ancianos es la reclusión en los hogares que, junto con cuidar su salud, les proporcionen una alimentación y vivienda adecuadas. La vida del anciano recluso esta determinada por lo que se le da. Su pasividad es pauta de buena conducta: “no molesta nunca”, parece ser la definición ideal de un anciano recluso. Pero su deterioro personal se acentúa con la inactividad, sus deseos de vivir no son suficientemente estimulados, y carece de oportunidades para desarrollar actividades voluntarias.

La Vejez. Nueva Edad Social. Domínguez, Oscar 1982

²⁵ Barros L., Carmen. Relaciones e Intercambios Familiares del Adulto Mayor (Ponencia). IV Congreso Chileno de Antropología. Chile. 2001.

²⁶ Op. Cit. N° 19.

C. Maltrato en el Adulto Mayor.

Al referirnos al maltrato en los adultos mayores, comprendemos que este es una forma de expresión como se ha mencionado anteriormente, de un fenómeno mayor, la violencia. Por este motivo, resulta necesario el aclarar algunos conceptos centrales que ayudarán a desarrollar el tema de estudio.

1. Violencia.

“La violencia está tan presente, que se la percibe a menudo como un componente ineludible de la condición de vida humana, un hecho ineluctable ante el que hemos de reaccionar en lugar de prevenirlo”²⁷. Desde esta concepción, resulta difícil definir científicamente el concepto de violencia. Es un fenómeno que varía de acuerdo a patrones culturales que determinan los comportamientos de las personas, en otras palabras, lo que es aceptable o inaceptable en una comunidad varía en relación a las normas y costumbres de las sociedades e inclusive, pueden evolucionar y transformarse a medida que surgen nuevos paradigmas.

Es un fenómeno arraigado en lo cotidiano, que emerge de la convivencia, en las interacciones con otras personas y con nuestro entorno, formando parte de nuestra dinámica de vida, razón por la cual resulta difícil concebirlo como un problema si no es observado con objetividad desde una posición abstracta.

Para Humberto Maturana la vida humana se genera en un espacio psíquico y la violencia es un modo de vivir ese espacio²⁸. Esta forma de vivir en lo cotidiano queda expresado por el autor al hablar de biología y violencia:

²⁷ Op. Cit. N° 6.

²⁸ Maturana, Humberto y otros. Violencia en sus distintos ámbitos de expresión. Biología y violencia. Ediciones Dolmen 1997.

“Hablamos de violencia en la vida cotidiana para referirnos a aquellas situaciones en las que alguien se mueve en relación a otro en el extremo de la exigencia de obediencia y sometimiento, cualquiera sea la forma como esto ocurre en términos de suavidad o brusquedad y el espacio relacional en que tenga lugar. Es la negación del otro que lleva a su destrucción en el esfuerzo por obtener su obediencia o sometimiento, lo que caracteriza a las situaciones en las que nos quejamos de violencia en las relaciones humanas.

No todas las relaciones que ocurren en lo que un observador puede ver como un –desequilibrio de poder- se viven como relaciones de violencia. Es la emoción bajo la cual se vive esa relación que un observador externo a ella llama de desequilibrio de poder-, lo que le da a tal relación el carácter de violenta y no violenta.

(...)

Lo humano se da en la relación, el cómo vivimos la relación es lo que da el carácter especial a la clase de animales que somos”.

El análisis semántico de la violencia, implica un abuso del uso de la fuerza y el poder para producir un daño²⁹. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud define a la violencia como:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”³⁰.

En base a esta definición se debe aclarar algunos conceptos. Para Max Weber poder significa “la probabilidad de imponer la propia voluntad, dentro de una relación social, aún contra toda resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esa probabilidad”. Además se ha planteado en los términos dicotómicos de que el poder, que sería sobre todo negativo, tiene por un lado un soberano que prohíbe, y por el otro, un sujeto que se somete afirmando esta prohibición. Pero también debemos entender, que las relaciones de poder son inherentes a todos los tipos de relación social; es multiforme y no obedece sólo a la forma de prohibición y castigo³¹.

²⁹ Op. Cit. N° 8.

³⁰ Organización Mundial de la Salud. 1996.

³¹ Foucault, Michel. Microfísica del Poder. Editorial la Piqueta. Madrid, España. 1978.

Foucault señala que el poder no se posee, se ejerce. Bajo esta concepción, comprendemos entonces que la fuerza es una forma de ejercer el poder y en el contexto de la violencia, el uso deliberado de la fuerza es simultáneamente un abuso de poder. Esto se da en el marco de una relación desigual entre “**a**” (agresor) que utiliza la fuerza, de forma intencional en contra “**b**” (víctima), que aunque también posee *poder*, se encuentra en una posición de desventaja o igualitaria. La intención de “**a**” se traduce en someter o anular a “**b**”, produciéndole un menoscabo físico, psicológico o privaciones que van a repercutir en el desarrollo de la víctima, y en último caso van a producir la muerte.

Asimismo, la violencia contra uno mismo considera el uso deliberado de la fuerza para atentar contra la vida de la persona, pero que también está condicionado por elementos del entorno social, que van a nutrir el autoflagelo.

En este estudio abordaremos la violencia que proviene de las relaciones interpersonales, es decir, aquellas que se dan en la interacción social, para aproximarnos y abordar el maltrato en el adulto mayor.

Es posible reconocer dos tipos de violencia que se generan de las relaciones interpersonales. Existe una *violencia agresión* la cual se origina de la relación entre personas de carácter simétrica o igualitaria y una *violencia castigo* que da a lugar entre personas implicadas en una relación de carácter complementario o desigualitaria³².

Cabe mencionar que en una situación de violencia, tanto la connotación simétrica como complementaria no se excluyen. En un momento pueden darse una relación simétrica y en otra complementaria, existiendo un predominio de una u otra según la situación y las cargas emotivas.

Mientras en la *violencia agresión* las personas poseen un mismo status de fuerza y poder, en la *violencia castigo* el marco en donde se inscribe la relación es desigual. A este tipo de violencia pertenecen los castigos, servicias, abusos, negligencias o abandono. En esta relación “**a**” se encuentra en una posición superior a “**b**” y se atribuye el derecho de infligir sufrimiento. Concibe a “**b**” como un ser inferior, anormal, infrahumano, servidor y hasta diabólico (el caso de las mujeres ancianas

³² Perrone, Reynaldo. *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Ediciones Paidós Terapia Familiar. 1997

consideradas brujas en la República Unida de Tanzania), y “**b**” lo acepta ya que está en una posición inferior determinante, no tiene alternativa frente a dicha situación y se deja someter en contra de su voluntad. Puesto que se trata de una relación de desigualdad, la violencia es unidireccional e íntima (Perrone, 1997), ni “**a**” ni “**b**” hablan de ella en el exterior, por el contrario, la mantienen oculta. Es en este tipo de violencia donde se sitúa el maltrato en el adulto mayor.

2. Concepto de Maltrato en el Adulto Mayor.

Desde que en 1975 se diera a conocer públicamente en Inglaterra por Baker (1975) y Burston (1977), el problema del maltrato en el adulto mayor, en ese entonces llamado maltrato a la vejez, se han ido incrementando los estudios en países desarrollados por conocerlo, atenderlo y prevenirlo. En Latinoamérica las primeras investigaciones en el tema se desarrollan a partir de 1994 en Argentina y Chile (Aguas, Buenos Aires; Quiroga, Concepción), surgiendo en la actualidad cada vez más instituciones y profesionales preocupados en conocer y abordar el maltrato en sus sociedades.

Cada estudio ha aportado distintas definiciones y clasificaciones de este problema social:

- “Todo acto u omisión que tiene como resultado un daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de una persona anciana”. (Asociación Médica Americana, 1987)
- “Conducta destructiva la cual es dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación de confianza y es de suficiente intensidad y/o frecuencia para producir daño físico, psicológico, social y/o efectos financieros de innecesario sufrimiento, heridas, dolor, pérdida y/o violación de los derechos humanos y disminución de la calidad de vida para el adulto mayor”. (Wolf, 1991)
- “Todo acto de que, por acción u omisión, provoque daño físico o psicológico a un anciano por parte de un miembro de la familia”. (Corsi, 1994)
- “Acto que por acción u omisión, provoque daño físico o psíquico a un adulto mayor, por parte de uno o más miembros de la familia”. (Ministerio de Salud Chile, 1998)

Esta investigación se desarrolla a partir de la definición elaborada por la Asociación contra el Maltrato al Mayor del Reino Unido en 1995, más tarde adoptada por la Red Internacional para la Prevención del

Maltrato al Mayor (INPEA) en 1997 y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento 2002:

“El maltrato al adulto mayor es un acto único, reiterado o una omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”.

Analizando la definición, nos percatamos de la existencia de un acto u omisión, que puede ser único, vale decir, permite incorporar aquellos episodios de maltrato vividos por el adulto mayor una sola vez en su vejez; y aquellos que se manifiestan en forma constante. Dichos actos producen un menoscabo en la persona (físico, psicológico y/o social) dependiendo del tipo de maltrato que suceda en la heterogeneidad de relaciones (cercanas o no), pero donde existe un grado mínimo de confianza. De esta manera, podemos extrapolarlos del contexto familiar tradicional de la violencia hacia el entorno social.

En cuanto a la forma que adquieren los actos de violencia, se pueden identificar seis tipos de maltrato contra los adultos mayores:

- ✓ Maltrato Físico
- ✓ Maltrato Psicológico
- ✓ Abuso Económico/Patrimonial
- ✓ Abandono y Negligencia
- ✓ Abuso Sexual
- ✓ Maltrato Estructural y Social

2.1 *Maltrato Físico.*

Referido a la utilización de la fuerza física y las agresiones que pueden producir una injuria, herida, dolor o discapacidad en un adulto mayor (CEPAL, 2003). *“Caracterizado por empujones hacia los muros de la casa, pellizcones, apretón de dedos en el cuerpo para llevar al adulto mayor de un lugar a otro, tirones de pelo, palmetazos en la cara y brazos, pasadas a llevar por el cuerpo, empujones al suelo desde la cama”* (García, 2001).

2.2 *Maltrato Psicológico*

Es la acción de infligir pena, dolor o angustia mediante acciones verbales o no verbales a un adulto mayor (CEPAL, 2003). Se manifiesta por medio de insultos, agravios que subestiman a la persona, pudiendo generar en él problemas graves como depresión y aislamiento, llegando en algunos casos extremos al suicidio³³.

Pueden ser observado como humillaciones continuas, ridiculizaciones y rechazos (García, 2001).

2.3 *Abuso Económico/Patrimonial*

Toda forma de explotación ilegal o incorrecta y/o utilización de fondos o recursos (OMS-INPEA, 2002); aprovechamiento o despojo de los fondos o patrimonio, o ambas cosas, de los adultos mayores por acciones de terceros (CEPAL, 2003), aun cuando los ingresos de éstos superen el del adulto mayor³⁴.

2.4 *Abandono y Negligencia*

Se distinguen dos formas de expresión: *pasivas, cuando es consecuencia de un desconocimiento o incapacidad por parte del cuidador, y es activa cuando se realiza intencionadamente*³⁵. Suele vincularse este tipo de maltrato en aquellas personas que presentan situación de dependencias pero también afecta a adultos mayores autovalentes³⁶. Algunos ejemplos de este tipo de maltrato son la falta de cuidados y supervisión necesaria en la alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados, la falta de comunicación y apoyo afectivo de los familiares entre otros (CEPAL, 2003)

2.5 *Abuso Sexual*

Constituye una de las formas de abuso más encubiertas en la problemática del maltrato en el adulto mayor, sostenido por mitos que consideran que sólo las jóvenes atractivas y provocativas son violadas. En la realidad todas las mujeres pueden ser víctimas de un abuso sexual al interior de la familia y en el entorno social, pudiéndose agravar significativamente en aquellos adultos mayores institucionalizados

³³ Pszemirower, Santiago. Ancianidad y Derechos Humanos: Violencia, abuso y maltrato en la Vejez. Buenos Aires, Argentina. 1999.

³⁴ García, Nelson. Percepción del Maltrato por los Adultos Mayores Urbanos: realidad en la comuna de Chillan. Universidad del Bío- Bío. Chile, 2001.

³⁵ Op. Cit. N° 7.

³⁶ Op. Cit. N° 2

(Pszemiarower, 1999). Esta forma de maltrato contempla cualquier comportamiento sexual que se realice sin el conocimiento o consentimiento del adulto mayor (Universidad de Chile- SERNAM, 1994), manifestándose abierta o encubiertamente mediante gestos, palabras, insinuaciones, caricias, manoseos, exhibición de genitales o violación (CEPAL, 2003).

2.6 *Maltrato Estructural y Social*

Se refiere a la falta de políticas sociales y de salud adecuadas, mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes (CEPAL, 2003), la desacreditación de los valores ganados por la experiencia de toda una vida en el adulto mayor, como la sabiduría, la dignidad y la prudencia, empañan su imagen social como un ser dependiente de los servicios de salud y apoyo.

El estudio desarrollado por la OMS- INPEA "*Missing Voices*" (*Voces Ausentes*), en ocho países: Argentina, Austria, Brasil, Canadá, India, Kenya, Libano y Suecia; revela importantes percepciones y similitudes para considerar al maltrato estructural y social.

A partir de estos informes surge la idea de que las políticas gubernamentales inadecuadas y la falta de financiación para servicios básicos se consideran factores que presionan a las familias y las personas mayores, llegando así al maltrato al mayor. Esta presión toma la forma de una presión económica directa, como es el hecho de no poder proporcionar atención médica a los miembros familiares mayores, y también una presión general y una sensación de que las personas mayores suponen una carga para la familia. Los problemas que rodean al sistema de atención sanitaria suelen estar relacionados con la situación socioeconómica y la capacidad de pagar las facturas. Los miembros más pobres de la sociedad son los que están en peor situación, y muchas personas mayores (especialmente mujeres), caen dentro de esta categoría.

Missing Voices (OMS- INPEA 2002)

Cabe señalar que de acuerdo a la Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento para la implementación en América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento, celebrado en Chile, en noviembre del 2003, reconoce el autoabandono como un tipo de maltrato. Esto se refiere cuando el adulto mayor atenta contra su salud o seguridad, implicando también, las formas y estilos de vida que haya experimentado la persona, pudiendo ser consecuencia de algún tipo de abuso o negligencia por parte de terceros.

3. Consecuencias en el adulto mayor maltratado.

Anteriormente se ha fundamentado el por qué considerar el maltrato en el adulto mayor como un problema social. Ahora cabe añadir que constituye un problema con repercusiones biopsicosociales graves para el adulto mayor maltratado. Las consecuencias se vinculan con el tipo de maltrato sufrido los cuales se pueden entremezclar.

Las de carácter físico en los adultos mayores pueden ser graves. Al ser personas con estructuras osteomusculares frágiles, un simple pellizco o un empujón, pueden causar lesiones temporales o permanentes, desde un hematoma a una fractura ósea, incluyendo la muerte.

Sin importar el tipo de maltrato, siempre se producirá un menoscabo emocional. Esto se refleja en la baja autoestima para emprender alguna actividad o mantener una comunicación con la familia y el entorno; depresiones que derivan en trastornos del estado de ánimo y profundos cuadros clínicos de tristeza progresiva, angustia, desesperanza, entre otros; la desconfianza en la obtención de apoyo en otra persona o entidad para enfrentar la situación problema.

Tipo de Abuso	Poder o Fuerza	Tipo de Daño
Físico	Físico	Físico/Emocional
Emocional o Psicológico	Psicológico	Emocional
Sexual	Físico/Psicológico	Emocional/Físico
Financiero	Económico	Económico/Emocional
Social y Ambiental	Psicológico/Físico	Emocional/Social/ Económico

Jorge Corsi. "Violencia Familiar". 1994.

Ejemplo de esto lo podemos apreciar en los testimonios de una investigación efectuada por García en Chillán, Chile:

Caso 5. *"...también pienso que tengo que dejar de salir a los paseos, para no tener contrarios con el hijo... cuando se pone mañoso mejor no le digo nada y me acuesto pero no es tanto, lo entiendo llega cansado también..."*

Caso 8. *Ya estoy vieja, no sirvo de mucho... a mis nietos le tiene que dar vergüenza... el cariño ya no es para los viejos como uno, ellos tienen sus preocupaciones (lo dice con resignación, pero sus ojos denotan tristeza y emoción)..."*

Ligado a los aspectos emocionales, las consecuencias sociales se manifiestan en la exclusión y el aislamiento social del adulto mayor maltratado, perdiendo los vínculos con sus pares, amistades y redes sociales en general. Por lo tanto, no solamente es sentirse separado por medio de estructuras materiales, es la existencia de una indiferencia social que vivencia el adulto mayor en los espacios cotidianos. *"El aislamiento social no implica soledad, pero cuando esta presente en el individuo que se encuentra en casa por la imposibilidad de ocupar otros espacios externos a la propia habitación o sitio de morada, la no participación del viejo en la interacción directa con otros espacios habitacionales y ocupacionales produce retiro o abandono social, puesto que la participación del viejo se va volviendo ausente por causas cronobiológicas y psicológicas condicionadas por el comportamiento social"*³⁷.

³⁷ Op. Cit. N° 2

Suárez Uceda. "Las personas mayores y el maltrato". *Indicadores de Síntomas de Maltrato en el Adulto Mayor.*

❖ <i>Indicadores de Abuso Físico:</i>	❖ <i>Indicadores de Abuso por Negligencia:</i>	❖ <i>Indicadores de Maltrato Psíquico:</i>	❖ <i>Indicadores del Abuso Económico:</i>	❖ <i>Indicadores Inespecíficos sugerentes de Malos Tratos</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Heridas • Contusiones: <ul style="list-style-type: none"> - Múltiples contusiones - En muñecas, hombros o alrededor del abdomen - En los brazos - De forma extraña - De coloración diferente - En la zona interior de muslos y brazos - En el área genital - Pequeñas e irregulares contusiones que indican pellizcos - En la boca • Lesiones en el aparato genital • Fracturas, luxaciones y esguinces recurrentes • Abrasiones o laceraciones en diferentes estadios • Lesiones en la cabeza o en la cara: <ul style="list-style-type: none"> - Fractura orbitaria - Hematoma ocular en antifaz - Alopecia errática por tirar de los pelos de forma agresiva y brusca • Quemaduras <ul style="list-style-type: none"> - en lugar poco frecuente 	<ul style="list-style-type: none"> • Malnutrición • Deshidratación hipernatrémica • Mala higiene corporal • Vestimenta inadecuada a la climatología • Caídas de repetición • Lentes inadecuadas o ausencias de ellas • Vitaminopatías • Lesiones consecutivas a exposiciones climáticas adversas (Hiper/Hipotermia) • Ulceras por presión en mal estado • Contracturas musculares por falta de movilidad • Signos de intoxicación medicamentosa o de incumplimiento terapéutico • Impactación urinaria/fecal • Actitud de indiferencia hacia el anciano por parte del cuidador • Despreocupación por las visitas de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Confusión/desorientación • Aislamiento físico y/o social impuesto • Pérdida del autoestima • Pérdida de la capacidad de toma de decisiones por parte de la persona mayor • Amenazas al anciano de abandono y/o institucionalización • Explicaciones confusas y diferentes de la víctima ante lesiones, cuando el cuidador no considera capacitada en su juicio a aquella • Amenazas a la persona mayor por parte del cuidador para controlarlo • Dificultad de adaptación a situaciones cotidianas por inseguridad debido a los abusos sufridos 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión/abatimiento • Desconfianza • Agresividad injustificada física y/o verbal • Perturbaciones del sueño o de alimentación • Ansiedad • Aislamiento social elegido • Fijaciones recurrentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicaciones contradictorias o inverosímiles de las lesiones o de cómo ocurrió el incidente • Disparidad acentuada en el relato de la historia por parte de la víctima y del cuidador • El anciano maltratado es llevado a un centro sanitario por otra persona que no es el cuidador habitual • Frecuentes visitas a los servicios de urgencia por exacerbación de enfermedades crónicas a pesar de un tratamiento correcto y recursos adecuados • Demora en la atención médica con un intervalo injustificadamente prolongado en el tiempo entre el trauma o la enfermedad y la visita al servicio sanitario • Falta de comunicación de la víctima con el profesional sociosanitario cuando el cuidador esta presente

<ul style="list-style-type: none">- producidas por objetos- producidas por líquidos muy calientes• Arañazos• Alteraciones emocionales de la víctima (ansiedad, depresión, nerviosismo, labilidad emocional)				
--	--	--	--	--

D. Aplicación del Modelo Ecológico al Maltrato en el Adulto Mayor.

El modelo ecológico expuesto por Urie Bronfenbrenner para el estudio de “La Ecología del Desarrollo Humano” (Bronfenbrenner 1987), postula a la comprensión científica del ser humano activo en progresiva acomodación mutua con los entornos inmediatos cambiantes, en el cual vive la persona en desarrollo³⁸.

El adulto mayor como ser humano comienza a experimentar la vejez como una etapa de desarrollo del ciclo de vida (Newman y Newman, 1984), en la cual debe adaptarse a los cambios, enfrentando crisis psicosociales y tareas de acuerdo a esta nueva fase. Estos cambios son de carácter psicológicos, biológicos y socioculturales. Es decir, no sólo cambia las estructuras cognitivas, emocionales, celulares, osteomusculares, o la actitud y conducta de la persona, junto con ello comienzan a cambiar los roles y estatus del adulto mayor, condicionados por patrones culturales que la sociedad va legitimando como envejecimiento, situación a la cual la estructura social también se debe adaptar. Esto ocurre en la medida que existen constantes interacciones entre el adulto mayor, los entornos inmediatos y los contextos más grandes en donde se encuentran dichos entornos. De esta manera, lo que ocurre en los entornos y contextos puede afectar el proceso de envejecimiento de una persona o de una población de adultos mayores, produciéndose conflictos y tensiones que derivan a la violencia y las distintas formas de maltrato hacia este grupo.

Cabe mencionar entonces, la existencia de sistemas y subsistemas que se afectan y que componen el espacio ecológico cambiante del ser humano en desarrollo, en este caso del adulto mayor en la vejez. Bronfenbrenner describe cuatro sistemas: el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. En 1994 Jorge Corsi añade un cuarto sistema, el individual, para explicar el fenómeno de la violencia familiar. Para efectos de esta investigación sólo se definirán cuatro, integrando el mesosistema en el exosistema, adaptándolo a la problemática social a tratar, el maltrato en el adulto mayor.

³⁸ Bronfenbrenner, Urie. La ecología del desarrollo humano. Primera Parte: Una orientación ecológica. Ediciones Paidós 1987.

1. ***El Sistema Individual.***

El *sistema individual* constituido por la persona en sí, esta compuesto por cuatro dimensiones a las que Corsi denominó dimensión cognitiva, dimensión conductual, dimensión psicodinámica y dimensión interaccional. A continuación se definen cada una de ellas desde la perspectiva de la víctima:

a) Dimensión cognitiva: que comprende las estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptualizar el mundo que configuran el paradigma o estilo cognitivo de la persona.

De acuerdo a algunos estudios efectuados (García, 2001; Lowick-Russell, 1999; Pszemirower, 1999), concluyen que aquellos adultos mayores víctimas de alguna forma de maltrato asumen la situación como parte del proceso de vida, manteniendo una percepción negativa de su futuro, proyectándose hacia la muerte y al aislamiento social. También existe ignorancia de la magnitud del problema, de los derechos y creencias en mitos que repercuten negativamente en la salud psicofísica del adulto mayor, considerando que no es necesario buscar ayuda ante dicha situación.

b) Dimensión conductual: que abarca el repertorio de comportamientos con el que una persona se relaciona con el mundo.

En esta área, predomina el aislamiento social (CEPAL, 2003) por parte del adulto mayor debido a temores de represalias, manteniendo una postura de sumisión y fidelidad al agresor, o; que por razones económicas y de dependencias no pueden establecer las denuncias del abuso (Quiroga, 1999).

c) Dimensión psicodinámica: que se refiere a la dinámica intrapsíquica, en sus distintos niveles de profundidad (desde emociones, ansiedades y conflictos conscientes, hasta manifestaciones del psiquismo inconsciente).

El aislamiento social que se mencionaba anteriormente, se fundamenta por los temores al desahucio y a la institucionalización o a la vergüenza de asumir el rol de víctima. La existencia del miedo a represalias, sentimientos de desconfianza en la justicia y la disminución de la autoestima son otros aspectos psicodinámicos que se encuentran

en el adulto mayor maltratado (CEPAL, 2003; Lowick- Russell, 1999; Pszemirower, 1999; OMS-INPEA, 2002).

d) Dimensión interaccional: que alude a las pautas de relación y de comunicación interpersonal.

Las consecuencias graves del maltrato en el adulto mayor, repercuten en la pérdida de las redes sociales de apoyo, en la dificultad de reintegrarse a dinámicas comunitarias y aportar socialmente, constituyéndose en un factor de riesgo para seguir siendo víctima de diferentes tipos de violencia (CEPAL, 2003).

Para comprender mejor el vínculo entre cada dimensión imaginemos una situación, en la que un adulto mayor espera en el paradero subirse a una locomoción colectiva y posee un pase de rebaja de tarifa, siente temor de mostrárselo al conductor (psicodinámica) que es percibido como un ente hostil y agresivo (cognitiva). Al abordar el bus decide mostrar el pase (conductual) y es reprendido por el conductor. Llega a su hogar avergonzado y frustrado (psicodinámica) para conversar con sus seres queridos (conductual), quienes le llaman la atención por haber dejado que el conductor la reprendiera. Discute con ellos sin conseguir hacerlos entrar en razón (interaccional). Semanas después vuelve a esperar la locomoción y esta vez no intenta mostrarlo (conductual), cancelando la tarifa completa.

2. El Microsistema.

Bronfenbrenner define al microsistema como *“un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares”*.

Las investigaciones y estudios realizados respecto al maltrato en el adulto mayor identifican a los familiares de éste como los principales agresores. Por lo tanto, las formas de maltrato en el microsistema se originan en el contexto familiar. Es posible reconocer algunos elementos que influyen en la mantención y manifestación del maltrato, como lo son los patrones de interacción entre los familiares, condicionados por las experiencias de vida de cada uno de ellos. Dependiendo de como ha sido la socialización de la persona en desarrollo, van a adquirirse patrones de conductas y habilidades para enfrentar y solucionar los conflictos

interpersonales. Cuando estos patrones no son los adecuados derivan a las distintas formas de abuso y abandono que atentan con la vida del adulto mayor.

Es importante destacar que en las interacciones constantes encontramos además componentes afectivos. Dichos componentes acentúan el ocultamiento del maltrato en el adulto mayor y también lo hacen más complejo y grave, ya que todas las formas de abuso y abandono producen daño emocional en la víctima.

3. El Exosistema.

El exosistema comprende los entornos en donde el adulto mayor participa activamente (organizaciones sociales, establecimientos educacionales, consultorios de salud, etc.), como aquellos en los que no se involucra directamente pero que afectan a los anteriores (ministerios, poderes legislativos, medios de comunicación, etc.).

La falta de una legislación que regule coherentemente las acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población de adultos mayores, son modelos que ayudan a la manifestación y mantención del maltrato en el adulto mayor en los entornos inmediatos a éste, incluyendo la familia. Particularmente, la escasez de una ley que regule y sancione las formas de esta violencia, que apoye institucionalmente a las víctimas de abuso; la falta de información y capacitación a los cuidadores; la victimización secundaria y la impunidad del agresor, ayudan a fomentar este problema social.

Asimismo, el estrés laboral, los problemas económicos, el desempleo, el alcoholismo, entre otros, **son factores que aumentan el riesgo** (no causas) para que se produzcan actos de violencia y maltrato hacia este grupo.

4. El Macrosistema.

Por último Bronfenbrenner se refiere al macrosistema como las *“correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro-, meso- y exo-) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideologías que sustenten estas correspondencias”*.

Se ha generado un importante debate para definir y describir el maltrato en el adulto mayor en este nivel. Son bastantes los trabajos en países desarrollados como también en Latinoamérica que han descrito formas de abuso que mantienen y fomentan este problema social, y que están relacionadas con la imagen social de la vejez.

Las exigencias de un mercado laboral que implementa nuevas tecnologías para la producción, requiriendo de personas capaces de comprender u manejar dichas tecnologías, por lo general jóvenes profesionales, y favoreciendo los métodos de innovación para el trabajo, ha desplazado al adulto mayor quien posee más experiencia pero menos métodos innovadores. Ejemplo de esto lo menciona Carmen Barros³⁹:

“A nivel de la sociedad se lo ve como un problema por el costo que significa la mantención y el cuidado de un creciente número de individuos económicamente dependientes, vale decir, que sin aportar directamente a la generación del producto social requieren utilizar parte de él (jubilaciones, montepíos, pensiones, cesación del pago de impuestos,...)”.

De lo anterior, surgen creencias y mitos que estereotipan negativamente al adulto mayor, que si bien no producen un daño físico o psicológico directo en la persona, fundamenta la discriminación y marginación social de esta población en relación a las generaciones más jóvenes, además de potenciar la manifestación de la violencia en los subsistemas inferiores.

Para comprender el efecto de este modelo ecológico en relación al maltrato en el adulto mayor, debemos comprender también el concepto de “transición ecológica”. Bronfenbrenner señala *“Una transición ecológica se produce cuando la posición de una persona en el ambiente ecológico se modifica como consecuencia de un cambio de rol, de entorno, o de ambos a la vez”*.

Tomemos el ejemplo anterior. Este adulto mayor que ha sido recriminado por el conductor, piensa en la necesidad de una ley que regule eficientemente estas faltas hacia los adultos mayores (exosistema) cada vez más cotidianas en una sociedad que recrimina su condición de

³⁹ Barros L, Carmen y cols. La Vejez Marginada. Situación del Anciano en Chile. Cap. I. Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago- Chile, 1979.

dependencia económica (macrosistema), considerando injusto este tipo de estereotipos discriminatorios (cognitivo). Pues bien, estos reiterados malos ratos han afectado sus relaciones con sus seres queridos (microsistema). Cada vez se siente más incomprendido y frustrado (psicodinámico), porque no consigue apoyo de su familia (microsistema). El ha preferido guardar silencio (conductual), esperando que la situación cambie (cognitivo) y evitar que por esos malos tratos que suceden al tomar una locomoción colectiva (exosistema), ocurran más discusiones con sus seres queridos (interaccional).

VI. Metodología de Investigación

A. Características de la Investigación

Es *cuantitativa*, ya que las características de las técnicas de investigación se enmarcan en el paradigma positivista con el cual se intenta demostrar y describir la cantidad de casos que padecen alguna forma de maltrato a través de fórmulas estadísticas; y, analizar por medio de variables las situaciones que experimentan algunos adultos mayores víctimas de abuso y/o abandonos, utilizando herramientas estructuradas guiadas por objetivos específicos de investigación.

Además, es una investigación con características *cualitativas* producto de la técnica de grupos focales, que pretende obtener la información de los adultos mayores participantes de manera inductiva, adquiriendo una visión holística del problema social abordado.

Lo anterior define una metodología de investigación mixta por las características expuestas, contribuyendo a comprender el maltrato en el adulto mayor bajo acciones precisas y flexibles, otorgándole al lector mayor información para el estudio de la problemática.

B. Estudio Exploratorio- Descriptivo

El presente Seminario es una investigación de carácter *exploratoria*, ya que el tema a tratar presenta escasa referencia de experiencias nacionales que definan y describan la problemática social del Maltrato en el Adulto Mayor, como intervenciones orientadas a la atención y prevención de esta realidad, desde una perspectiva social y psicológica. Por este motivo, la investigación intenta conocer e identificar aquellas formas de expresión del Maltrato en el Adulto Mayor, adaptando el *modelo ecológico* de Bronfenbrenner, el cual presenta tres sistemas de estudio: el macrosistema en el cual se encuentran las creencias y valores culturales; el exosistema referido a las distintas instituciones con sus estructuras y formas de funcionamiento, y; el microsistema que considera los elementos estructurales y funcionales de la familia, como del individuo.

Además es una investigación *descriptiva*, ya que por medio de los resultados obtenidos se podrá clasificar y caracterizar la información respecto al Maltrato en el Adulto Mayor y su relación con aspectos sociodemográficos como psicosociales de esta población, que podrán

facilitar la confección de un modelo de intervención psicosocial y comunitario, que pueda abordar y prevenir este problema social.

❖ **Unidad de Análisis**

Se considera como unidad de análisis a los adultos mayores que son socios y participan en las Organizaciones o Clubes de Adultos Mayores, entendiendo como tal aquellas personas mayores de 60 años y más de edad. Sin embargo, de acuerdo a la estructura de las herramientas de investigación se establecerá como límite los 55 años de edad. Las Organizaciones o Clubes de Adultos Mayores son aquellas que poseen una personalidad jurídica y sin fines de lucro que tengan por objeto representar y promover valores e intereses específicos de la comunidad dentro de la comuna o agrupación de comunas respectivas, de acuerdo a la Ley 19. 418 sobre Juntas de Vecinos y Organizaciones Sociales.

❖ **Tamaño de la Muestra**

El tamaño de la muestra supera las 160 personas adultos mayores, sin embargo, en las actividades de este seminario de título fue posible aplicar efectivamente la investigación en 106 personas. Las razones por la cual no fue posible aplicar la investigación a la totalidad de personas se debe a causales como:

- ✓ Inasistencia de los socios adultos mayores a los respectivos clubes.
- ✓ Fallecimiento de algunos socios inscritos.
- ✓ Enfermedades que dificultan la asistencia de algunos socios al club.

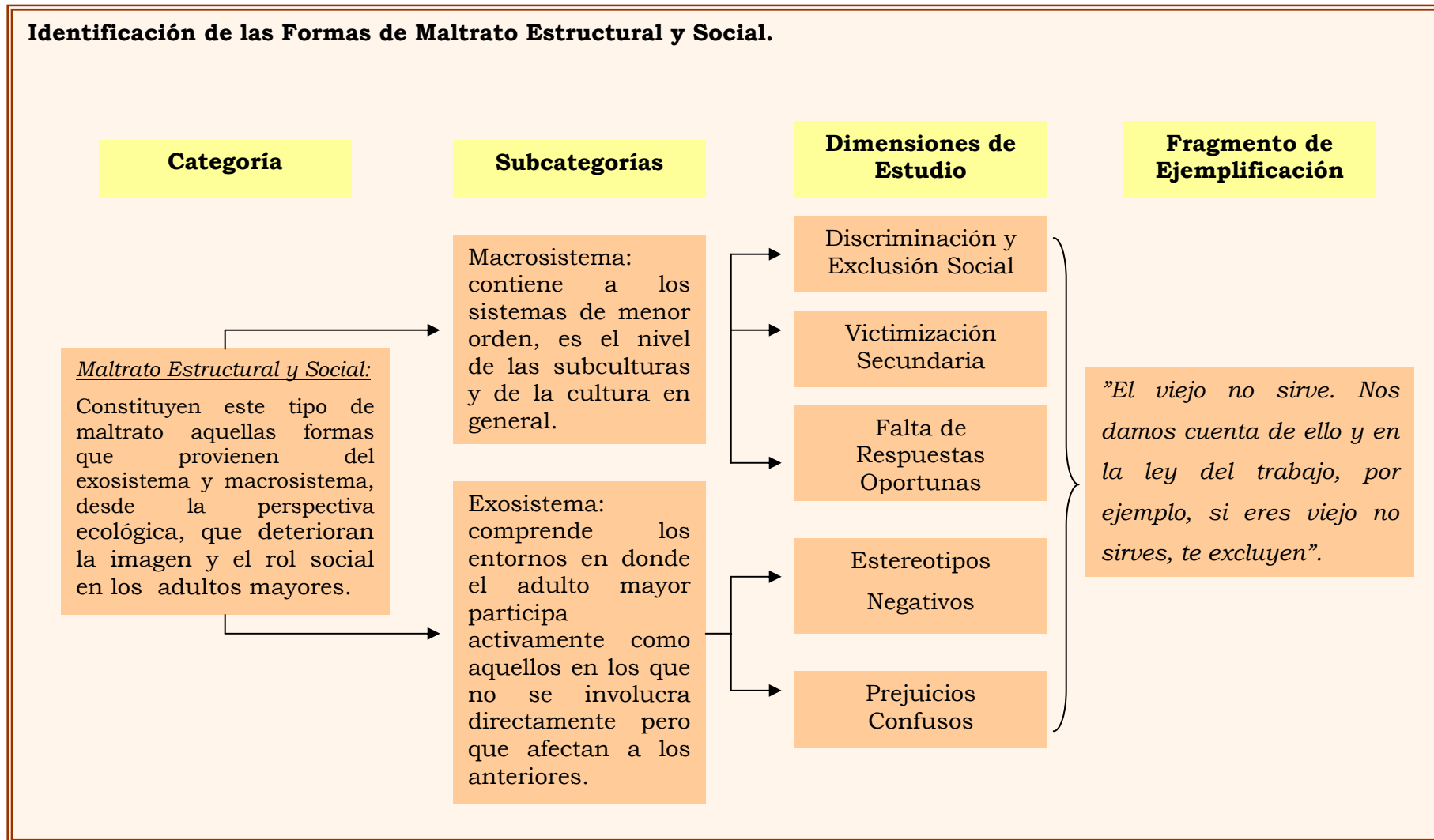
❖ **Tipo de Muestra.**

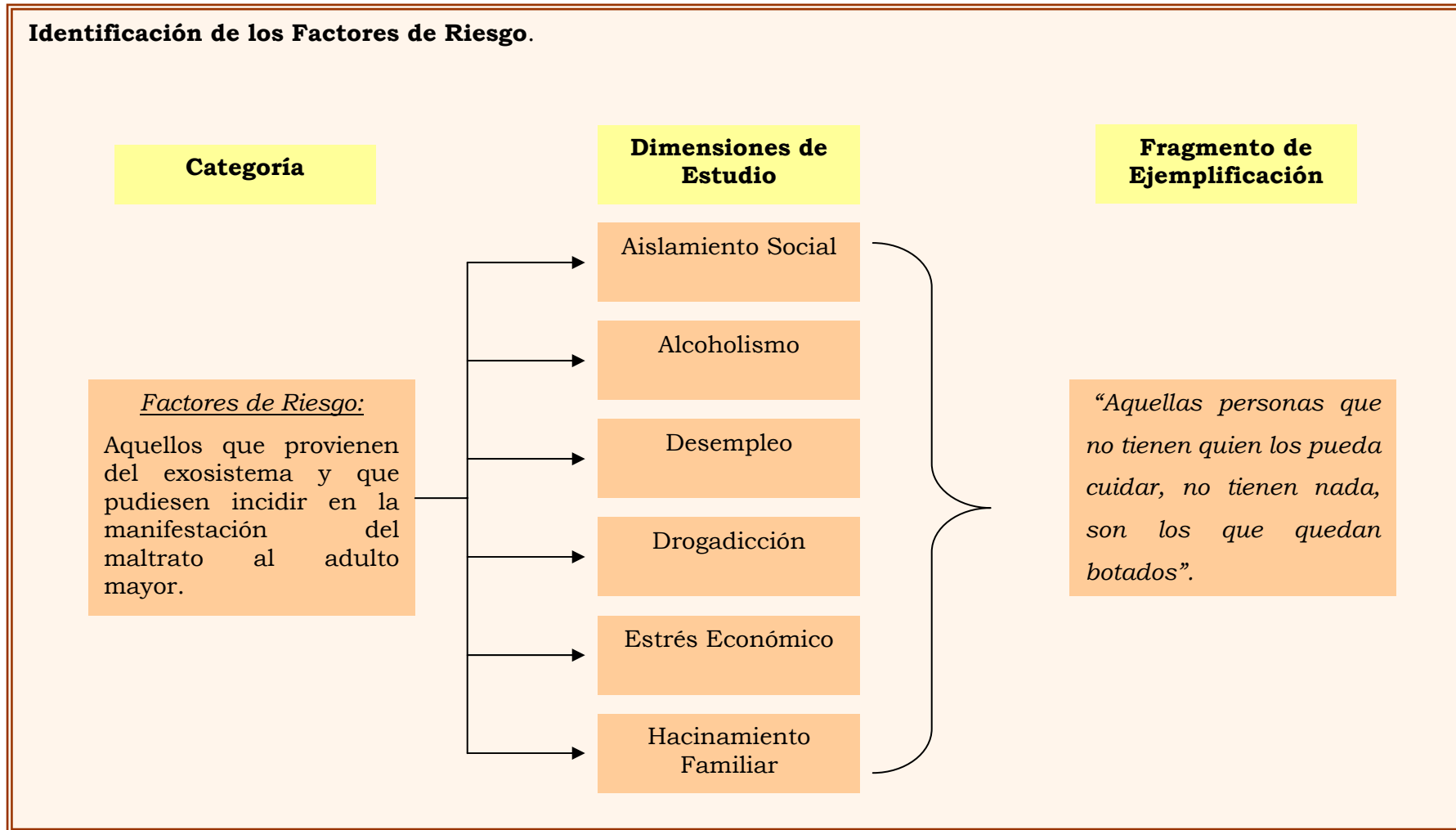
Se clasifica la muestra como probabilística escogiendo a los sujetos de estudios por medio de un muestreo por conglomerado, ya que se ignora la real dimensión de la problemática a investigar así como quiénes presentan antecedentes de maltrato.

C. Técnicas de Recolección de Datos

- ✓ Cuestionarios
- ✓ Entrevistas semiestructurada
- ✓ Entrevistas formales
- ✓ Focus Group
- ✓ Observación Simple
- ✓ Recopilación de Antecedentes Institucionales

VII. Categorías de Investigación.





VIII. Operacionalización de Variables.

➤ Objetivo General N° 1:

“Conocer la percepción de los sujetos de estudio respecto a la problemática social de maltrato al adulto mayor”.

• **Objetivos Específicos:**

1.1 Determinar aquellas formas de abuso y/o abandono que reconoce la persona como maltrato.

1.2 Determinar aquellas formas de abuso y/o abandono que no reconoce la persona como maltrato.

<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Subdimensión</i>	<i>Indicador</i>	<i>Subindicador</i>	<i>Valor</i>
<u><i>Tipos de maltrato al adulto mayor reconocidos:</i></u> Aquellas formas violentas y estigmatizadoras que la persona adulto mayor perciben o consideran como malos tratos.	Violencia Familiar	1. Abusos, conductas violentas indebidas, excesivas o injustas por parte de terceros hacia el adulto mayor.	1. Físicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amarrar ▪ Empujones ▪ Golpes ▪ Mordeduras ▪ Punzadas ▪ Quemaduras ▪ Tirones ▪ Torceduras ▪ Zamarrones 	*Sí *No
			2. Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amenazas ▪ Descalificaciones ▪ Gritos 	*Sí *No

				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humillaciones ▪ Insultos ▪ Indiferencias ▪ Intimidaciones 	
			3. Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimulaciones ▪ Exhibiciones ▪ Masturbaciones ▪ Penetraciones 	*Sí *No
			4. Económico/Patrimonial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Delegación por engaño o a la fuerza de los Bienes ▪ Hurto de los Bienes ▪ Posesiones sin Consentimiento de Bienes ▪ Posesiones por Obligación de Bienes ▪ Retención de Bienes 	*Sí *No
			5. Medicamentosos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobremedicamentación ▪ Retención de medicamentos 	*Sí *No

			6. Testigos de Violencia		*Sí *No
		2. Abandono o descuidos por comisión u omisión.	<ul style="list-style-type: none"> • Físicas (En adultos mayores semivalentes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de asistencia para alimentarse ▪ Falta de asistencia para la higiene personal ▪ Falta de asistencia para deambular y recrearse ▪ Falta de asistencia para acudir a controles médicos ▪ Falta de asistencia para medicamentarse 	*Sí *No
			<ul style="list-style-type: none"> • Afectivas/Emocionales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de Afecto ▪ Falta de Protección ▪ Falta de Valoración 	*Sí *No
			<ul style="list-style-type: none"> • Económico/Patrimonial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de apoyo financiero para subsistencia ▪ Falta de apoyo material para subsistencia ▪ Hacinamiento 	*Sí *No

				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Institucionalización 	
	Maltrato Estructural y Social	1. Mantención de Creencias y Valores Culturales	<ul style="list-style-type: none"> • Estereotipos Negativos 		*Sí *No
			<ul style="list-style-type: none"> • Prejuicios Confusos 		*Sí *No
		2. Asignación de Roles Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Función en la Familia y Sociedad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No Productivos ▪ Dependientes 	*Sí *No
		3. Marginaciones en Instituciones, Servicios y Organizaciones Sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Institucionalización • Discriminación hacia la persona adulto mayor. • Falta de respuestas oportunas y satisfactorias. • Victimización secundaria. 		*Sí *No

			<ul style="list-style-type: none">• Inadecuadas formas de trato a la persona adulto mayor.• Insuficiencia de actividades recreativas para el adulto mayor.		
--	--	--	---	--	--

1.3 Identificar antecedentes o experiencias de situaciones de maltrato en los sujetos de estudios.

Variable	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Subindicador	Valor
<p><u>Antecedentes de Maltrato:</u> Son aquellas experiencias en que la persona adulto mayor ha vivido una o frecuentes situaciones de abusos y/o abandono por parte de terceros, en momentos anteriores a la jubilación.</p>	Escolar	Maltrato Infantil	1. Abusos, conductas violentas indebidas, excesivas o injustas por parte de terceros hacia el adulto mayor.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Físicas ▪ Psicológicas ▪ Sexuales ▪ Medicamentosos ▪ Testigos de Violencia 	*Sí= una o más *No= ninguna
			2. Abandono o descuidos por acción u omisión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Físicas ▪ Afectivas/Emocionales ▪ Económicas/Materiales 	*Sí= una o más *No= ninguna
	Matrimonial	Violencia Conyugal	1. Abusos, conductas violentas indebidas, excesivas o injustas por parte del cónyuge hacia el adulto mayor y cruzada.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Físicas ▪ Psicológicas ▪ Sexuales ▪ Medicamentosos ▪ Ejecutor de violencia ▪ Testigos de Violencia 	*Sí= una o más *No= ninguna

			<p>2. Abandono o descuidos por acción u omisión</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Físicas ▪ Afectivas/Emocionales ▪ Económicas/Materiales 	<p>*Sí= una o más *No= ninguna</p>
--	--	--	---	---	--

1.4 Identificar formas de solución posibles ante la problemática social de maltrato al adulto mayor por parte de los sujetos de estudio.

Variable	Dimensión	Indicador	Valor
<p><i>Formas de Solución:</i> Todos aquellos métodos para atender y prevenir el maltrato al adulto mayor de acuerdo a la opinión de los sujetos de estudio</p>	1. Métodos de Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Con la Víctima • Con el Agresor • Con la Familia 	*Mencione Cuáles
	2. Métodos de Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Con la Familia • Con la Comunidad 	*Mencione Cuáles

➤ Objetivo General N° 2:

“Conocer la prevalencia y formas de maltrato hacia el adulto mayor desde la perspectiva ecológica del desarrollo humano a través de los sujetos de estudios”.

• Objetivos Específicos:

2.1 Identificar aquellos indicadores prevalentes de maltrato hacia el adulto mayor que derivan de la convivencia familiar.

Variables	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Subindicador	Valor
<p><u>Violencia Familiar:</u> Son todas las formas de abuso y negligencia que se originan en las relaciones entre los miembros de una familia, en particular hacia el adulto</p>	<p>Formas Activas</p>	<p>1. Abusos, conductas violentas indebidas, excesivas o injustas por parte de terceros hacia el adulto mayor.</p>	<p>• Físicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amarrar ▪ Empujones ▪ Golpes ▪ Mordeduras ▪ Punzadas ▪ Quemaduras ▪ Tirones ▪ Torceduras ▪ Zamarrones 	<p>Frecuentemente</p> <p>A veces</p> <p>Nunca</p>
			<p>• Psicológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amenazas ▪ Descalificaciones ▪ Gritos ▪ Humillaciones ▪ Insultos 	<p>Frecuentemente</p> <p>A veces</p> <p>Nunca</p>

mayor.				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indiferencias ▪ Intimidaciones 	
			<ul style="list-style-type: none"> • Sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimulaciones ▪ Exhibiciones ▪ Masturbaciones ▪ Penetraciones 	<p>Frecuentemente</p> <p>A veces</p> <p>Nunca</p>
			<ul style="list-style-type: none"> • Económicas/Patrimoniales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Delegación por engaño o a la fuerza de los Bienes ▪ Hurto de los Bienes ▪ Posesiones sin Consentimiento de Bienes ▪ Posesiones por Obligación de Bienes ▪ Retención de Bienes 	<p>Frecuentemente</p> <p>A veces</p> <p>Nunca</p>
			<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentosos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobremedicamentación ▪ Retención de medicamentos 	<p>Frecuentemente</p> <p>A veces</p> <p>Nunca</p>
	Formas Pasivas	2. Abandono o negligencias por comisión u	<ul style="list-style-type: none"> • Físicas (en adultos mayores semivalentes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de asistencia para alimentarse ▪ Falta de asistencia para la 	<p>Frecuentemente</p> <p>A veces</p> <p>Nunca</p>

		omisión		<p>higiene personal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de asistencia para deambular y recrearse ▪ Falta de asistencia para acudir a controles médicos ▪ Falta de asistencia para medicamentarse 	
			• Afectivas/Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de Afecto ▪ Falta de Protección ▪ Falta de Valoración 	<p>Frecuentemente</p> <p>A veces</p> <p>Nunca</p>
			• Económicas/Materiales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de apoyo financiero para subsistencia ▪ Falta de apoyo material para subsistencia ▪ Hacinamiento ▪ Institucionalización 	<p>Frecuentemente</p> <p>A veces</p> <p>Nunca</p>

2.2 Caracterizar los principales agresores que cometen el maltrato hacia el adulto mayor.

Variable	Dimensión	Indicador
<p><u>Características del Agresor:</u> Refiérase al grado de parentesco con la víctima, edad, género, nivel de educación, posición en el hogar y actividad u oficio.</p>	1. Grado de Parentesco	<ul style="list-style-type: none"> •Cónyuge •Padre/Madre •Hijo •Nieto •Hermano •Otro Pariente •Amigo •Vecino •Desconocido •Empleado/Cuidador •Otro •Ns/Nc
	2. Edad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuántos años
	3. Género	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femenino ▪ Masculino
	4. Nivel de Educación	<ul style="list-style-type: none"> •Básica Incompleta •Básica Completa •Media Incompleta •Media Completa •Superior Incompleta •Superior Completa •Ninguna •Ns/Nc
	5. Posición en el Hogar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dueño de Casa ▪ Jefe de Hogar ▪ Dependiente ▪ Ninguna
	6. Actividad u Oficio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Señalar Cuál

2.3 Identificar el nivel de conocimiento de los adultos mayores respecto de instituciones de atención y prevención de la violencia familiar.

Variable	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Valor
<p><u>Conocimiento de Redes de Apoyo Social:</u> Refiérase a la identificación y utilización de instituciones, organismos y servicios por parte de los adultos mayores que no y han padecido de algún tipo de maltrato.</p>	1. Reconocimiento de Instituciones Vinculadas con la Problemática	<ul style="list-style-type: none"> • Carabineros • Consultorios de Salud • Colegios • Centro de Atención y Prevención de VIF • Oficina Comunal del Adulto Mayor • Organizaciones Sociales • Juntas de Vecinos • Otras • Ns/Nc 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconoce ▪ No Reconoce 	
	2. Funciones Atribuidas a las Instituciones Vinculadas a la Problemática	<ul style="list-style-type: none"> • Carabineros • Consultorios de Salud • Colegios • Centro de Atención y 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información ▪ Derivación ▪ Orientación ▪ Sanciones ▪ Tratamiento 	*Sí *No

		<p>Prevención de VIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficina Comunal del Adulto Mayor • Organizaciones Sociales • Juntas de Vecinos 		
	<p>3. Uso de las Instituciones de Atención de la Problemática</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carabineros • Consultorios de Salud • Colegios • Centro de Atención y Prevención de VIF • Oficina Comunal del Adulto Mayor • Organizaciones Sociales • Juntas de Vecinos • Otras • Ns/Nc 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usó ▪ No Usó 	
	<p>4. Atención Prestada por</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carabineros 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buena 	

	<p>las Instituciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorios de Salud • Colegios • Centro de Atención y Prevención de VIF • Oficina Comunal del Adulto Mayor • Organizaciones Sociales • Juntas de Vecinos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regular ▪ Mala 	
--	--------------------------	---	---	--

➤ Objetivo General N° 3:

“Caracterizar sociodemográfica, sanitaria y psicosocialmente aquellos adultos mayores que han sido víctimas de alguna forma de maltrato”.

• Objetivos Específicos:

3.1 Describir los principales aspectos sociodemográficos de aquellos adultos mayores maltratados.

Variable	Dimensión	Indicador
<p><u>Antecedentes Sociodemográficos:</u> Condiciones de la población adulto mayor en relación a la edad, género, nivel educacional, estado civil, ingreso económico, fuente de ingreso, posición en el hogar, profesión u oficio, previsión de salud, religión, existencia de hijos, números de habitantes en el hogar.</p>	1. Edad	•60- 65 •65- 70 •70- 75 •75- 80 •80 y más
	2. Género	•Femenino •Masculino
	3. Nivel de Educación	•Básica Incompleta •Básica Completa •Media Incompleta •Media Completa •Superior Incompleta •Superior Completa •Ninguna •Ns/Nc
	4. Estado Civil	•Casado •Soltero •Viudo •Separado •Anulado •Otro
	5. Ingreso Económico	•Menos de 35,000 •35,100- 80,000 •80,100- 150,000 •150,100- 300,000 •300,100 y más
	6. Fuente de Ingreso	•Pensión INP •PASIC •Fuerzas Armadas

		•Pensión AFP •Otro
7.	Posición en el Hogar	•Jefe de Hogar •Dueño de Casa •Dependiente
8.	Profesión u Oficio	•Señalar Cuál
9.	Previsión de Salud	•FONASA A •FONASA B •FONASA C •FONASA D •ISAPRE •NINGUNA
10.	Religión	•Católica •Evangélica •Testigo de Jehová •Adventista •Agnóstico •Otra
11.	Existencia de Hijos	•Sí Cuántos •No
12.	Número de Habitantes	•Cuántos

3.2 Describir los factores sanitarios de aquellos adultos mayores maltratados.

Variables	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Subindicador	Valor
<i>Factores Sanitarios:</i> Sólo aquellas condiciones de salud física de los sujetos de estudio.	Salud Física	1. Prevalencia de Enfermedades	• Cuáles		*Sí *No
		2. Limitaciones en las Funciones Fisiológicas	• Alimentación	▪ Hay que darle de comer	*Sí *No
			• Higiene Personal	▪ Hay que bañarlo ▪ Hay que vestirlo	
			• Necesidades Fisiológicas	▪ Con incontinencias urinarias y/o fecales ▪ Requiere ayuda para ir al baño	
		3. Limitaciones en la Movilidad	• Valente • Semivalente		*Sí *No
4. Riesgo de Caídas	• Con pérdida del equilibrio		*Sí *No		

			<ul style="list-style-type: none">• Con problemas de visión• Con problemas de osteomusculares• Con fracturas producidas por caídas• Con limitaciones podológicas• Otras		
--	--	--	---	--	--

3.3 Describir los aspectos psicosociales de aquellos adultos mayores maltratados.

Variables	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Subindicador	Valor	
<p><u>Antecedentes Psicosociales:</u> Son aquellos aspectos vinculados a las áreas social y psicológica de los sujetos de estudio que participan en organizaciones sociales para el adulto mayor.</p>	Área Social	1. Valoración Social	• Tipo de Ingreso	Voluntario	*Sí	*No
				Por decisión de otros		
			• Sector de Procedencia	Sector 1	*Sí	*No
				Sector 2		
				Sector 3		
				Sector 4		
				Sector 5		
				Sector 6		
				Sector 7		

			<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación Inicial a la Organización • Adaptación Actual a la Organización 	Buena/ Regular/ Mala	
		2. Relaciones Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Con el Cónyuge • Con los Hijos • Con Otros Parientes • Con Grupo de Pares • Con la Red Abierta 	Buena/ Regular/ Mala	
	Área Psicológica	Estados Emocional	1. Se siente satisfecho con su vida	Sí *No	*Sí/ *No= 1 punto:

			2. Han disminuido o abandonado actividades previas	No	*Sí	Normal= 0 a 5 puntos Moderado= 6 a 10 puntos Severo= 11 a 15 puntos
			3. Siente que su vida esta vacía	No	*Sí	
			4. Se siente aburrido frecuentemente	No	*Sí	
			5. Tiene un buen ánimo frecuentemente	Sí	*No	
			6. Esta preocupado o temeroso por algo que va a pasar	No	*Sí	
			7. Se siente feliz frecuentemente	Sí	*No	
			8. Se siente desamparada/o o desvalida/o	No	*Sí	

			9. Prefiere quedarse en casa a salir	No	*Sí	
			10. Siente tener más problema con su memoria que otros de su edad	No	*Sí	
			11. Cree que es maravilloso estar vivo/a	Sí	*No	
			12. Se siente inútil o despreciable	No	*Sí	
			13. Se siente llena/o de energía	Sí	*No	
			14. Se siente sin esperanza ante su actual situación	No	*Sí	
			15. Piensa que las otras personas están mejor.	No	*Sí	



Recibir un trato digno independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valorados, independientemente de su contribución económica.

Declaración de Derechos de las Personas Mayores.

CAPITULO CUATRO
DIAGNOSTICO SOCIAL

Introducción.-

En este capítulo se analiza la información obtenida de 106 adultos mayores que participaron en las actividades de investigación, efectuadas en nueve clubes inscritos en la Oficina Comunal del Adulto Mayor de la comuna de Valparaíso.

Se describen por medio de porcentajes y gráficos los datos que fueron recopilados a través de la aplicación de una encuesta personal, la cual se anexa a este documento, dirigida a medir la situación de la víctima de maltrato, permitiendo de esta manera el análisis cuantitativo del problema social en estudio. Además, se exponen algunas de las opiniones que emitieron los adultos mayores con la implementación de la técnica de grupos focales, frente a temas relacionados con el maltrato estructural y social, incorporando algunas percepciones frente a la eutanasia y el maltrato institucional.

I. Análisis e Interpretación de la Información

A. De los Aspectos Cuantitativos.

1. Prevalencia del Maltrato en los Adultos Mayores.

La prevalencia referida a la “proporción de personas en una población que padece de una determinada condición o enfermedad en un momento específico”¹ es desarrollada en esta investigación, ya que se desconoce los casos de adultos mayores que han sido maltratados anteriormente o aquellos casos que son relativamente nuevos en cuanto a experiencias de abusos y/o negligencias.

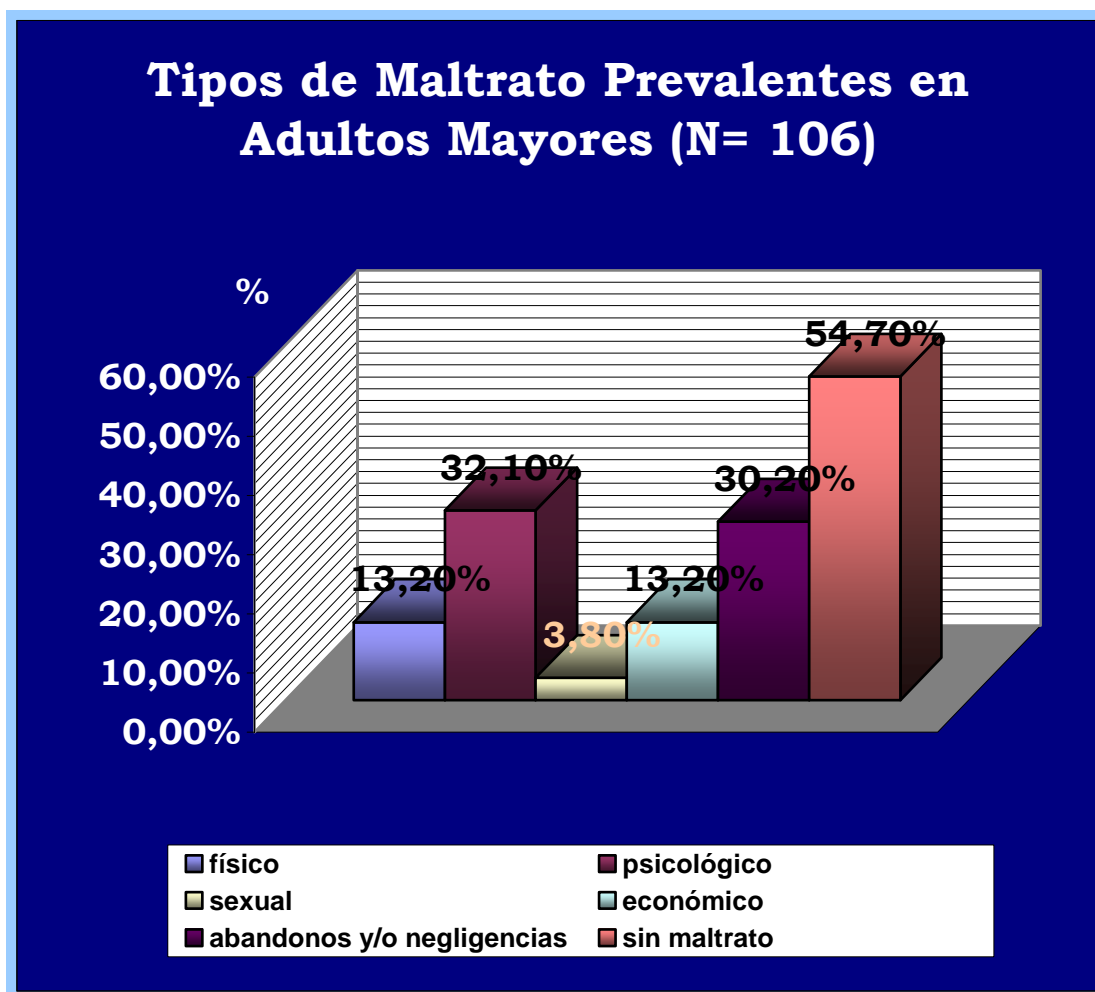
Lo anterior nos permite detectar y abarcar a ambos casos de personas mayores que han o están siendo maltratadas.

De acuerdo a la investigación de un total de 106 personas entrevistadas (100, 0 %), 48 entre ellas mujeres y hombres, han sido o son víctima de maltrato (45, 3%).

En base a la investigación y en relación al total de la población entrevistada, se puede observar que el maltrato psicológico y el abandono alcanzan las mayores proporciones, seguidos por el maltrato físico y el abuso económico (Gráfico de área, Tipos de Maltratos Prevalentes).

Al observar los tipos de maltratos prevalentes en la población adulto mayor que ha experimentado alguno de ellos, se puede constatar que pese a la existencia de mitos que señalan que las personas mayores no son víctimas de abusos sexuales, un importante porcentaje (8, 3%) nos indica que los adultos mayores también son objetos de este flagelo, no siendo menor la alarmante situación de los otros tipos de maltratos que se pueden observar en detalle en el *cuadro N° 1*.

¹ Lowick- Russell, Jenny. Maltrato en la Vejez. Orientaciones generales para su investigación y un estudio local exploratorio. Series de Estudios y Documentos. Centro de Capacitación CEC. Santiago de Chile, 1999.



Cuadro N ° 1

Tipos de Maltrato Prevalentes en Adultos Mayores (N= 48)		
Tipos de Maltrato	Casos	%*
Físico	14	29, 2
Psicológico	34	70, 8
Sexual	4	8, 3
Económico	14	29, 2
Abandonos y/o Negligencias:	32	66, 7
Medicamentosos	4	8, 3
Exclusión y Olvido	28	58, 3

Aunque la población entrevistada correspondía en su mayoría a mujeres adultas mayores, también se constató casos de hombres que registraron algún tipo de maltrato. Como se puede observar en el siguiente gráfico, un porcentaje igual al 10, 0% corresponden a personas maltratadas de género masculino y muy superior a ello, por sobre el 90, 0% al femenino.

* La suma total de los porcentajes no representa el 100, 0% de los 48 casos que presentaron maltrato, sino que lo excede. Esto debido a que las personas registran más de un tipo de maltrato.

Un indicador importante a considerar en los estudios relacionados al maltrato en el adulto mayor corresponde a la edad de las personas mayores víctimas de algún tipo de abuso y/ o abandono.

Cuadro N° 2

Tipos de Maltrato Prevalentes según Tramos de Edad		
(N= 48)		
Tramos de Edades	Casos	%
Menos de 59 años	7	14, 6
Entre 60 y 64 años	7	14, 6
Entre 65 y 69 años	9	18, 8
Entre 70 y 74 años	11	22, 9
Entre 75 y 79 años	6	12, 5
80 y más años	8	16, 7

No es posible hasta el momento establecer un tramo de edad que sea más vulnerable a esta problemática social en nuestro país. Según esta investigación el porcentaje más alto de víctimas que ha experimentado o experimenta algunos de los tipos de maltrato mencionados, se establece en aquellas personas ubicadas entre los 70 y 74 años de edad alcanzando el 22, 9 % del total de víctimas registradas, seguidas de

ubicadas entre los 70 y 74 años de edad alcanzando el 22, 9 % del total de víctimas registradas, seguidas de aquellas personas ubicadas entre los 65 y 69 años de edad (18, 8%), y 80 y más años de edad (16, 7%).

Si bien se registró una mayor concentración en el cuarto tramo de edad, no debemos dejar de observar que el maltrato se extiende en un rango de proporciones similares en los demás grupos de edad, lo que explica que es una problemática social que esta presente en la población adulto mayor en general, sea desde los 55 años y sobre los 80 años de edad.

2. Frecuencia y Tipos de Maltrato en los Adultos Mayores.

En la investigación se pudo constatar la existencia de uno o más tipos de abusos en una persona mayor. En este aspecto se pueden observar en el siguiente cuadro los tipos de maltratos registrados por las personas al momento de realizar la entrevista. La existencia de un alto porcentaje de personas que padecen dos o más tipos de maltratos corrobora los estudios efectuados en la materia, destacándose la correlación entre el maltrato psicológico con el abandono alcanzando el 37, 5% de los casos maltratados, posteriormente la correlación existente entre el maltrato psicológico con el maltrato físico (25, 0%) y el abuso económico y/o patrimonial con el abandono (22, 9%).

Cuadro N° 3

	N	FÍS	PSIC	SEX	ECON	MEDIC	ABAN
FÍSICO	Casos	14	12	2	4	0	6
	%	29, 2	25, 0	4, 7	8, 3	0, 0	12, 5
PSICOLÓGICO	Casos	12	34	3	9	1	18
	%	25, 0	70, 8	6, 3	18, 8	2, 1	37, 5
SEXUAL	Casos	2	3	4	1	0	1
	%	4, 7	6, 3	8, 3	2, 1	0, 0	2, 1
ECONÓMICO	Casos	4	9	1	14	2	11
	%	8, 3	18, 8	2, 1	29, 2	4, 7	22, 9
MEDICAMENTOS	Casos	0	1	0	2	4	3
	%	0, 0	2, 1	0, 0	4, 7	8, 3	6, 3
ABANDONO	Casos	6	18	1	11	3	28
	%	12, 5	37, 5	2, 1	22, 9	6, 3	58, 3

El porcentaje general de casos que registraron más de un tipo de maltrato equivale al 30, 2% del total de personas entrevistadas (N= 106) y del total adultos mayores con maltrato (N= 48), el porcentaje supera el 66, 0%.

a) Frecuencia del Maltrato Físico:

De acuerdo a los indicadores de maltrato manifestados por los adultos mayores y la frecuencia en que estos eran cometidos por el agresor, el 10, 4% de los casos indicó que era frecuente por medio de golpes (3, 4%), empujones y zamarreos. Un porcentaje importante señaló que la agresión física ocurría a veces (45, 8%), nuevamente por medio de empujones (13, 8%) y golpes (6, 9 %).

Cuadro N° 4

Frecuencia del Maltrato Físico en los Adultos Mayores		
(N= 48)		
Frecuencias	Casos	%*
Frecuentemente	5	10, 4
A Veces	22	45, 8
Nunca	34	70, 8

Cabe recordar la gravedad de las agresiones físicas en el cuerpo de la víctima, y pese a que no fue evaluado por el alumno seminarista, algunas personas afirmaban la existencia de fracturas, pérdida de visión, hematomas y del feto productos de las golpizas extremas que le propinaba el agresor. Si bien, se puede medir la frecuencia y los indicadores de maltrato físico, no es menor reiterar que el acto violento no implica únicamente un tipo de maltrato, sino que pueden darse varios tipos de abusos a la vez, constituyendo un ejemplo concreto la correlación entre el maltrato físico y el psicológico registrado en el cuadro N° 3, en donde el 25, 0% de las personas entrevistadas acusa la existencia de una agresión física, insultos e intimidaciones.

Tramos de edades en adultos mayores con maltrato físico

En contraste con la violencia conyugal, el maltrato en el adulto mayor constituye un acto único o reiterado. En las situaciones de las 48 personas que registraron algún tipo de abuso y/o negligencia, 14 correspondían a maltrato físico. De éstas el 35, 7% correspondían a personas ubicadas en el tramo entre 65 y 69 años de edad, seguido por los tramos entre 60 y 64 años, 70 y 74 años, 75 y 79 años, y 80 y más años de edad.

* El total de la suma de los porcentajes supera nuevamente el 100, 0% debido a que algunos adultos mayores han experimentado maltrato físico frecuentemente y/o a veces.

Cuadro N° 5

Prevalencia del Maltrato Físico según Tramos de Edad		
(N= 14)		
Tramos de Edad	Casos	%
Menos de 60 años	1	7, 1
Entre 60 y 64 años	2	14, 3
Entre 65 y 69 años	5	35, 7
Entre 70 y 74 años	2	14, 3
Entre 75 y 79 años	2	14, 3
80 y más años	2	14, 3
Total	14	100, 0

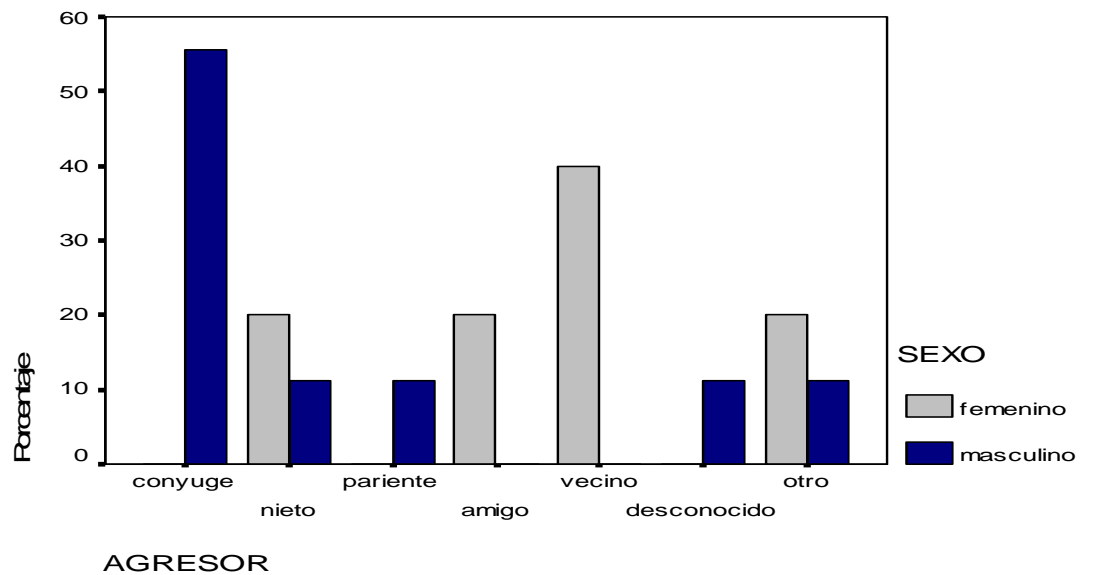
Salvo en los tramos de edad uno y tres, se observa que este tipo de maltrato prevalece en forma parcial en todas las edades.

Además de la frecuencia en que ocurrían los actos de maltrato físico, interesó conocer si dicho abuso se mantenía en la actualidad.



El gráfico de área, nos demuestra que el 85, 7% de los casos no mantiene dicha situación de maltrato contra un 14, 3% que afirma aún padecer de abusos físicos. El bajo porcentaje no excluye la delicada situación en la que se encuentran estas personas que lo experimentan aún.

El que exista un alto porcentaje de personas que ya no padecen de maltrato físico se debe a que el principal agresor de este acto violento es el cónyuge masculino (35, 7%), no es menor indicar que el 54, 2% de las personas son viudas pudiendo explicar el cese de esta acción.

Principales Agresores según Sexo en el Maltrato Físico.

La edad de los agresores fluctúa entre los 30 y 71 años. Esta amplitud se justifica según el agresor que haya violentado físicamente al adulto mayor, destacándose la existencia de personas que no forman parte del núcleo familiar (64, 2%) representado por los nietos (14, 3%), parientes (7, 1%) y vecinos de la víctima (14, 3%).

Al establecer como orden de categoría el sexo del agresor, obtenemos que el 35, 7% correspondan al género femenino y el 64, 3% a agresores masculinos. Estas cifras desmitifican la idea de que el hombre sea el único a quien se atribuya este tipo de acciones.

b) Frecuencia del Maltrato Psicológico:

Las estadísticas nos demuestran la preocupante situación de aquellas personas mayores que son víctimas del maltrato psicológicos. Los gritos (22, 5%), descalificaciones (20, 0%), insultos (15, 0%) e intimidaciones (10, 0%), alcanzan una frecuencia constante del 83, 3% de los casos registrados con algún tipo de maltrato.

Cuadro N° 6

A esto debemos sumar las situaciones de maltrato psicológico que ocurren en ocasiones o una sola vez, representado por la categoría a veces con el 85, 4%. Las formas que adquiere este abuso se orienta a la degradación o control de las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de la persona

Frecuencia del Maltrato Psicológico en los Adultos Mayores		
(N= 48)		
Frecuencias	Casos	%*
Frecuentemente	40	83, 3
A Veces	41	85, 4
Nunca	14	29, 2

mayor que pueden producir perjuicios en su salud psicológica, en la autodeterminación, pérdida del autoestima y en el deterioro de su bienestar².

Tramos de edades en adultos mayores con maltrato psicológico

En la investigación se establece que el tramo de edad más afectado por este tipo de maltrato es aquel que contempla los 70 y 74 años de edad con el 26, 4%, luego los tramos menos de 60 años, entre 65 y 69 años (con el 17, 7% respectivamente), entre 60 y 64 años, entre 75 y 79 años (con el 14, 7% respectivamente) y por último en 80 y más años (8, 8%). Algo muy similar al maltrato físico se puede observar en el psicológico, no existe una tendencia que afecte a determinado grupo de edad, sino que esta presente en cada uno de ellos con una probable tendencia a disminuir en los dos últimos quintiles.

* El total de la suma de los porcentajes supera el 100, 0% debido a que algunos adultos mayores han experimentado maltrato psicológico en forma frecuente y/o a veces.

² Op. Cit. N° 1

Cuadro N° 7

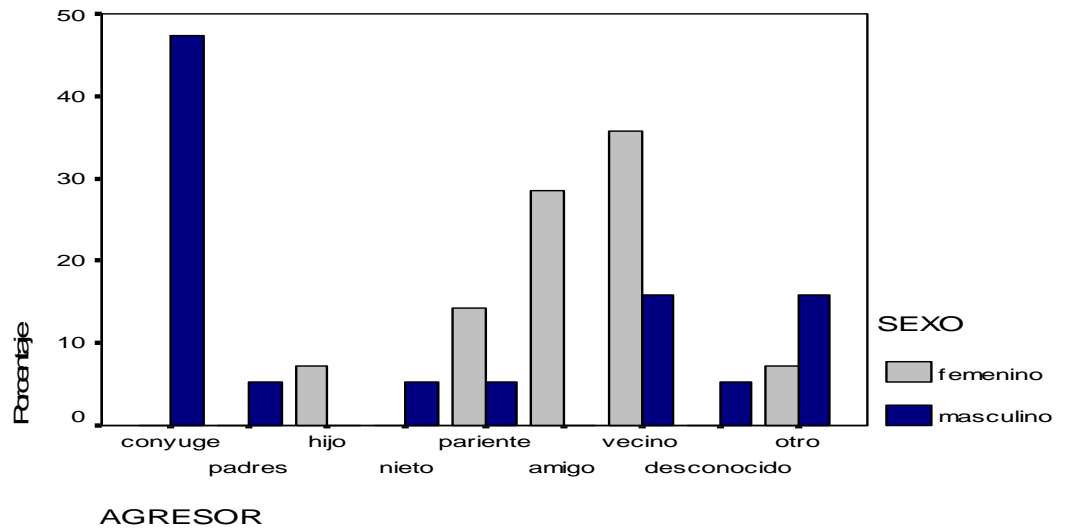
Prevalencia del Maltrato Psicológico según Tramos de Edad		
(N= 34)		
Tramos de Edad	Casos	%
Menos de 60 años	6	17, 7
Entre 60 y 64 años	5	14, 7
Entre 65 y 69 años	6	17, 7
Entre 70 y 74 años	9	26, 4
Entre 75 y 79 años	5	14, 7
80 y más años	3	8, 8
Total	34	100, 0



Al referirnos a la prevalencia actual de esta situación de maltrato, se aprecia un incremento en los porcentajes de personas que afirman continuar

experimentando maltrato psicológico por parte de su agresor. Como demuestra el gráfico, el 41, 2% de las personas que declararon ser víctima de algunas de las formas de este abuso, en la actualidad continúan experimentándolo, constituyendo una cifra alarmante dado que esta forma de ejercicio de la violencia es la que prevalece por sobre los otros tipos de maltrato en la población de adultos mayores entrevistados (32, 1%) y es en conjunto con el abandono una de las más difíciles de detectar.

Principales Agresores según Sexo en el Maltrato Psicológico



Como principal agresor es señalado el cónyuge masculino con el 24, 3% y el vecino con el mismo porcentaje acumulado. Se puede inferir la reiterada aparición del cónyuge, lo que podría significar la continuidad de la violencia conyugal en la relación, extendida hasta la adultez tardía, lo cual será analizado más adelante en el perfil del agresor. El 45, 9% corresponden a familiares de la víctima y el 54, 1% personas externas al núcleo familiar. Esto conlleva a reflexionar sobre el alto porcentaje de personas maltratadas por los propios familiares, en general mujeres adultas mayores que están siendo degradadas por aquellas personas con las que mantiene un lazo afectivo (cónyuge, padres, hijo, nietos, etc.), lo que implica un daño emocional significativo como a su bienestar psíquico.

Por otra parte, se obtiene un importante porcentaje de agresores externos al grupo familiar, lo que contribuye a cuestionar las formas de trato de las personas y de la sociedad en general hacia el adulto mayor.

Las edades de los agresores fluctúan entre los 15 y 80 años de edad, concentrando un mayor porcentaje los 40 años de edad (7 casos equivalente al 25, 9%, definieron la edad del agresor en los 40 años). Mientras que según el sexo del agresor, el 40, 5% corresponde al género femenino y un 59, 5% masculino obtenido de esta muestra.

c) Frecuencia del Abuso Sexual:

Una de las formas de abuso que mayor controversia y confusión genera en los espacios públicos y en profesionales, es el relacionado al

abuso sexual en adultos mayores. El mito “los viejos son asexuados” muy asimilado por la cultura occidental componen uno de los grandes tabúes en el sexo de las personas mayores no sólo en la posibilidad de mantener una sexualidad plena, sino que también de ser víctimas de abusos de este tipo.

Cuadro N° 8

Frecuencia del Abuso Sexual en los Adultos Mayores		
(N= 48)		
Frecuencias	Casos	%*
Frecuentemente	1	2, 1
A Veces	5	10, 4
Nunca	44	91, 6

De los cuatro casos que reportaron haber sido víctimas de alguna forma de abuso sexual, sólo un caso confirmó que estas acciones eran frecuentes por medio de estimulaciones sin su consentimiento por parte del cónyuge masculino.

Una de las dificultades existentes al momento de registrar el abuso sexual, proviene de la percepción del adulto mayor en relación a este tipo de maltrato y del agresor. Las discusiones grupales efectuadas por el alumno seminarista detallan el desconocimiento de algunas personas respecto a lo que se debe considerar abuso sexual aún si este proviene del propio cónyuge.

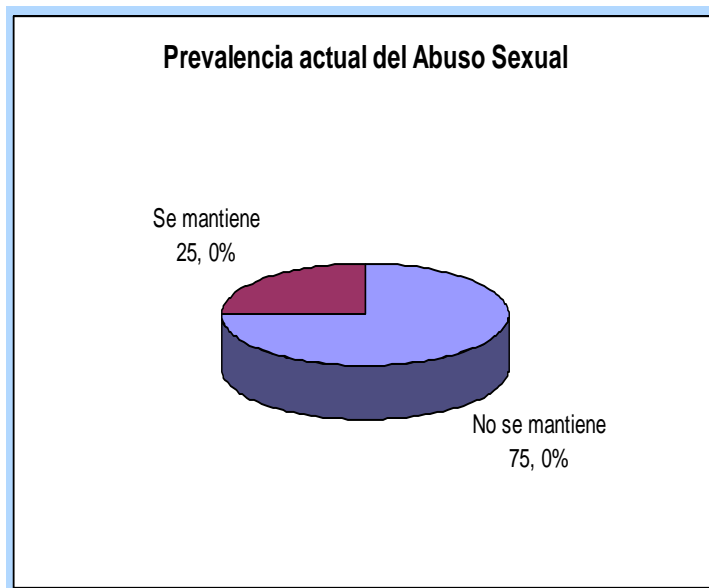
Dentro de la frecuencia “a veces”, el 10, 0% de los adultos mayores abusados sexualmente declaró en la entrevista con el alumno en práctica que estas acciones respondían a estimulaciones sin consentimiento (dos casos), obligaciones a ver el sexo exhibido por el agresor (un caso), masturbaciones sin consentimiento (un caso) y violación (un caso). Esta última situación fue declarada por una mujer adulto mayor de 72 años de edad quien continuaba viviendo bajo dependencia de su cónyuge y por la gravedad de los daños emocionales presentes en el momento de la entrevista, fue derivada al Centro Provincial de Atención y Prevención de la Violencia Familiar en donde cumple con tratamientos psicosociales.

* El total de la suma de los porcentajes supera el 100, 0% debido a que algunos adultos mayores han experimentado abuso sexual en forma frecuente y/o a veces.

Tramos de edades en adultos mayores con abuso sexual**Cuadro N° 9**

Prevalencia del Abuso Sexual según Tramos de Edad		
(N= 4)		
Tramos de Edad	Casos	%
Menos de 60 años	0	0,0
Entre 60 y 64 años	0	0,0
Entre 65 y 69 años	0	0,0
Entre 70 y 74 años	2	50,0
Entre 75 y 79 años	2	50,0
80 y más años	0	0,0

Las edades de las personas agredidas se ubicaron en los tramos de edad entre 70 y 74 años y entre 75 y 79 años con el 50, 0% correspondiente respectivamente.



Al momento de definir si la situación de abuso se mantiene en la actualidad sólo un caso respondió afirmativamente reflejado en el 25, 0% en el gráfico, contra el 75, 0% restante que manifestó no mantener dicha situación.

Los resultados si bien no representan que este tipo de maltrato ocurre únicamente en estos dos tramos de edades por el número de casos registrados, si ayudan a contrastar como se mencionaba anteriormente que los adultos mayores también son víctimas de abusos sexuales y tomando el tema de la sexualidad del adulto mayor se reflexiona al decir de Pszemiarower, “la reprobación social, cuyas raíces llegan hasta la remota infancia de cada uno de nosotros, pone el estigma de la *vergüenza* a la sexualidad de los adultos mayores”.

Respecto al agresor, los tres de los casos que reportaron abuso sexual indicaron como principalmente al cónyuge y sólo uno acusó al vecino ambos del sexo masculino. Nuevamente los índices nos anuncian

probablemente la continuidad de la violencia conyugal en la adultez tardía, lo cual será analizado posteriormente en los antecedentes de maltrato previo a los 55 años en las 48 personas mayores entrevistadas que registraron algún tipo de abuso o negligencia.

d) Frecuencia del Abuso Económico y/o Patrimonial:

Para detectar el abuso económico y/o patrimonial, se utilizaron las experiencias desarrolladas por la asistente social Jenny Lowick- Russell en el estudio exploratorio a mujeres adultos mayores de la comuna de Renca, fijando como criterios para evaluar la posesión de bienes inmuebles e ingresos económicos. En base a ello, se detectaron 14 casos con maltrato económico, de los cuales el 4, 2% señaló que este tipo de abuso era frecuente debido a posesiones sin consentimiento por parte del agresor con el bien inmueble de la víctima, seguido por hurtos ambos con el 50, 0% de los casos. Posteriormente en la frecuencia “a veces” el 73, 3% de las personas reporta haber sido víctima de hurto ya sea bien inmueble como del dinero que portaba y el 26, 7% señaló haber delegado parte de sus bienes bajo engaño a otra persona.

Cuadro N° 10

Frecuencia del Abuso Económico y/o Patrimonial en los Adultos Mayores		
(N= 48)		
Frecuencias	Casos	%*
Frecuentemente	2	4, 2
A Veces	15	31, 3
Nunca	34	70, 8

Este estudio no contempló el análisis cuantitativo de aquellos adultos mayores que sufren de los maltratos económicos provenientes de las instituciones. Al respecto en Missing Voice (OMS- IPEA, 2002) se menciona *“las personas recién jubiladas”* en Brasil *“pueden sufrir privaciones importantes durante esta espera. Luego descubren que el cheque de la pensión normalmente no es suficiente para sobrevivir. Todo esto es maltrato por parte del gobierno”*.

* El total de la suma de los porcentajes supera el 100, 0% debido a que algunos adultos mayores han experimentado maltrato económico en forma frecuente y/o a veces.

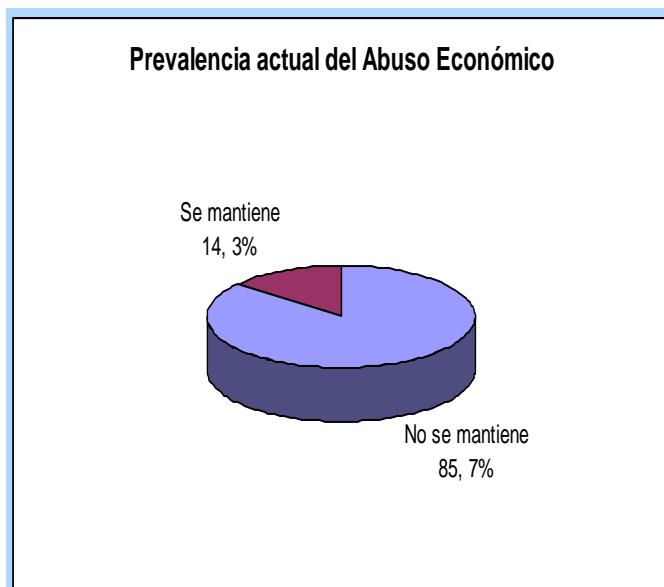
Tramos de edades en adultos mayores con abuso económico y/o patrimonial

Las edades de las personas mayores que manifestaron el maltrato económico y/ o patrimonial se concentró principalmente entre los 70 y 74 años de edad alcanzando el 35, 7% de los casos, seguido por el tramo 80 años y más de edad (28, 9%), y los 65 y 69 años de edad (21, 4%).

Cuadro N° 11

Prevalencia del Abuso Económico o Ptrimonial según Tramos de Edad		
(N= 14)		
Tramos de Edad	Casos	%
Menos de 60 años	1	7, 0
Entre 60 y 64 años	0	0, 0
Entre 65 y 69 años	3	21, 4
Entre 70 y 74 años	5	35, 7
Entre 75 y 79 años	1	7, 0
80 y más años	4	28, 9
Total	14	100, 0

Como se observa en la tabla, se puede establecer que aquellas personas con mayor riesgo a sufrir maltrato económico y/o patrimonial se encuentran desde los 65 años y más, de la misma manera que se estableció en el estudio citado por Jenny Lowick- Russell, lo cual podría ser una aproximación a la realidad de la población adulto mayor en el plano nacional, sin embargo, el estudio es incipiente y no representativo para afirmar dicha situación de abuso en los contextos mencionados. Aún así, no pueden ignorarse las cifras alarmantes de víctimas adultos mayores dueños de sus propiedades o que retiran su pensión, les sean arrebatadas por un tercero, logrando producir un menoscabo del bienestar social en la persona mayor.

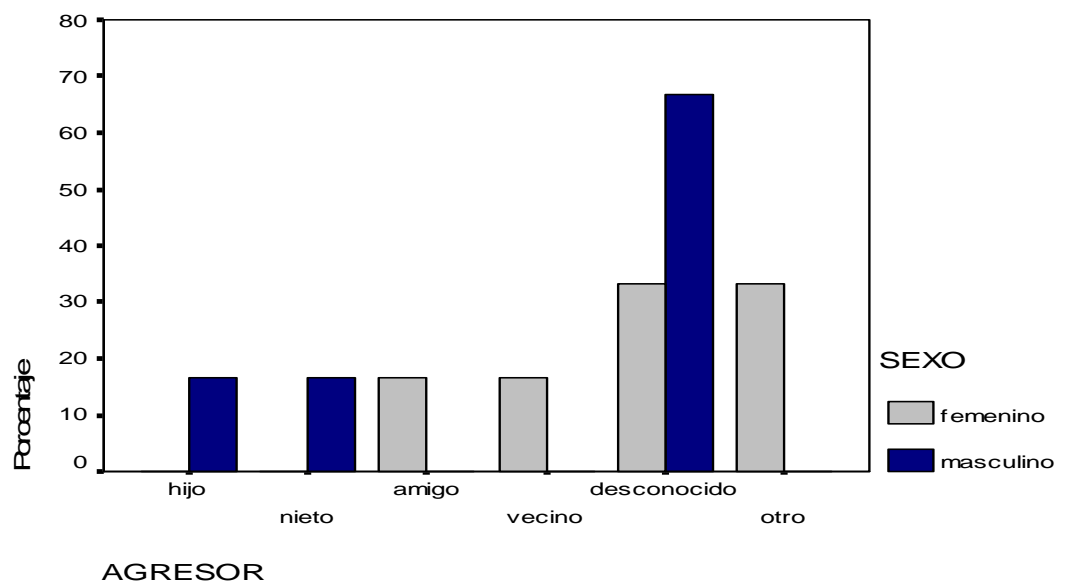


El 14, 3% de los casos señaló que la situación de maltrato económico aún prevalece en la actualidad, contra el 85, 7% que manifestó lo contrario. Aquellos casos que mantenían la situación se debía a conflictos por

parte de terceros en la propiedad de la persona mayor. Las experiencias realizadas en las prácticas profesionales desarrolladas por el alumno de Trabajo Social, en el Consultorio Jurídico de la Universidad de Valparaíso, contribuyen a establecer que este tipo de situaciones son

mucho más comunes, las personas afectadas son generalmente adultos mayores y los agresores sus hijos o desconocidos. Otro indicador de este tipo de maltrato, son las delegaciones del bien por engaño. Se registraron testimonios de algunos adultos mayores que traspasaban parte de sus ahorros financieros para la causal de un familiar o una persona conocida en términos de “préstamos”, con la esperanza de devolución de las cantidades facilitadas, lo que finalmente no ocurría. Uno de estos casos se trataba de una mujer adulto mayor de 70 años de edad, socia del Club Flores al Atardecer. Afirmó haber prestado a su nieto más de cuatro millones de pesos para la creación de un local para el expendio de bebidas alcohólicas con el compromiso de devolución del dinero prestado. Posteriormente, el nieto cerró el local y se trasladó a Santiago sin haber devuelto a la fecha el dinero facilitado por su abuela. Las consecuencias de este abuso en el caso quedan registradas en el propio testimonio ante el alumno seminarista: *“Estoy confundida, dolida y con rabia. Es mi nieto a quien confié ese dinero. Vivo en una situación económica difícil. ¿Tengo qué demandar a mi nieto?”*

Principales Agresores según Sexo en el Maltrato Económico y/o Patrimonial



Los agresores que mayormente ejercen este tipo de maltrato son desconocidos, es decir, personas que no tienen ninguna relación con la víctima (46, 7%). Posteriormente, en la categoría “otro” se mencionan instituciones comerciales y cajas de compensación (26, 7%); los vendedores que representan dichas entidades utilizando la buena disposición de estos clientes, los convencen para poder afiliarlos a sus respectivas instituciones según afirmaban algunos adultos mayores que se habían envuelto en esta situación engañosa, reflexionando

posteriormente el error que habían cometido. En conjunto, aquellos agresores que no pertenecen al grupo familiar de la víctima superan el 85, 0%, en contra de 13, 4% que representan a los hijos y nietos.

El sexo del agresor arrojó como resultado un 50, 0% correspondía al género masculino y femenino respectivamente. Esto señala que tanto hombres y mujeres pueden ejecutar este abuso en contra de un adulto mayor oscilando las edades entre los 22 y 47 años, un rango de edad en donde se clasifica la población joven y productiva de nuestro país. Esto nos hace reflexionar en los conflictos intergeneracionales, imagen y vulnerabilidad del adulto mayor a analizar posteriormente.

e) Frecuencia del Abandono y/o Negligencia:

Por mucho tiempo esta forma de maltrato se ha referido a personas en situación de dependencia, sin embargo, actualmente comprende también aquellas personas mayores autónomas. Si bien el universo de adultos mayores correspondían en su totalidad a personas autónomas, se consideraron dos indicadores específicos para investigar el abandono y/o negligencia: aquellos de tipos medicamentoso y aquellos de abandono por parte de la familia.

Medicamentosos.-

Se detectó cuatro casos que presentaban maltrato medicamentoso, dos de los cuales afirmaban padecer de retención de los medicamentos en forma frecuente, mientras que los restantes casos acusan de sobremedicamentación una vez, lo que se representa en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 12

Frecuencia del Abuso Medicamentoso en los Adultos Mayores		
(N= 48)		
Frecuencias	Casos	%*
Frecuentemente	2	4, 2
A Veces	2	4, 2
Nunca	44	91, 7

* El total de la suma de los porcentajes supera el 100, 0% debido a que algunos adultos mayores han experimentado más de un tipo de negligencias en forma frecuente y/ o a veces.

Las edades de las personas adultos mayores que reportaron abuso medicamentoso, se ubican en los quintiles 3 y 6, con una prevalencia del 50, 0% en la actualidad. Los porcentajes mencionados anteriormente en la prevalencia del abuso medicamentoso, se deben principalmente a que uno de los principales agresores se trata de los Centros de Salud.

Prevalencia del Abuso Medicamentoso según Tramos de Edad		
(N= 4)		
Tramos de Edad	Casos	%
Menos de 60 años	0	0, 0
Entre 60 y 64 años	0	0, 0
Entre 65 y 69 años	2	50, 0
Entre 70 y 74 años	0	0, 0
Entre 75 y 79 años	0	0, 0
80 y más años	2	50, 0
Total	4	100, 0

Muchos de las personas mayores en la actividad de discusión grupal para la investigación cualitativa señalaron la discriminación e inadecuada atención del personal de salud. En el caso representado por el gráfico según el sexo, dos casos reportaron que el agresor corresponde a un profesional del área de la salud, quien no les entrega las recetas médicas en la fecha correspondiente, ya que supuestamente están agotadas, debiéndolas adquirir en forma particular. Otros dos casos, mencionaron como a agresor la amiga, quien suministraba o recomendaba algunos tranquilizantes que alteraban el sistema psicomotriz de la persona con molestias estomacales. Sin embargo, cabe señalar que no existe una intención de producir un daño por parte de este tercero, sino más bien, un desconocimiento respecto del problema que produce este maltrato.

Abandono del Adulto Mayor

El abandono, el olvido de la persona mayor por parte de los hijos, los nietos, familiares e instituciones resultan ser una de las formas de maltrato y exclusión social predominantes en nuestra sociedad, y que pese a la existencia de esta realidad cotidiana, no es considerada en la discusión de políticas sociales y regularizaciones legislativas eficientes, que atiendan y prevengan esta situación en el adulto mayor.

Cuadro N° 14

Frecuencia del Abandono en los Adultos Mayores		
(N= 48)		
Frecuencias	Casos	%*
Frecuentemente	35	72, 9
A Veces	20	41, 7
Nunca	20	41, 7

Los resultados de esta investigación demuestran que el 72, 9% de los casos que señalaron ser víctimas de algún tipo de maltrato, sufrían de la falta de afecto (37, 1%), de valoración y reconocimiento como persona (28, 6%), falta de protección y seguridad (20, 0%), existencia de hacinamiento (11, 4%) y de asistencia para alimentarse (2, 9%) en forma frecuente, contra un 41, 7% de los casos que señalaron padecer a veces dicha situación y nunca respectivamente.

Para poder calificar una situación como abandono, se preguntaba a la persona de parte de quién provenía o sentía el abandono y la relación que mantenía en el momento con determinada persona, ya que en algunas situaciones por ejemplo, se debían a los denominados “*sentimientos de pérdida*” producto del cónyuge fallecido; el hijo que se encontraba trabajando en el extranjero o los deseos de retornar con la familia de origen, lo cual no se encuentra dentro de la clasificación de abandono u olvido de la persona mayor.

Tramos de edades en adultos mayores con abandono.

Las estadísticas arrojaron como tramo de edad con mayor porcentaje de abandono el quintil entre 70 y 74 años de edad con el 25, 0% de los casos, seguido por el quintil entre 65 y 69 años de edad con el 21, 4%, los quintiles 1, 2 y 6 con el 14, 3%, y por último el tramo entre 75 y 79 años de edad con el 10, 7% de los casos con abandono.

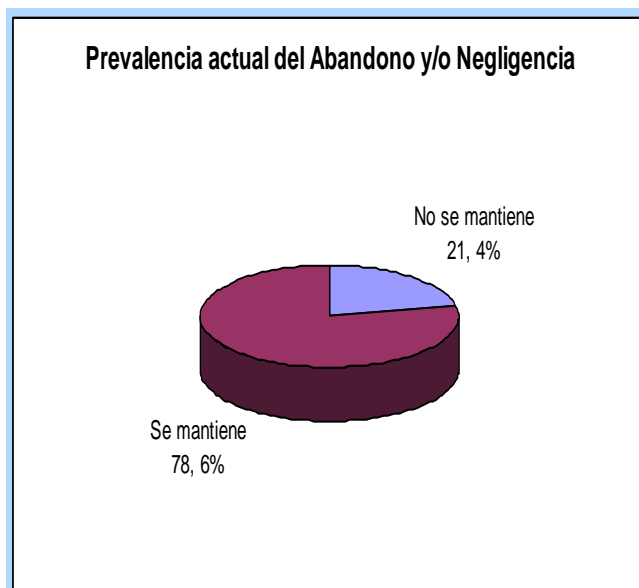
Es preocupante observar los porcentajes en cada tramo de edad de adultos mayores que presentan abandono. El cómo una persona se desenvolverá en el entorno social depende de las relaciones interpersonales y de la comunicación que esta posee con las demás

* El total de la suma de los porcentajes supera el 100, 0% debido a que algunos adultos mayores han experimentado abandono en forma frecuente y/o a veces.

personas. Cuando son los propios familiares los que privan del afecto, la comunicación y la protección a los adultos mayores, particularmente de los hijos hacia los padres, las consecuencias psicosociales derivan a la pérdida del autoestima, el aislamiento social e incluso el autoflagelo, tan siniestro como pudiese ser por las causales del maltrato físico, sexual o psicológico.

Cuadro N° 15

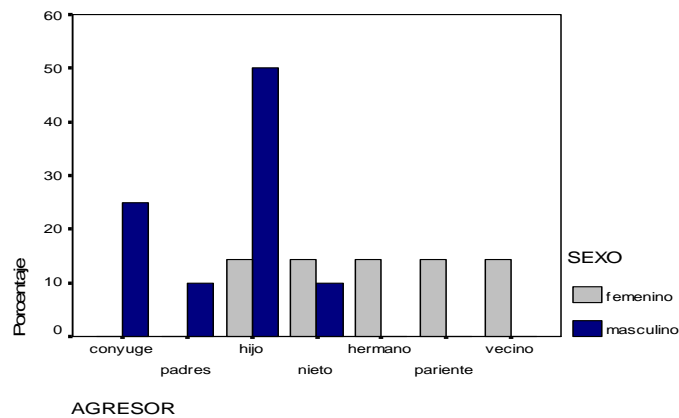
Prevalencia del Abandono según Tramos de Edad (N=28)		
Tipos de Maltrato	Casos	%
Menos de 60 años	4	14,3
Entre 60 y 64 años	4	14,3
Entre 65 y 69 años	6	21,4
Entre 70 y 74 años	7	25,0
Entre 75 y 79 años	3	10,7
80 y más años	4	14,3
Total	28	100,0



Cuando observamos el gráfico de prevalencia actual del abandono podemos ver que en contraste con los demás tipos de maltrato, el abandono se mantiene en un 78,6% de los casos. Son personas que viven en constante olvido por parte de sus familiares.

Por primera vez se observa un alto porcentaje en los hijos de la persona mayor (44,0%), seguido por el cónyuge (20,0%), los padres (12,0%), los nietos (12,0%), los hermanos, otro pariente y el vecino (4,0% respectivamente). Como se anticipaba, son los familiares directos y parientes de la persona mayor los principales protagonistas del abandono en el adulto mayor (96,0%).

Principales Agresores según Sexo en el Abandono



Respecto al género de los agresores, el 71, 4% corresponden al sexo masculino y el 25, 0% femenino. La diferencia del 3, 6 % corresponde a más de un agresor sin poder clasificar sexo.

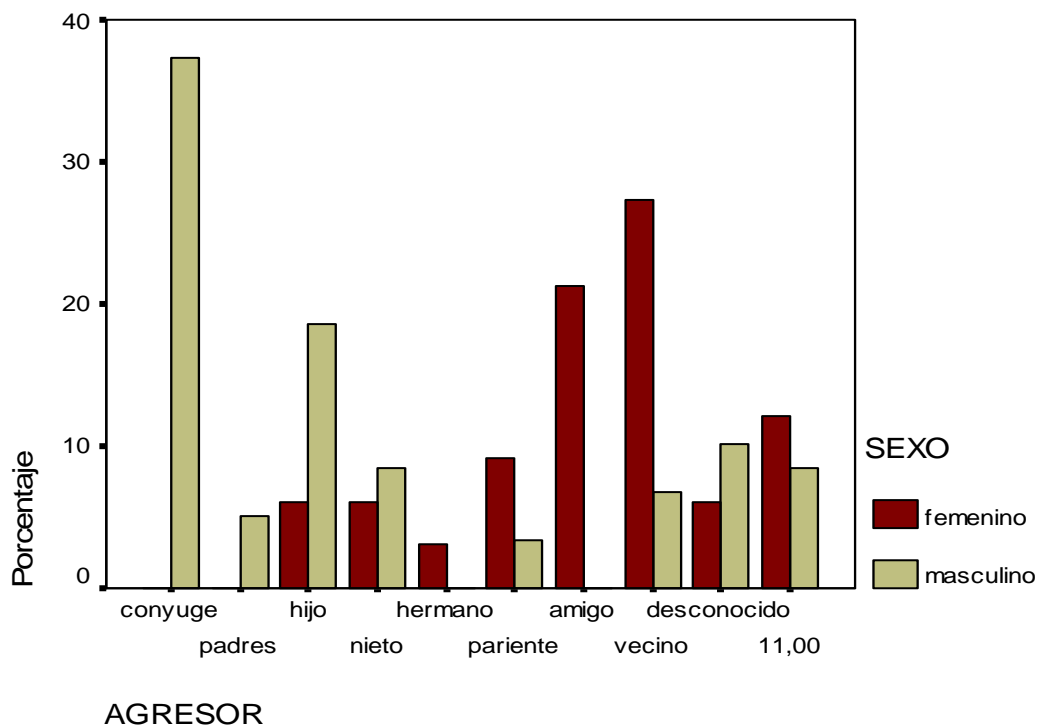
3. Perfil del Agresor.

De acuerdo a las 48/106 personas mayores que registraron algún tipo de maltrato, el total de agresores ingresados alcanzó un total de 102 y sólo cuatro fueron omitidos, es decir, que la persona al momento de la entrevista no dio a conocer al agresor del abuso. Para describir el perfil del agresor se utilizaron como criterios la identificación de éste, si se trata de un familiar o alguien externo al grupo familiar; el sexo; la edad; los niveles de estudios en caso que la persona fuese un conocido del adulto mayor y; la relación y/o posición que ocupa en el hogar de la víctima.

El principal agresor reportado, acusa al cónyuge con el 22, 2% de los casos en su totalidad del sexo masculino; el vecino con el 14, 1 % en donde el 71, 4% corresponde al sexo femenino en contra del 28, 6% masculino, así mismo, en "otro" ingresaban profesionales, funcionarios públicos, etc., alcanzando nuevamente un alto porcentaje el sexo femenino con un 53, 8% y el 46, 2% el masculino; los hijos ocuparon una cuarta posición con un porcentaje del 13, 1%, desglosándose en el 75, 0% para el hijo hombre y el 25, 0% para la hija; las ultimas posiciones (menos de 10 casos), fueron para las personas desconocidas con el 9, 1%, el nieto con un 8, 1% y los amigos , otro pariente como nueras, yernos, tíos, con el 6, 1%, los padres con el 4, 0% y el hermano con un 1, 0%.

Cuadro N°16

Principales Agresores dividido por Sexo en Porcentajes				
Agresores	Casos (N= 102)	Femenino %	Masculino %	Total
Cónyuge	22	0, 0	100, 0	100, 0
Padres	4	0, 0	100, 0	100, 0
Hijos	16	25, 0	75, 0	100, 0
Nietos	8	25, 0	75, 0	100, 0
Hermanos	1	100, 0	0, 0	100, 0
Otro Pariente	6	50, 0	50, 0	100, 0
Amigos	8	87, 5	12, 5	100, 0
Vecinos	14	71, 4	28, 6	100, 0
Cuidador	0	--	--	--
Desconocidos	9	33, 3	66, 7	100, 0
Otros	13	53, 8	46, 2	100, 0
Omitido	1	--	--	--
Total	102			

Gráfico de Barras Principales Agresores según Sexo

Los datos estadísticos anteriores establecen que un 55, 9% de los agresores registrados por las personas mayores en las entrevistas efectuadas corresponden a familiares y el 44, 1% restante a personas externas del grupo familiar de la víctima. A su vez, del porcentaje de agresores familiares, el 17, 5% es del sexo femenino y el 82, 5% masculino. Esto nos indica la fuerte presencia de la figura masculina en los actos de violencia hacia el adulto mayor, representado por el cónyuge, los hijos y nietos, en contraposición con las estadísticas de género efectuada en aquellos agresores externos al grupo familiar de la víctima que arroja como resultado una fuerte presencia femenina 62, 2%, por sobre la masculina que alcanza los 37, 8% de los casos.

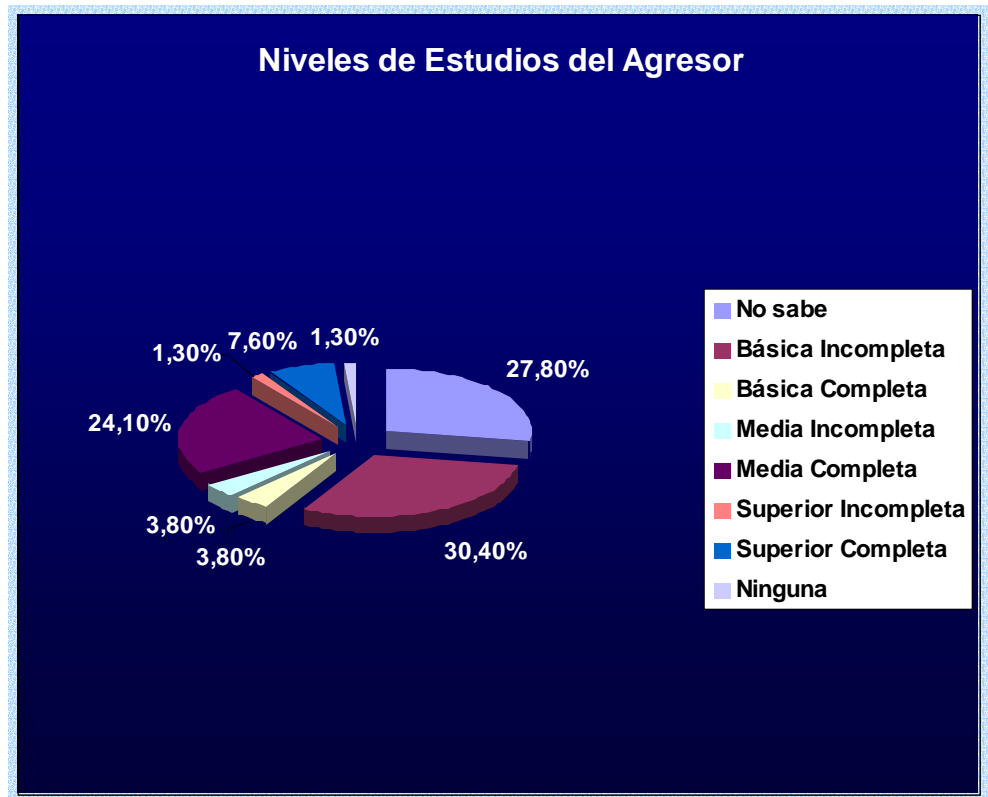
El maltrato hacia a la mujer en las últimas décadas al igual que el abuso hacia los niños han sido temas de bastante discusión y análisis como problemática social. Hemos observado un alto índice de cónyuges masculinos que maltratan a la mujer adulto mayor, por lo que es necesario reflexionar acerca de la *violencia conyugal*, como una de las situaciones más frecuente de la violencia intrafamiliar. ¿Por qué esta forma de expresión de la violencia se mantiene aún en la adultez tardía?

Este tipo de violencia se caracteriza por la existencia de un ciclo compuesto por tres fases: una primera fase de acumulación de tensiones, una segunda fase denominada episodio agudo en donde estalla las agresiones y una tercera fase denominada “luna de miel”. Al decir de Corsi, *con las variaciones culturales obvias, este ciclo y esta escalada de violencia conyugal se dan en todas las latitudes, en todas las clases sociales, en personas de distintos niveles educativos. La única forma de cortar el ciclo y la escalada de violencia es a través de la intervención externa.* Esta necesidad de intervención de un agente externo se fundamenta, por la existencia de mitos en nuestra sociedad que hacen que la violencia conyugal y en particular, el maltrato al adulto mayor se mantenga en la esfera privada.

Recordemos que muchas de las personas mayores que registraron haber sufrido de maltrato actualmente no lo han vuelto a experimentar y unas de las principales razones es el fallecimiento del cónyuge, pero otras que aún viven bajo esta situación constante de violencia y como veremos más adelante en el perfil de la víctima, no han solicitado nunca una ayuda externa, esperando que la situación pueda cambiar por sí sola.

Retornando al análisis del perfil del agresor, la edad de los agresores fluctuó entre los 15 a los 80 años de edad, concentrándose mayormente en los tramos de edad entre 40 y 44 años (11, 7%), entre los 55 y 59 (11, 2%) y entre los 70 y 74 años (7, 8%), lo que podría indicar que retrata a una población relativamente mayor, con una relación conyugal y parental establecida.

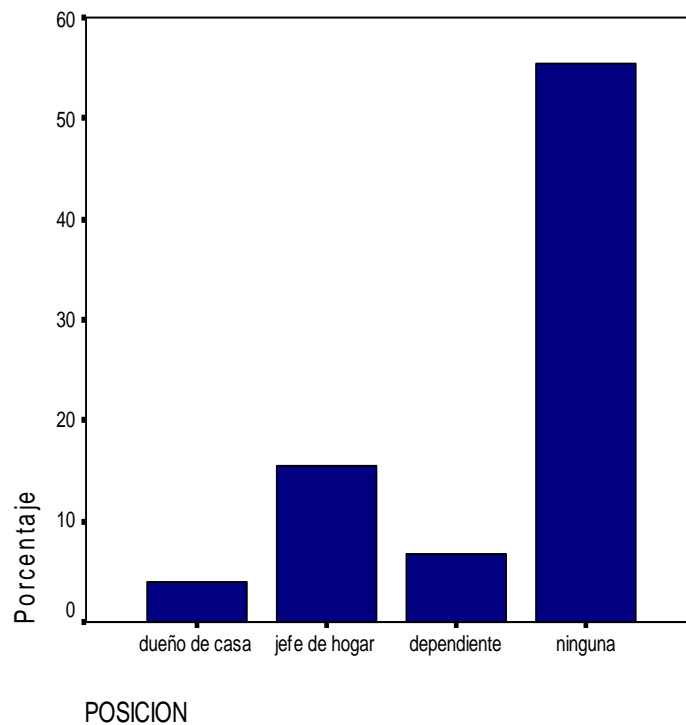
Al analizar los niveles de estudios de los agresores de acuerdo a los conocimientos de la persona mayor en el momento de la entrevista se obtuvieron los siguientes resultados:



Si bien existe un 27, 8% de personas que no sabe los niveles educacionales del agresor, esto se explica por la existencia de agresores externos al grupo familiar de la víctima, en donde obviamente el adulto mayor no maneja los datos de determinada persona. Por el contrario, es posible señalar que el maltrato o los actos de violencia hacia los adultos mayores no son producidos por personas analfabetas o que no poseen absolutamente ningún grado educación formal, como podemos apreciar en el indicador “ninguna” que apenas alcanza el 1, 3%. La mayor proporción se concentra en la básica incompleta con el 30, 4% y la media completa con el 24, 1%. No deja de llamar la atención, el nivel de educación superior completa con el 7, 6%, en donde encontramos a la población profesional de nuestra sociedad. Esto nos señala que las acciones de maltrato son asimilados en la dinámica familiar y los modelos de resolución de conflictos que van aprendiendo las personas en dicha interacción interpersonal, los cuales se conservan y pasan a constituir la personalidad de la persona, aún si éste llegase a alcanzar niveles superiores de preparación y educación formal.

Un último aspecto que debe incorporarse es la posición que ocupa el agresor en el hogar de la víctima. El gráfico nos señala que un 67, 9% no vive con la persona mayor, es decir no ocupa ninguna posición en el hogar, contra un 26, 1% que convive e interactúa constantemente con la víctima.

Porcentajes de la posición del agresor en el hogar de la víctima



Del porcentaje anterior se desglosa un 19,0% corresponde a la posición “jefe de hogar” que representa a la persona que posee el poder económico en el hogar, seguido por aquellos que son “dependientes” con un 8,3%, es decir, que no contribuyen a satisfacer las necesidades del hogar y viven a

expensas de los demás miembros de la familia y el “dueño de casa” con el 4,8% representado por aquel que mantiene la organización del hogar.

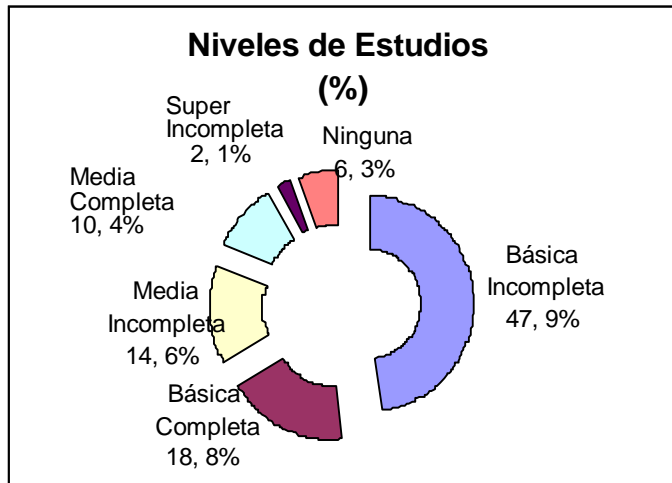
4. Perfil de la Víctima.

Se utilizaron como criterios para definir el perfil de la víctima, las características sociodemográficas, sanitarias y psicosociales, incluyendo además los antecedentes de maltrato en la infancia como durante el matrimonio y si alguna vez han solicitado ayuda para atender la situación de maltrato experimentada. Debemos reiterar, que a continuación conoceremos sólo a las personas mayores que reportaron algún abuso y/o abandono, es decir, los 48 casos y no el total de la población.

a. Antecedentes sociodemográficos.

Ya hemos conocido el sexo y la edad de la población de adultos mayores que han reportado en el momento de la entrevista, algún tipo de maltrato mencionado. El 90,0% respondía a mujeres, concentrándose en los tramos de edades entre 70 y 74 años de edad con un 22,9% y entre los 65 y 69 años de edad con el 18,8%. De esta manera se describirán los niveles de educación, el estado civil, los ingresos económicos y la fuente de obtención de dichos ingresos, la previsión de salud, la posición que ocupan en su hogar, la religión y la existencia de hijos.

Niveles de Educación: 23/ 48 adultos mayores señalaron haber realizado la enseñanza básica incompleta (preparatoria) y sólo 9/48 pudieron terminar la enseñanza básica completamente.



7/48 posee enseñanza media incompleta y 5/48 completa. Sólo un caso estuvo pudo alcanzar la enseñanza superior sin terminar la carrera. El 6, 3% de los casos no posee educación.

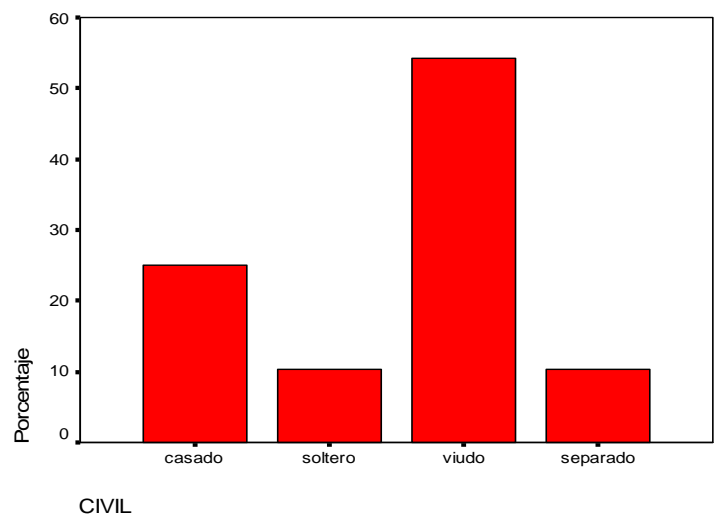
Estamos frente a una población que posee cierto grado de preparación y de educación obtenida en establecimientos formales como colegios y liceos. Nuevamente descartamos la falta de educación formal como posible variable que influye en la existencia del maltrato en los adultos mayores.

Estado Civil: ya adelantábamos algunos datos estadísticos anteriormente para justificar el cese de las situaciones de abusos. 26/48 personas mayores maltratadas en el momento de la entrevista señalaron ser viudas, en contraposición, 12/48 señalaron estar casadas, debiendo añadir a 5/48 casos que manifestaron estar separadas de hecho. Por último, 10/4 poseían el estado civil soltero.

Pese a la prevalencia del maltrato conyugal en la adultez tardía y que mantienen dicha relación, el alto porcentaje de personas viudas nos lleva a reflexionar en las tareas que deben emprender por sí solas en esta etapa, en general mujeres adultas mayores con relación al,

sentimiento de pérdida, el nido vacío, las metas inconclusas, que de alguna manera se vuelven más difíciles de enfrentar sin el apoyo del cónyuge. A esto añadamos las distintas formas de abusos y el abandono,

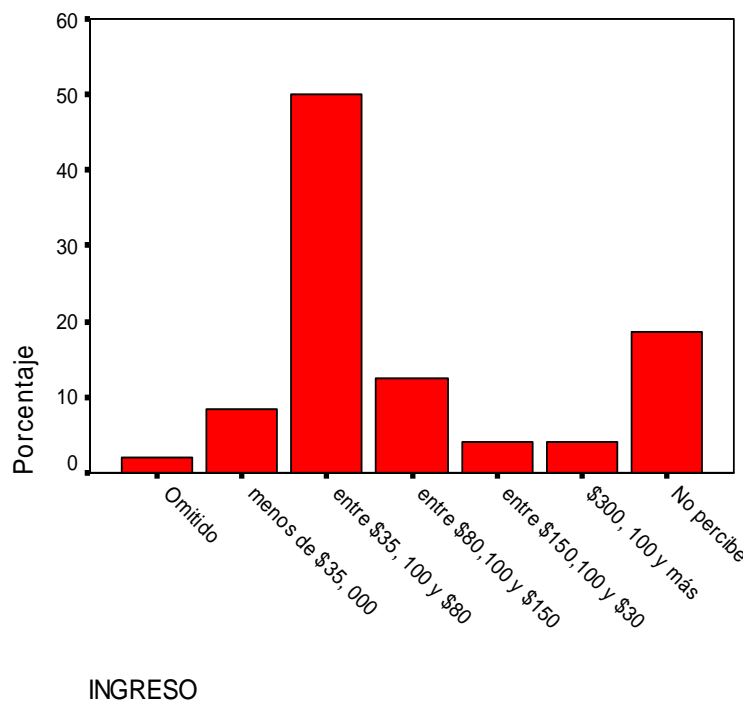
Estado Civil



entonces comprendemos la gravedad de la situación problema que sufre y experimenta la mujer viuda adulta mayor.

Ingreso Económico: los porcentajes obtenidos revelan que cerca del 80,9% percibía un ingreso económico al momento de la entrevista en contra del 19, 1% que no. Al desglosar el porcentaje de personas que perciben ingresos obtenemos que el 51, 1% se encuentra en entre los 35 mil a 80 mil pesos, luego el 12, 8% entre los 80 mil cien a 150 mil pesos, un 8, 5% percibe menos de 35 mil pesos, y el 8, 6 % se reparte equitativamente entre aquellas personas que obtienen entre 150 mil cien a 300 mil pesos y 300 mil pesos y más.

Porcentaje de Ingresos Económicos



Esto nos demuestra que el maltrato en el adulto mayor esta presente en todos los estratos económicos y esferas sociales. Sin embargo, es posible señalar que en esta investigación se concentró en los grupos de clase

media bajo, pobre e indigente, pudiéndose establecer como factor de riesgo (no causal) la situación socioeconómica de la familia. Es de considerar el cómo influye la cesantía, la falta de una pensión cómoda y la pobreza como factores externos a la convivencia familiar y en la resolución de conflictos, ya que muchos de los casos confirman la importancia de poseer un ingreso económico para solventar las necesidades del grupo familiar y así evitar las *peleas familiares*.

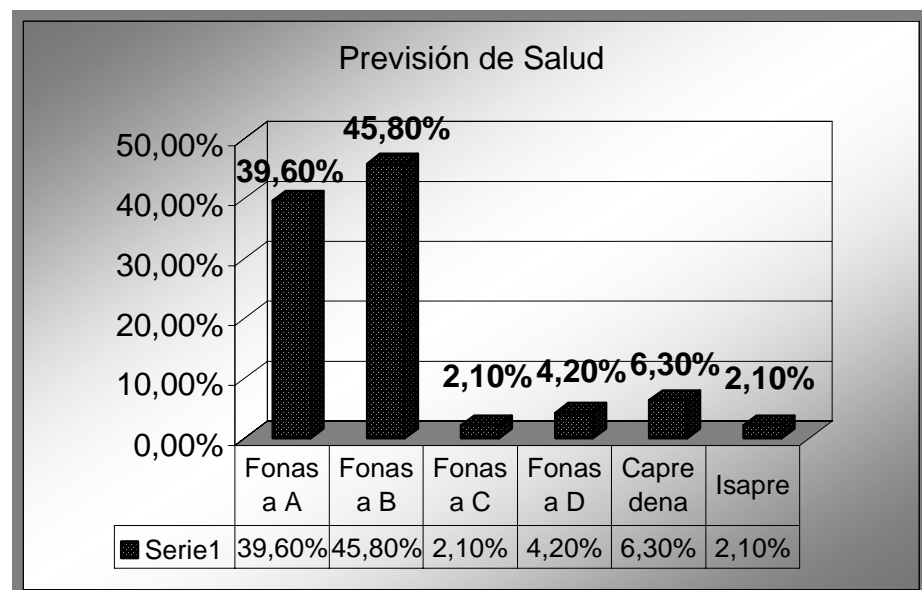
Fuente de obtención del ingreso: relacionado con el ingreso, el 51, 1% señaló que la principal fuente de ingreso era por medio del Instituto de Normalización Provisional INP, seguido por aquellas personas montepiadas de las Fuerzas Armadas con el 12, 8%; un 8, 5% de las

Administradoras de Fondo de Pensión AFP, así mismo, un 8, 5% de otra fuente, en particular, por medio de labores esporádicas.

Tabla Frecuencia (SPSS).Fuente de obtención del ingreso

Respuesta	Fuentes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidas	INP	24	50,0	51,1	51,1
	AFP	4	8,3	8,5	59,6
	Fuerzas Armadas	6	12,5	12,8	72,3
	Otro	4	8,3	8,5	80,9
	No tiene	9	18,8	19,1	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidas	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		

Previsión de Salud: de los 48 adultos mayores con presencia de maltrato, el 45, 8% posee FONASA modalidad B, mientras que un 39, 9% posee FONASA A, es decir, exenta de descuentos y pagos por atención de salud. El 6, 3% pertenece a CAPREDENA, el 4, 2% a FONASA modalidad D y por último un 2, 1% a FONASA modalidad C e ISAPRE respectivamente.

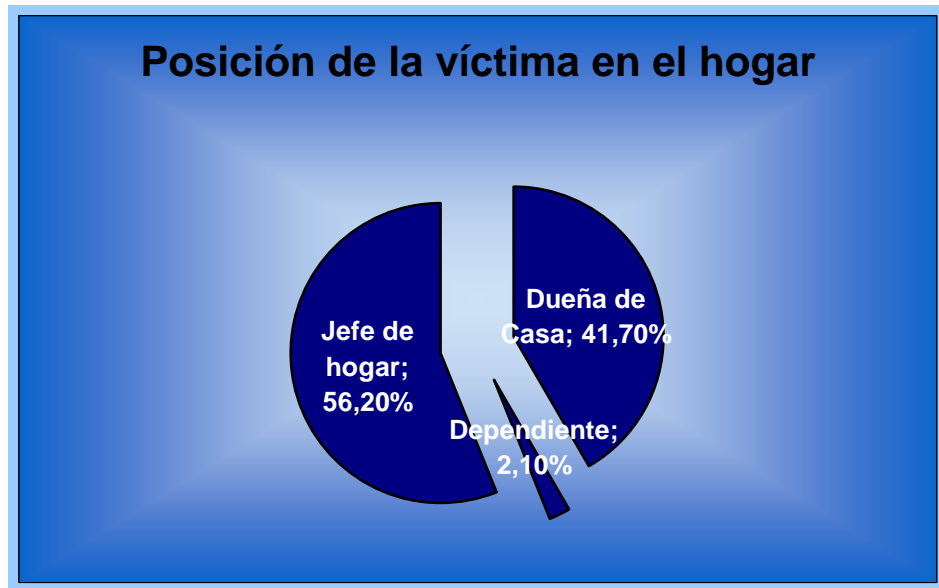


Estos porcentajes y como el gráfico de barra demuestra arrojan que el 100, 0% de los casos con maltrato goza de los beneficios del servicio de salud.

Cabe preguntarse: ¿acaso el personal médico y de los servicios sociales de los Centros de Salud no se percatan o no reconocen las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que producen los distintos tipos de maltrato? Al respecto, los contactos y entrevistas con profesionales del área de la salud, nos revelan que no existe un protocolo que ayude a detectar casos con maltrato en personas mayores, por lo que

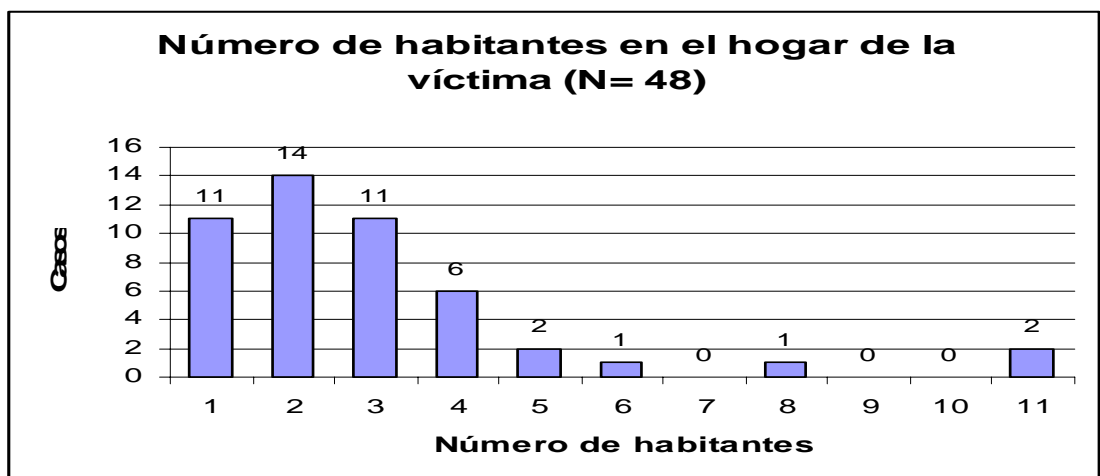
tampoco se atiende y se previene esta violencia. Sólo se interviene cuando existe un caso de violencia grave, derivando a la persona a los tribunales correspondientes.

Posición de la víctima y número de habitantes en el hogar:



as

personas mayores respondieron ser los jefes de hogar, el 41, 7% dueños de casa y sólo un 2, 1% se trataba de una persona dependiente. Al cruzar dicha información con el número de personas que viven con la víctima, obtenemos que cerca del 29, 2% comparten con una segunda persona; viven solo y con dos personas más (3) el 22, 9% respectivamente; con tres personas más el 12, 5%.



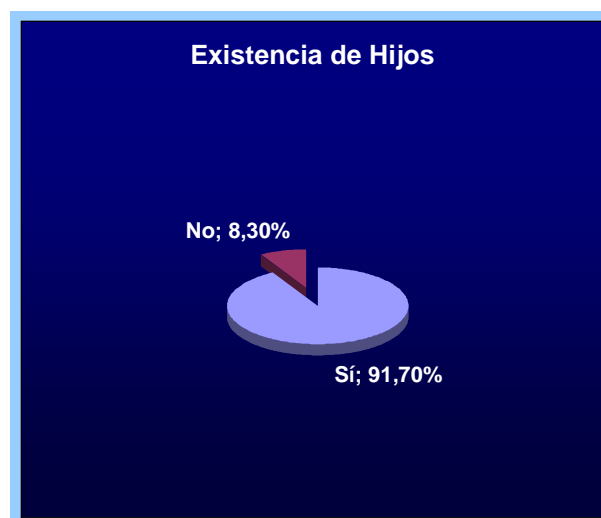
Comenzamos a referirnos a la familia monoparental extendida cuando nos encontramos con uno de los cónyuges vivos, los hijos, los nietos y otros parientes. En esta situación se encuentra el 12, 5%, en su totalidad jefes de hogar que poseen desde cinco y más personas conviviendo bajo su dependencia. Lo anterior es fundamentado por las personas mayores, debido a la fuerte cesantía que afecta a la región de

Valparaíso, han acogido a sus hijos con sus respectivas familias por un largo periodo de tiempo.

Este hecho pese a lo increíble e impactante que puede parecer para un observador externo, es valorado con una connotación afectiva por el adulto mayor, que prefiere ver a sus hijos y nietos acompañándolo, sacrificando en gran medida sus espacios de intimidad. Responde a las necesidades de los otros miembros de la familia que a las tareas y metas propias. Sin embargo, por no sentir el abandono y el olvido mantienen estas condiciones de vida, otra muestra importante de las formas de abuso hacia el adulto mayor.

Religión: El 100, 0% de los casos entrevistados con maltrato práctica una religión. El 85, 4% afirma ser católica y un 14, 6% evangélica. Esto nos indica como analizaremos más adelante, la participación de las personas mayores en organizaciones, clubes y otras entidades, para establecer si el aislamiento social es síntoma de los malos tratos sufridos por todos los adultos mayores.

Existencia de Hijos: 44/48 casos señaló haber tenido hijos y en contra de 4/48 que respondieron negativamente. Estos indicadores estadísticos nos fundamentan por qué aquellas personas que viven solas o con su cónyuge, manifiestan continuamente el abandono de los hijos, la falta de afectividad e integración, de comunicación y protección. En respuesta de nos cuestionamos los conflictos intergeneracionales y la solidaridad intergeneracional por parte de la población joven con el adulto mayor.



Hay que destacar que pese a las desavenencias y problemas que derivan de los conflictos entre el adulto mayor y sus hijos, los primeros y de acuerdo a esta investigación, tienen la esperanza y disposición para enmendar los errores y acoger nuevamente al

hijo, aún si éste posee una familia propia como pudimos observar en el número de habitantes que vive con la víctima. Sin embargo, no podemos referirnos a si el hijo esta dispuesto a encargarse del padre anciano hasta

el momento de su muerte. Al respecto, muchos autores se han referido a ejemplificar estos conflictos intergeneracionales que existen en nuestra sociedad, pero que aún siguen siendo temas de poca relevancia o incipientes en las políticas sociales.

b. Antecedentes sanitarios.

Los antecedentes sanitarios se basaron en la existencia de enfermedad al momento de la entrevista, apoyo para la alimentación, higiene y vestimenta, incontinencia urinaria y/o fecal, riesgo de caídas y ayuda para deambular. Con esto se pretendía conocer los grados de dependencia y autonomía de los adultos mayores.

Existencia de Enfermedad: 35/48 casos de adultos mayores con maltrato señaló padecer de alguna enfermedad (72, 9%). Entre ellas se mencionó la hipertensión crónica, problemas cardiovasculares y artrosis. Sólo 13/48 expresó no tener enfermedades (27, 1%). Son indicadores de enfermedades, en las cuales el adulto mayor debe estar en reposo, cuidado y buena relación con los demás miembros de la familia, o terceros desconocidos, evitando situaciones de malos ratos, descuidos y tensiones que pudiesen derivar en la complicación de su salud. Al respecto, podríamos reflexionar de qué manera sobrevive el adulto mayor que es maltratado ya sea por familiares como por extraños.

Dependencia y autonomía de las víctimas: antes de describir los porcentajes, se explicará brevemente la diferencia entre cada término para la comprensión de los resultados. Como adulto mayor dependiente define “la situación en la que se encuentran aquellas personas que, por razones ligadas a la disminución o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, y tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria”². Como persona autónoma se a que la persona pueda “disponer de su propio cuerpo y vida y, se relaciona con la capacidad de decisión en base a la voluntad, en el sentido de gozar con volición independiente”³.

Como podemos observar en el cuadro N° 17, el 77, 1% de la población posee una vida autónoma, en contraste con el 22, 9% restante

² Rodríguez, Pilar. El problema de la dependencia de las personas mayores. Revista Documento Social N° 112. 1998.

³ Farías H., Rosa y otros. Creación de un modelo de intervención en establecimientos de larga estadía para adultos mayores, no acreditados por el servicio de salud Valparaíso- San Antonio, desde la perspectiva de Trabajo Social. Tesis de titulación. 2002.

que depende de terceros para poder realizar las actividades de la vida diaria.

Cuadro N° 17

Dependencia y Autonomía de las Víctima de Maltrato (N= 48)			
Indicadores	Sí (%)	No (%)	Total (%)
Necesita de ayuda para alimentarse	2, 1	97, 9	100, 0
Necesita de ayuda para la higiene personal	8, 3	91, 7	100, 0
Necesita de ayuda para vestirse	8, 3	91, 7	100, 0
Existe incontinencia urinaria y/o fecal	12, 5	87, 5	100, 0
Necesita de ayuda para deambular	18, 8	81, 3	100, 0
Riesgo de Caídas	87, 5	12, 5	100, 0

Si bien se cree que en nuestra sociedad aquellas personas con mayor prevalencia de maltrato son las dependientes, en esta investigación podemos refutar dicha afirmación y agregar que la población de adultos

mayores autónomos también es vulnerable a sufrir violencia como aquellos que no pueden valerse por sí mismos.

c. Antecedentes psicosociales.

Los antecedentes psicosociales de las personas mayores que en el momento de la entrevista reportaron maltrato se efectuaron en base a las relaciones con el club correspondiente, con los familiares, la red abierta y se añadió el estado de ánimo de la persona, por medio de la aplicación del instrumento diseñado por la asistente social Jenny Lowick- Russell, en mujeres adultos mayores maltratadas en la comuna de Renca.

Ingreso al Club: el 87, 5% de las entrevistadas (N= 48) señalaron haber ingresado en forma voluntaria al club de adulto mayor y sólo un 12, 5% afirmó haber ingresado por la decisión de otros. En cuanto a las adaptaciones en el comienzo y actualmente al grupo de pares del club se registró lo siguiente: un 93, 8% clasificó como “buena” adaptación al comienzo en contra del 6, 3% que la calificó como “regular”; así mismo, en la actualidad un 89, 6% clasificó la adaptación actual al club como “buena” y un 10, 4% de forma regular.

Relaciones Interpersonales:

Cuadro N° 18

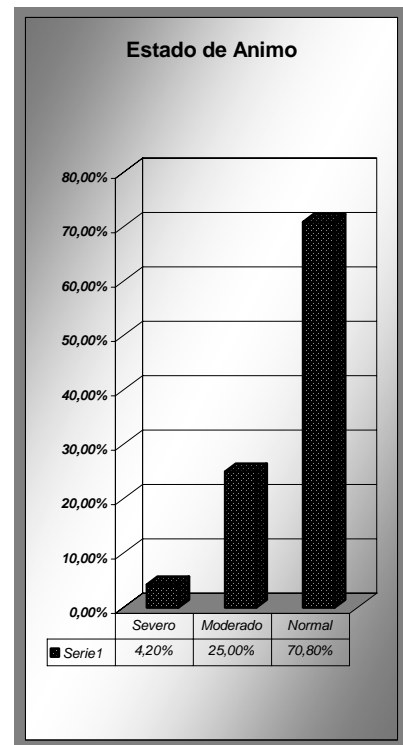
Relaciones Sociales de las Víctima de Maltrato					
Relaciones Interpersonales	N	Buena (%)	Regular (%)	Mala (%)	Total (%)
El cónyuge	17	52, 9	17, 6	29, 4	100, 0
Los hijos	45	88, 9	11, 1	0, 0	100, 0
Otros parientes	47	87, 2	8, 5	4, 3	100, 0
Los pares	47	95, 7	4, 3	0, 0	100, 0
La red abierta	43	88, 4	9, 3	2, 3	100, 0

El cuadro N° 18 detalla el tipo de relación de cada caso con las distintas personas y entidades disponibles al adulto mayor. Cabe explicar en cuanto a la columna que encuadra el total de casos (N), este presenta una variación lo cual se debe, a que algunas de los adultos mayores entrevistados en el momento argumentaban que dicha persona a la cual el alumno en práctica se refería ya no existía, por ejemplo, en el caso del cónyuge tenemos un alto porcentaje de viudas lo que se traduce en un N= 17 graficado en el cuadro.

Así podemos observar que la persona o entidad que acumuló mayor características negativas en la relación con la víctima fue el cónyuge con el 29, 4%. Empero además nótese que estadísticamente el 86, 9% afirma poseer una buena relación en general con los sujetos mencionados, el 9, 1% señala tener una relación regular y sólo el 4, 0% afirma tener malas relaciones con los sujetos nombrados.

Lo anterior establece que los adultos mayores maltratados mantienen una buena relación en general con sus posibles agresores, lo cual no se pudo contrastar con estos últimos debido a que no era el objeto de estudio de la investigación, pero que podría considerarse en estudios posteriores dentro de la temática.

Estado de ánimo: de acuerdo al instrumento de J. Lowick, este clasificaba el estado de ánimo de la persona en *normal*, *moderado* y *severo*. El gráfico circular nos esquematiza que de los 48 casos que reportaron algún tipo de abuso y/o abandono, el 70,8% presentaba un estado de ánimo normal al momento de la entrevista. Un 25,0% de los casos mantenía un estado de ánimo moderado y el 4,2% restante corresponde a las personas mayores que demostraban un estado de ánimo severo.



De acuerdo a las historias respectivas de las personas mayores que mantenían un estado de ánimo severo y moderado, señalaban que se debía por sobre el maltrato físico y económico, la denigración del maltrato psicológico y el abandono, en términos del olvido como padre o madre, proveniente del cónyuge, de los hijos y nietos. Testimonios que pueden ser observados en el material audiovisual adjunto a este documento.

d. Antecedentes de Maltrato

Para conocer la historia de vida de cada persona mayor que denunció en la entrevista experimentar algún tipo de maltrato, se investigó la existencia de antecedentes de violencia en la infancia y posteriormente en el matrimonio. De esta manera, se obtuvo que durante la niñez el 41,7% de los 48 casos fue víctima de maltrato infantil. Como se puede ver en el cuadro N° 19, 11/48 experimentó abuso físico, 7 casos abuso psicológico, 2 casos abuso sexual, 13 casos abandono por parte de uno de los padres y 2 casos fueron testigos de violencia, es decir, presenciaban como uno de sus padres abusaba ya sea del otro progenitor o de sus hermanos.

Cuadro N° 19

Antecedentes de Maltrato en la Infancia en la Víctimas Adultos Mayores		
(N=48)		
Tipos de Maltrato	Casos	%*
Físico	11	22,9
Psicológico	7	14,6
Sexual	2	4,2
Abandono	13	27,1
Testigo	2	4,2

El principal agresor reportado acusa a los padres con el 70,6% de los casos, seguido por el hermano con el 17,6%, el amigo y un desconocido con el 5,9% de los casos respectivamente.

Durante el matrimonio, el 47,9% de los 48 casos reportaron haber experimentado abusos y/o abandonos en el matrimonio. De este total, 14/48 casos reportó haber sufrido algún tipo de abuso físico, 12 casos reportó maltrato psicológico, 2 casos abuso sexual, 15 casos afirmó haber experimentado abandono, principalmente por el cónyuge masculino quien se iba de la casa dejando a la víctima desamparada con los hijos y 2 casos fue testigo de cómo el cónyuge masculino golpeaba a sus hijos.

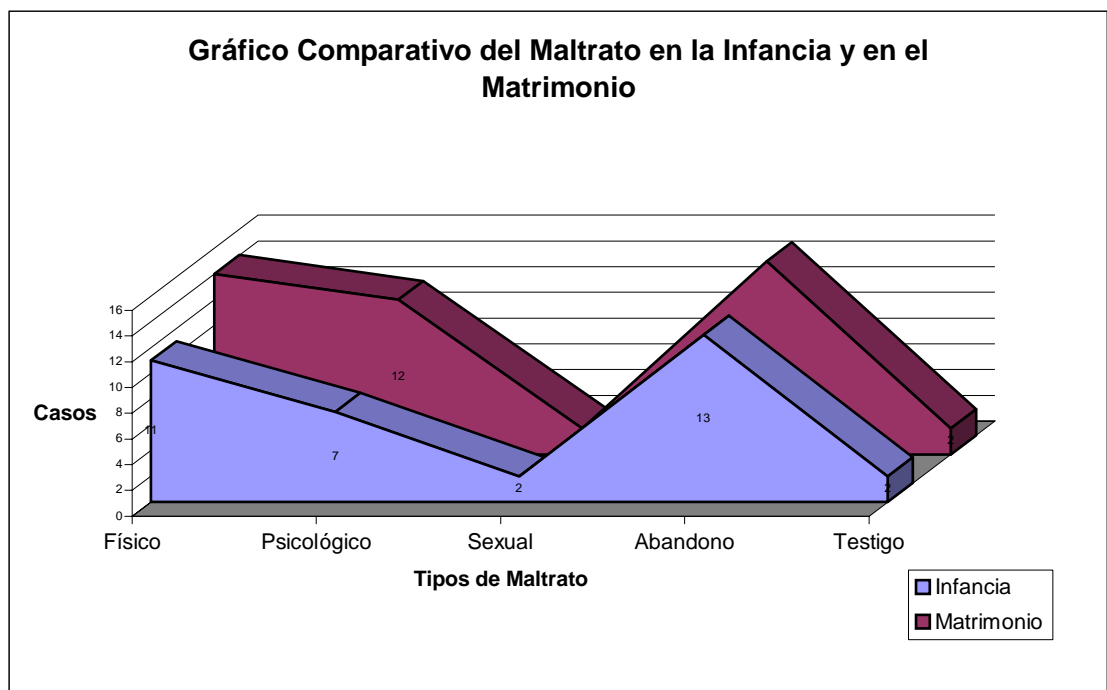
Cuadro N° 20

Antecedentes de Maltrato durante el Matrimonio en la Víctimas Adultos Mayores		
(N=48)		
Tipos de Maltrato	Casos	%
Físico	14	29,2
Psicológico	12	25,0
Sexual	2	4,2
Abandono	15	31,3
Testigo	2	4,2

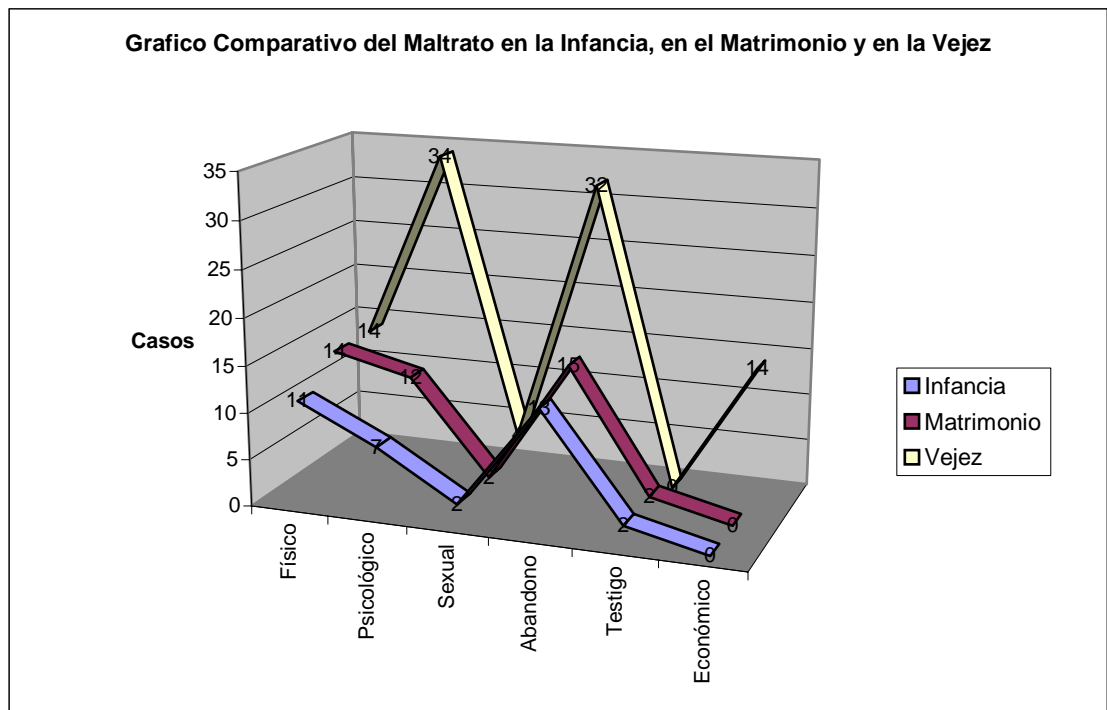
* El total de la suma de los porcentajes supera el 100 % debido a que algunos adultos mayores han experimentado más de un tipo de maltrato.

Con relación a los agresores, el 100, 0% confirmó que el principal agresor de estos tipos de maltrato era el cónyuge.

Observando el gráfico nos podemos dar cuenta de la existencia de una simetría entre los abusos físicos y abandonos, en la infancia como en el matrimonio. Que el principal agresor en la infancia sea el padre y en el matrimonio el cónyuge, es señal de patrones de conductas aprendidos que mantienen y proyectan la violencia bajo una cultura patriarcal, en donde la figura femenina es anulada por la opuesta. Las personas que demostraron poseer antecedentes de maltrato son en su totalidad del sexo femenino. Por algunas circunstancias los patrones de maltrato mantienen la misma prevalencia con una leve tendencia a aumentar en el matrimonio.



Sin embargo, cuando observamos la misma situación comparativa, esta vez incluyendo los casos con maltrato en la vejez se registran cambios bruscos en las tendencias de los abusos. Existe un aumento del 45, 8% en el maltrato psicológico y de más de un 37, 0% en el abandono. Por el contrario, observamos la misma situación de los otros tipos de maltrato (sexual y físico) sucedidos en la infancia y matrimonio con respecto al periodo de vejez.



e. Solicitud de ayuda.

Los resultados obtenidos respecto a sí los casos con maltrato han solicitado ayuda alguna vez producto de las mismas experiencias de abuso, son alarmantes. El 68, 8% de los casos señaló no haber acudido nunca a una institución, entidad, familiar u otra persona para poder denunciar y solucionar la situación de maltrato. Sólo el 31, 2% señaló haber asistido a una de las opciones mencionadas.

Cuadro N° 21

Solicitud de Ayuda según Atención Otorgada			
Instituciones	Buena (%)	Regular (%)	Mala (%)
Carabineros	20, 0	6, 7	13, 3
Centro Salud	--	6, 7	--
Colegios	--	--	--
Centro VIF	--	--	6, 7
OCAM	--	6, 7	6, 7
J. Vecinos	--	--	--
Org. Sociales	--	--	--
Otras	13, 3		33, 3

El 60, 0% de los 15 casos que solicitó ayuda, reporta que la atención brindada por la entidad a la que concurrió fue mala, el 20, 1%

calificó que dicha atención fue regular y un 33, 3% calificó la atención otorgada por las instituciones concurridas como buena. Esto demuestra, que en nuestro país no existe la preparación adecuada para detectar y atender los casos de adultos mayores que sufren de maltrato. Pudiese fundamentarse esta situación debido a la falta de capacitación en la temática e inclusive, a la existencia de mitos y valores culturales que estigmatizan la vejez y su población, como por ejemplo, el mito existente entorno a la sexualidad del adulto mayor. No es menor señalar, que también son las personas mayores las que no se atreven a denunciar los hechos de violencia acaecidos, ya sea para evitar las represalias del agresor, aumentando aún el miedo si este convive con la víctima o por los lazos afectivos que lo unen a él, ya que debemos de recordar, que un porcentaje importante de los agresores que abusan de las personas mayores son los propios familiares (cónyuge, hijo, nieto, etc.)

5. Percepción de los Adultos Mayores en relación al Maltrato en el Adulto Mayor.

Para el análisis de las percepciones de los adultos mayores se escogieron intencionalmente distintos indicadores de los diferentes tipos de maltrato incluyendo el estructural o social, instituciones y organizaciones sociales para conocer el grado de conocimiento respecto a quienes atendían y prevenían el maltrato en el adulto mayor en la actualidad, y de qué forma. Estas instituciones son: carabineros, centros de salud, colegios, centro de violencia intrafamiliar, oficina comunal del adulto mayor, juntas de vecinos, organizaciones sociales y otras que la persona reconozca.

Indicadores de Maltrato: se utilizaron 51 indicadores de maltrato extraídos de fuentes teóricas expuestas en el marco referencial anterior. En base a ello se le consultaba al total de adultos mayores (N= 106) respecto a si consideraba dicha acción como una forma de maltrato en el adulto mayor. Los resultados fueron sorprendentes ya que en términos porcentuales, el 73, 4% reconoció que la totalidad de los indicadores expuestos son efectivamente malos tratos hacia personas mayores, en contraste con el 8, 9% que no reconoció como maltrato los indicadores consultados. Una cifra importante se mantuvo al margen de la opinión respecto al tema sin calificar como maltrato o no las acciones expuestas (17, 7%).

Cuadro N° 22

Percepciones de los Adultos Mayores Frente a Indicadores de Maltrato (N= 106)				
Indicadores	Sí (%)	No (%)	Omiten (%)	Total (%)
Amarrar	78,3	4,7	17,0	100,0
Amenazar	77,4	3,8	18,9	100,0
Asignar rol de sujetos dependientes	34,9	35,8	29,2	100,0
Asignar rol de sujetos no productivos	57,5	17,9	24,5	100,0
Delegación de los bienes a la fuerza	72,6	9,4	17,9	100,0
Descalificación	71,7	6,6	21,7	100,0
Discriminación por edad y sexo	71,7	10,4	17,9	100,0
Empujar	76,4	6,6	17,0	100,0
Estereotipos Negativos de la Vejez	73,6	5,7	20,8	100,0
Exhibiciones del Sexo por Terceros	75,5	6,6	17,9	100,0
Falta de Afecto	74,5	8,5	17,0	100,0
Falta de Apoyo Financiero/ Económico	77,4	7,5	15,1	100,0
Falta de Apoyo Material	74,5	8,5	17,0	100,0
Falta de Asistencia para Comer	73,6	8,5	17,9	100,0
Falta de Asistencia para la Higiene	70,8	9,4	19,8	100,0
Falta de Asistencia para Deambular	75,5	6,6	17,9	100,0
Falta de Asist. para ir a Control Médico	73,6	8,5	17,9	100,0
Falta de Asistencia para Medicamentarse	72,6	9,4	17,9	100,0
Falta de Cuidado y Protección	75,5	6,6	17,9	100,0
Falta de Respuestas Satisfactorias	75,5	5,7	18,9	100,0
Falta de Valorización como Personas	73,6	8,5	17,9	100,0
Golpear	76,4	6,6	17,0	100,0
Gritar	75,5	8,5	16,0	100,0
Vivir en Hacinamiento	70,8	9,4	19,8	100,0
Humillar	74,5	9,4	16,0	100,0
Hurtos	75,5	6,6	17,9	100,0
Dificultad para Obtener un Empleo	72,6	9,4	18,0	100,0
Inadecuadas Formas de Trato	73,6	8,5	17,9	100,0
Institucionalización	69,8	8,5	21,7	100,0
Insuficiencia de Actividades Recreativas	70,8	8,5	20,8	100,0
Insultos	76,4	7,5	16,0	100,0
Indiferencias	74,5	9,4	16,0	100,0
Intimidaciones	73,6	8,5	17,9	100,0
Marginación y Exclusión Social	73,6	8,5	17,9	100,0
Morder	72,6	10,4	17,0	100,0
Pellizcar	75,5	8,5	16,0	100,0
Posición Sin Consentimiento del Bien	76,4	6,6	17,0	100,0
Posición Bajo Obligación del Bien	74,5	6,6	18,9	100,0
Prejuicios	76,4	8,5	15,1	100,0
Presenciar Actos de VIF	73,6	8,5	17,9	100,0
Punzar	74,5	8,5	17,0	100,0
Quemar	75,5	9,4	15,1	100,0
Retención de los Bienes	75,5	9,4	15,1	100,0
Retención de los Medicamentos	75,5	9,4	15,1	100,0
Sobremedicamentación	76,4	8,5	15,1	100,0
Tironear	76,4	7,5	16,0	100,0
Torcer	75,5	8,5	16,0	100,0
Violencia Secundaria	75,5	8,5	16,0	100,0
Violación	75,5	9,4	15,1	100,0
Zamarrear	75,5	9,4	15,1	100,0

Aquellos indicadores que alcanzan con mayores porcentajes en cuanto a que no se les consideren como maltrato, son las asignaciones rol como sujetos dependientes (35, 8%) y la asignación del rol como sujetos no productivos (17, 9%). Esto debido a que los valores culturales e imágenes de la vejez hacen percibir al adulto mayor, como un proceso

de decadencia de las actividades laborales, de las funciones fisiológicas y psicosociales, transformando de un sujeto activo a uno pasivo, por lo que se convertirían en personas dependientes de la sociedad. Sin embargo, esta misma concepción es refutada por los mismos adultos mayores en el análisis cualitativo al señalar que poseen el vigor y las experiencias necesarias como para emprender una actividad remunerada.

Instituciones que Atienden y Previenen el Maltrato en el Adulto Mayor: en cuanto a esta categoría las 106 personas mayores señalaron de acuerdo a sus conocimientos que la institución que mayormente interviene en la temática de los actos de violencia hacia el adulto mayor son los carabineros con el 60, 4%, seguido por los centros de salud con el 36, 8 % y el centro de violencia intrafamiliar con el 34, 0%. Por el contrario, la institución con menor porcentaje fueron los colegios con el 91, 5% en contra, mientras que un considerable número de personas especificó que ninguna institución efectuaba alguna actividad de atención y prevención del maltrato en el adulto mayor (27, 4%).

Cuadro N° 23

Atienden y Previenen el Maltrato en el Adulto Mayor			
(N= 106)			
Instituciones	Sí (%)	No (%)	Total (%)
Carabineros	60, 4	39, 6	100, 0
Centro Salud	36, 8	63, 2	100, 0
Colegios	8, 5	91, 5	100, 0
Centro VIF	34, 0	66, 0	100, 0
OCAM	32, 1	67, 9	100, 0
J. Vecinos	17, 9	82, 1	100, 0
Org. Sociales	24, 5	75, 5	100, 0
Otras	3, 8	96, 2	100, 0
Ninguna	27, 4	72, 6	100, 0

Atributos a las Instituciones que Atienden y Previenen el Maltrato: en este último aspecto se les consultó a las personas mayores respecto de las funciones que cumplía cada institución en relación al maltrato en el adulto mayor. La función de “informar” a las personas respecto a la problemática social del maltrato en el adulto mayor se concentró en la oficina comunal del adulto mayor (OCAM) con el 19, 9% y a carabineros

con el mismo valor de porcentaje. La “derivación” nuevamente recae en carabineros con el 7, 7% de los casos, seguido de la OCAM con el 7, 1%; la “orientación” se concentró en la OCAM con el 12, 8% y luego las organizaciones sociales con el 12, 2%. En la función “sanción”, indudablemente carabineros lideraron con el 25, 6% de las personas que opinaron al respecto y la función de “tratamiento” fue liderada por el centro de violencia intrafamiliar con el 10, 9%, seguido de la OCAM con el 10, 3% y los centros de salud con el 8, 3%. La Institución peor evaluada de acuerdo a las funciones que cumplen fueron los centros de salud quienes alcanzaron el 82, 0% en la alternativa “ninguna”.

Cuadro N° 24

Atributos de las Instituciones en relación al Maltrato en el Adulto Mayor						
(N= 106)						
Instituciones	Información (%)	Derivación (%)	Orientación (%)	Sanción (%)	Tratamiento (%)	Ninguna (%)
Carabineros	19, 9	7, 7	9, 0	25, 6	3, 8	34, 0
C. Salud	3, 2	3, 2	3, 2	0, 0	8, 3	82, 0
Colegios	12, 2	1, 3	9, 0	0, 6	1, 9	75, 0
Centro VIF	6, 4	4, 5	10, 3	1, 9	10, 9	66, 0
OCAM	19, 9	7, 1	12, 8	2, 6	10, 3	47, 5
J. de Vecinos	14, 1	4, 5	6, 4	0, 6	1, 3	73, 0
O. Sociales	6, 4	3, 2	12, 2	0, 0	3, 8	74, 3

B. De los Aspectos Cualitativos.

1. Introducción.

Hemos conocido la prevalencia del maltrato en los adultos mayores por medio del instrumento cuantitativo y entrevistas personales, las cuales nos han descrito las distintas formas o tipologías que contiene este problema social y las características de sus principales autores.

A continuación interesa analizar las percepciones y experiencias de maltrato que sufre el adulto mayor, pero en el macrosistema y exosistema de acuerdo a nuestro modelo ecológico.

Conviene en este punto el reflexionar detenidamente en las opiniones vertidas por los adultos mayores que participaron de esta investigación en los clubes sociales por medio de discusiones grupales y contrastarlas con la Política Nacional para el Adulto Mayor, el actuar profesional y la postura de la sociedad chilena entorno a la vejez.

El artículo 5 del Plan de Acción Mundial sobre el envejecimiento Madrid 2002, nos ayudará a orientar el análisis de esta segunda parte del diagnóstico social desde un enfoque cualitativo, relacionado con el maltrato estructural y/o societario.

“Reafirmamos el compromiso de no escatimar esfuerzos para promover la democracia, reforzar el estado de derecho y favorecer la igualdad entre hombres y mujeres, así como promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluido el derecho al desarrollo. Nos comprometemos a eliminar todas las formas de discriminación, entre otras, la discriminación por motivos de edad. Asimismo, reconocemos que las personas, a medida que envejecen, deben disfrutar de una vida plena con salud, seguridad y participación activa en la vida económica, social, cultural y política de sus sociedades. Estamos decididos a realzar el reconocimiento de la dignidad de las personas de edad y a eliminar todas las formas de abandono, abuso y violencia”.

2. Percepciones y experiencia de Maltrato Estructural y/o Societario.

a) Mantención de creencias y valores culturales.

En esta dimensión interesó conocer la imagen social que los adultos mayores perciben de la vejez y todos los aspectos biopsicosociales que implica el proceso de envejecimiento. Las opiniones vertidas por las personas apuntaron directamente a los estereotipos negativos y prejuicios confusos que existen en la sociedad en general, en la cual toma gran importancia la percepción que cada grupo de edad mantiene de la población mayor, producto de los mitos y valores culturales arraigado en la convivencia y relaciones interpersonales que llevamos a cabo en la vida cotidiana.

R1: “Nos sentimos humillados. Siempre están dejándonos al final en todas partes”.

R2: “El viejo no sirve. Nos damos cuenta de ello y en la ley del trabajo, por ejemplo, si eres viejo no sirves, te excluyen”.

Estas afirmaciones fueron reiterándose en cada grupo de discusión, los cuales veían a la población de adultos mayores como sector postergado en una sociedad neoliberal cada vez más individualista y competitiva.

Retomando las teorías que explican el maltrato en el adulto mayor en el microsistema y sistema individual e intentamos dar respuesta a dichas situaciones de violencia familiar, debemos ampliar nuestra mirada crítica y observar el contexto social en donde ocurren estos sucesos de violencia. Pues bien, también poseemos una sociedad maltratadora que refleja lo peor de nosotros y que simultáneamente por medio de estos estereotipos negativos y prejuicios, estructura una red sociocultural que ayuda a mantener el maltrato en los adultos mayores.

Prueba de lo anterior son las opiniones de las propias personas quienes han aprendido y concebido esta imagen negativa de la vejez:

R3: “Uno cuando es viejo se vuelve inútil, se vuelve torpe. Ya no podemos trabajar”. – Mientras terminaba de cocer un hermoso muñeco de algodón.

El cómo nos volvemos ciegos ante esta situación que atenta a la dignidad y derechos de los mayores, es explicado por Johnson:

“A medida que las personas pierden sus facultades mentales y físicas, la sociedad y los individuos les marginan y menosprecian. Pueden que lleguen a aceptar esta bajo concepto de sí mismas y aprendan a ser incapaces. Cuando se considera que las personas tienen poco valor para la sociedad, habrá menos restricciones para tratarlas de modo abusivo y negligente”

Johnson y cols. 1985

Lo anterior fundamenta por qué los adultos mayores justificaron los roles sociales como sujetos dependientes y no productivos (ver cuadro N° , del análisis cuantitativo), ya que nuevamente persisten mitos entorno a la vejez y desconocimiento del proceso de desarrollo que constituye el envejecimiento, que en vez de vivirlo como una nueva etapa que demanda tareas y otorga beneficios a las persona, es concebido como un momento de decadencia del ser humano y un paso a la muerte.

b) Marginaciones en instituciones, servicios y organizaciones sociales.

Esta dimensión se orientó a la detección de la discriminación por la edad, sexo o procedencia étnica de los adultos mayores, así como la falta de respuestas oportunas y satisfactorias e inadecuadas formas de trato por parte de instituciones públicas o privadas, de los servicios de salud y otras entidades como organizaciones sociales que los adultos mayores pudiesen relacionarse en forma directa o indirectamente con la red social abierta.

En las discusiones grupales, los adultos mayores acusaron de maltrato y discriminación principalmente a los centros de salud, como podemos observar en las siguientes afirmaciones.

R4: “Cuando uno va al doctor por una molestia, nos responden que no nos preocupemos, esa molestia es por la edad. Todo lo atribuyen a la edad”.

R5: “A mí me atienden bien en el consultorio, pero cuando necesito remedios sólo me dan los más baratos como aspirinas, dipironas y panadol, ya que los caros tengo que salir a comprarlos yo. Si uno no tiene

para comprar las cosas de la casa, menos tendrá para comprar remedios caros. Las pensiones no son suficientes para comprar remedios caros”.

R6: “Cuántas veces he solicitado interconsultas y nunca me las han otorgado o me tramitan a dos o tres meses después”.

R7: “Supuestamente en los consultorios debería existir preferencia hacia los adultos mayores y no es así, porque nos tramitan las interconsultas por más de tres meses”.

R8: “En una oportunidad fui en la mañana al consultorio para pedir una hora de atención. Cuando llegué a la ventanilla a solicitar una hora, la niña que atendía me dijo que no podía hacerlo porque ahora se realizaban las solicitudes por teléfono. Insistí si podía darme una hora sin conseguir nada. Sabe que tuve que salir a llamar al teléfono público en la esquina del consultorio y así me dieron la hora de atención. Entonces, por qué son así con nosotros.

El mejorar la atención y el potencial de salud de los adultos mayores, es uno de los objetivos específicos de la Política Nacional para esta población. Es cierto, que con el envejecimiento deviene el deterioro de los tejidos del organismo, lo que convierte al anciano en un sujeto con mayor propensión a contraer enfermedades, empero no significa que sean los únicos que la contraigan. Por este motivo es imprescindible contar con un adecuado sistema de atención de salud, efectivo, flexible y con los recursos humanos competentes, que tengan las especialidades y herramientas necesarias para poder trabajar con adultos mayores.

Respecto a los profesionales de los servicios públicos, las personas afirman que la inadecuada atención proviene de profesionales sin competencias y capacidades para la atención de las necesidades de la población mayor.

R9: “Yo una vez fui a subir al bus y el chofer echó a andar la máquina antes y me caí golpeándome la rodilla. Fui al consultorio y me han dicho que la herida era leve y aún siento dolores en ella y nadie se hizo responsable del accidente”.

R10: “Me citaron hoy al centro de salud a las 09: 30 horas de la mañana y yo llegué diez minutos antes. Me atendieron a las 12: 25 horas de la tarde,

lo que significa tres horas de espera. No estamos en contra del personal, sino que a la escasez de él”.

R11: “Yo creo que también existen profesionales que no están preparados o no tienen vocación de servicio y que se encuentran solamente por ocupar un puesto de trabajo. No tienen autoridad suficiente y actúan como mandos medios, no teniendo capacidad para resolver los problemas. Entonces se forma una mala imagen por aquellos mandos medios que no envían la información correcta a la autoridad encargada. En ese sistema poco podemos obtener, ya que se transforma en burocracia que pasamos todos los chilenos, como por ejemplo – venga mañana y estará solucionado su problema -. Falta transparencia y en particular con el adulto mayor que en nuestra sociedad esta muy postergado. No todos los profesionales actúan de esa manera, pero hay profesionales con años de servicios que atienden mal. Nos miran la cara para saber quién eres y de dónde vienes, y si no tienes te excluyen”.

Podemos percatarnos como los patrones socioculturales se van radicando en el ecosistema, a través de las instituciones que excluyen al adulto mayor por medio de profesionales sin instrucciones y conocimientos para desempeñar un trabajo que logre satisfacer e integrar a los mayores. Desde conductores de la locomoción colectiva, trabajadores sociales y profesionales del área de la salud, hasta las autoridades de los distintos ministerios estatales.

Estas actitudes y comportamientos van desarrollando otro tipo de discriminaciones percibidas por los adultos mayores aún más excluyentes en el ecosistema.

R12: “Falta más justicia social para aquellas personas mayores que no han podido jubilar. Qué pasa con aquellos miles de ciudadanos que apenas tienen 18 o 20 años de imposiciones, que no pueden jubilar producto de aquellas leyes añejas. Es un llamado a nuestros legisladores de la república”.

R13: “No nos dan trabajo en ninguna parte. Mi marido tiene 64 años y no esta jubilado, necesita trabajar, pero por la edad no puede”.

R14: “Las personas mayores que gozan de beneficios sean estatales o privados, son aquellas que poseen una pensión. Los adultos mayores con escasos recursos quedan marginados de esos beneficios”.

R15: *“La juventud es discriminadora. Nos tratan de viejas tal por cuales”.*

R16: *“En esta sociedad existe discriminación con los adultos mayores por las posesiones que se tienen. Debido a ello existen diferencia y discriminación”.*

R17: *“Pienso que no hay eso que dicen aquí en Chile – para todos los adultos mayores- porque hay viejecitos botados en la calle y que no tienen donde dormir, porque no perciben ingreso. Entonces nos vemos reflejado nosotros, porque si ellos están así es por no tener dinero, pero si yo tengo una buena situación económica y no tengo a nadie que me cuide, van a llegar a mi quizás cuantas beneficencias a acogerme, porque van a sacar una buena cantidad de dinero de mí, pero si fuese una persona indigente y no tengo nada, ahí te quedas. Eso lo vemos en la calle. Por lo tanto que existe discriminación en el adulto mayor, si existe. Tenga dinero o no, y si no tienes peor aún.*

Para el año 1995, la pobreza afectaba a 400. 000 adultos mayores, los cuales alcanzaban el 40% de la población de menores ingresos del país. La situación de pobreza además significa insuficiencia de muchas otras necesidades, entre ellas la integración social. Sin embargo, producto de las afirmaciones de los adultos mayores que participaron en esta discusión, entre ellas, mayores con una pensión mensual de más de 300 mil pesos, confirman encontrarse incapacitados de influir en las decisiones que los afectan y sin representación social alguna, que les permita mejorar la calidad de vida logrando con ello, más desarrollo personal e integración social para el adulto mayor (Política Nacional del Adulto Mayor 2001), es una situación de exclusión social que afecta a todos los adultos mayores.

c) Maltrato y los Establecimientos de Larga Estadía.

El debate que originó el tema de los establecimientos de larga estadía y los asilos de ancianos se nutrió con una fuerte influencia de los últimos acontecimientos ocurridos en algunos hogares clandestinos, en donde los cuidadores golpeaban y desempeñaban actos negligentes en contra de los adultos mayores que mantenía, generando conmoción pública.

En este ámbito se encontraron diversas percepciones negativas entorno a estas instituciones, considerándolas verdaderos ghetto, donde

prácticamente el adulto mayor pierde todos sus derechos de libertad, volviéndose vulnerable a los abusos y negligencias de sus cuidadores.

R18: *“Toda mi infancia la viví internada y ahora que me lo vuelvan hacer después de vieja... olvídense”.*

R19: *“Vivir postrado en una habitación, sin poder realizar sus cosas y verse frustrado por ello, es sufrir. No iría a un asilo”.*

R20: *“Ir a un hogar no... uno no sabe a qué puede exponerse”.*

R21: *“En los hogares se aprovechan de los viejos. No todos, porque hay algunos en que los tratan bien”.*

R22: *“Hay algunos buenos y otros malos. Los estatales son los malos”.*

R23: *“En el Hogar de Cristo hay una buena atención para las personas mayores indigentes. En otras residencias no”.*

Las explicaciones se tornan más complejas y la percepción frente a esta realidad aún más cruda, cuando las personas mayores justifican por qué aceptarían ingresar a un establecimiento de larga estadía, sin importar los tipos de cuidados que se puedan prestare en la relación cuidador y anciano.

R24: *“Mientras más edad tiene uno más achacosa se vuelve. Por eso iría a un hogar para no estorbar a mis hijos”.*

R25: *“Yo no puedo opinar mucho, porque de repente son los hijos los que nos llevan”.*

R26: *“Yo estoy en esa (situación) en que no voy a tener alguien que el día de mañana me atienda a mí. Solo mi marido me podría limpiar y hacer las cosas, pero mis hijos nada. Porque si ahora que puedo autovalerme y hacer algo, ni así me vienen a ver; enferma para qué me van a querer. Yo me iría a un hogar. De un extraño no importa que te traten mal, pero que te trate mal la familia... eso duele más”.*

R27: *“Los hijos maltratadotes son aquellos que no pueden atender a sus padres postrados y los dejan abandonados en un asilo. Yo no haría eso con mi madre, porque no quiero que hagan eso conmigo”.*

R28: “El abandono es lamentablemente la ley de la vida, porque nosotros también un día abandonamos a nuestros padres”.

La importancia para los adultos mayores que participaron en las discusiones grupales, como podemos apreciar en las opiniones anteriores, radican en no estorbar a los hijos y por ese motivo aceptar el ingreso a un establecimiento de larga estadia, sin importar las consecuencias que esta acción implicaría para la propia persona.

Aún así, este análisis sólo recoge las percepciones de adultos mayores autovalentes que no se encuentran o han experimentado el permanecer en un establecimiento de larga estadia, pero que apunta a cómo la población mayor vislumbra estas instituciones por medio de imágenes negativas, que demuestran un desconocimiento de las funciones y experiencias que se generan en estas instituciones. No es menor, que además se deba mejorar la imagen de estas instituciones comenzando por regular fuertemente los casos de abusos y negligencias que han conmocionado a nuestra población.

Por otra parte, queda la interrogante si el abandono de los adultos mayores es una cruel ley de la vida o un problema de responsabilidad social no asumido en nuestra cultura.

d) La Eutanasia.

Muy distinto al tema del maltrato en los adultos mayores, la eutanasia en sí misma una acción en donde los derechos de la vida del ser humano se encuentran con los criticados derechos a decidir morir, cuando ya no hay más nada que hacer frente a este hecho inminente.

Se otorgó libertad absoluta a los adultos mayores participantes de los grupos de discusión, con respuestas contradictorias, es decir, existieron opiniones a favor y en contra de la eutanasia, con fundamentaciones en base a experiencias de vida, influencia de los mitos que caracterizan al adulto mayor como estorbo para la sociedad e inclusive, explicaciones que ligaron a la eutanasia como una forma de maltrato.

R29: “Mi hermana hace 12 años que esta postrada en cama. Esta toda enroscada y le duelen los huesos. Ahora tiene demencia senil y esta pidiendo a gritos morirse. Yo estoy de acuerdo con la eutanasia”.

R30: *“Yo estoy de acuerdo, porque hay casos que son muy extremos y las personas que están muy mal deberían tener la oportunidad de decidir morir”.*

R31: *“Si en mi caso dios enviara una enfermedad de la cual quedara muy mal, preferiría pedirle al doctor que me colocase una inyección para morir. Así descanso yo y mi familia”.*

R32: *“Adolfo Hitler eliminaba a las personas que por tener mayor edad no servía para la guerra. Entonces él aplicaba la cultura de la muerte. Nosotros como cristianos debemos estar en contra de ello, porque se presta para abuso; cualquiera puede aplicar ese sistema y matar a otra persona, aunque fuese familiar por motivos de herencia u otra cosa. Es un aprovechamiento”.*

R33: *“No se puede olvidar el hecho de desconectar a un ser querido. Yo lo hice con mi marido, tenía la esperanza que iba a vivir, pero no se pudo y tuve que decidir. Ahora no me gustaría hacer lo mismo con madre, porque es algo que no se puede olvidar”.*

En ambos casos, ya sea a favor o en contra de la eutanasia, se requiere de una profunda reflexión de lo que significa responsabilizarse de una acción en la cual los seres humanos tomen la decisión de adelantar la muerte de ellos mismos para acabar con la agonía de aquellas enfermedades terminales o deficiencias que incapacitan a la persona a desarrollar actividades para su bienestar personal, o bien; prolongar ese sufrimiento y frustración que además de menoscabar a la persona que lo padece, afecta inevitablemente al grupo familiar y otros con los que mantiene una relación afectiva. Es una situación que también trasciende las estructuras de nuestra sociedad.

También se consultó respecto a quien tomaba la decisión de acceder a la eutanasia y unánimemente las personas mayores señalaron que es la víctima que padece el menoscabo, debe tomar la decisión sin la intromisión de la familia y del médico.

Cabe señalar, que salvo las respuestas N° 30 y N° 32, las restantes poseen un fuerte significado emocional en donde se involucra el sufrimiento de los miembros de la familia que supuestamente ven al adulto mayor agonizar, sin esperanzas de revertir dicha situación y la

postura de aquellos que en base a una experiencia previa (respuesta N° 33), siguen sufriendo casi culpabilizándose por haber decidido quitar la vida prematuramente a un ser querido.

e) Factores de riesgos que incidirían en el maltrato.

En esta dimensión los adultos mayores demostraron un claro desconocimiento respecto a los factores de riesgos que pudiesen influir en la producción de los actos de violencia tanto en el macrosistema, el exosistema, microsistema y sistema individual. Nuevamente en las opiniones registradas exponían a un adulto mayor vulnerable por su condición biológica, que depende en gran parte de terceros, lo que incidiría en hechos de abusos y negligencias.

R34: “Aquellas personas que no tienen quien los pueda cuidar, no tienen nada, son los que quedan botados”.

R35: “La misma edad es un factor de riesgo, ya que somos más débiles y frágiles. Somos más vulnerables a abusos”.

Para Daichman Lia (2002), existen factores de riesgos vinculados a la víctima en este caso el adulto mayor y factores de riesgos en el cuidador o en el agresor. De los primeros sujetos se consideran las historias de episodios de violencia en la familia, sensaciones permanentes de frustraciones, enojo y desesperanza, inversión del rol parental, estilo de vida con poco espacio y privacidad, cuidador económicamente o de vivienda dependiente del anciano. Por parte de los cuidadores, las situaciones de riesgos apuntan a un trabajo agotador y sin descanso, falta de espacio y tiempo personal, sentimiento de aislamiento psicosocial, sentimientos de ser explotado por otros, sentimientos de pérdida “por la persona que fue”, falta de apoyo por otros familiares, cambio de estilo de vida involuntario, falta de información sobre enfermedades y su evolución, entre otros.

Debemos añadir aquellos factores de riesgos que provienen del ecosistema, ya que sólo con no abordar y tratar la problemática social del maltrato en el adulto mayor, se está contribuyendo a que continúen sucediendo estos tipos de violencia.

R36: *“El maltrato se origina por una falta de educación tanto en las escuelas como en la familia. Sin ella, no existe respeto por las personas mayores”.*

f) Atención y prevención del maltrato en el adulto mayor.

Las propuestas de acción se enfocaron a la atención de la problemática desde las políticas sociales a favor del adulto mayor, en donde se deberían desarrollar reformas a los sistemas provisionales y una importante campaña de difusión y educación respecto a mejorar la imagen del adulto mayor en nuestra sociedad, así como de denunciar e intervenir efectivamente en aquellos casos en donde los mayores son víctimas de abuso y/o negligencia.

R37: *“Debería de regularizarse y sancionar cuando un hijos o un nieto roba a un padre o a un familiar”.*

R38: *“Debería existir una gran campaña que se oriente a apoyar al adulto mayor en todo sentido, con publicidad positiva”.*

R39: *“El gobierno debería tener una institución eficaz para acoger a todos los adultos mayores indigentes, darles apoyo y cuidado”.*

R40: *“Se deben utilizar los medios de comunicación para detener estos casos de abusos y se logre intervenir en esos problemas”.*

R41: *“Se debe enseñar a las nuevas generaciones a ser más cariñosos y respetar. Porque es la juventud la que se hará cargo de nosotros en el futuro”.*

R42: *“Para el adulto mayor debería de existir pensiones dignas, donde el anciano pudiese vivir sin necesidades y preocupaciones, como comprarse un remedio, con buena atención médica y cuidados”.*

Constituyen estas opiniones, voces que solicitan integrarse y participar en las decisiones de las políticas para el adulto mayor.

Aunque ninguno de los adultos mayores se refirió a la intervención de profesionales en aquellos casos de maltrato por cuidadores o familiares, esto se justifica precisamente por el desconocimiento de las consecuencias que acaparan los abusos y negligencias, a la prevalencia

de costumbres socioculturales que estereotipan negativamente a la vejez (recordemos las afirmaciones que demuestran un arraigo del viejismo en las propias personas mayores) y en el tabú que genera este tema en la población mayor, sea por razones como el miedo a involucrar a sus seres queridos (hijo maltratador, cónyuge maltratador, nieto, etc.) o a las represalias de éstos, lo que sin duda sigue manteniendo esta problemática social oculta de la opinión pública.

II. Síntesis Diagnóstica

Podemos realizar una síntesis del diagnóstico social de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación, los cuales apuntaban a responder el *desconocimiento de las formas de violencia, situación social y condiciones de vida de los Adultos Mayores maltratados y/o abusados, en la comuna de Valparaíso*. Dichos adultos mayores corresponden en su totalidad a personas que son miembros y participan de los clubes para mayores de la comuna, organizaciones sociales regularizadas por la ley de N° 19. 418 por medio de la Oficina Comunal del Adulto Mayor de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso.

- Objetivo General N° 1 “Conocer la percepción de los sujetos de estudios respecto a la problemática social de maltrato al adulto mayor”.

Se puede afirmar que los adultos mayores que presentaban alguna forma de abuso y/o negligencia, tanto como aquellas que no registraron algún tipo de maltrato, en un 73, 4% identificaron efectivamente los 51 indicadores como actos de violencia. Esto nos demuestra que la población investigada puede distinguir las distintas formas de maltrato existentes (físico, psicológico, sexual, económico, abandonos y/o negligencias y social), pese a que no han existido campañas socioeducativas que enseñen y prevengan este problema social. Sin embargo, en aquellos indicadores de maltrato estructural o societario que se vinculaban a la asignaciones de roles sociales de dependencia y no productivos, fueron calificados como formas que caracterizan a la población adulta mayor, es decir, no constituían formas de maltrato (35, 8%). Esto nos hace pensar en cuánto puede influenciar las costumbres y valores culturales que estigmatizan al adulto mayor en determinado contexto social, a tal punto que la población misma de ancianos reafirma como reales dichos patrones socioculturales, que de alguna manera es un factor de riesgo que ayuda a sostener la reproducción de actos de violencia contra estas personas.

Para poder dar solución a esta forma de violencia, la mayoría de los adultos mayores apostaron por prevenir esta problemática social, por medio de políticas nacionales y difusión de la importancia del mayor para la sociedad, cambiando la imagen social negativa que las generaciones más jóvenes conciben de la vejez. También es fundamental para esta población, en particular aquellos que se ubican en los estratos

socioeconómicos más bajo, el poder activar la justicia social para los adultos mayores que se encuentran en la indigencia y que están sujetos a otros tipos de abusos como la exclusión social, la falta de trabajo y la necesidad de mejorar los sistemas de salud y de previsión. Resulta bastante sorprendente, que como población estereotipada de incapaces de aprender, otorguen a la educación un papel preponderante a la hora de prevenir el maltrato en los mayores, dándole además un carácter de complementariedad entre la educación formal e informal, lo que constituye una iniciativa que por lo general, no se describe en estudios y compilados que intentan abordar este flagelo.

Podemos evaluar por lo anteriormente expuesto, que nos encontramos ante un grupo de adultos mayores que conocen, sin bien no textualmente, los derechos humanos que deberían gozar como personas en una sociedad neoliberal. De igual manera, saben cuáles son aquellas formas de discriminación y exclusión social que denigran a la vejez y con ello a las personas que viven el envejecimiento, en el exosistema y macrosistema, como en los ámbitos más íntimos de interacción, como es la familia.

- Objetivo General N° 2 “Conocer la prevalencia y formas de maltrato hacia el adulto mayor desde la perspectiva ecológica del desarrollo humano a través de los sujetos de estudios”.

“El viejo no sirve...”(R2) y “nos sentimos humillados”(R1), fueron las frases que afirmaban la existencia de mitos que estigmatizaban la imagen de la vejez y a los adultos mayores, desde el ámbito macrosistémico. Al respecto, en cada contexto social se encuentran distintas percepciones e imágenes del envejecimiento. Desde los griegos que idolatraban a dioses jóvenes y la inmortalidad, pasando a los romanos que otorgaban a los ancianos autoridad y poder, hasta nuestros días, en donde los adultos mayores y la sociedad en general, han heredado los estereotipos de las épocas pasadas, pese a que a lo largo del tiempo la noción de la vejez en los planos sociales, biológicos y psicológicos se han enriquecidos⁴. Las percepciones que nos relatan los adultos mayores nos dan a conocer formas de maltrato más sutil que discriminan sistemáticamente a la gente por ser vieja y que simultáneamente es aprendido por los propios mayores al aceptar dichos estereotipos, aprendiendo a ser incapaces (“uno cuando es viejo se vuelve inútil...”, R3).

⁴ Sanchez S., Carmen. Trabajo Social y Vejez. Teoría e Intervención. Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina.

Los problemas con los servicios de salud confirman la existencia de formas de maltratos en el exosistema, por medio de respuestas insatisfechas o poco oportunas para la situación que vive el adulto mayor en nuestro país, en donde sorprendentemente la edad sigue caracterizando a la persona e inclusive, orientando juicios de profesionales respecto a la salud del paciente (*“esa molestia es por la edad”*R4). Simultáneamente, las atenciones inadecuadas y las conductas discriminadoras hacia el anciano nos describen que estas formas de abusos son más cotidianas y comunes en nuestro entorno social, no teniendo forma de regularización que permita sancionar estos tipos de actos, que según las afirmaciones de las propias personas mayores afectan su desarrollo personal y bienestar social.

A raíz de lo anterior, la percepción de los adultos mayores entorno a los establecimientos de larga estadía y otros asilos o residencias para ancianos fueron negativas. A ello se debe añadir, la influencia de noticias que demostraban actos de maltrato severo en contra de las pacientes en residencias clandestinas de nuestra capital, lo que contribuyó también a la dura crítica de las funciones que estas instituciones prestan a los mayores que ingresan en ellas.

Por otra parte, la eutanasia que no esta incorporada dentro de los objetivos de investigación, fue incorporada como tema de discusión recogiendo opiniones bastantes diversas. En definitiva, para los adultos mayores que participaron en este debate la eutanasia sigue constituyendo por una parte una alternativa para poder descansar de la agonía de una enfermedad, pero que bajo ese deseo se esconde la intención de dejar de estorbar a los seres queridos que también sufren las consecuencias de esa agonía. Empero, para otro grupo de adultos mayores que pudieron experimentar esta acción, que en realidad es una toma de decisión sobre la vida de otro, no resulta convincente como justificación la situación terminal que vive el enfermo, refugiándose en las ideas cristianas en la cual Dios tiene el poder de quitar la vida a un ser humano, o por el trauma que genera el desconectar a un enfermo de los mecanismos que lo mantienen con vida y otros que analizaron la situación como un acto de aprovechamiento, del cual puede estar sujeto el abuso.

➤ **Los 48 Casos**

De los casos que registraron sufrir algún tipo de maltrato (45, 3% de la población total entrevistada, N= 106), podemos afirmar que existe una prevalencia del abuso psicológico por sobre los demás tipos de maltrato mencionados. De él los indicadores más denunciados fueron los gritos con el 22, 7%, las descalificaciones con el 20, 0%, los insultos con el 15, 0% y las intimidaciones con el 10, 0%, alcanzando una frecuencia del 83, 3%. Sin embargo, y pese a que los estudios sobre maltrato en el adulto mayor, a excepción el realizado por Lowick- Russell en 1999, existe un importante índice de personas que han sido víctimas de algún tipo de abuso económico y/o patrimonial alcanzando el 29, 2%, igualando al maltrato físico.

En cuanto a la prevalencia en la actualidad, el abandono y las negligencias (30, 2% de los casos), sobrepasaron el 80, 0%, lo que nos indica estar frente a un grupo de mayores que sufren de la falta de comunicación con sus seres queridos, de la afectividad y el cariño que estos les puede brindar, junto con el cuidado y protección, o que por el contrario, se encuentran hacinados en un espacio cerrado, sin poder desarrollar sus actividades diarias e íntimas, por la ocupación de los hijos u otros familiares.

También podemos afirmar que cuando se produce un hecho de violencia, podemos presenciar en él más de una forma de abuso o negligencia que se dan a la vez. El maltrato psicológico y el abandono, el maltrato físico y el psicológico fueron los más denunciados. Esto demuestra que al igual con otros síndromes de violencia familiar, ya sea en los niños o en la mujer, en el caso del adulto mayor también podemos observar complementaciones de abusos que se generan a la vez, constituyéndose una característica fundamental de la violencia en este plano. Y es de carácter familiar estos tipos de maltratos ocurridos en el microsistema, debido a que el principal agresor de los hechos de abusos y negligencias denunciados por los adultos mayores es el cónyuge masculino.

No es menor, que también se registró como segundo agresor el vecino de la víctima, pudiendo afirmar una vez más que el maltrato en los adultos mayores trasciende los límites de la violencia intrafamiliar, por lo que constituye una problemática social mucho más compleja de abordar e intervenir.

En cuanto a los factores de riesgos que incidirían en la producción de estas formas de maltrato, los adultos mayores señalaron que

principalmente se debe a la edad de la persona que envejece, ya que implica mayor vulnerabilidad y debilitamiento físico, por lo cual terceros se aprovecharían de esta situación de fragilidad. Aunque claramente se puede observar un desconocimiento en el tema, algunas entrevistas a domicilio efectuadas por el alumno en tres casos de personas que indicaron sufrir de abuso y/o negligencia, comprobaron existencia de dependencia del agresor económica y domiciliaria con la víctima, hacinamiento y falta de espacios de privacidad, y frustraciones y desesperanzas por parte de los adultos mayores ante situaciones de conflicto con sus seres queridos por temas económicos.

Pudiéndose generalizar estos factores de riesgos, también cabe mencionar que algunos adultos mayores maltratados por sus hijos, destacaban la existencia de episodios de violencia en la infancia en la cual ellos golpeaban a sus hijos. Estas experiencias no olvidadas por éstos serían algunas de las causales de los comportamientos abusivos y/o negligentes actuales.

Con relación a las instituciones que atienden y previenen esta problemática social, los adultos mayores no poseen un conocimiento específico acerca de las funciones que desarrollan algunas organizaciones y servicios públicos entorno a esta forma de violencia. Pese a estos vacíos los mayores mantienen una percepción negativa hacia estas entidades, de acuerdo a las respuestas insatisfactorias obtenidas en ellas descritos en el análisis cualitativo, por lo que no atenderían y prevendrían el maltrato, a excepción de Carabineros a quienes se les atribuyó como principal función el sancionar este flagelo. En la realidad podemos constatar que no existe una ley que regule específicamente el maltrato en los adultos mayores en todos los ámbitos, instituciones abocadas a atender y prevenir este problema social, y mucho menos, profesionales preparados para enfrentar este tipo de situaciones. Puede ser que además del temor a las represalias por parte del agresor, estas percepciones incidan en que el 68, 8% de los adultos mayores maltratados, no haya solicitado ayuda para poder solucionar o atender su situación de maltrato.

- Objetivo General N° 3 “Caracterizar sociodemográfica, sanitaria y psicológicamente aquellos adultos mayores que han sido víctimas de alguna forma de maltrato”.

La víctima de los maltratos corresponden a mujeres de 70 y 74 años de edad (22, 9%) y 65 y 69 años de edad (18, 8%). El por qué la mujer es la principal víctima de estos actos de violencia responde a patrones de una cultura patriarcal muy arraigada en nuestra sociedad y a la existencia en este caso, de mujeres adultas mayores que poseen antecedentes de violencia conyugal. Una de las razones que impiden a las mujeres romper con la relación de violencia según el Instituto Andaluz de la Mujer (1999), es la independencia emocional y económica respecto al agresor, el miedo a romper a la familia y afrontar en solitario la atención de las hijas e hijos, las vivencias familiares, es decir, mujeres que han soportado durante su vida malos tratos poseyendo un alto grado de tolerancia, y la inseguridad que crea para las mujeres el proceso judicial⁵.

Por el contrario, la mayoría de las mujeres mayores entrevistadas se encontraban viudas. Esto conlleva a reflexionar por qué suceden estos abusos en este grupo de mujeres. Al respecto cabe acotar la importancia de la mujer mayor, viuda o no, a la sociedad y las formas de contribuciones que esta sociedad ofrece. Las mujeres mayores representan el 25, 0% de la fuerza de trabajo económicamente activa a nivel mundial (ONU 1999). Las abuelas desempeñan un trabajo necesario con el cuidado de los nietos, del hogar, trabajos artesanales, agrícolas, entre otros, pero que resultan invisibles y considerados poco productivos, son un aporte no reconocido, y a la vez, indispensable⁶. En la realidad los estereotipos consideran a la mujer mayor como una sobrecarga, discapacitada e improductiva, lo que conduce a las otras generaciones a concebirlas como seres casi de otra dimensión y por consiguiente a estar más expuestas a discriminaciones y malos tratos.

La mayor parte de estas mujeres entrevistadas habían cursado algún nivel de educación, y sólo un 6, 3% se declaró analfabeta. De esta manera, se puede comprobar que independiente al grado de educación que tenga la persona, puede ser víctima potencial de los actos de violencia, y son las características psicosociales (autoestima, relación con recursos donde pueda tener acceso, no posee pasado de violencia familiar, tiene trabajo, etc.)⁷, las que influyen en la determinación de romper con la situación de maltrato, aunque la mujer mayor, la “abuela”, posee una responsabilidad directa con su familia y *quisiera seguir*

⁵ Instituto Andaluz de la Mujer. Violencia contra las Mujeres. Sevilla, España. 1999.

⁶ Teubal y cols., Ruth. Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones. Buenos Aires, Argentina. 2001.

⁷ Op. Cit. N° 2

haciendo como siempre, todo lo que cree que la familia necesita que haga (Quijarro, 2004), aún a costa de malos tratos.

Son mayores autovalentes, es decir, que no dependen de terceros para desarrollar las cosas cotidianas para su bienestar social, en contraste con las investigaciones en las cuales señalan que son los adultos mayores dependientes las que sufren las distintas formas de violencia. Mantienen una buena relación con la red abierta (centros de salud, organizaciones sociales, etc.), con los familiares y con sus pares. El 91, 7% tiene hijos, sin embargo, viven en completa soledad (22, 9%), presentan alguna enfermedad (72, 9%) y sobreviven con una pensión que no sobrepasa los \$80 mil pesos.

Podemos concluir entonces, que aquellas víctimas de maltrato por las afirmaciones recogidas anteriormente y que han sido expuestas, se encuentran no solamente abandonadas por sus familiares o cercanos con los cuales mantienen una relación interpersonal, sino que además se encuentran abandonadas y discriminadas por una sociedad que les debe justicia social, por los deberes que en algún determinado momento de su vida debieron rendir y por aquellas labores que aún le siguen contribuyendo.

- Reflexiones de la Situación del Adulto Mayor Maltratado.

A medida que se fue respondiendo cada objetivo específico de esta investigación, con los 106 adultos mayores que voluntariamente accedieron a las entrevistas y discusiones grupales, se fueron revelando y conociendo las tipologías del maltrato en el adulto mayor desde los niveles individuales y microsistémico, hasta las instituciones, políticas y todo el contexto social en el cual se enmarca esta realidad.

Se puede afirmar por medio de las voces de estos actores, que están viviendo una situación de abandono y exclusión social, en particular aquellos adultos mayores que son víctimas de la violencia. Si estas personas que poseen un alto grado de autonomía y participación social: ¿Podríamos imaginar la situación en la que se encuentran nuestros adultos mayores dependientes y que no poseen una vida de participación activa?

El sustento de esta problemática social en nuestra cultura es manifestado en el aprecio a la juventud, el trabajo y la producción, yendo

en desmedro de la vejez, caracterizada en forma negativa e incapacitante. *Ser viejo equivale entonces a estar físicamente incapacitado, sufrir de pérdidas mentales, ser económicamente dependiente, experimentar aislamiento social y perder status social* (Sánchez, 1990). Surge entonces el llamado a la solidaridad intergeneracional, no como acto de limosna o compasión, sino que en conocimientos y en el amor hacia el otro, especialmente en la familia, como principal entidad de relaciones afectivas, que pueda proyectar un trato digno al adulto mayor (Política Nacional para el Adulto Mayor, 2001).

Nuestra población cada vez envejece a ritmos acelerados y la expectativa de vida aumenta para los adultos mayores demandando mayor atención y bienestar social a los distintos servicios, por lo que nuestro país debe solucionar y disponer de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de estos usuarios. La falta de proyecciones y acciones en la materia van aglutinando problemáticas sociales que acompañadas con una arraigada estigmatización y mitos entornos a la vejez, han ido postergando a esta población, con lo que existe menos restricciones para que se produzcan y sigan reproduciéndose actos de violencia en todos las estructuras de la sociedad hacia los adultos mayores. Por otra parte la escasez de profesionales que se motiven en investigar y trabajar con mayores, constituye un nuevo obstáculo para aumentar la protección de los derechos de estas personas. También la existencia de profesionales que pudiendo presenciar abusos y negligencias, no actúan y quedan atados sin saber que contribuyen ciegamente a ser víctimas potenciales de este maltrato en el futuro, manteniendo en el transcurso del tiempo este problema social.

Dentro de estos profesionales, el asistente social posee las herramientas adecuadas para estudiar esta realidad, conocer las situaciones de los casos e intervenir en cada una de ellas desde distintas metodologías, sea de caso, grupo y comunidad. Como articulador, es capaz de coordinar equipos multidisciplinarios, elaborar planes de acción y administrar los recursos disponibles en la red para poder prevenir el maltrato en los adultos mayores, por lo que a continuación importa plantearnos desafíos para nuestra profesión insertándonos en aquellos problemas sociales que atentan con el bienestar de la persona y de nuestra sociedad.



Pocos temas suscitan tanta polémica y preocupación como la violencia en sus distintos ámbitos de expresión. Cuando es ejercida en contra de las personas, especialmente en contra de aquellos que, culturalmente, se les pretende situar en un espacio de respeto como es el caso de las personas mayores, provoca frecuentemente que cerremos los ojos a una realidad que nos enfrenta a lo peor de nuestra sociedad y por lo tanto de nosotros mismos.

*Lucio Díaz Dúmenez, Director Centro de Capacitación CEC,
1999.*

CAPÍTULO CINCO

PROGRAMACIÓN
y
PROPUESTA

Introducción.-

En los siguientes capítulos se describen y desarrollan las actividades destinadas a investigar formas de intervención profesional en los casos de personas mayores que han sido víctima de alguna forma de violencia, en particular, aquella que se desarrolla en el contexto familiar, y acciones de prevención del maltrato en los adultos mayores y programas orientados a mejorar la calidad de vida y bienestar social en esta población. Para ello, el itinerario de actividades programadas responden a un proyecto de intercambio académico y estudiantil entre la Universidad de Valparaíso con la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla-España. Las razones que motivaron al estudio en acceder a esta empresa se orienta fundamentalmente, en conocer las prácticas y acciones que el país europeo pueda brindar a la población mayor que se encuentra en situación de maltrato, ya sea por medio de instituciones y/o profesionales capacitados para emprender determinada labor. Posteriormente y en función a la información que se pueda obtener previa actividades de estudio y observación en terreno, se sistematizará una metodología de intervención y prevención de la problemática social tratada en este Seminario de Título, acorde a las características personales y situación social de los adultos mayores maltratados que participaron de las entrevistas y encuestas desarrolladas en los clubes sociales de la comuna de Valparaíso, acentuando el protagonismo y rol del asistente social de acuerdo a sus características profesionales.

Lo que a continuación se presenta es el proyecto de investigación a desarrollar durante los meses de Octubre- Diciembre, y posteriormente las actividades programadas para el estudio de la situación del adulto mayor en España y las observaciones como entrevistas orientadas al conocimiento de las formas de intervención y prevención profesional del maltrato en el adulto mayor.

Programación de las Actividades

Proyecto de Ejecución Beca Intercambio Académica UPO

1) Nombre:

“Propuesta de Intervención y Prevención al Maltrato en el Adulto Mayor desde la perspectiva del Trabajo Social”.

2) Marco Institucional del Proyecto:

El proyecto titulado anteriormente, representa la fase de ejecución del ciclo tecnológico que opera metodológicamente en la lógica de acción del Trabajo Social, como respuesta a las distintas formas de abusos y/o negligencias que se han registrado en la población de adultos mayores que participaron en las entrevistas personales, encuestas y grupos focales de discusión descritas en el Diagnóstico Social de este documento.

Como ya fuese mencionado, el proyecto de ejecución además se encuentra inserto como parte de la Beca de Intercambio Académica UPO, lo que ha concentrado los esfuerzos y coordinación de varios protagonistas, teniendo como principal organizadores la Universidad de Valparaíso y la Universidad Pablo de Olavide, a través de sus respectivas escuelas de Trabajo Social.

A lo anterior debemos sumar el respaldo otorgado por la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, institución que por medio de la Dirección de Desarrollo de la Persona y sus dos oficinas, el Centro Provincial de Prevención y Atención en Violencia Intrafamiliar y la Oficina Comunal del Adulto Mayor, han patrocinado esta tesis bajo el objetivo de *promover el respeto a la dignidad de la familia y de sus miembros así como la difusión de los derechos de las personas y en particular propiciar un cambio individual y colectivo en las relaciones intrafamiliares, a través de la planificación y desarrollo de acciones tendientes a mejorar la calidad de*

vida e individuos que la forman expresados en líneas o áreas específicas como mujer, adulto mayor, infancia, violencia intrafamiliar y discapacidad. De esta manera el presente proyecto, pretende contribuir al tratamiento y erradicación del maltrato en los adultos mayores, propiciando el adecuado bienestar bio- psico- social del adulto mayor de la comuna de Valparaíso a través de la implementación de acciones preventivas, promocionales y asistenciales.

Bajo este marco institucional, es aprobada la iniciativa de proponer una metodología de atención y prevención de la problemática social citada, desde la perspectiva del Trabajo Social en el contexto local, es decir, las acciones de trabajo profesional, prácticas y otras que deriven de este proyecto, estarán orientadas a la situación social específica de la población adulta mayor que padece maltrato en la comuna de Valparaíso, por lo que se procurará coordinar al máximo los esfuerzos entre el alumno seminarista y los supervisores académicos e institucionales, manteniendo la coherencia de la metodología de intervención con la realidad local.

3) Fundamentación del Proyecto:

En Chile la población de adultos mayores supera los 1, 7 millones de personas que poseen 65 y más años de edad, lo que equivale al 11, 4% del total de población nacional. La esperanza de vida se ha prolongado de 63 años en la década de 1970 a 75 años para el quinquenio 2000- 2005, lo que indica que han existido cambios en el bienestar y calidad de vida de todos los chilenos, lo cual repercutiría en el crecimiento vegetativo.

Estos cambios de paradigmas, la expansión de nuevas tecnologías y las nuevas demandas del mercado laboral, entre otras variables, han transformado la dinámica de nuestra sociedad hacia un objetivo común: el desarrollo y con ello al cambio de las funciones de la unidad básica de este sistema, la familia. Los indicadores nacionales nos indican una fuerte predominancia de la familia nuclear y los estudios de sociólogos nos informan de los cambios de estilos de vida, de la inserción laboral de la mujer y de la importancia de la crianza y educación de los hijos. Los profesionales del área social deben atender los nuevos problemas que emergen de estos cambios en la familia y en la sociedad. Cada vez

aumentan los casos de conflictos en las relaciones interpersonales, de depresión y estrés, problemas en las formas de comunicación y de violencia doméstica. Esta violencia, en las últimas décadas ha sido una de las problemáticas sociales más estudiadas e intervenidas, partiendo del síndrome del niño apaleado a la violencia de género. Sin embargo, no podemos referirnos de igual manera hacia el maltrato en el adulto mayor.

**Esperanza de Vida al Nacer, por Sexo, según Períodos de la
Tabla País, 1970 - 2005**

Esperanza de vida al nacer (en años)				
PERIODO DE LA TABLA	DE LA	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1970- 1975		63, 57	60, 46	66, 80
1975- 1980		67, 19	63, 94	70, 57
1980- 1985		70, 70	67, 38	74, 16
1985- 1990		72, 68	69, 59	75, 89
1990- 1995		74, 43	71, 53	77, 44
1995- 2000		75, 21	72, 28	78, 26
2000- 2005		75, 96	72, 99	79, 04

Fuente: INE-CELADE. Chile, Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad. Total País 1950 - 2050.

1/ Indica el número de años que probablemente le correspondería vivir a cada componente de una generación de recién nacidos.

Las razones que pueden fundamentar esta especie de descuido u olvido de nuestros adultos mayores, han quedado registradas en las percepciones de éstos con respecto a la imagen negativa entorno a la vejez y los cambios sociales anteriormente mencionados, que si bien han aumentado la expectativa de vida de estas personas no es de igual manera con la calidad de vida y bienestar social, quedando casi excluidos de la dinámica acelerada de nuestra sociedad.

A ello añadimos la urgente necesidad de destinar los esfuerzos a mejorar y satisfacer las necesidades de la población mayor y principalmente atender a los adultos mayores que son víctimas de maltrato en el ámbito familiar e institucional, previniendo las reproducciones de esta violencia en ambos contextos y promoviendo una cultura de responsabilidad y buen trato hacia los adultos mayores.

Frente a un tema de incipiente preocupación en nuestro país y en la comuna de Valparaíso, es importante conocer la situación social de los

adultos mayores en países desarrollados, que han experimentado con anticipación el envejecimiento poblacional y con ello las emergentes problemáticas sociales como consecuencia de este cambio demográfico ya inminente para todas las sociedades, entre las cuales se encuentra el maltrato en el adulto mayor.

Lo anterior no sólo pretende responder a las necesidades de los 48 casos diagnosticados en este seminario de título, sino que también otorgar al Trabajo Social una propuesta de intervención profesional ante este “nuevo” problema social que afecta a una población cada vez más *mayor*.

4) Objetivo General:

“Conocer aquellas formas de atención y prevención orientadas a intervenir el maltrato en la población de adultos mayores de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que puedan contribuir a la gestación de una metodología de trabajo con la población mayor en situación de maltrato en la comuna de Valparaíso”

5) Objetivos Específicos:

- a) “Identificar antecedentes sociodemográficos de las población mayor española y andaluza”.
- b) “Identificar las principales formas de abuso y/o negligencia que padece la población mayor española y andaluza”.
- c) “Observar trabajos y acciones de intervención del maltrato en el adulto mayor por parte de instituciones públicas y/o privadas como de profesionales relacionados en la materia”.

6) Productos:

- ✓ Desarrollar una propuesta de intervención desde el Trabajo Social en función de la situación de los adultos mayores maltratados en la comuna de Valparaíso.

- ✓ Elaborar pautas de acciones coherentes a las metodologías de intervención de caso, grupo y comunidad, promocionando instancias de ejecución de dichas prácticas del Trabajo Social con adultos mayores maltratados.

11) Encargado y Coordinador del Proyecto:

- Sr. Héctor Rivera Castro. Alumno Seminarista de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.

12) Patrocinadores y Supervisores del Proyecto:

- Sra. Marta Bustos Díaz. Asistente Social y Licenciada en Servicio Social. Universidad de Valparaíso.
- Sra. Paulina Moraga Cervelló. Asistente Social. Coordinadora Centro Provincial de Prevención y Atención en Violencia Intrafamiliar Valparaíso.

13) Descripción de las Actividades:

Objetivo 1: “Identificar antecedentes sociodemográficos de la población mayor española y andaluza”.

Actividades

1. Recolección de información estadística de aquellos indicadores sociodemográficos más relevantes.

Esta actividad pretende obtener los antecedentes sociales, demográficos y sanitarios generales de la población adulta mayor de España y a la vez de la Comuna Autónoma de Andalucía, de manera que se pueda comparar la situación de los adultos mayores maltratadas registradas en el diagnóstico social con la de esta sociedad. Para ello se hará indispensable el estudio de censos u otros instrumentos que miden las condiciones sociodemográficas de una población, como también documentos orientados hacia este fin que se especializan en el estudio de personas mayores.

2. Entrevistas con profesionales dedicados al trabajo con adultos mayores.

Las actividades de contactos y entrevistas con profesionales están orientadas al conocimiento de experiencias y percepciones objetivas de estos mismos con relación a la situación del adulto mayor en España. Estas actividades además de servir como complementos informativos a las anteriores búsquedas y estudios de indicadores porcentuales, permitirán al alumno contrastar las regularizaciones legislativas y programas orientados a prestar apoyo ala población mayor, con la realidad vislumbrada por los actores directos o indirectos, encargados de administrar y ejecutar estos servicios.

Técnicas: Entrevistas Formales; Entrevistas Semiestructuradas; Revisiones Bibliográficas.

Recursos

Humanos: Alumno seminarista; Sr. Raúl Álvarez Pérez Gerontólogo; profesionales del área social, salud y justicia.

Material: Una grabadora de audio; microcassette 60 minutos.

Financiero: Locomoción (Bonobús).

Tiempo: Semanas del 01 al 15 (Activ. 1); 01 al 22 de Octubre (Activ. 2).

Objetivo 2: “Identificar las principales formas de abuso y/o negligencia que padece la población mayor española y andaluza”.

Actividades

3. Revisión Bibliográfica.

Esta actividad esta vinculada al estudio y análisis del material teórico-práctico que el alumno seminarista pueda encontrar a través de investigaciones, monografías, tesinas y otras fuentes bibliográficas y de información, como noticias, publicaciones, entre otras documentaciones orientadas a la descripción, atención y prevención del maltrato en los adultos mayores en España.

4. Visitas a Instituciones u otras entidades públicas o privadas, como profesionales relacionados con la temática del Maltrato a que prestan servicio a la población mayor.

Estas visitas se realizarán previo contacto establecido y apuntan a la obtención de información cuantitativa y cualitativa del maltrato en los adultos mayores, específicamente en la Comuna Autónoma de Andalucía. De esta manera y al igual que las actividades por medio de entrevistas formales realizadas a profesionales vinculados al área del adulto mayor, se podrá contrastar los antecedentes teóricos de la realidad en la que se encuentran estas personas víctimas de la violencia.

Técnicas: Revisiones Bibliográficas; Entrevistas Formales; Entrevistas Semiestructuradas.

Recursos:

Humanos: Alumno seminarista; Sr. Raúl Álvarez Pérez Gerontólogo; profesionales del área social, salud y justicia.

Material: Una grabadora de audio; microcassette 60 minutos.

Financiero: Locomoción (Bonobús).

Tiempo: Semanas del 11 al 20 (Activ. 3); 11 al 29 de Octubre (Activ. 4).

Objetivo 3: “Observar trabajos y acciones de intervención del maltrato en el adulto mayor por parte de instituciones públicas y/o privadas como de profesionales relacionados en la materia”.

Actividades

5. Realizaciones de Estadas de Observaciones.

Las estadas de observación pretenden el conocer aquellas metodologías de intervención ligadas a atender aquellos casos en donde el adulto mayor es víctima de alguna forma de maltrato doméstico, como también las acciones de prevención de la violencia hacia esta población. Para ello será necesario contactar las instituciones. Organizaciones y profesionales correspondientes que estén relacionados a esta problemática social o en donde se incorpore dicho problema a un servicio general, como en el caso de residencias, centros u oficinas de adultos mayores que puedan contemplar algún tipo de trabajo con personas maltratadas, o de acción comunitaria. En la medida que se pueda disponer de información de casos específicos de maltrato, se realizarán visitas domiciliarias en donde se pueda profundizar en conjunto con el profesional o equipo multidisciplinario correspondiente las acciones que contribuyan a la pesquisa del caso con maltrato y su posterior intervención. Como término de estas actividades se procederá a la sistematización de una metodología de trabajo para los casos diagnosticados con maltrato en el presente seminario de título, desde la perspectiva del Trabajo Social.

Técnicas: Revisiones Bibliográficas; Entrevistas Formales; Entrevistas Semiestructuradas; Observación de Campo; Visitas Domiciliarias.

Recursos

Humanos: Alumno seminarista; Sr. Raúl Álvarez Pérez Gerontólogo; profesionales del área social, salud y justicia.

Material: Una grabadora de audio; microcassette 60 minutos.

Financiero: Locomoción (Bonobús).

Tiempo: Semanas del 25 de Octubre al 22 de Noviembre.

10) Criterios de Evaluación.

La ejecución de actividades requiere de un control que permita medir en lo posible, la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de las acciones desarrolladas a fines de evaluar los resultados obtenidos en los sujetos de estudios intervenidos. En relación a ello, en este apartado se formulan los criterios de evaluación que guiarán las actividades a realizar bajo los objetivos del proyecto anteriormente descrito según el grado de pertinencia, y tiempo en que se ejecutarán dichas actividades, así como la coherencia y flexibilidad de la propuesta de intervención en adultos mayores maltratados.

a. **Pertinencia:** referida al desarrollo de actividades que resulten convenientes para comprender y analizar el tema del maltrato en el adulto mayor y las formas de intervención para la atención y prevención del mismo. Serán consideradas actividades no pertinentes aquellas que no tienen ningún vínculo con el problema social investigado.

b. **Tiempo:** el tiempo se medirá a través de una Tabla Gantt diseñada para regular la ejecución de cada actividad en las fechas programadas según la duración de la beca de intercambio académica. Este esquematiza las semanas y meses en los cuales se llevarán a cabo las actividades según el tiempo estimado y de holgura, con controles que permitan regular el desarrollo de cada acción.

c. **Coherencia:** este criterio mide la conexión de la propuesta de intervención con la realidad de los adultos mayores diagnosticada con maltrato en los clubes para mayores de la comuna de Valparaíso. Este criterio pretende el mantener la congruencia de las acciones a realizar metodológicamente en el contexto social en el cual se enmarcó y describió el problema social investigado.

d. **Flexibilidad:** referido a la estructura y funcionalidad de la propuesta de trabajo con adultos mayores víctimas de maltrato, el cual debe permitir el desarrollo de las distintas metodologías de intervención del Trabajo Social (caso, grupo, comunidad), la existencia de equipos multidisciplinarios así como la inserción de otros profesionales.

11) Tabla Gantt

Semanas	01 al 08	11 al 15	18 al 22	25 al 29	01 al 05	08 al 12	15 al 19	22 al 26	29 al 02	06 al 10
Mes	Octubre	Octubre	Octubre	Octubre	Noviembre	Noviembre	Noviembre	Noviembre	Diciembre	Diciembre
Actividades										
Recolección información estadística.	[Barra azul]									
	[Línea roja punteada]									
Entrevistas con profesionales.	[Barra azul]									
	[Línea roja punteada]									
Revisión Bibliográfica.	[Barra azul]									
		⊘								
Visitas a Instituciones públicas/privadas.		[Barra azul]								
		[Línea roja punteada]								
Realizaciones de Estadísticas de Observación.				[Barra azul]						
				[Línea roja punteada]						
						⊘				

Simbología

Tiempo Estimado :	[Barra azul]
Tiempo de Holgura :	[Línea roja punteada]
Controles :	⊘

Propuesta

Los objetivos que a continuación se describen, comprenden los resultados de una serie de actividades que conllevan al diseño de la propuesta de intervención para abordar el maltrato en el adulto mayor. Dichas actividades se enmarcan dentro de la experiencia de la Beca de Intercambio UPO, a la cual se hizo partícipe el presente Seminario de Título, en la cual se vieron involucradas diversas instituciones y profesionales de la Gerontología de la ciudad de Sevilla, España, para conocer el trabajo de estas entidades en el campo del adulto mayor y específicamente del maltrato como problema social.

Cabe destacar, que estas actividades no responden a la fase de *Ejecución* del ciclo tecnológico, sino que constituyen un trabajo de investigación que responden al interés de conocer la situación del adulto mayor en España y en base a ello, confeccionar una propuesta de intervención en el maltrato, por lo que su posterior evaluación se medirá en base a los criterios propuestos y logro de los objetivos.

Objetivo 1: “Identificar antecedentes sociodemográficos de la población mayor española y andaluza”.

A. Situación Sociodemográfica de la población Adulto Mayor en España.

España es uno de los países europeos cuyo envejecimiento poblacional se ha expandido en las últimas décadas. El Censo del año 2001 indica que la población de adultos mayores se ha incrementado siete veces durante el siglo pasado, desde 967.754 personas de 65 años y más en 1900, a 6.739.561 en 1999, esperándose para el año 2050 una cifra de población de más de 12 millones de personas mayores. El grupo de octogenarios se han multiplicado por doce: en 1900 había 115.000, alcanzando en la actualidad los 1,5 millones de personas¹.

Cuadro N° 25

Evolución de la población mayor. España, 1900-2050 (miles)					
Total España			Población		
Años	Absoluto	65 y más	65- 79	80 y más	65+ %
1900	18.618	968	853	115	5,2
1910	19.996	1.106	973	133	5,5
1920	21.390	1.217	1.074	143	5,7
1930	23.678	1.441	1.264	177	6,1
1940	25.878	1.690	1.467	223	6,5
1950	27.977	2.023	1.750	273	7,2
1960	30.529	2.505	2.136	369	8,2
1970	34.041	3.291	2.767	524	9,7
1981	37.683	4.237	3.512	725	11,2
1991	38.872	5.352	4.204	1.148	13,8
1991	38.872	5.352	4.204	1.148	13,8
1999	40.202	6.740	5.224	1.516	16,8
2010	42.270	7.525	5.354	2.171	17,8
2020	43.356	8.562	6.084	2.478	19,7
2030	43.387	10.301	7.503	2.798	23,7
2040	42.791	12.351	8.998	3.353	28,9
2050	41.304	12.867	8.757	4.109	31,2

Nota: De 1900 a 1999 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones. Fuente: INE, Censos de población. Padrón municipal, renovaciones, varios años.
INE, Proyecciones de la población de España, 2001, versión electrónica.

El índice de vejez (número de mayores por cada 100 habitantes), alcanza el 17,1% del total de españoles, el cual supera los 40 millones de personas. Existe también una marcada diferencia entre sexos, ya que existen un millón de mujeres de edad que varones (3.910.108 y

¹ II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Envejecer en España. Abril 2002.

2.829.453 respectivamente), indicándonos la existencia de una población envejecida mayoritariamente femenina, características que se irán acentuando a medida que se observan los grupos de edades más avanzados: en el grupo de octogenarios, dos de cada tres adultos mayores son mujeres.

La esperanza de vida al nacer ha aumentado durante el siglo XX. En 1900 el promedio bordeaba los 35, 7 años para varones y mujeres, alcanzando actualmente los 82 años, por lo que constituye uno de los índices de esperanza de vida más altos del mundo.

Al desglosar los indicadores estadísticos por comunidad autónoma, concentran un mayor número de adultos mayores, Cataluña con 1.130.064, Andalucía 1.110.958, Madrid con 813.172 y la Comunidad de Valencia con 720.442². Las tasas porcentuales más altas, en cuanto al índice de vejez, se registran en las comunidades autónomas de Castilla y León (22,9%) y Asturias (22,1%). A continuación se describen los datos porcentuales de indicadores para la Comuna Autónoma de Andalucía, en la cual el estudio se ha insertado para la ejecución del proyecto.

Cuadro N° 26

Índices	Total de la Comuna %
Índice de Infancia	16, 7
Índice de Juventud	23, 9
Índice de Dependencia	46, 1
Población de 65 años y más	1.110.958
Hombres	471.207
Mujeres	639.751
Índice de Vejez	14,9
Plazas Residenciales	31.610
X 1000 habitantes	28, 5%

Observamos, como los índices referidos a la Infancia y Juventud, registran casi ecuanímicamente porcentajes similares al de vejez. Esto indica el descenso demográfico de la población joven y el incremento de adultos mayores

pudiendo contrastarlo con el número de plazas residenciales la cuales sólo cubren al 28, 5% de la población mayor, constituyéndose de esta manera una de las mayores necesidades en Andalucía. Según profesionales asistentes sociales que operan en residencias asistidas

² Fundación Caixa de Pensiones. Anuario Social de España 2004. Sevilla, España.

para adultos mayores, por una plaza vacante existen alrededor de 800 mayores postulando (Ortega, 2004).

En cuanto a las enfermedades, aquellas circulatorias, tumores, respiratorias y mentales, son las principales causas de muerte en la población mayor. Algo similar sucede en nuestro país. Las principales causas de muerte acusan a los tumores, cirrosis y enfermedades crónicas al hígado, enfermedades cerebrovasculares, infarto al miocardio y traumatismos y lesiones³.

De acuerdo a la opinión de algunos profesionales del área social, los mayores utilizarían los servicios sanitarios públicos en España por diversas razones: el gran porcentaje de la población es urbana, en donde se encuentra concentrado principalmente el conglomerado de salud, además, la cobertura de atención para los adultos mayores es universal y gratuita, pudiendo obtener una alta accesibilidad a los servicios sanitarios y cerca del domicilio⁴. En realidad de acuerdo a encuestas elaboradas por entidades de gerontología y geriatría como la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), la Sociedad Andaluza de Geriatría y Gerontología (SAGG) y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales de España (MSERSO), las principales razones de utilización de los servicios sanitarios públicos radican en la confianza de la calidad ofrecida, la disponibilidad de equipamientos y el acceso fácil, otorgando un mayor grado de satisfacción al usuario.

Sin embargo, pese a la excelente cobertura y atención en salud, las medidas preventivas constituyen una gran debilidad para el servicio sanitario español. Sólo un 1, 3% de las mujeres ancianas acuden al ginecólogo para realizar una detección precoz del cáncer de mama, un 8% acude a revisiones odontológicas, un 25% a revisiones oftalmológicas y un 49% se ha vacunado contra la gripe, una de las medidas y programa de prevención más populares a nivel nacional (Lázaro del Nogal, 2000).

La situación de dependencia de los adultos mayores es otra variable de importancia para el gobierno español. Cerca del 13% de los adultos mayores presenta una dependencia severa y un 33% una dependencia moderada y leve, por lo cual se hace imprescindible la ayuda de un tercero para la realización de las actividades cotidianas. Entre este grupo, son las mujeres las que presentan mayor riesgo a caer

³ Censo 2002. Instituto Nacional de Estadísticas- Chile.

⁴ Op. Cit. N° 1

en estado de dependencia. A partir de los 75 años, casi la mitad de la población tiene alguna dificultad, sea leve o moderada, para efectuar actividades de la vida cotidiana.

De acuerdo a la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, España sería uno de los países de la Unión Europea que menos gasta en protección social (21, 6%). Aunque el sistema de pensiones español posee una amplia cobertura, existe determinada exclusión a la hora de comparar la equidad de estas pensiones en la variable de género. Así, los hombres en su mayoría están cubierto por una pensión de jubilación, mientras que casi la mitad de las pensiones de viudedad percibidas por las mujeres, poseen dos connotaciones: la primera que no constituyen una pensión por causa de derecho propio y segundo, tienen un importe bastante menor a la de pensión de jubilación de los hombres.

En otro aspecto, el nivel de educación de los mayores es inferior al de otros tramos de edades, por razones marcadas en las crisis sociopolíticas que se han producido en España durante el siglo pasado. Esto incidiría en el nivel de instrucciones según algunos profesionales, para la realización de actividades que en la actualidad desarrollan. Por lo general, la televisión y la radio constituyen las principales compañía que ayudan a estructurar el tiempo en el adulto mayor una vez que los quehaceres domésticos han dejado de hacerse. Por el contrario, otra actividad que ha desatado análisis y estudios en el círculo de profesionales dedicados al trabajo con mayores, esta relacionada con el cuidado no remunerado que las personas mayores efectúan con los niños. Más de trescientos mil mayores se dedican a esta labor y otros 325 mil al cuidado de adultos. Investigaciones describen situaciones en la cual el mayor de cumplir un rol fundamental en la familia moderna, pasa a considerarse como una víctima, a lo que profesionales de la salud han denominado como *síndrome de la abuela esclava*.

Por último, en cuanto a la religión, algunas encuestas desarrolladas describen a un adulto mayor devoto, creyente en muy altas proporciones y además practicante. Estos valores de acuerdo a expertos en gerontología social, influirían en el apego a las costumbres y normas tradicionales relacionadas con la familia, aún cuando acepten las nuevas formas de convivencia familiar (Álvarez, 2004).

1. Servicios Sociales para Adultos Mayores.

Los Servicios Sociales en España orientado hacia la atención de los adultos mayores tiene sus inicios en el año 1978 en el marco constitucional del Estado de Bienestar, el cual siembra los cimientos de las respectivas leyes sociales para las 17 comunidades autónomas, desarrollando legislativa y conceptualmente un amplio sistema de atención para la población.

La evolución de estos servicios sociales se traduce en el incremento de hogares o clubes para jubilados y residencias, programas de atención domiciliaria (con una deficiente cobertura), centros de teleasistencia, sistemas alternativos de alojamiento, entre otros. Actualmente se pueden observar cambios conceptuales radicales entorno al servicio prestado a la población adulta mayor. A comienzos de los 80, se creaban residencias que acogieran a adultos mayores autónomos y que poseyesen un nivel socioeconómico indigente; en los 90 esta concepción cambia utilizando estas residencias para acoger a aquellas adultos mayores, en particular octogenarios, cuya tipología represente algún grado de dependencia, ofreciendo a la población mayor la posibilidad de permanecer en su hogar el mayor tiempo posible de acuerdo al grado de autonomía, con el apoyo constante de los servicios de atención domiciliaria y otros que pudiesen dar más integridad al adulto mayor en la sociedad⁵.

En respuesta a las nuevas necesidades de esta población, los servicios sociales han orientado su accionar en función de dos criterios:

- a. *La diversidad* en la oferta, lo que posibilita el ejercicio de capacidad de elección y contribuye a una mejor adecuación entre necesidad y respuesta.
- b. *La complementariedad*, que se configura como criterio clave, aplicado en ámbitos como el mundo de lo social y lo sanitario, los servicios formales e informales, los múltiples proveedores públicos, privados, iniciativa social, etc.

Los siguientes, son programas orientados a la atención y rehabilitación de los adultos mayores por los servicios sociales:

⁵ INSERSO. Plan Gerontológico. España, 1992.

- **Programa de Viviendas para Personas Mayores:** esta orientado a destinar a la vivienda ocupada por el adulto mayor de adecuadas condiciones de habitabilidad y acceso. El programa es administrado por distintas entidades, sean del gobierno central, autónomo o local, se financia por medio de subvenciones a fondo perdido y préstamos sin interés, bajo el contexto de poder “envejecer en casa”.
- **Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD):** programa orientado para facilitar y mantener la permanencia de la persona, de carácter preventivo y rehabilitador, el cual tiene como objetivo el facilitar la autonomía de sus usuarios, conseguir cambios conductuales que mejoren la calidad de vida del adulto mayor, fomentar los hábitos saludables, aumentar la seguridad personal, potenciar las relaciones sociales, lograr la permanencia en su medio habitual de vida en condiciones de dignidad y evitar la institucionalización innecesaria. Sin embargo, es posible observar en contraposición a los objetivos señalados, que las acciones emprendidas en este servicio de ayuda a domicilio, responden a intervenciones de carácter asistencialista más que a atenciones de tipo psicosocial que puedan contribuir al desarrollo del individuo en su espacio y permitan la adecuada inserción de éste en el entorno social. Ejemplo de lo anterior se traduce en actividades que ofrece este servicio como limpieza de la casa, lavado y planchado de la ropa, compra y preparación de comida, cuidados sanitarios, entre otros. La cobertura de este servicio no sobrepasa las cien mil personas, lo que equivale al 1, 4% de la población mayor de España. El SAD es financiado por el gobierno central y los respectivos ayuntamientos locales, siendo estos últimos los encargados de ejecutar el programa.
- **Servicio de Teleasistencia:** es un sistema de tecnología el cual opera desde una central base. El tipo de dispositivo varía desde instrumentos de uso personal como pulseras o medallones, como aparatos domésticos. El objetivo de estos instrumentos es otorgar seguridad y tranquilidad a los usuarios, específicamente, adultos mayores que viven solas, que no posean la ayuda de una tercera persona y sean susceptibles a caer en una situación de riesgo, involucrando simultáneamente el retraso de la institucionalización. Según una encuesta elaborada por la IMSERSO en 1997, el 19 % de los usuarios son varones y el 81 % restante mujeres con una edad media de 79 años. Es una iniciativa en la cual se incorporan no sólo el gobierno central y los respectivos ayuntamientos de cada comunidad autónoma, sino que también instituciones y entidades del sector privado, como ONGs. Las

razones que justificaron la implementación de este mecanismo, fue el extraño “goteo” de muertes en completo abandono de adultos mayores, lo que llevo a autoridades y empresarios a consolidar los esfuerzos en la elaboración de tecnología que pudiese distribuirse en forma masiva en la población mayor, evitando de esta manera las muertes.

- **Centro de Día:** este programa de carácter local, tiene como finalidad el procurar a los mayores un equipamiento público que les posibilite la convivencia e integración social en su medio más próximo para evitar el desarraigo y la exclusión social. Dentro de sus objetivos esta el posibilitar la convivencia, integración y participación del adulto mayor en la vida social, desarrollar espacios de encuentro y relación con los mayores transformando el tiempo libre de éstos en tiempo recreativo, fomentando la participación activa en entidades de decisión, con asesoría y seguimiento de situaciones que afecten los intereses de los mayores⁶. Dentro de los servicios que ofrecen los centros de día podemos encontrar acciones de atención social, destinado al tratamiento del adulto mayor y su familia en casos de situaciones de crisis; atención de salud psicofísica orientada a la rehabilitación, terapias, higiene personal y dietas nutricionales; socialización y participación, las cuales apuntan al entrenamiento de habilidades sociales, relaciones personales, actividades de ocio y de producción (Rodríguez, 2000). Las necesidades de aumentar las plazas para poder extender la cobertura de estos centros en cada comunidad autónoma se ha planteado como prioridad en el Plan Gerontológico 1992, por el cual se analizaron las principales necesidades y servicios a otorgar al la población mayor, al punto de destinar una plaza que cubra cien personas de 65 años a 79 años, y dos plazas para cien personas octogenarias para los próximos años.

- **Estancias Temporales en Residencias y Sistemas Alternativos de Alojamiento:** es un programa dirigido a adultos mayores que se encuentran bien consigo mismas o con sus familias, pero que presentan un estado de necesidad susceptible de ser atendido por este servicio temporal por un tiempo no superior a los 60 días. Dichas estancias son un recurso de apoyo importante para la familia, al cumplir una función de alivio para los cuidadores evitando el estrés de éstos, la institucionalización del adulto mayor y favoreciendo la inserción de este último en la familia.

⁶ Fuente: Ayuntamiento de Sevilla- España, 2004

Los sistemas alternativos de alojamiento están destinados a aquellos adultos mayores que por diversas circunstancias se encuentran solas o han perdido su autonomía y se ven obligadas a abandonar su domicilio, otorgándole un espacio en el cual puedan desarrollar su modo de vida habitual. Estos sistemas se caracterizan por poseer distintas modalidades de habitabilidad: individuales o bipersonales con algunos servicios incorporados u ofrecidos por algún centro gerontológico cercano, por ejemplo lavanderías, restaurantes, comidas a domicilio, asistencia domésticas, servicios médicos y de enfermería, actividades de recreación, entre otras. Ocupan un espacio de 30 a 50 m², con sistema de teleasistencia o sistema de seguridad conectado a la conserjería del edificio para entregar mayor seguridad al adulto mayor; tuteladas ocupadas por grupos entre cuatro a diez personas; comunales que habitualmente son autogestionadas por los propios adultos mayores que las ocupan; miniresidencias de hasta veinte personas, desarrolladas en el medio rural; acogimiento en diversas fórmulas, como acogida familiar, de convivencia intergeneracional, entre otras.

- **Residencias:** estas se definen como *centros gerontológicos abiertos, de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional, en el que viven temporalmente o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia* (Rodríguez, 1995). Las plazas residenciales en la actualidad constituyen motivo de análisis y evaluación desde el contexto local, autónomo como de la administración central. De acuerdo a la SEGG (2000) las comunidades de Cataluña (52.188 plazas), Madrid (35.115), Andalucía (31.610) y Castilla y León (31.562) son las que concentran mayor número de plazas residenciales para adultos mayores. La suma total de estas alcanzan el 60, 0 % de las plazas disponibles en España (251. 579). Aún así falta mayor cobertura y disposición de plazas, ya que por cada mil habitantes existen 35, 1 plazas residenciales⁷. La tipología de acuerdo a los adultos mayores que ingresaban a estos establecimientos, eran “validas” y “asistidas”, cambiando los conceptos de atención a aquellas personas que presentan un problema de dependencia, aunque estudios demuestran que pese a esta reconversión existen hoy en día un porcentaje mayor de personas autovalentes en residencias públicas (103, 3) que personas dependientes (98, 1). Por el contrario, en aquellas residencias de carácter privado el 42, 0% son personas autovalentes y el 58, 0% corresponde a personas dependientes (Rodríguez, 2000).

⁷ Op. Cit. N° 2.

En cuanto a los profesionales que operan en una residencia, de acuerdo al cuestionario Geriatria XXI, describe que la totalidad de estas entidades posee al menos un médico; con el 46, 7% un médico y con el 18, 7% más de dos. Existen más de mil enfermeras con una media del 10, 5 y del 15, 2 por residencia. El personal más numeroso en residencias corresponde a auxiliares de enfermería o gerocultores, quienes realizan una atención directa, con una media de 29, 4 por residencia. En 67, 3% de estos establecimientos existe al menos un terapeuta ocupacional; un 62, 6% fisioterapeuta, en particular en aquellas residencias de carácter público y rural. Sólo el 29, 9% de los centros cuenta con psicólogo, en particular aquellas de carácter privado. Un 82, 2% de las residencias disponen de trabajadores sociales (una media de 1, 3 por centro), proporción mucho más alta en establecimientos públicos (94, 6%) que en privados (68, 0%)⁸.

El 82, 2% según la misma encuesta, posee unidad de enfermería, conformadas por 16, 3 camas, observando mayor cantidad de las mismas en entidades públicas que privadas para la atención de pacientes que presentan algún problema sanitario agudo, que necesitan de tratamientos de larga estancia. Cerca del 68, 2% de las residencias presentan medios de diagnósticos y equipamiento asistencial propios. Estos medios diagnósticos están implementados de electrocardiografía (95, 9%), analíticas simples (54, 8%) y radiología (15, 1%). La mayoría de las residencias disponen de sala de rehabilitación o gimnasio, y sala de terapia ocupacional (87, 9% y 83, 2%% respectivamente). Actualmente se implementan programas de estancias diurnas y estancias temporales para otorgar al usuario mayor seguridad y mejores servicios de atención teniendo ambos programas una cobertura por residencia de más del 40, 0%.

2. Ley 6/1999.

Bajo los artículos N° 9. 2 referido a la responsabilidad de los poderes públicos *en promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social;* y N° 50 sobre garantizar por parte de los poderes públicos *mediante pensiones adecuadas y periódicamente*

⁸ Geriatria XXI. Análisis de Necesidades y Recursos en la Atención a Personas Mayores en España. Madrid 2004.

*actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, el promover su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio*⁹, el Parlamento de Andalucía crea la Ley 6/ 1999 del 7 de Julio, para la Atención y Protección a las Personas Mayores, incorporando una visión social respecto a la regularización de los derechos, deberes, servicios y sanciones dirigidos a la población mayor, con explícita responsabilidad de los organismos locales y de la sociedad en general. En ella es descrito el tema de la vejez, como complejo y heterogéneo, producto de aspectos biológicos, psicosociales y sociales, por lo cual se debe entender como una fase más del ciclo de vida, *con la riqueza y la diversidad que, al igual que otras etapas de la vida, posee*¹⁰.

Esta compuesta por XI Títulos, cada uno especifica y pone a disposición los artículos reguladores de acuerdo al tema en cuestión. La Ley tiene por objeto la atención y protección de los adultos mayores, integrando para determinado fin a todas las Administraciones Públicas en función de impulsar y mejorar el bienestar físico, psíquico y social de los mayores, proporcionando los cuidados preventivos necesario a la población, con especial énfasis de aquellos que presentan dependencia; velar por la suficiencia económica; promover la integración en todos los ámbitos sociales y fomentar actividades de participación en donde se valore el aporte de conocimientos y experiencias de los adultos mayores; procurar la mantención en el espacio sociofamiliar del mayor; promover las condiciones precisas para que los mayores lleven una vida autónoma; prevenir y evitar situaciones de riesgo social que deriven en maltrato; favorecer la solidaridad intergeneracional; fomentar las iniciativas de agrupaciones de adultos mayores en el entorno comunitario; sensibilizar a la población respecto al envejecimiento; promover la implicación social de la población con los adultos mayores que necesitan de atención; establecer los mecanismos adecuados que faciliten la transición de la vida laboral a la etapa de jubilación; integrar a la población mayor en la toma de decisiones políticas referidas a su atención y protección; promover los valores representados por los adultos mayores (Título I, Ley 6/1999).

La Ley en su Título III sobre los *Servicios Sociales*, en el capítulo I del artículo 7.2 garantiza la adecuada prestación de servicios, tanto comunitarios como especializados, a los adultos mayores, de titularidad

⁹ Constitución Española, 27 de Diciembre de 1978.

¹⁰ Ley 6/ 1999. Atención y Protección a las Personas Mayores”. Parlamento de Andalucía.

pública y privada. De ellos depende el ejecutar acciones de apoyo familiar que entregue las herramientas necesarias a la familia para el cuidado y atención del adulto mayor, con redes de apoyo familiar que otorguen a los familiares la ayuda necesaria para los adultos mayores con problemas de dependencia. También le corresponde el desarrollo de trabajos de acción comunitaria que promuevan la participación e integración de la población mayor, facilitando la información necesaria de los recursos disponibles en la red, además de generar instancias de atención especializada como centros de día, unidades de estancias diurnas, viviendas tuteladas y otros servicios que puedan otorgar mayor bienestar al adulto mayor, controlando el adecuado funcionamiento de dichos programas.

En cuanto a la *Atención Sanitaria*, el Título IV en su artículo 23 plantea como principal objetivo el promover la salud y prevenir sus problemas, por medio de programas de educación de hábitos saludables, uso de medicamentos y prevención de accidentes, asegurando la calidad de la asistencia sanitaria en el nivel primario de atención, por medio de la especialización de los profesionales así como del equipo de atención sanitaria en Gerontología y Geriatría, garantizando la existencia de los equipos humanos y tecnológicos necesarios en las intervenciones de salud especializadas.

Para poder facilitar al adulto mayor instancias de recreación que le permita vivir la vejez plenamente, la Ley establece que la cultura, el ocio, el turismo y el deporte también son actividades que deben estar a disposición de la población mayor, favoreciendo la participación en la vida cultural, correspondiéndole a las Administraciones Públicas el facilitar el acceso a estas actividades e igualmente el establecer los acuerdos necesarios con otras entidades y organismos para tal fin (Título VIII, Ley 6/1999), incorporando el acceso a pasaje de locomoción colectiva gratuita.

La Ley de Atención y Protección para las Personas Mayores, otorga además a esta población los derechos y deberes que aseguren la calidad de las prestaciones que recibe el mayor anteriormente señaladas, reconociéndoles su libertad de expresión, a la intimidad, a la integridad física y moral, al trato digno y la no discriminación según su condición, a la atención individualizada, a mantener sus relaciones interpersonales con sus familiares y a que sean visitados en caso de encontrarse en residencias, a utilizar los distintos servicios a voluntad propia con excepción de aquellos casos que vengan excluido por normativa de

aplicación (casos determinados por un juez que invalida al adulto mayor en caso de dependencia) y a ser protegidos por la Ley en la mantención de sus bienes en caso de perder su autonomía tanto dentro de una institución como en el ámbito familiar. Estos derechos se basan en los derechos establecidos por la Constitución española y su vulneración son causal de infracción de acuerdo a la mencionada Ley.

Toda situación de maltrato que se denunciase en cualquiera de los órganos de las Administraciones Públicas se informan, de acuerdo a la presente Ley, inmediatamente al Ministerio Fiscal, el cual determina en caso de comprobarse la existencia del abuso o negligencia por parte de la entidad que presta el servicio, el ingreso en un centro de la persona maltratada, sin que conste fehacientemente su consentimiento. Sin embargo, ningún adulto mayor puede ser obligada contra su voluntad a permanecer en un centro residencial, salvo en aquellos casos en que medie resolución judicial. El Título XI referido al *Régimen Sancionador* clasifica en su artículo 50.2, aquellas infracciones administrativas leves, graves y muy graves. *Leves* cuando son de escasa relevancia social y que no causen grave quebranto ni indefensión a las personas mayores. Las infracciones *graves* apuntan a la vulneración de los derechos de los mayores anteriormente mencionados, alcanzando el carácter de infracciones *muy graves* aquellas consideradas como graves anteriormente y que causen especial daño o perjuicio al adulto mayor (Art. 53, Título XI Ley 6/1999).

3. Contrastes con la situación del adulto mayor en Chile desde los marcos legislativos de la Violencia.

La situación sociodemográfica de España en la actualidad revela el importante incremento de la población mayor en su sociedad. Para poder responder a las nuevas demandas y necesidades que surgen de este colectivo, que provengan de los ámbitos sociales como sanitarios, el poder central a través de la Constitución otorga a las distintas Comunidades Autónomas la facultad de establecer y promulgar las leyes que entregan a sus respectivas provincias, los mecanismos legislativos adecuados para regular y responder a estas demandas sociales. Para ello se implementan programas y servicios, que en el caso de la situación de la población mayor, puedan dar respuesta a estas necesidades y que también genere un grado de sensibilización en el resto de la población. En esta directriz se busca el fomentar instancias que apoyen y potencien el bienestar físico, psíquico y social del adulto mayor, poniendo especial énfasis en que se desarrollen estos programas como apoyo a mantener el

mayor tiempo posible a la persona en su hogar con el afecto de sus familiares, evitando la institucionalización. En este último aspecto, la inversión para aumentar el número de plazas que cubran al colectivo de personas mayores constituye un gasto público de gran escala tanto en la Comunidad Autónoma de Andalucía, como en España en general. Lo anterior, simultáneamente rompe los esfuerzos de las respectivas comunidades, ya que la prioridad de que el adulto mayor pueda envejecer en casa se ve frustrada ante las percepciones de los propios usuarios, como más adelante se comprobará en actividades desarrolladas con organizaciones de mayores, quienes manifiestan el deseo de ingresar a una residencia para vivir sin mayores necesidades su envejecimiento.

Algo similar en este último ámbito ocurre en nuestro país, cada vez son más los adultos mayores que optan por vivir la vejez en establecimientos de larga estadía. Empero, los sistemas de servicios y programas que contribuyen a otorgar un mejor bienestar físico, psíquico y social, se distancian en varios años de elaboración de políticas sociales y leyes que permitan la existencia de las formas de servicios sociales y sanitarios existentes actualmente en la sociedad española descritos anteriormente, pues responden a cambios en la demografía de la población (independiente de la condición de desarrollo de cada país) que presenta un envejecimiento avanzado en uno y, en el caso de Chile, comienza a levantar preocupación el incremento del colectivo de adultos mayores recién en la década pasada.

Sin embargo, con relación a la problemática estudiada en esta tesis, el maltrato en el adulto mayor no es considerado como principal preocupación en la sociedad española, al menos así queda demostrado en la falta de una legislación y protocolo que especifique y regule este problema social. Como se ha descrito en la Ley 6/1999, aquellos actos de negligencias sancionados provienen de los propios centros sociales y sanitarios con relación al servicio que están prestando, quedando al margen de toda penalización, los vejámenes que se producen en distintas formas en el ámbito familiar como fuera de éste.

Existen otras leyes orientadas a regular y sancionar la violencia doméstica. En España, la ley contra la violencia de género según la Comunidad Autónoma en la cual se desarrolle, y en Chile la Ley N° 19.325 sobre Violencia Intrafamiliar. En la primera ley mencionada proveniente de la Comunidad Autónoma de Cantabria, se describe y sanciona los abusos en contra la mujer, especificando por violencia de género *todo tipo de actuación basado en la pertenencia a dicho sexo de la*

*víctima, y con independencia de la edad de ésta, que, a través de medios físicos o psicológicos, incluyendo las amenazas, intimidaciones o coacciones, tenga como resultado posible o real un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, y se realice al amparo de una situación de debilidad o de dependencia física, psicológica, familiar, laboral o económica de la víctima frente al agresor*¹¹. Especifica y describe aquellos malos tratos físicos, psicológicos, sexuales, los abusos sexuales a menores (niñas), el acoso sexual, el tráfico o utilización de mujeres con fines de explotación sexual, prostitución y comercio sexual, la mutilación genital femenina, la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, los malos tratos económicos y cualquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de lesionar la dignidad, integridad o libertad de la mujer (Art. 3, Ley 16/2003). Además especifica en su Artículo 4 las *Situaciones de violencia de género* mencionando tres tipos: situaciones de violencia, situaciones de violencia laboral y docente, y situaciones de violencia social.

Por otra parte, la Ley N° 19.325 aplicada en nuestro país menciona en su Artículo 1°: *Se entenderá por acto de violencia intrafamiliar, todo maltrato que afecte la salud física o psíquica de quien, aún siendo mayor de edad, tenga respecto del ofensor la calidad de ascendiente, cónyuge o conviviente o, siendo menor de edad o discapacitado, tenga a su respecto la calidad de descendiente, adoptado, pupilo, colateral consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive, o esté bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar que vive bajo un mismo techo*. Luego es el siguiente apartado especifica *“El que incurra en estos actos, aun cuando no conviva con el grupo familiar, será sancionado en la forma que establece el artículo 4° de esta ley”*. La primera ley citada especifica el tipo de maltrato. En sí misma sólo regula las formas de abuso contra la mujer excluyendo a los niños y adolescentes (varones) también susceptibles de ser maltratados, como a la población adulto mayor, aun cuando esté implícitamente incorporada la mujer mayor por el hecho de ser mujer. En cambio la segunda ley (N° 19.325 sobre Violencia Intrafamiliar de nuestro país) integra a toda persona (implícitamente) que sea víctima de malos tratos dentro del ámbito familiar, aunque sólo especifica dos formas de abuso (físico y psicológico) excluyendo las negligencias que se pueden generar en él y otras formas de abusos de índole económico y social. Cabe mencionar, que la connotación física incorporaría el abuso sexual.

¹¹ Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género. Cantabria, España.

De esta manera podemos concluir que tal como se detallará en el siguiente apartado, el maltrato en el adulto mayor es una problemática social latente tanto en sociedades que han experimentado el envejecimiento poblacional anticipadamente, como en naciones que comienzan a interesarse en el tema del envejecimiento por sus altos índices de vejez, e independiente del desarrollo socioeconómico que pueden otorgar a un país determinados parámetros de desarrollo bienestar social, no disponen de los mecanismos legislativos que regulen y sancionen este tipo de violencia, lo que supone un factor de riesgo a nivel de macrosistemas que determina la reproducción de estos abusos y/o negligencias hacia la población mayor.

Objetivo N° 2: “Identificar las principales formas de abuso y/o negligencia que padece la población mayor española y andaluza”.

1. Situación de la Violencia en España.

Al investigar respecto a las principales formas de abuso y/o negligencia que se han experimentado en la población mayor en España en las últimas décadas, surge como discusión en profesionales del área social y sanitaria, por medio de investigaciones y anuarios estadísticos de este país, el tema de la violencia doméstica. En ella, se revelan importantes hallazgos y realidades entorno al maltrato infantil, y particularmente, la violencia de género.

De acuerdo a los datos otorgados por el Instituto Andaluz de la Mujer, cerca de 9.489 denuncias se han efectuado a Septiembre del presente año por causas de violencia doméstica sólo en la Comuna Autónoma de Andalucía, ascendiendo el número de estas a un total de 43.569 en toda España¹². El principal agresor acusa a la pareja actual de la víctima, sea éste el cónyuge o el “compañero sentimental” (19.976 del total de los casos en España). Las ex parejas alcanzan las 6.578 en denuncias por violencia, lo que indica la relación de cercanía del agresor con la víctima, constituyéndose únicamente situaciones de violencia conyugal.

Cuando se produce la violencia conyugal, como se ha mencionado anteriormente, se genera por medio de un ciclo, en donde se manifiesta la escalada de abusos por parte del agresor a la víctima. Desde una simple discusión, esta escalada de acciones irá incorporando una serie de vejámenes y actos de agresión que incluso pueden derivar a la muerte de la víctima, transformándose en homicidio. En nuestro país, si bien se conocen casos de violencia conyugal y se estiman algunas cifras de denuncias por dicho crimen (así lo estipula la Ley 19. 325), no se dan a conocer a la luz pública casos de homicidio por este flagelo, salvo en caracteres sensacionalista (periódicos, programas de televisión, noticias, etc.). En España, cada año aumentan los casos de asesinatos perpetrados por hombres hacia su cónyuge, ex cónyuge, novia o ex novia. Algunos estudios efectuados nos indican que entre los años 1998 al 2001 se registraron 187 casos de asesinatos de mujeres por violencia conyugal; el 60, 0% fue a manos del cónyuge o ex cónyuge, el 28, 0% a manos de su conviviente o ex conviviente y un 12, 0% a manos de su

¹² Instituto Andaluz de la Mujer. Estadísticas 2004 sobre Violencia de Género.

novio o ex novio. Del total de casos, 67 fueron por medio de apuñalamiento o degüello; 21 casos por medio de armas de fuego; 24 mujeres murieron por golpes y palizas que les propinaba el agresor; 16 casos por estrangulaciones; en tres casos las mujeres fueron asesinadas a martillazos; en dos casos fueron lanzadas desde un séptimo y noveno piso al vacío; un caso fue lanzada desde el vehículo en marcha por el agresor y posteriormente arrollada con el mismo; y cinco mujeres murieron incineradas luego de que el agresor las rociara con líquidos inflamables¹³.

El Instituto Andaluz de la Mujer en otro estudio efectuado desde el año 2000 hasta noviembre del 2004, se registraron 328 casos de homicidio. En el presente año se han detectado 57 homicidios por violencia conyugal, 17 de los cuales se han perpetrado en la Comunidad Autónoma de Andalucía. De estos casos, 17 corresponden a mujeres de 55 y más años de edad, acusando como principal responsable de estas muertes el cónyuge de la víctima (Instituto Andaluz de la Mujer, Noviembre 2004).

Se puede contrastar entonces, que al igual como se diagnosticó en los 48 casos la extensión de la violencia conyugal en la vejez, en España sucede algo similar al comprobar la existencia de homicidios de mujeres adultas mayores perpetrados por el cónyuge. Aún así, el maltrato como concepto en la población mayor trasciende el ámbito netamente conyugal y se ramifica en las relaciones interpersonales que se dan en el grupo familiar como fuera de él, y en el comportamiento discriminador de nuestra sociedad hacia esta población.

¹³ Alberdi Inés, Matas Natalia. La Violencia Doméstica: Informe sobre malos tratos a mujeres en España. España, 2002.

Cuadro N° 27 Mujeres muertas a manos de su pareja o expareja por comunidades autónomas. Año 1999- 2004

Comunidad Autónoma	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Andalucía	13	10	12	10	13	17	75
Aragón			1	3	2	2	8
Asturias	1	1	2		2		6
Canarias		5	4	6	5	2	22
Cantabria	1				1	2	4
Castilla y León	3	2	1	4	5	2	17
Castilla- La Mancha	5	2	1		2	3	13
Cataluña	6	7	7	6	13	8	47
Ceuta					1		1
Comunidad de Madrid	4	15	6	5	5	4	39
Comunidad Valenciana	6	7	7	9	7	7	43
Extremadura		1			1	1	3
Galicia	2	3		3	4		12
Islas Baleares	4	1	2	4	2	2	15
La Rioja	1				2	1	4
Melilla							
Murcia	1	1	1		3	3	9
Navarra	1			1	1	1	4
País Vasco		1	1	2		2	6
Total España	48	56	45	53	69	57	328

De acuerdo a informaciones otorgadas a la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), por el Departamento de Asuntos Sociales de la Diputación Provincial de Granada, entre 160 mil y 240 mil personas mayores son maltratadas en España. El 75, 0% de los casos son mujeres que sufren de abusos y negligencias por sus cuidadores, los cuales emplearían el abuso de poder para desatar en contra de la víctima los maltratos físico, sexual y psicológico, reconociéndose en la actualidad aquel que atenta contra los bienes patrimoniales y económicos del mayor.

La edad de la víctima oscila entre los 75 y más años de edad, las cuales presentan mayor grado de dependencia; condición que propiciaría la reproducción de las distintas formas de maltrato hacia el adulto mayor. Sin embargo, el detectar este flagelo por medio de protocolos y difundirlo públicamente como un problema social, se han convertido en las principales dificultades para poder atender y prevenir este tipo de violencia. Por otra parte, sólo el 1 % de las personas que han sufrido algún tipo de maltrato establece una denuncia. El mismo estudio reveló que un 95, 0% prefiere aguantar el abuso o negligencia, ya que no reconocerían ambas acciones como vejámenes o por temor a recibir fuertes represalias de sus agresores.

En cuanto al perfil del agresor, este es representado por la persona que cuida al mayor apuntando principalmente a familiares de la víctima. En una ponderación se estima que 8 de cada 10 agresores son hombres y

en el 72, 0% de los casos, víctima y agresor viven en la casa (Delgado, 2004).

Otro estudio publicado por el IMSERSO, efectuado por la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad del País Vasco en las ciudades de Vitoria, Sevilla, y los municipios de Las Palmas, Telde y San Bartolomé de Tirajana a 2.351 adultos mayores, se detectaron 111 casos que presentaban una o más formas de abuso y/o negligencia (4, 7% del total). En el análisis a 104 casos, se registró que el 81, 0% de la población correspondía a mujeres mayores y el 19, 0% restante hombres. El principal agresor acusaba a los hijos e hijas con el 55, 0%, seguido por el cónyuge con el 12, 0%, el hermano con el 7, 0% y con un 25, 0% de los casos otras personas¹⁴. La negligencia en el cuidado físico se manifestó en 71 casos, seguida por la negligencia en el cuidado psicoafectivo (48 casos), el maltrato psicológico (33 casos) y el abuso material (18 casos). Con maltrato físico solo se detectaron 10 casos y un caso con abuso sexual (Bazo, 2001). La investigación supone que alrededor de 5.300 adultos mayores en España estarían sufriendo de algún tipo de maltrato.

Sin embargo, mientras no se reconozca el maltrato en los adultos mayores como un problema social y persista el desinterés de profesionales en contribuir a la conceptualización como intervención del mismo, seguirán produciéndose hechos de violencia y homicidio hacia este sector vulnerable de la población (Chicharro, 2004).

Algunos profesionales como el psicólogo Gema Pérez Rojo, docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, plantea que las principales dificultades son definir el maltrato en los adultos mayores, entre ellas *la falta de voluntad, por parte de los profesionales, la sociedad y las instituciones, para reconocer que el maltrato es una cuestión importante*¹⁵.

En otro aspecto del maltrato en el adulto mayor, la SEGG que hace algunos años ha iniciado investigaciones que ayuden a prevenir este problema. En un estudio dirigido a profesionales de los servicios sociales y sanitarios que trabajan con adultos mayores, extrajo las principales razones por la cual algunos profesionales cometían acciones de abuso

¹⁴ Bazo Royo, María Teresa. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 2001.

¹⁵ Pérez Rojo, Gema. Dificultades para definir el maltrato en personas mayores. IMSERSO. España, 2004.

y/o negligencia contra los usuarios mayores. Una de estas razones provenían de la escasa especialización de algunos “profesionales con título” (médicos, psicólogos y asistentes sociales), como “profesionales sin título” (auxiliares sanitarios, cuidadores, etc.) que se manifestaría en una mala atención al mayor. Empero, la motivación profesional fue la principal razón por la cual los profesionales atribuían la existencia de este tipo de vejámenes (ver cuadro N° 28).

Se puede observar, que existen entidades y sociedades preocupadas por esclarecer los mitos y prejuicios existentes entorno a la realidad del maltrato en el adulto mayor, intentando demostrar a la luz pública, profesionales, instituciones como a los poderes públicos, la gravedad de esta situación en la población de adultos mayores.

Una de las propuestas recientes orientadas a mejorar el bienestar social del colectivo, surge del Plan de Acción para las Personas Mayores 2003- 2007 desarrollado por el IMSERSO. En su análisis respecto a la forma de vida de este colectivo, señala que 8 de cada 10 adultos mayores españolas residen de forma autónoma, es decir, en su propio hogar, solos, en compañía del cónyuge o con otras personas. Existen un alto porcentaje de mayores viviendo acompañados de su pareja en una ponderación de 6 de cada diez. El 28, 5% de las personas de 65 a 69 años y el 17, 4% entre edades de 70 y 74 años, vive con sus hijos, la pareja de éstos y también sus nietos. El cómo se desenvuelve y convive el adulto mayor en una familia extensa, ha sido el análisis de algunos profesionales del área de la salud, en particular, cuando la persona mayor comienza a desarrollar actividades relacionadas con el cuidado y crianza de los nietos. El cardiólogo Antonio Quijarro Morales docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, expone acerca de los riesgos que derivan de esta “seudo responsabilidad” en los adultos mayores identificándola como el *síndrome de la abuela esclava*. Esta actividad aumentaría el riesgo de infarto al miocardio y otras dolencias coronarias. Las causas radicarían en un desequilibrio entre lo que desea y no hacer la persona. Dicho desequilibrio frustra al adulto mayor *porque sabe que su incapacidad decepcionará de alguna forma a sus seres queridos; comienza a sufrir la incomprensión, después aparecen las bromas sobre sus fallos (...) vislumbra que acabará sufriendo el desamor, y quizás el desprecio, de aquellos seres que quiere en este mundo, que a la vez son quienes más les está decepcionando* (Quijarro, SEGG 2004).

Por el contrario, en cuanto a la proporción de mayores que viven solos, los datos del Censo 2001 muestran un incremento importante en este aspecto. Son 1.368.297, un 20,1% de la población mayor de 65 años que viven solas. De este total 1.076.166 son mujeres y 232.131 son hombres¹⁶.

Cuadro N° 28

Motivos por la cual se producen malos tratos por parte de profesionales hacia los adultos mayores.

- Es el sistema el que obliga a los profesionales a trabajar con personas mayores, sin que constituya su especialidad profesional.
- El Trabajador Social aborda a esta población como un grupo social más, pero no manifiesta especial interés para hacerlo.
- Es una oportunidad laboral que se brinda desde el paro (desempleo), por casualidad.
- El trabajo con mayores concede menor prestigio social.
- Los salarios son bajos en contraste con el trabajo desarrollado.
- Existe una escasa especificidad de los contenidos en los niveles profesionales más bajos; auxiliares que ejercen de enfermeras, psicólogos que operan como animadores.
- Algunos profesionales justifican su mal proceder con personas mayores, culpabilizando las influencias de las normas sociales e institucionales, que limitan su trabajo.

*Revista de Española de Geriatria y Gerontología,
Agosto 2004*

Con relación a este tema, un estudio desarrollado por la Universidad de Salamanca señala como principales motivos que llevan al adulto mayor vivir en soledad la muerte del cónyuge y el hecho de que los hijos ya han formado otras familias, en donde ellos no desean ser un estorbo (Pinto y Sánchez, 1994).

Pese a ello, los adultos mayores manifestaron en

las discusiones de grupos focales que el estar viviendo en la soledad, es una situación que les afecta emocionalmente, al no tener contacto con sus hijos, sintiéndose abandonados por éstos.

¹⁶ Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

2. La opinión de dos grupos de Adultos Mayores.

Se ejecutaron dos actividades similares a las efectuadas en Valparaíso con clubes de adultos mayores, utilizando la técnica de grupos focales para obtener la percepción de los mayores respecto al maltrato en el ámbito familiar y en la sociedad en general, incorporando temas de discusión como la institucionalización y la eutanasia. Dichos grupos se encuentran insertos dentro de los programas de bienestar social impartidos por el Ayuntamiento de Sevilla, a través de distintos centros cívicos dirigidos a la comunidad local. El primer grupo es una Asociación Cultural de Adultos Mayores, el cual organiza actividades recreativas, de ocio y solidarias a la comunidad a cargo de la Sra. Angeles González Loja. El segundo grupo en cambio, esta organizado exclusivamente para administrar la cafetería del centro cívico y a la vez otorgar un espacio de interacción y participación a la población mayor, a cargo de la Sra. Ana Galán Amoretti. Ambos se encuentran insertos en el Centro Cívico *El Esqueleto* del Polígono Sur de Sevilla, uno de los barrios más pobres y marginales de la ciudad.

a) Maltrato en el Adulto Mayor en la Familia.

Cuando el alumno seminarista consultó a los adultos mayores respecto al maltrato en el ámbito familiar, los mayores unánimemente señalaron que este provenía por parte de los hijos, sin importar el género. La forma de maltrato que atribuían a éstos, en particular el abandono afectivo. La mayoría de estas personas que participaron en la discusión afirmaban que la pérdida de comunicación y relación interpersonal con sus hijos era el principal problema que les afectaba en su vejez. *Los hijos se vuelven egoístas y olvidan a sus padres que le han dado todo en esta vida*, fueron los principales comentarios de estos adultos mayores ante el abandono.

Un caso específico de una mujer de 73 años de edad, viuda hace nueve años, vive sola en un departamento en el Polígono Sur de la ciudad de Sevilla y con existencia de artrosis degenerativa en la columna vertebral. Argumentaba poseer cuatro hijos, dos hombres y dos mujeres, que ya habían consolidado su hogar en forma independiente con sus respectivas parejas en los alrededores de la ciudad. Sin embargo, manifestaba estar triste por la falta de apoyo y afecto de sus cuatro hijos, con los cuales comenzó a perder comunicación después del fallecimiento de su cónyuge. Los hijos hombres trabajaban durante todo el día, con lo

cual se les hacía imposible visitar a la anciana, mientras que las mujeres mantenían el cuidado del hogar, con lo que tampoco podían mantener contacto con la madre.

Opinión N°1: “Por las noches me cuesta dormir con los dolores que me ocasiona la artrosis y me gustaría que al menos uno de ellos me llame al teléfono para saber cómo estoy...”

A lo anterior, también argumentaba que cuando debía acudir a control médico, era acompañada por la presidenta del club, ya que los hijos no mostraban voluntad en hacerlo. Su único espacio en el cual se sentía apoyada y comprendida, era asistiendo a las actividades que la cafetería del centro cívico otorgaba.

b) Maltrato Societario.

En este aspecto, el tema que obtuvo mayor discusión alude a los conflictos intergeneracionales. De acuerdo a las percepciones de las personas mayores, la población joven cada vez pierde el respeto hacia el colectivo, por medio de actitudes que excluyen y discriminan al mayor, apoyada por los mensajes de juventud y belleza exhibidos por los medios de comunicación.

Opinión N°2: “Es muy mala la imagen que la juventud posee de los más viejos. Lo hemos dado todo por la sociedad (...) la juventud opina que las personas mayores tienen ideas pasadas...que somos carrozas”.

Opinión N°3: “Si hay discriminación. Ya no hay respeto en el círculo social en donde vivimos”.

Existen algunos programas de educación para aquellos adultos que no han podido terminar de cursar la preparación primaria o secundaria, similares a los programas impartidos en nuestro país. En estas clases, la convivencia entre jóvenes y adultos, de acuerdo a la percepción de algunos adultos mayores, se torna discriminadora al momento en que participan del aprendizaje.

Opinión N°4: “Nos dicen las mongolas, por el hecho de ser viejas y estar participando en estos programas de educación”.

Otro aspecto de este maltrato, se vinculaba con las pensiones insuficientes que la administración otorgaban a las mujeres viudas y que no desarrollaron durante su vida algún tipo de trabajo, insuficiencia que como se mencionaba anteriormente en la situación sociodemográfica del colectivo en España, ha sido analizado por la IMSERSO en el Plan Gerontológico 2003- 2007, especificando la gravedad de esta problemática en una sociedad cada vez más envejecida.

Opinión N°5: *“Hay muchas personas que están mal con sus pensiones. Con 200 euros no nos alcanza para nuestros gastos”*.

Las anteriores opiniones, constituyen experiencias y percepciones que tienen gran similitud con las de aquellos adultos mayores que participaron en la discusión del maltrato societario en los clubes de la comuna de Valparaíso, como aquellas obtenidas por estudios elaborados por entidades internacionales como la ONU e INPEA, y que describen las formas de maltrato en la sociedad por medio de las afirmaciones de distintas etnias de adultos mayores. Es por tanto, una problemática de carácter universal que existe en las distintas culturas de nuestro mundo, sean estas más o menos desarrolladas.

Si bien se establecen estas semejanzas en las formas de maltrato societario, existen diferencias en cuanto a los servicios sociales y sanitarios entre la realidad de los adultos mayores en España y con las de nuestro país. Mientras el colectivo español manifestaba estar muy conforme y satisfecho con las atenciones prestadas por estos servicios, la población de mayores investigados en nuestra comuna manifiesta un descontento e insatisfacción por la mala atención prestada por los servicios sociales y sanitarios en Chile, argumentando incluso algunas situaciones de maltrato y negligencia por los profesionales de la salud. Esto se debe, ya que en España existe un fuerte incremento del gasto en los servicios mencionados, acompañados por políticas sociales que regulan la atención y especialidad de los profesionales. En Chile aún con la existencia de un gasto importante para mejorar los servicios que prestan bienestar social a la población, carece de políticas sociales eficientes que regulen la especialización y capacitación de sus profesionales, en particular de aquellos que trabajan con adultos mayores.

c) Institucionalización y Eutanasia.

Las residencias, como son denominados los establecimientos de larga estadía en nuestro país, constituyen para los adultos mayores de España, instancias necesarias para vivir la vejez sin estorbar a los hijos. Las percepciones del colectivo español justifica que debido al desgaste y deterioro físico- psíquico inminente en el mayor, la mejor alternativa que se presenta para poder vivir en este estado de dependencia es una residencia. Estos adultos mayores consideran que la familia, en especial los hijos, no tienen ninguna responsabilidad con ellos una vez que han iniciado una nueva vida de independencia con sus respectivas familias, y que éstos ya no representan ninguna utilidad para sus hijos, por el contrario, serían estorbos que privan de libertad a las nuevas generaciones de familias.

Aunque estas personas mantenían esta imagen negativa de si mismos como cargas de sus hijos, cuando el alumno seminarista le preguntó respecto a la postura que ellos como tuvieron con sus padres, las respuestas fueron distintas.

Opinión N°6: *“Yo me hice cargo de cuidar a mis padres. A ellos nunca los hubiese tirado en una residencia”.*

Opinión N°7: *“Los tiempos cambian. Yo cuide a mis padres, pero no me gustaría que me cuidasen mis hijos”.*

Al contra preguntar estas posturas de cada adulto mayor, la respuesta radicaba en la incorporación de la mujer en el trabajo, la crianza de los hijos, las nuevas necesidades en la familia, el derecho a vivir en libertad con sus hijos y los cambios de valores entorno a los adultos mayores, justificando que en tiempos anteriores eran distintos los conceptos de familia, ya que los padres constituían figuras importantes a las cuales se les debía respetar y cuidar.

La eutanasia fue otro tema de discusión, que los adultos mayores analizaron a favor de su legitimación, puesto a que la persona que se encuentra en un estado de incapacidad total de sus funciones biológicas y psicológicas, además carga con una frustración personal destructiva emocionalmente y un desgaste para quienes están a cargo de su cuidado. Sin embargo, también surgieron opiniones en contra.

Opinión N°8: *“Si estoy de acuerdo, porque la persona sufre en un estado en el cual sabe que no remedia más que morir”.*

Opinión N°9: *“No, ya que ni por muy médico que fuese esta capacitado para tomar esa decisión”.*

Nuevamente nos encontramos con percepciones similares a las registradas en el diagnóstico. El tema de la eutanasia sigue constituyendo un punto de conflicto entre aquellas personas que están a favor y en contra de ella.

En síntesis, al analizar las principales formas de maltrato que se presentan en la población mayor de España y establecer contacto con adultos mayores que participaban en centros cívicos, se puede constatar y afirmar, que la violencia en este colectivo también constituye un problema social importante poco estudiado en España, pero que al igual que en nuestro país, no existe, al decir de Pérez Rojo, la voluntad por parte de profesionales y entidades públicas en intervenir esta problemática como concienciar a la población en general de su gravedad en la sociedad.

El acordar como definírsele y abordarlo, no constituyen en sí las principales dificultades para tratar el maltrato en el adulto mayor. El creer que es una realidad presente en el cotidiano y que esta arraigado en lo más oscuro de nosotros mismos como individuos y como sociedad, son las más altas barreras que debemos de enfrentar.

3. La opinión de los profesionales.

Las entrevistas efectuadas con profesionales del área de la salud y de los servicios sociales de Sevilla, revelaron la existencia de una incipiente preocupación entorno a la problemática del maltrato en los adultos mayores y las principales dificultades presentes a la hora de abordar este flagelo. Sin embargo, también surgieron importantes opiniones a cómo percibían este problema en la sociedad española. Algunos nombres serán omitidos, en virtud a aquellos profesionales que han solicitado mantener el anonimato por razones personales.

Los profesionales entrevistados expresaban no conocer específicamente el tema como la realidad de las personas mayores maltratadas en España, específicamente en la Comuna Autónoma de Andalucía, pero en la experiencia laboral han podido observar diversas

formas de abusos y/o negligencias que se manifiestan en los usuarios que atienden. Trabajadores Sociales de residencias asistidas para adultos mayores dependientes, autovalentes y con alzheimer, afirman que en algunos casos muy específicos, son los familiares los que practican formas de negligencia pasiva con el mayor. Suciedad bajo las axilas, en los cuellos, extremidades y genitales de los usuarios, dan a conocer los descuidos en la manutención del anciano que permanece en estado de dependencia, atentando con la salud del mismo. Los motivos que fundamentarían esta acción, están vinculados a la falta de información que pueda ayudar a la familia a desarrollar adecuadamente las funciones de cuidado y protección del adulto mayor. Para ello implementan actividades o entrevistas personales en donde se informa a los miembros de la familia las maneras adecuadas para atender al adulto mayor, en particular a aquellas que demuestran grados de dependencia.

Durante el transcurso de las entrevistas, algunos profesionales demostraron un descontento con la situación del mayor en España, particularmente de la población mayor dependiente, debido a la escasa preocupación del gobierno local como del poder central entorno a la calidad de los servicios otorgados hacia dicho conglomerado no consiguiendo muchas veces el objetivo de las políticas sociales y de protección que apuntan a mejorar el bienestar social de determinada población. Es así, que los propios profesionales afirman que son las instituciones y servicios los que constituyen fuentes de malos tratos hacia los adultos mayores, por falta de regulaciones eficientes y recursos que permitan entregar una adecuada atención al usuario. Estos vacíos permiten y mantienen la reproducción de actos de abuso y negligencia en contra de un anciano por profesionales que sin motivación, terminan desgastados psicológica y físicamente en el trabajo que demanda el cuidado del adulto mayor (dependiente, demente, postrada, entre otras). Dichas situaciones de desgaste y estrés al no saber enfrentarlas por la escasa preparación que se posee, derivan a distintas formas de maltratos por parte de estos profesionales.

En cuanto al maltrato por parte de familiares de la víctima, sólo algunos profesionales conocían las formas de violencia que se pueden generar en este ámbito y tenían conocimiento de algunos casos. Estos abusos se originan por factores de riesgos que se producen en el seno de la relación cuidador y adulto mayor dependiente, muy similar a las características personales relatadas en relación a los profesionales maltratantes. El estrés que produce el cuidado y que demanda parte

importante del tiempo del cuidador, constituyen las principales causas de maltrato en el adulto mayor en la familia. Pedro Chicarro, académico de la Universidad Pablo de Olavide y trabajador social de la Diputación de Andalucía, en su investigación sobre este problema social plantea que uno de los conflictos que podrían derivar a situaciones de violencia, son las historias de vida que se generan en la dinámica familiar. De esta manera, el hijo que fue maltratado en la infancia por su padre en una relación de dependencia, como adulto y con poder de tomar sus propias decisiones, se siente liberado de la relación que lo ataba a su padre, ya anciano. La situación se invierte y es el hijo el que ahora maltrata a su padre de diversas formas, como pago de esa experiencia violenta de la cual había sido víctima. En otro aspecto, el profesional también asigna importancia a las connotaciones culturales y de convivencia que se producen en el momento en que el padre envejece y se convierte para el hijo de una persona autovalente a una dependiente, con todo lo que ello implica. *“¿Estamos preparados para limpiarle el trasero a nuestros padres? (...) en nuestra sociedad sabemos que como padres debemos cuidar y responsabilizarnos por nuestros hijos, pero no que los hijos se responsabilicen del cuidado y protección de los padres”*. Esto conlleva muchas veces, a destinar la responsabilidad al Estado que si no posee una respuesta de apoyo a dicha necesidad, ese padre dependiente, se torna un estorbo para el hijo que desea realizar sus actividades en forma libre y sin ataduras.

En cuanto a cómo se interviene este problema social, los profesionales como instituciones públicas (Diputación de Sevilla, Instituto Andaluz de la Mujer, Centros Cívicos del Ayuntamiento de Sevilla, Residencias y Centros de Salud), señalaron el no poseer las herramientas que les permitan atender a las víctimas de maltrato, principalmente por la falta de voluntad de los mismos profesionales y entidades en diseñar un protocolo de detección de esta violencia, regular las distintas formas de abuso y/o negligencia y dar atención terapéutica a las víctimas. En general, los servicios que la administración local otorga a la población mayor, como ya se mencionaba anteriormente en este capítulo, actúa en función de integrar al colectivo a la sociedad española generando mayores y mejores instancias de participación, calidad de vida y bienestar social, que si bien se consideran necesarios, no incluyen este preocupante problema social que afecta a la población mayor de España.

Al respecto, el trabajador social y gerontólogo de la Universidad Pablo de Olavide, Raúl Álvarez, señala como principal medio de intervenir

el maltrato en el adulto mayor la prevención del mismo. *Hablamos de un trabajo orientado a promocionar una imagen social positiva con respecto a la vejez que otorgue más autonomía y protagonismo a la persona mayor* (Álvarez, 2004), constituyendo un desafío para los profesionales y para la sociedad misma el adquirir una percepción que valore a esta población culturalmente. Esta propuesta es también sostenida por otros profesionales del área social, como psicólogos que buscan el concienciar por medio de actividades de solidaridad intergeneracional la promoción de la imagen positiva de la vejez. Aun así, para otros especialistas se necesitaría una legislación que permita la ejecución de este proyecto de prevención y promoción de la imagen positiva de la vejez. La trabajadora social María Carmen Rodríguez, especifica que *mientras las autoridades no otorguen importancia en las políticas sociales que el maltrato en el adulto mayor existe y que es un problema social que merece de atención, cualquier propuesta por parte de los profesionales en intervenir dicha realidad se tornará inútil.*

4. La visión de algunos profesionales chilenos.

En Chile también se realizaron algunas actividades previas de investigación y análisis del maltrato en los adultos mayores, obteniendo respuestas que si bien en un principio se registraron para orientar la investigación, conviene en este capítulo mencionar para efectuar un contraste según la visión de los profesionales citados anteriormente, de acuerdo a la realidad de cada país.

En cuanto a cómo perciben el maltrato en el adulto mayor, en general se le considera un problema social y de salud que cada vez adquiere importancia en el círculo de profesionales que en su diario laboral se encuentran con situaciones de abusos y/o negligencias. La exclusión social, los vejámenes por parte de familiares, no contar con una adecuada atención en los servicios de salud y programas de vivienda (López, 2004), son algunos de los indicadores observados por los profesionales e instituciones en Chile. El director del Centro de Capacitación y Desarrollo CEC, Lucio Díaz, afirma que este tipo de violencia es un problema social *bastante difícil de abordar ya que se enmarca como un tema de preocupación cultural y educativo en donde todos* (profesionales, entidades gubernamentales y públicas, etc.) nos encontramos involucrados. Un problema *emergente* para otros profesionales, debido al aumento del envejecimiento poblacional en Chile, en particular de la mujer mayor, quienes están más desprotegidas en

tema de seguridad social y la discriminación, como *condicionantes sociales que de alguna manera vulneran más a las ancianas* (Peña, 2004).

En otro ámbito, los profesionales chilenos al igual que los españoles, concluyen que la falta de voluntad por parte de los mismos profesionales y entidades gubernamentales son factores determinantes a la hora de situar el maltrato en el adulto mayor como un problema social de prioridad nacional. Al respecto, la asistente social y gerontóloga del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Gladis González, expone que el SENAMA se encuentra en una etapa exploratoria con respecto al abordaje del maltrato en adultos mayores. Estas acciones han iniciado una serie de mesas de discusión con otros organismos públicos para poder incorporar y desarrollar este problema social, además de la violencia de género y el maltrato infantil, como una grave secuela de la violencia en nuestra sociedad. Constituyen en sí, *pasos importantes para hacer de este problema un tema de prioridad en nuestro país* (González, 2004).

Al momento de plantear la interrogante de cómo intervenir este problema social, surge una dicotomía entre tratarlo dentro de la violencia intrafamiliar (VIF) flexibilizando las metodologías de atención de los Centros de VIF en un marco de acción específico (Peña, 2004); y como una manifestación de la violencia en general, que cruza todas las instancias de la sociedad debiéndosele abordar desde la perspectiva del modelo ecológico, circunscrito a un marco político de violencia que lo extrapole del ámbito netamente familiar (Lowick-Russell, 2004). Pese a esto, los profesionales en general lo consideran un tema de responsabilidad social que debe trabajarse en función del buen trato, como manera de concienciar a la sociedad. Sin embargo, dicha sensibilización debe de acompañarse con un marco legal que regularice la problemática social de los malos tratos en la población mayor, con proyectos sociales de información y educación en cómo establecer una denuncia, sin antes intervenir en la imagen social negativa que se tiene de la vejez y que los propios adultos mayores no consideran como una forma más de abuso (Lowick- Russell, 2004).

En síntesis, se logra obtener algunos aspectos que coinciden en definir por qué el maltrato en el adulto mayor no es un tema de prioridad en ambas sociedades, así como las principales dificultades en la atención y prevención del mismo, que no dejan de ser fundamentaciones importantes por parte de profesionales que prestan servicio a esta

población y que observan las vejaciones procedentes de distintos ámbitos sociales, colocando una vez más en manifiesto, la gravedad de este problema en respectivos países.

Objetivo 3: “Observar trabajos y acciones de intervención del maltrato en el adulto mayor por parte de instituciones públicas y/o privadas como de profesionales relacionados en la materia”.

1. Introducción a la Propuesta de Intervención del Maltrato.

Según las opiniones vertidas por los profesionales españoles entrevistados y la carencia de políticas sociales que regulen el maltrato en la población mayor tanto a nivel de Comunidad Autónoma como en España en general, no es posible determinar una metodología de intervención específica en el maltrato al adulto mayor. Las razones apuntan a que no es un tema de prioridad pública, fundamentándose en los bajos índices de denuncias al igual que en nuestro país (cerca del 3, 0% al 5, 0%)¹⁷, debiendo esperar nuevamente que se agudice esta situación por medio de un mayor número de homicidios y víctimas de la violencia, tal como ha ocurrido anteriormente con el maltrato infantil y la violencia conyugal. En este marco además se incorpora la falta de voluntad de las instituciones, autoridades y profesionales, en particular Trabajadores Sociales con los cuales se efectuó esta investigación, quienes conociendo hechos de maltrato en adultos mayores, no han realizado los esfuerzos necesarios para abordar este “reconocido” problema social, restringiéndose al contexto de bienestar y servicio que la institución o la administración les impone.

Por lo anterior, la investigación no registró una metodología específica de intervención psicosocial o terapéuticas con las víctimas mayores de la violencia tanto en el hogar, como fuera de éste y en la sociedad en general. Sin embargo, se recogieron algunas visiones entorno a la intervención del problema social, por medio de la prevención y la promoción de una imagen positiva de la vejez, procurando mantener el rol del Trabajo Social como gestor de estas acciones comunitarias, que tienen como finalidad, el sensibilizar y concienciar a la población acerca de la existencia de este flagelo.

Pese a lo anterior, la investigación realizada en el capítulo cuatro, para conocer los principales aspectos teóricos, formas e indicadores de abusos y/o negligencia, trabajos de grupos focales de discusión con organizaciones de adultos mayores y entrevistas formales con

¹⁷ INPEA, 2004.

profesionales, reunió la información necesaria para efectuar una propuesta de intervención, con la cual se pueda diseñar un instrumento de detección del maltrato, aquellas técnicas a utilizar para su empleo, la atención de la víctima adulto mayor y proyectos de prevención de este tipo de violencia desde la perspectiva del Trabajo Social, integrándolo a las tres metodologías de acción: Caso, Grupo y Comunidad respectivamente. De esta manera, la propuesta que a continuación se presenta responde a las necesidades de la población mayor diagnosticada con alguna forma de maltrato, que participan en los clubes para adultos mayores coordinados por la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, bajo el Modelo Ecológico que enmarcó este problema social.

En la primera parte, se describen los protocolos de evaluación de las formas de maltrato en el adulto mayor. La segunda parte, esta destinada a la descripción del trabajo del asistente social con relación a la problemática y de acuerdo a las tres metodologías de acción del Trabajo Social. Por último, se realiza una breve referencia a la importancia del equipo multidisciplinario en el proceso de intervención del maltrato en el adulto mayor y el rol que cada profesional cumple en el mismo.

Esta propuesta se construye a partir de las experiencias prácticas de intervención en el maltrato infantil y la violencia conyugal, de acuerdo a determinados especialistas en violencia, asistentes sociales, instituciones y centros de violencia intrafamiliar que han desarrollado metodologías de trabajo flexibles, de las cuales se extraen los componentes específicos que aporten a la atención y prevención de este problema social.

2. Orientaciones para la Intervención al Maltrato en Adultos Mayores (IMAM).

La propuesta de IMAM, constituye un proceso de investigación y evaluación de la problemática social abordada en esta tesis para el Trabajo Social, compuesto por determinados pasos a seguir en el momento que un caso se presenta ante el profesional con signos de abuso o negligencia, y que necesita de atención inmediata de acuerdo a la gravedad de los daños producidos por la violencia.

No constituye una guía metodológica única para el profesional asistente social, sino que una pauta de orientación para intervenir en el

maltrato con personas mayores, con los aspectos importantes de la acción del profesional y el trabajo en equipo necesario para lograr resolver la situación problema que afecta al adulto mayor maltratado. De esta manera, el logro de los objetivos de intervención del profesional asistente social como del equipo multidisciplinario que lleva a cabo el tratamiento, dependen directamente del conocimiento, especialización y coordinación que estos posean en el tema y no de esta pauta IMAM en sí.

a) Detección y Evaluación de los casos con maltrato.

Antes de iniciar los procedimientos que conlleven a la evaluación de las formas de maltrato, por la cual fue objeto la persona mayor, es necesario obtener la información pertinente que ayude a detectar los indicadores de abuso y/o negligencia para poder programar las acciones adecuadas de atención.

La detección constituye en sí, el paso más difícil dentro de todo el proceso de intervención del maltrato en la persona mayor, ya que el profesional debe de utilizar las herramientas precisas y adecuadas para poder extraer la información de la víctima abusada, sin que este acto provoque en la persona un rechazo, miedo o sufrimiento al contar la experiencia de maltrato, en particular, en los casos en que el profesional pertenece al personal médico y realice los exámenes físicos respectivos para evaluar las lesiones en el adulto mayor. En estos últimos, la capacidad de observación es muy importante en cualquier situación para poder definir si las lesiones proceden a un abuso físico, sexual o negligencias, valiéndose también de la información de otros profesionales que hayan tratado a la persona (Decalmer, 2000).

a.1) Protocolos de Evaluación para Adultos Mayores Maltratados.

Los instrumentos que a continuación se describen, sirven de apoyo para el profesional que evaluará la forma de maltrato que presenta el adulto mayor. En primera instancia, se explica el protocolo integral para la evaluación del abuso y/o negligencia a utilizar por los profesionales de los servicios sociales, dadas las características de su labor, son los primeros junto con el personal sanitario, en sospechar o pesquisar un maltrato en el adulto mayor (lo cual no excluye a otros profesionales para la utilización del instrumento de pesquisa).

❖ Protocolo de Evaluación Integral en el Adulto Mayor Maltratado: este instrumento pretende servir como herramienta fundamental para el profesional asistente social y psicólogo, independiente del área de atención en la que se encuentre (salud, servicios sociales, públicos o privados), coordinador de organizaciones de adultos mayores y personal de residencia respectivo, en la evaluación del maltrato previa detección o sospecha levantada. Esta estructurado en cinco partes con preguntas específicas y abiertas que el profesional puede utilizar para describir y evaluar la situación de abuso o abandono. Para ello es necesario obtener los antecedentes personales de la víctima, respondiendo cada pregunta sin excepción. En un segundo momento, se ingresa la información que describan la o las formas de maltratos desencadenados por el agresor, sean éstos de carácter físico, psicológico, sexual, económico, abandonos y negligencias. Conviene especificar el tiempo en que el maltrato se viene manifestando y si ha establecido denuncias del mismo, con el fin de orientar las acciones a seguir en materia de prevención primaria, secundaria y terciaria que orienten la intervención, aunque también suceden casos en que el abuso pese a que se produjo una sola vez, pueda causar graves consecuencias en la persona, por lo que también se debe señalar la frecuencia en que se produjo. Una vez recopilada la información con relación a la forma de maltrato, se procede a registrar los antecedentes del agresor. En caso en que la víctima no esté en condiciones de facilitar dicha información, se debe investigar a través del acompañante, pariente u otra persona cercana al adulto mayor que pueda servir de fuente para la obtención de los datos del agresor. Estos antecedentes permitirán no sólo identificar al agresor, sino que también conocer la relación con la víctima, la actividad que posee, que puede ser utilizada en caso de iniciar una denuncia y los procesos legales que conlleven esta acción. Posterior a ello, se debe especificar el estado de salud de la persona para evaluar la existencia de alguna dificultad física o psicológica, que pueda generar en la víctima algún grado de dependencia. Por último, se efectúa la evaluación general de la situación de maltrato en la cual queden las apreciaciones del profesional evaluador. El profesional debe asumir con seriedad y responsabilidad la evaluación, sugiriendo una derivación, elaboración de un informe social, inicio de un tratamiento y si es necesario el acompañamiento de la denuncia, por lo que su valoración orientará la acción a seguir.

Para que el instrumento adquiriera credibilidad y respaldo, se añade la firma del profesional al final del mismo y en el encabezado el número de registro, la fecha en que se elaboró y la institución que emite el

documento. Es de carácter confidencial y sólo puede ser estudiado por el profesional o equipo multidisciplinario de la institución que intervendrá la problemática o el juez que solicite el documento en caso de iniciarse los procedimientos de denuncia y los peritajes correspondientes. La institución puede reservarse copia u original del documento sin olvidar su carácter de confidencialidad, ya sea para estudios posteriores en el tema que contribuyan a la atención y prevención del mismo, o para perfeccionar el protocolo. Sin embargo, es importante que por medio del profesional evaluador, se realice el seguimiento respectivo cuando el adulto mayor ha sido derivado, ya que en caso, por ejemplo, de incumplimiento por parte de los responsables en realizar la intervención, se debe apelar ante una entidad reguladora, como el Servicio Nacional del Adulto Mayor, dicha falta. De esta manera, se apela a resguardar el bienestar de la víctima.

Protocolo de Evaluación Integral en el Adulto Mayor Maltratado

Nº: _____

Fecha: ____/____/____/

Institución: _____

A. Antecedentes Personales del Adulto Mayor.

Nombres: _____

Apellidos: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____/

Sexo: Masculino Femenino

RUT: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Estado Civil: _____

B. Antecedentes del Abuso y/o Negligencia.

Forma/s de Maltrato/s Detectado/s: _____

Fecha en la que se manifestó por primera vez: _____

Fecha en la que se manifestó por última vez: _____

Frecuencia del maltrato: Continuo Esporádico Una vez

C. Antecedentes del Agresor.

Nombres: _____

Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Relación con el adulto mayor: _____

¿Vive con el adulto mayor?: Sí No

¿Hace cuánto tiempo?: _____

Actividad del agresor: _____

D. Estado de Salud de la Persona Adulto Mayor.

E. Observación del Profesional o Equipo Técnico Evaluador.



Acciones a seguir: _____

Firma del Profesional

b) Metodologías de intervención para el asistente social con el maltrato en adultos mayores.

Para el Trabajo Social como disciplina humanista, cuya acción esta orientada a abordar los problemas sociales que en la población emergen, el contar con un respaldo teórico y metodología de intervención en el maltrato en adultos mayores, significa consolidar una organización de constructos científicos obligatorios como ciencia social, traducidos en procesos de investigación, intervención y mecanismos de evaluación, que otorgan un grado preponderante a la disciplina por sobre acciones meramente técnicas y asistencialistas encontradas en otras profesiones.

De esta manera, el trabajo del asistente social en el campo de la violencia requiere de etapas destinadas a estudios y acciones enmarcadas en un ámbito científico más allá de intervenir sobre una base de sentido común. Es por ello, que la propuesta IMAM desarrolla estas etapas con la cual sea posible efectuar intervenciones con fundamento teórico en el maltrato hacia el adulto mayor. Dichas etapas a la vez están contenidas en el método científico que avala la rigurosidad del estudio del problema social e impacto de los cambios producidos en los ejes de acción.

b. 1) La Investigación.

Una vez detectado el maltrato en el adulto mayor, el asistente social debe comenzar a delinear las acciones de investigación con las cuales poder elaborar un diagnóstico social. En este aspecto, es de gran importancia el definir detalladamente en qué circunstancias se produce el hecho de violencia que atenta con la dignidad y el bienestar integral del adulto mayor. Si ocurre en el ámbito familiar, se procederá a desarrollar las respectivas visitas domiciliarias que aporten a la configuración de la situación problema que padece la persona, los factores de riesgos que propenden a la aparición de abusos, los antecedentes de episodios de violencia experimentados en la infancia y/o en el matrimonio, los involucrados en el maltrato y la existencia de testigos, además de los recursos disponibles para poder ayudar a salir de esa situación de maltrato al adulto mayor (redes sociales informales del adulto mayor y formales que puedan dar tratamiento al caso).

Si el escenario en que se manifiesta la violencia es un establecimiento de larga estadía, se realiza las respectivas visitas a la institución entrevistando a los responsables legales del mismo,

evaluando el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Artículo 7° referidas al equipamiento del Local e Instalaciones y del Artículo 8° de la Dirección Técnica y del Personal, además de presentar las certificaciones correspondientes de regularización por el Servicio de Salud.

En el caso de que una denuncia indique un peligro inminente, sea éste de muerte o de lesiones graves, es necesario informar a los servicios de urgencia, tales como la policía o el servicio de ambulancias.

(...)

No obstante, en algunas circunstancias será necesario llevar a cabo una investigación, y aquí los principios del Trabajo Social directo con individuos siguen ocupando un lugar preeminente. Dichos principios incluyen el desarrollo de la comunicación, el establecimiento de una relación y el ejercicio de la negociación, la mediación y las aptitudes para conciliar posturas.

Manthorpe Jill, 2000

El maltrato en los ancianos y las áreas prioritarias en el Trabajo Social.

Kent (1989) sugiere que para la realización de las visitas domiciliarias se consideren algunas directrices preliminares con la cual pueda obtener una mayor información de la situación de maltrato:

- ✓ Realice las visitas acompañado por otro asistente social.
- ✓ Exponga los motivos de la visita.
- ✓ Entreviste al adulto mayor a solas.
- ✓ Entreviste al cuidador después y por separado.

b.2) La Intervención.

Existen tres líneas de acción que puede emplear el Trabajo Social para atender las necesidades de las personas producto de un problema social. Estas líneas de acción representan metodologías que se amoldan a la realidad que se desea intervenir. Cada una de ellas, está compuesta por estructuras y funciones distintas de las otras, pero que dentro de un marco lógico de acción pueden complementarse y retroalimentarse recíprocamente, más aún en la problemática del maltrato en el adulto mayor.

La metodología de caso, se basa en las directrices del psicoanálisis para comprender los problemas subyacentes que afectan a la persona

como sujeto de estudio. Importa destacar, la preponderancia que se adjudica a la relación existente entre el entorno y la persona, y los problemas que en esa relación se generan. La metodología de grupo, extrae de la anterior la importancia de la relación entorno e individuo, pero además incorpora los problemas sociales que se manifiestan en una determinada agrupación de personas. El eje central de esta metodología, es intervenir en la dinámica de interacción grupal y a partir de ella, modificar simultáneamente la realidad de cada persona como el problema social del grupo. Finalmente, la metodología de comunidad se desarrolla por sobre las acciones casuísticas o de las actividades grupales para atender un problema social específico. La metodología de comunidad incorpora las anteriores metodologías y en base a ello, elabora programas orientados a la solución de los problemas sociales que las personas manifiestan y que son de común necesidad en la sociedad; programas que atienden los conflictos que se reproducen entre las políticas sociales y las necesidades reales de la población. Se posiciona en un nivel macro de intervención, que no necesariamente significa interactuar en forma directa con un grupo o con una persona, pero que necesita nutrirse de los productos obtenidos de la metodología de caso y de grupo para poder efectuar la intervención.

Lo anterior fundamenta el por qué las tres metodologías en Trabajo Social deben intervenir en forma complementaria sobre el maltrato en el adulto mayor, ya que su acción coordinada se traduce en resultados positivos para lograr apalear este problema social en la población.

A continuación se especifican brevemente, algunas características de cada metodología en relación a la intervención de esta forma de violencia en el adulto mayor.

La metodología de caso.

El trabajo con caso permite, al asistente social profundizar en la situación problema individual del adulto mayor maltratado, identificando por medio de un diagnóstico social el contexto en el cual se desarrollan los abusos y negligencias hacia la persona, para posteriormente proyectar las acciones pertinentes con las cuales poder intervenir en la problemática subyacente.

La metodología de caso además incorpora comúnmente un modelo de intervención: el Modelo de Solución de Problemas. Creado por Compton y Gallaway, posee características flexibles en su estructura para potenciar al individuo. El Modelo de Solución de Problemas se caracteriza por ser lineal (posee un inicio y un final); positivista (hay una adaptación del ciclo tecnológico); sistemático (se sistematiza en la experiencia para la intervención); tecnológico (incorpora a la ciencia); y trifásico. Por estas razones, es un modelo que puede implementarse adecuadamente en casos de adultos mayores víctimas de maltrato o en agresores, ya que sus características permiten explorar y tratar la problemática a través de una estructura metodológica funcional. Estas estructuras contienen las tres fases de acción en donde se enmarcan las funciones respectivas del asistente social con relación a la problemática del maltrato.

Fase de Contacto: en esta fase se realiza el primer acercamiento profesional entre el asistente social y el caso a tratar. En este primer contacto el objetivo es establecer un adecuado rapport con el adulto mayor y ejecutar la primera entrevista que permita conocer y descubrir la situación de abuso o negligencia en la cual se encuentra el caso. Se recopila la información necesaria para caracterizar la forma de maltrato, las características sociales y sanitarias para configurar el perfil de la víctima y del agresor, por medio de observaciones, aplicación de protocolos de detección de maltrato, visitas domiciliarias, contactos con las redes en donde participa el adulto mayor, sistematizándolo para la elaboración del diagnóstico social.

Fase de Contrato: en esta fase el profesional confecciona el diagnóstico social con la información recopilada en la fase de contacto y propone en base a ello, las acciones a desarrollar en el tratamiento del problema. Pueden existir violencias que estén comenzando gestarse en la relación del adulto mayor con un tercero y que no requiere necesariamente establecer una denuncia o erradicar a la persona de su hogar, sino más bien, efectuar mediación de los conflictos que derivan a formas de resolución agresivas.

Ya que en el Modelo de Solución de Problemas, interesa conocer el problema subyacente del adulto mayor, la relación interpersonal entre el profesional y el caso se denomina *Diagnosis Psicodinámica*, la cual permite explorar componentes psíquicos y conductuales del adulto mayor violentado, vinculado a la situación manifiesta de abuso o negligencia. A

través de este proceso se pueden detectar algunas disfuncionalidades en la personalidad del caso, en la dinámica familiar, en los componentes psicosociales, en la etapa de desarrollo, etc. Se deben incorporar los antecedentes de violencia en la historia social del caso, las relaciones interpersonales si las hay con familiares, redes informales y formales de apoyo social, especificando las ventajas y desventajas de llevar a cabo un tratamiento. La importancia de esta etapa está relacionada directamente en cómo está definido el problema subyacente de la persona (víctima o agresor) en el diagnóstico social, ya que de este documento informativo dependen las programaciones de actividades con las cuales el profesional y su equipo de trabajo intervendrán en la situación problema.

Fase de Acción: en esta fase corresponde ejecutar las acciones que ayudarán a la persona a solucionar el problema detectado. Trabajo del duelo que produce el dolor de ser víctima de maltrato, métodos de solución de conflictos, potenciación de la autoestima, control social, depresión, trastorno en la conducta, entre otras posibilidades de atención, orientarán el trabajo del asistente social hasta que la persona pueda superar el problema diagnosticado.

La metodología de grupo.

Esta metodología de intervención es utilizada en la práctica con adultos mayores que ya han sido diagnosticado previamente por un profesional como caso social.

El grupo es utilizado por el asistente social, para potenciar algunas debilidades psicosociales de la persona que en forma individual son complicadas de lograr. Por ello la dinámica de vida que presenta el trabajo de grupo contribuyen a solucionar la problemática común que afectan a sus miembros, en este caso el maltrato, y aquellos problemas personales de cada uno en relación con el primero.

El asistente social adopta un rol menos protagónico y sólo interviene para controlar el funcionamiento del grupo para el logro de los objetivos propuestos.

Sin embargo, lo anterior se desarrolla dentro de contextos de intervención distintos de acuerdo a las características del problema social planteado y los objetivos que se tienen para la dinámica grupal. Asimismo, estas directrices se orientan en función de modelos de intervención grupal, cada uno con formas distintas de acción.

El *modelo interaccional* se apoya en teorías sistémicas, en donde el asistente social adquiere un rol de mediador entre los miembros del grupo con sus problemas y el entorno social. Interesa desarrollar la cohesión grupal a través del análisis de las problemáticas comunes, valorizando la comunicación como principal eje de acción de los objetivos de intervención.

El *modelo terapéutico* utiliza al grupo para conseguir un cambio de conducta individual, en sentido de rehabilitar a la persona para lograr cambiar su entorno. El asistente social emprende un rol más protagónico acentuando la importancia del diagnóstico, el tratamiento y los objetivos individuales de los miembros. Estos últimos, son considerados “clientes” que presentan una disfuncionalidad conductual, debiendo el asistente social estructurar ejercicios de intervención respaldado por las teorías correspondientes que ayuden a solucionar el problema de los casos. Dada las características del modelo, es factible de utilizar en terapias con agresores, demandando formación y experticia al profesional que emprende estos tipos de tratamientos.

El *modelo de objetivos sociales*, es el más utilizado en la práctica ya que permite la existencia de valores democráticos al interior del grupo, que promueven la integración e interacción grupal, facilitando de éste modo la identificación de problemas comunes y la búsqueda de alternativas de solución a éstos. Su carácter holístico permite no solamente generalizar la problemática común de las personas sino que además posibilita tratarlas de forma particular, complementando la intervención grupal con un trabajo casuístico, que contribuyen a producir cambios Psicosociales en las personas. Los lineamientos de acción al trabajar con los problemas de cada miembro del grupo, fortalecen los procesos de aprendizaje y potenciación de las habilidades sociales de los mismos, apoyando a las personas a adquirir autonomía para enfrentar sus dificultades y problemáticas. Por lo anterior, es un modelo propicio para el trabajo con adultos mayores víctimas de maltrato, ya que sus características están orientadas a reparar y fortalecer las capacidades deterioradas de estas personas, debido a los abusos y negligencias que han experimentado.

➤ Grupos de Mutua Ayuda.

Dohmen (1994), citada por Jorge Corsi para el abordaje del síndrome de la mujer maltratada, desarrolla la realización de tratamientos psicosociales de este tipo de violencia, con la implementación de grupos de mutua ayuda. La estructura operativa de estos grupos consiste básicamente en atender la problemática del maltrato y potenciar a la víctima, para que pueda emprender nuevamente su vida sin las ataduras que ocasiona esta problemática. Por tanto, al ser una práctica de intervención grupal flexible para tratar la violencia, independiente de la edad o características personales de quien la padece, los grupos de mutua ayuda son efectivos para el tratamiento del maltrato en el adulto mayor.

Se enmarcan en parámetros circulares de aprendizaje, en donde el asistente social posee el conocimiento teórico del problema social o “saber técnico” y sus integrantes la vivencia de haber sufrido en la realidad el flagelo por parte de un tercero o “saber de la experiencia”. Mientras el profesional experimentado en el tema informa, señala, contiene y brinda afecto, los miembros del grupo comparten sus experiencias posibilitando las intervenciones desde su conocimiento vivencial¹⁸.

El grupo les provee de instrumentos, de conocimientos específicos, de análisis de alternativas y caminos a seguir para poner fin al aislamiento en el que vivieron, otorgándole fundamentalmente apoyo social.

Dohmen, Mónica (1994).

Abordaje del Síndrome de la Mujer maltratada.

Se pueden conformar grupos abiertos de mutua ayuda, como cerrados. Aquellos abiertos permiten el ingreso constante de casos nuevos, sin poseer un estricto número de personas que participen en cada sesión. La ventaja de este tipo de grupos, son las renovaciones de las experiencias manifestadas por cada adulto mayor como aporte de conocimiento y vivencia de situaciones de abusos o negligencias, permitiendo la interacción y comunicación de sus participantes en forma activa. Sin embargo, la desventaja radica en no poder establecer una

¹⁸ Corsi, Jorge. Violencia Familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Cap. 2. Abordaje del Síndrome de la Mujer Maltratada. PAIDOS, 1994.

estructura operativa con la cual poder tratar temas puntuales como la aceptación de haber experimentado la situación de maltrato, la potenciación de la autoestima y las decisiones a tomar como a futuro, una vez superadas las secuelas del maltrato, que son aspectos factibles de realizar en grupos cerrados, con un número definido de personas, *lo cual facilita la programación por etapas sucesivas con objetivos específicos y el desarrollo de una matriz y un clima grupal que lo singularizan* (Dohmen, 1994). Este tipo de grupos funcionan a partir de estructuras operativas lineales, es decir, etapas guiadas por objetivos que deben concretarse antes de continuar al siguiente nivel.

La primera etapa se dirige a tratar y conversar el maltrato acontecido con cada uno de los adultos mayores que integran el grupo. En este momento, el rol del asistente social es directivo, ya que debe coordinar las experiencias e incertidumbres de los participantes, fomentando las interacciones y entregando sus conocimientos teóricos-prácticos que explican el problema social, desmitificando mitos y prejuicios que mantienen los integrantes en relación al maltrato y la vejez. En este momento es importante trabajar el duelo, comprendiéndolo como una pérdida significativa, que dentro del marco del maltrato en el adulto mayor, son la vulneración de sus derechos, de su autoridad y respeto como padres, como cónyuges, su independencia y la pérdida de su dignidad como personas. Por ende se debe ayudar a los participantes a encontrar su estabilidad de vida, integrando esa pérdida de manera racional y emocional (González, 2004). Una vez logrado este objetivo, el siguiente nivel se centra en trabajar el deterioro de algunos aspectos psicosociales de la persona, que pueden reflejarse en las actitudes que esta presenta en las relaciones interpersonales, las expectativas de vida y la autoestima. El asistente social debe aportar con ejercicios que potencien las capacidades de los adultos mayores utilizando al grupo como medio interactivo para el logro de dichos objetivos, incentivando la participación de sus miembros.

En un tercer nivel, se fomenta al adulto mayor emprender nuevamente su vida, asumiendo las tareas correspondientes a la etapa de desarrollo y los conflictos psicosociales que debe enfrentar, valorizando sus propios derechos como persona, en el margen de autovalencia que presente.

La metodología de comunidad.

Si bien, el trabajo en comunidad se inicia en distintos contextos “el desarrollo comunitario” y “la organización comunitaria”, la disciplina potencia ambos elementos y los condensa para lograr un mayor impacto social en una determinada localidad geográfica, área de intervención, política o programa comunitario.

Galindo y Rivera, 2003.

El nivel de intervención de comunidad representa un campo de investigación, creación y acción para el Trabajo Social. Investigación, ya que el asistente social necesita conocer a la comunidad como la comunidad conocer al asistente social por medio de instancias que permitan operar y recolectar información de los distintos actores que interactúan en este medio, los conflictos, las formas de comunicación y relación, las tendencias culturales, las problemáticas, las necesidades, los objetivos que persiguen, las normas y creencias que caracterizan a la comunidad. Creación, ya que el asistente social es un agente de cambio que maneja los conocimientos y herramientas de las ciencias sociales como de las políticas sociales que el Gobierno elabora para el bienestar de la sociedad. Esta instancia es importante para lograr contribuir efectivamente a la intervención y prevención del maltrato en el adulto mayor, ya que el profesional actúa como un ente mediador entre el problema social que afecta a la población mayor y las políticas sociales encargadas del bienestar de dicha población, elaborando programas y proyectos pertinentes que permitan tratar el problema social, potenciando además los recursos que posee la población. La acción se orienta de esta manera, a la promoción de la organización comunitaria por medio de la participación social y las relaciones de cada individuo como grupo funcional, vinculando e integrando las redes sociales de apoyo que consoliden un sistema dirigido a la atención del maltrato en el adulto mayor y restauración del bien común.

Si bien se puede observar, que a diferencia de las otras dos metodologías de intervención (Trabajo social de caso y grupo), en la de comunidad el tratamiento del maltrato en el adulto mayor se logra a través de programas orientados a la prevención de este flagelo en la sociedad. Por ende el trabajo que se efectuará, tiende a ser considerado como un apoyo social que permita la factibilidad de la intervención directa sobre el problema social. No es menor reconocer, que la ausencia

de apoyo social en general, es la característica más sobresaliente en todos los tipos de maltrato.

A medida que el asistente social va estableciendo relaciones con otros apoyos, estará armando la red con la cual podrá emprender acciones de prevención del maltrato en el adulto mayor o promocionar el buen trato hacia esta población, y potenciar con ello, las intervenciones en las áreas de grupo y caso. Dichos apoyos pueden clasificarse en tres categorías: aquellos vinculados con la familia o apoyo intrafamiliar; la participación de los pares, grupos de mutua ayuda, voluntarios como apoyo informal; y aquellos vinculados con programas de intervención del maltrato, centros de día, oficinas comunales del adulto mayor, centro de atención de violencia intrafamiliar, atención profesional y otros servicios, denominados apoyo formal.

Una vez armada la red de apoyo, el asistente social puede influir directamente sobre ella o en cada categoría, con acciones de capacitación técnica, socioeducativa, trabajo de imagen de la vejez o simplemente desarrollar proyectos con los que se generen instancias de solidaridad intergeneracional, que permitan intervenir el problema social desde la prevención.

b. 3) La Prevención

La prevención ocupa dentro del campo de intervención del maltrato en el adulto mayor, un importante rol en el sentido de contribuir a promover un cambio sociocultural con el cual se pueda remediar este problema social.

Como ya se ha comentado en los anteriores objetivos, algunos profesionales estipulaban el prevenir desde la imagen valórica que se le otorga a la vejez en la sociedad, la cual se presenta con mitos y prejuicios negativos con relación al envejecimiento, principales cimientos o factores de riesgo que propenden a justificar y mantener el maltrato en la población mayor. Debido a esto, el implementar acciones destinadas que propendan a producir un cambio positivo en la imagen de la vejez, es uno de los desafíos que compromete a profesionales de los servicios sociales y sanitarios para prevenir la reproducción de esta forma de violencia en nuestra sociedad.

Para que ello ocurra, se necesitan acumular iniciativas y propuestas de acción en la cual se pueda clasificar las distintas formas en que la prevención se extenderá en la población. En otras palabras, el sistematizar y coordinar los esfuerzos de quienes en conjunto organizan el trabajo de promocionar el buen trato e imagen positiva de la vejez.

Por otra parte, la prevención no solamente se contextualiza en el cambio de imagen y buen trato hacia los adultos mayores. Además se deben considerar los recursos que se disponen, la existencia de redes de apoyo formales capacitadas en el tema del maltrato, las instancias para efectuar la denuncia y los sistemas de control de los establecimientos de larga estadía que concentran un importante número de personas discapacitadas o dependientes.

En síntesis, algunas de estas propuestas pueden definirse en los siguientes objetivos:

1. Promover valores positivos de la vejez y su importancia como etapa de desarrollo ineludible, para la sociedad y la familia:

objetivo orientado a redescubrir la vejez en nuestra sociedad, como aspecto del desarrollo natural del ser humano y las características que enmarcan el envejecimiento, desde una mirada que permita valorizar la experiencia de vida y dignidad del adulto mayor como persona, desmitificando la vejez como enfermedad, inactividad y pasado.

2. Generar instancias o encuentros de convivencia intergeneracional, que permita intercambiar valores socioculturales que propendan al buen trato en la población mayor:

hoy en día son muy escasas las propuestas de intercambio cultural entre la población joven y la población mayor. Se pretende objetivar la participación social de los adultos mayores desde una perspectiva individualista, como grupo etéreo independiente del resto de la población, sin generar espacios de interacción y compromiso intergeneracional, en donde la población más joven se involucre e interese en conocer la realidad del adulto mayor y las diversas necesidades que del envejecimiento derivan, bajo un contexto de valorización de la vejez. Por otra parte, el intercambio permite acercar a la población mayor a conocer los intereses de adolescentes y adultos jóvenes, las dinámicas de interacción y convivencia en los parámetros culturales de la sociedad contemporánea, generando participación social desde una óptica intergeneracional y comunitaria.

3. Capacitar a profesionales de los servicios sociales y sanitarios respecto al problema social del maltrato en el adulto mayor: en la actualidad son escasos los profesionales de los servicios sociales y sanitarios que se interesen en especializarse en áreas de la gerontología y geriatría. La primera barrera, son los prejuicios que se tienen de la vejez y que se mantienen en las costumbres, en los valores culturales, en los incipientes programas de bienestar social hacia esta población y las diversas necesidades que por causa del envejecimiento natural, el adulto mayor demanda a la sociedad. Por estas razones, se observa al anciano como un estorbo, que no remedia solución e imposible de modificar su personalidad. A lo anterior y con relación al maltrato, se concibe que la población mayor no es víctima de este flagelo, lo cual conduce a sesgos que en la actualidad la mayoría de los profesionales tienen de este problema social, contribuyendo a ocultar y mantener esta violencia.

4. Generar una propuesta de ley que permita regular el maltrato en el adulto mayor: como objetivo, constituye una propuesta fundamental en la intervención y prevención del maltrato en el adulto mayor; como acción es indispensable aumentar los esfuerzos que hagan factible la existencia de una ley que regularice eficientemente este problema social. Para ello se deben desarrollar estudios y evaluaciones de la situación social de los adultos mayores con relación a este flagelo, sistematizar los hallazgos que definan las distintas formas de maltrato y el impacto social que genera, más allá de cuantificar los daños o personas que lo padecen.

Estas propuestas establecen un desafío para el asistente social, que acostumbra a enmendar los conflictos aún cuando posee las herramientas necesarias que le permite vislumbrar los problemas sociales que acontecen en la realidad, empero como argumentaba el psicólogo Gema Pérez Rojo, la falta de voluntad, por parte de los profesionales para reconocer que el maltrato es una “*cuestión importante*”, siguen siendo una de las principales razones que dificultan el emprender acciones de intervención y prevención.

Una de las cuestiones principales de cara al futuro del Trabajo Social podría ser el que los profesionales trabajasen con sus clientes en esta área para que puedan reconocer su individualidad y su capacidad como adultos frente a las presiones públicas existentes para protegerlos y compadecerlos.

*Manthorpe Jill, 2000
El maltrato en los ancianos y las áreas prioritarias en el Trabajo Social.*

b. 4) Las Técnicas.

Para abordar el maltrato en el adulto mayor así como en el maltrato infantil y la violencia de género, no sólo se requiere de un determinado conocimiento teórico con el cual comprender e intervenir dicha problemática. Principalmente en este último aspecto, cuando el profesional atiende a la víctima e inicia el proceso de intervención, se necesitan de algunas técnicas y habilidades personales adecuadas para tratar el abuso o abandono con el adulto mayor que lo padece.

❖ La Entrevista.

Antes de comenzar a detallar la forma que adquiere el manejo de la entrevista con casos de adultos mayores maltratados, conviene señalar brevemente algunas cuestiones básicas que se deben conocer de esta técnica tan importante para el asistente social, pues constituye una de las principales herramientas de investigación que puede emplearse para fines cuantitativos como cualitativos, dependiendo de las variables o categorías que se pretenden medir en la investigación, aunque en sentido estricto se ubica en el plano cualitativo (Pastén, 2000). En la entrevista, el entrevistado otorga la información pertinente al entrevistador por medio de una conversación orientada por este último, para comprender y profundizar la situación problema del primero. Por tanto es una técnica que existe en la relación interpersonal por cuanto el asistente social necesita estar interactuando con la persona que va a hablar de su problema. No es menor mencionar, que la actitud del asistente social es pasiva, ya que debe escuchar lo que la persona intenta comunicar y sólo intervenir en aquellos aspectos que no han quedado claro con relación al problema que se está investigando. Lo anterior expresa la necesidad que la entrevista sea considerada por el entrevistado como una conversación y no como una interrogación por parte del entrevistador. Pastén

siguiendo las directrices de Caplow, especifica tres razones para diferenciar la técnica de la entrevista de una conversación¹⁹:

- ✓ En la entrevista, la participación del entrevistado y del entrevistador cuenta con expectativas explícitas: el uno de hablar y el otro de escuchar.
- ✓ El entrevistador estimula constantemente al entrevistado a hablar, sin contradecirlo. En una conversación común, si surgen discrepancias éstas no se ocultan, produciéndose a veces situaciones de tirantez entre ambos “conversadores”. Por lógica, esta situación no debe darse en una entrevista y menos si es de carácter profesional.
- ✓ A los ojos del entrevistado, el encargado de organizar y mantener la conversación es el entrevistador, salvo en la modalidad de entrevista focalizada.

Puede aparecer de fácil trámite la realización de una entrevista pero la situación no es así, especialmente cuando se trata de introducirse en el mundo interior de la o las personas. Si se desea que ésta “entregue” toda la información que pueda, relatando aún sus íntimos pensamientos, dando a conocer sus más preciados anhelos o más grandes frustraciones y sus verdaderas percepciones del mundo que le rodea, se debe estar muy bien preparado para hacerlo. Aún más, debe aceptarse o reconocer que la entrevista permite *en realidad conocer lo que los entrevistados pueden y desean decir de los hechos a un encuestador determinado y en circunstancias netamente específicas.*

Pastén, Fernando. 2002.

Lo anterior alude que el asistente social debe estar preparado para emplear esta técnica con la persona. Como profesional, el poseer las habilidades de comunicación necesarias para ejecutar la entrevista y profundizar sin atemorizar al entrevistado respecto a su situación problema. En lo personal, el asistente social debe estar preparado anímicamente para escuchar a la persona entrevistada y con los elementos adecuados para la implementación de la técnica (ambiente, imagen que proyecta, vestimenta, etc), definiendo bien los límites que

¹⁹ Pastén, Fernando. Elaboración de Diagnósticos Sociales con la Utilización de Técnicas Cualitativas de Investigación. EDEVAL, 2000.

eviten mimetizarse con los problemas de la persona, más aún, si se tratan de víctimas de maltrato.

Estas son las razones que hacen de la entrevista una de las técnicas más importante para el asistente social, ya que en su actuar siempre esta empleándola para definir y estructurar el diagnóstico social de la o las personas que permitan conocer la situación problema y de esta manera, programar las acciones que deriven a la intervención. Esto permite al profesional el intervenir casos de víctimas de violencia intrafamiliar y en particular, adultos mayores que han sido maltratados. Sin embargo, existen algunas diferencias en el manejo de la entrevista con personas que padecen de este problema social.

La asistente social y coordinadora del Programa de Atención a Personas que sufren del Síndrome de Violencia Intrafamiliar en la Universidad de Valparaíso, Sara Salum (2004), establece la importancia de la primera entrevista en los casos de violencia familiar. Según la autora, debido a que el *primer encuentro entre el cliente y el profesional es un momento crucial y fundamental en el establecimiento de la relación profesional (...)* la técnica de la entrevista en Trabajo Social es una de las herramientas más útiles y fundamentales del quehacer profesional, y su empleo en un primer momento influirá en el proceso y resultado de cada uno de los acercamientos posteriores hacia la persona atendida con maltrato²⁰.

La autora especifica tres fases que deberían desarrollarse en la primera entrevista en profundidad con personas que han sido víctima de violencia intrafamiliar. Dada las características que poseen, podemos rescatar y utilizar para el manejo de la entrevista con adultos mayores maltratados, algunos aspectos relevantes a la hora de conocer la situación problema de la víctima.

En la **primera fase**, se da comienzo a la entrevista, que por lo general, es la víctima la que acude a solicitar ayuda a un tercero, en este caso, el asistente social. Aquí conviene destacar, que son los casos de mujeres agredidas por su cónyuge comúnmente, las que rompen el ciclo de la violencia y se atreven a denunciarla o a acercarse a solicitar la ayuda de un tercero. Sin embargo, en el caso de adultos mayores que

²⁰ Salud, Sara. La Técnica de la Entrevista en Trabajo de Caso con Víctimas de Violencia Familiar. Revista Universitaria de Trabajo Social, N° 1. Universidad de Valparaíso- Chile, 2004.

padecen de maltrato, son muy pocos los casos que se atreven a realizar este acto por el temor a las represalias que puede tomar su agresor, el cual probablemente sea un familiar cercano o directo como los hijos, siendo la relación de afectividad que lo unen a éstos, otra de las principales razones para que el adulto mayor no realice la denuncia o solicite la ayuda pertinente al momento de ocurrir episodios de abusos o abandono. Aún así, existen casos de adultos mayores que realizan o hacen notar que están sufriendo a diario este flagelo y depende del profesional que los atiende el detectar la situación de violencia en la persona. Continuando con la primera fase de la entrevista en el problema social puntual, tanto entrevistado como entrevistador se presentan, siendo este último el que consulta el motivo por el cual se han reunido y si existen inconvenientes o dificultades para que la entrevista continúe. Es en este momento cuando el adulto mayor comienza a describir la situación de abuso y/o abandono que esta padeciendo. Es importante que el asistente social que lleva a cabo la entrevista mantenga siempre la mirada en los ojos del adulto mayor para que este pueda proseguir relatando el acto de violencia, apoyando sus manos en las extremidades de la persona en caso que se produzca catarsis, dejando siempre que la persona desahogue toda su angustia y dolor. De esta manera, se proyecta por parte del profesional hacia el adulto mayor, confianza y comprensión de la situación que esta padeciendo. No se debe interrumpir a la persona con frases como “ya va a terminar su situación”, “no se preocupe que ya pasó” o “descuide que ahora nadie le va a maltratar”, ya que se levantan falsas esperanzas en la víctima sin conocer bien su situación. Debe quedar claro que, pese a que la persona haya acudido a solicitar la ayuda correspondiente, no significa necesariamente que el abuso o abandono vaya a terminar en ese momento, estos episodios pueden seguir sucediendo aún si se ha levantado una denuncia o sanciones.

Una vez que el adulto mayor haya expresado todas sus emociones y comience a recobrar la estabilidad se podrá seguir con la entrevista.

En la **segunda fase** la autora especifica que el rol del entrevistador cobra un sentido más directivo, debido a que en esta fase se pretende obtener la información necesaria de la persona entrevistada con la cual se pueda estructurar el diagnóstico social. Interesa conocer los vacíos que quedaron en el primer dialogo del entrevistado, por ejemplo, cuándo se produjo por primera y última vez el abuso, la frecuencia de éste, si es recíproca la violencia entre el agresor y la

víctima, si en su historia de vida existieron episodios de maltrato, si el adulto mayor presenta grados de dependencia que lo hacen más vulnerable, entre otros vacíos que deben aclararse y que generen incertidumbre en el profesional que realiza la entrevista. Las preguntas deben ser claras, pero acordes al carácter de conversación y comprensión generado en un principio con el adulto mayor. Nuevamente se reitera no contradecir o juzgar lo que el adulto mayor exprese. Suele suceder que la persona mencione en una oportunidad que fue maltratado en la niñez y posteriormente diga en la adolescencia, en ese caso el entrevistador debe orientar al adulto mayor en lo que desea decir y no a lo que el profesional quiera escuchar.

En la **tercera fase** corresponde al asistente social explicar al adulto mayor claramente acerca de la situación problema que esta viviendo. En este aspecto cabe señalar que por lo general, el adulto mayor tiende a enfocar el problema en su persona a través de mitos que estereotipan negativamente su imagen tales como “soy demasiado viejo y ya no soy útil”, “estorbo a mis hijos privándoles de libertad”, “si no tuviese esta enfermedad podrían mejorarse las cosas” o inclusive “estoy pagando lo que alguna vez le hice a mis hijos”. El asistente social debe entonces explicarle y despejar los mitos que existen entorno a la vejez como de la violencia, el cual es un hecho que no sólo afecta a su persona, sino que es un problema social que padecen muchos adultos mayores, como mujeres y niños. Al respecto Salum expone:

Aquí surge un factor importante de considerar, pues es frecuente que los entrevistados (as) soliciten ayuda para su pareja, los hijos o demás miembros de la familia, careciendo de conciencia del problema que radica en su persona. Esto evidencia una solicitud de ayuda que no es explícita ni manifiesta, sino por el contrario es encubierta como solicitud de ayuda para otro que posee el problema.

En este sentido, se experimenta una suerte de desligamiento del problema, a fin de no ser reconocido concientemente, por otra parte, contribuye a este hecho la baja autoestima que poseen las víctimas, lo que las hace sentir como la causa del problema más como la consecuencia o la manifestación de éste.

Salum, Sara. 2004.

Se mencionaba también que no deben levantarse falsas esperanzas, ya que la situación de violencia no acaba en ese momento. Se debe enseñar al adulto mayor el proceso de intervención en el cual ingresará y las actividades que realizará en conjunto con otros profesionales, si éste así lo desea. No se debe obligar a la persona a iniciar una terapia, tratamiento, ingresar a una institución o entablar una denuncia sin su consentimiento. Por ello dependerá del asistente social el orientar al adulto mayor para que tome por sí mismo la decisión correcta.

Además de las fases anteriormente expuestas, diversos autores que trabajan el tema de la violencia, añaden la importancia del ambiente y la actitud del entrevistador a la hora de acoger a una persona que padece de algún tipo de abuso y/o abandono. Respecto al ambiente, se recomienda que la entrevista se efectúe en un espacio de privacidad en donde sólo se encuentren el profesional que entrevistará y la víctima entrevistada. El entorno debe poseer una adecuada iluminación y colores que acojan, otorgando confianza a la persona que relatará la situación de violencia, bajo un clima de tranquilidad y sin interrupciones. Por otra parte, el entrevistador debe siempre mantener la escucha y observación del relato que la persona este efectuando, sin contradecirle o culpabilizarle por el hecho de violencia sucedido, debiendo contener a la persona en los episodios de catarsis que suelen producirse cuando la ésta expresa alguna emoción. Por ello que la entrevista debe ser como una conversación que no presione al adulto mayor, evitando algunas frases o acciones por parte del asistente social, que descoloquen a la persona recordándole constantemente el hecho de abuso o abandono que padece. Si esto se llegase a producir el profesional estaría aplicando violencia secundaria sin obtener buenos resultados en los procesos de intervención posteriores.

❖ Observación.

Otra técnica imprescindible para el asistente social que emprende acciones en el tratamiento del maltrato en el adulto mayor, es la observación. Constituye una de las herramientas efectivas de investigación en la cual el profesional se preocupa *fundamentalmente en captar y aprehender toda la dinámica que se produce en la interacción del sujeto con otros como él y con su entorno socio cultural, sin que, muchas veces, quien es observado se dé cuenta del proceso. Así, se podrán captar*

*manifestaciones innatas, puras, auténticas y que reflejan fielmente la percepción muy propio de cada uno*²¹.

Si bien es una técnica de investigación, también se puede utilizar para evaluar o controlar los procesos de intervención en el cual se inserta el adulto mayor maltratado. El cómo interactúa con los profesionales, con el grupo de autoayuda, cambios de la conducta y la autoestima, son perceptibles por el profesional a través de esta técnica. Sin embargo, en este punto se desarrollará lo que el asistente social debe observar cuando un adulto mayor llega a solicitar ayuda o cuando efectúe una visita domiciliaria sospechando la existencia de una situación de maltrato.

¿Qué se debe observar? Algunos indicadores de maltrato se han expuesto anteriormente en el Marco Referencial de esta tesis de acuerdo a Suárez Uceda (2000) y que apuntan a los abusos físicos, psicológicos y negligencias. Otro autor que también ha desempeñado una notable labor en la detección del maltrato en los adultos mayores es Daichman L. (2004) en su exposición sobre *Abuso y Maltrato en la Vejez: guía de estudio en geriatría*, se mencionan algunos hechos y conductas que se deben observar en un adulto mayor cuando se tiene la sospecha de maltrato:

- *Vestimenta descuidada, sucia, inapropiada para la época del año:* pueden existir algunas distinciones en cuanto a la vestimenta y apariencia del adulto mayor a los ojos del asistente social que realiza la observación. La vestimenta descuidada y sucia, puede ser consecuencia de abusos físicos como tirones por parte del agresor o actos de negligencias cuando la persona presenta algún grado de dependencia. Empero, esto también puede ser consecuencia de problemas socioeconómicos o enfermedades como el denominado *síndrome de Diógenes*. Según Clark, Mankinar y Gray (1975), este síndrome constituye una serie de *comportamientos de algunas personas de edad avanzada, caracterizado por un aislamiento voluntario, ruptura de las relaciones sociales, inobservancia de las normas convencionales de convivencia, de higiene, de cuidado del hogar o del vestido. Muestran actitudes de indiferencias y hostilidad hacia el entorno, carencia del sentido del ridículo o ausencia de vergüenza por su situación de miseria y descuido absoluto. Presentan no sólo pasividad, sino incluso actitudes negativas u opositoras ante los posibles intentos de otras personas por ayudarles o de mejorar su situación.* La persona que lo padece incluso

²¹ Op. Cit. N°8.

puede disponer de recursos sociales y económicos para poder satisfacer sus necesidades. Algunos autores han clasificado este síndrome como una forma de automaltrato.

Salvo aquellos casos en que el adulto mayor presente problemas socioeconómicos, las otras tres situaciones pueden ser consideradas como maltrato y deben ser registrados por el asistente social.

● *Falta o mal estado de conservación de las prótesis. (andadores, anteojos, audífonos, dentaduras, etc):* al igual que el punto anterior, el profesional que atiende al adulto mayor debe observar el estado en que se encuentran las prótesis, si es que las porta, ya que su deterioro o la inadecuada mantención de éstas pueden ser consecuencias de negligencias por parte del cuidador. Si se observa carencia de dentadura o sordera, sin una prótesis que ayude a suplir dicho problema, el profesional debe consultar por qué no posee la respectiva prótesis. De esta manera, podrá conocer si la inexistencia de estos aparatos responden a negligencias de terceros o simple descuido del adulto mayor.

● *Pasividad-Retraumiento-Resignación:* estas características pueden ser observadas en los adultos mayores que han sufrido o están padeciendo de alguna forma de abuso o negligencia. La pasividad proviene de la relación de poder que se establece en la situación de maltrato, otorgándole al agresor la autoridad suficiente para controlar o manipular a la persona que se convierte en víctima. Por lo general y como ya se había especificado en el Marco Referencial, esto se produce en uno de los tipos de violencia, *la violencia castigo* (Perrone, 1997), en donde la víctima sucumbe ante la fuerza del agresor, adoptando una postura de pasividad y retraimiento. Junto con ello, la resignación de la persona surge cuando las posibilidades de cambio de la situación problema se van agotando, acentuándose aún más con la existencia de antecedentes de violencia en el adulto mayor, es decir, que ha experimentado a lo largo de su vida el maltrato durante en la infancia y/o en el matrimonio, considerando normal el convivir bajo relaciones de violencia.

● *Tristeza-Desesperanza-Indefensión:* estas conductas en realidad son expresiones de emociones que el adulto mayor siente al ser víctima de maltrato. Cuando los hijos son los agresores, la tristeza y desesperanza generan en la persona incertidumbre respecto a la crianza que éste desempeñó con sus respectivos hijos, cuestionando el proceder inadecuado del control social en la mayoría de los casos observados, “fui

mala madre”, “*yo tengo la culpa de que sienta odio hacia mi*”. La indefensión se refleja en el relato del adulto mayor, en el cual señala el abandono, la falta de apoyo y el aislamiento social. En la visita domiciliaria el asistente social puede corroborar dichas afirmaciones, observando si el adulto mayor vive en soledad o en hacinamiento. Respecto a este último aspecto, el que la persona posea un grupo familiar no significa que esté protegida y bien cuidada, algunos casos registrados en la investigación manifestaban vivir en completo hacinamiento, encerrados en cuatro paredes, aún siendo propietarios de la vivienda. El asistente social debe observar e investigar si el adulto mayor mantiene relaciones con redes sociales y evaluar el apoyo que puede conseguir la persona de estas entidades o personas para tratar la situación de maltrato.

Por otra parte, se debe estipular que la indefensión del adulto mayor también es producto de la falta de políticas sociales que regulen el maltrato en esta población y de reconocer esta situación en nuestra sociedad como un problema social.

● **Ansiedad-Agitación-Miedo:** estas conductas son propias de los adultos mayores que están padeciendo en el momento de alguna forma de abuso o negligencia. Esto suele observarse en las respuestas que las personas emiten, ciertas veces ocultando la información o negándola, con el temor a que el asistente social conozca la situación que padece. Sin embargo, el ocultar o negar la información sobre el maltrato no siempre es por miedo a las represalias que pueda sufrir por parte del agresor o por vergüenza a que terceros conozcan su problemática social, en realidad el adulto mayor en la mayoría de los casos está protegiendo al agresor. Cuando es el hijo, el nieto e inclusive el cónyuge, la persona tiende a protegerlos aún si éstos son maltratantes o negligentes consigo misma. Son comunes las situaciones en que la persona denuncia el hecho y luego lo niega cuando acude la policía o se inicia el proceso de demanda. Esto se debe a que los lazos afectivos que unen al adulto mayor con el agresor son muy fuertes y en algunos casos, la víctima opta por resignarse a convivir bajo un ambiente de violencia antes de ver sancionado legalmente a su hijo, nieto o cónyuge. Otro aspecto común que suele fundamentar a que la persona oculte o niegue información, es la soledad. Por el mismo motivo, el adulto mayor aguantará todo tipo de vejamen de sus familiares antes de verse separada de ellos.

En la consulta o en la visita domiciliaria, el asistente social puede percatarse de estas conductas, observando cierta impaciencia, nerviosismo, vacilaciones, dificultad para responder algunas preguntas, incoherencia en el dialogo y temor a algo o alguien que no desea mencionar. Las habilidades de comunicación y el manejo de entrevista del profesional, son las principales herramientas en estos casos, para conocer y profundizar la información observada en el adulto mayor.

● *Elementos contradictorios ambivalentes no relacionados a la confusión mental:* como se ha mencionado en el punto anterior, el adulto mayor víctima de maltrato suele ocultar o negar información. A ello se debe sumar algunas incoherencias o frases inconclusas que tienden a expresar algo que esta experimentando la persona. Estos elementos contradictorios debe observarlo el asistente social, ya que muchas veces el adulto mayor suele querer manifestar un situación problema que le esta afectando y por la inadecuada preparación del profesional, no son escuchadas. Frases ambivalentes de una situación puntual, relato metafórico, risas nerviosas, cambios de conductas repentinos hacia la situación problema cuestionada, son algunos indicadores que pueden señalar la existencia del maltrato.

● *Temor a hablar libremente, esperando que el cuidador sea el que da las respuestas:* cuando se realiza la consulta y esta presente el cuidador, el profesional debe observar el grado de participación y de influencia de dicha persona, en las respuestas como comportamientos del adulto mayor. Si se observa que la persona delega sus respuestas al cuidador, con temor, nerviosismo, entre otras conductas ya mencionadas, el profesional debe registrar dicho comportamiento como posible situación en la cual exista maltrato y profundizar en cómo es la relación entre ambos. Si es indispensable, solicitar hablar en privado con el adulto mayor para aclarar las sospechas.

● *Evitar todo tipo de contacto verbal o físico con el cuidador:* estas son actitudes y conductas negativas por parte del adulto mayor hacia el cuidador. Estos comportamientos se generan por conflictos inadecuadamente resueltos, los cuales han deteriorado la relación. Importa conocer la forma en que está o ha sido resuelto, de manera de conocer la existencia de agresiones por parte del cuidador hacia el adulto mayor. La víctima por lo general suele efectuar acciones de protección cuando el cuidador intenta acercarse a ella o evadirle, distanciándose de

él. Estas acciones constituyen señales de existencia de maltrato físico y/o abuso sexual.

El poder detectar un maltrato en el adulto mayor, depende directamente de la experticia en que el profesional aplica las técnicas de investigación. Una simple observación que levante sospecha de la existencia de abuso o negligencia, es suficiente para profundizar y tratar de desenmarañar la situación de violencia que pueda estar padeciendo un adulto mayor.

❖ Habilidades Sociales.

Las habilidades sociales, mencionadas frecuentemente en la práctica del Trabajo Social y de otras disciplinas humanistas, suelen aparecer como habilidades innatas de la persona en la comunicación para lograr algunos objetivos con una connotación afectiva, es decir, para establecer relaciones interpersonales con nuestros parientes o con nuestras amistades. Pero en el campo profesional son consideradas destrezas que el asistente social debe emplear para interactuar y conocer la realidad que la persona experimenta, orientándose su objetivo para fines instrumentales (entrevistas, capacitaciones, promociones, ventas, etc.). En este aspecto, interesa comprender la utilidad de estas habilidades para establecer un adecuado rapport con el adulto mayor, con el cual aplicamos una entrevista u observación para detectar o intervenir la situación de maltrato.

En síntesis, las habilidades sociales constituyen una serie de conductas que las personas formulan en situaciones interpersonales con el fin de conseguir una respuesta positiva de los demás. En la medida en que una persona se relaciona de forma adecuada con otros, recibe reforzamiento social positivo, lo cual, eleva la autoestima del individuo, elemento fundamental para el ajuste psicológico. En cambio, cuando las relaciones con otros determinadas por la ansiedad, la inhibición o el reforzamiento negativo de los demás, la persona tiene un pobre concepto de sí misma.

Se ha descrito anteriormente las técnicas de entrevista y observación, conviene ahora detallar de qué manera las habilidades sociales influyen en el manejo de ambas técnicas, pues son estas destrezas las que otorgan al profesional la experticia en el manejo de estas prácticas para el tratamiento del maltrato en el adulto mayor.

Existen habilidades sociales claramente corporales y otras con componentes lingüísticos. En ambas el profesional emite un mensaje, que puede ser recepcionado adecuadamente o no por el adulto mayor, dentro de un contexto comunicativo.

Entre los componentes no verbales la mirada, la apariencia personal y la postura son elementos básicos de considerar para efectuar una entrevista u observación en la investigación y en la intervención del maltrato en el adulto mayor. Cuando el asistente social y la víctima establecen el primer contacto, la apariencia personal del profesional debe proyectar seriedad y confianza al adulto mayor, de tal manera que éste pueda sentirse en la libertad de poder expresar la situación y características del maltrato que esta padeciendo. En algunos episodios, la persona sacará a la luz las ansiedades, miedos y otras emociones, como consecuencias de los vejámenes sufridos. Por ello, el asistente social como ya se ha mencionado, debe mantener su mirada en la de la víctima tratando de manifestar con esto su comprensión y atención del problema social que experimenta el adulto mayor. Esta mirada debe ser serena, sin eludir o intimidar a la persona que esta contando el relato. Junto a ello, la postura debe demostrar cercanía del profesional hacia el adulto mayor, manteniendo los brazos abiertos e inclinado hacia su persona, demostrando interés en lo que el otro relata, tal vez acompañado con contactos físicos como abrazar o tomar las manos de la víctima en momentos en que esta última entrase en catarsis, si la situación así lo permitiese, ya que en aquellos casos de maltrato físico o sexual, estas acciones pueden dar un resultado desfavorable para el rapport entre el asistente social y el adulto mayor.

Aquellas habilidades sociales con componente verbal, apuntan a la utilización del volumen de la voz y la concreción de lo que se desea comunicar. En el trabajo con adultos mayores es de especial importancia el volumen de la voz, por las dificultades auditivas que presentan algunos de éstos comúnmente. El volumen debe ser moderadamente alto y modulado, ya que con ello se plasma en el mensaje del profesional, seguridad y dominio de lo que intenta comunicar o consultar al adulto mayor. Un volumen demasiado alto sugiere agresividad, ira o tosquedad lo que podría asustar e intimidar a la persona víctima de maltrato. Se debe comunicar con concreción, el contenido del mensaje que el asistente social desea emitir al adulto mayor, es decir, expresar con claridad una pregunta, una idea, sin ambigüedad o indirectas que puedan confundir a

la persona y que perjudiquen el diálogo, la confianza y seguridad con el profesional.

Además de las habilidades sociales anteriormente señaladas, hay algunas habilidades de comunicación imprescindible que se deben considerar y que son utilizadas durante todo el periodo en que existe interacción entre el asistente social y el adulto mayor. La atención escucha, la empatía y el respeto, constituyen destrezas esenciales para establecer una relación interpersonal profesional orientada a intervenir el maltrato.

La atención escucha como habilidad ayuda al profesional a comprender y analizar la situación problema de la persona, así como descubrir vacíos o incoherencias en el relato que elabora el adulto mayor entorno a la forma particular de maltrato, o detectar elementos que indican la existencia de abuso y/o negligencia por parte de un tercero. A la vez que se emplea esta habilidad, el asistente social proyecta hacia el adulto mayor, interés en conocer y ayudarlo a salir de este problema social, contribuyendo a potenciar el rapport y las respuestas de futuras intervenciones en el caso.

La empatía consiste en adoptar una posición que nos permita entender al otro desde su realidad, sin que este acto afecte nuestra realidad propia. Algunos casos de maltrato en adultos mayores, muy a menudo son difíciles de comprender por el asistente social por los caracteres afectivos y emocionales que contiene, más aún si los agresores son los hijos o la forma de maltrato es un abuso sexual. Se debe conocer con especial atención la experiencia de maltrato del adulto mayor desde su propia realidad y desenmarañar las incertidumbres que origina este problema social complejo.

Por último, el respeto es una habilidad que se debe desarrollar desde que el adulto mayor entra a la consulta. Aceptar a la persona envejecida y todo lo que implica la vejez en ella con el problema social del maltrato, constituye el primer paso que todo asistente social debe plantearse antes de iniciar actividades de intervención sobre este vejamen en la población mayor. El adulto mayor percibe este acto por medio de la actitud y conducta que el profesional expresa en la relación interpersonal. Con ello, el proceso de intervención puede desarrollarse sin dificultades pudiéndose obtener resultados positivos en la víctima

que padece algunos de los abusos y/o negligencias de este problema social.

c) El Equipo Multidisciplinario.

Si bien el abordar el maltrato en los adultos mayores, requiere de habilidades específicas por parte del profesional que lleva a cabo la detección o tratamiento de la persona abusada, el hecho de conocer cada característica del problema social y comprometerse con el mismo, no significa que sean las herramientas suficientemente necesarias para ayudar a la víctima. El autoexigirse, también puede acarrear problemas de estrés o el denominado *síndrome de Burnout* (ver anexos, Jorge Corsi), que pueden jugar en contra de la salud del profesional y simultáneamente, influir de forma negativa en la respuesta que se otorga al adulto mayor para ayudarlo a salir de la situación problema, siendo aún más riesgoso el contraer estos tipos de aflicciones en adultos mayores dependientes.

No es menor señalar, que aunque el asistente social posea una visión holística del problema social, por sí solo no puede emprender u otorgar una atención integral, en la cual logre un impacto positivo en el adulto mayor maltratado, pues existen aspectos sanitarios que desconoce en el momento de intervenir un abuso físico o sexual. De la misma manera, el especialista en enfermería no puede efectuar una valoración del estado emocional de la persona, y el psicólogo está limitado en sus funciones para establecer los mecanismos operativos con el cual poder entablar una denuncia e iniciar un proceso judicial. Es necesario valerse de la experticidad y opinión de otros profesionales del área social, jurídica y sanitaria, como instituciones y organismos que puedan ofrecer apoyo, ya que el maltrato en el adulto mayor dada sus características, formas de manifestación, sanciones que constituyen los actos de abuso en el marco de la Ley 19.325 (abuso físico y psicológico) y heterogeneidad de las víctimas que sufren el maltrato, requiere de la acción integral de todos estos profesionales y redes sociales.

Cada profesional posee un rol específico a la hora de intervenir la situación de maltrato en el adulto mayor. Sin embargo, hay asuntos comunes que derivan del trabajo multidisciplinario. La elaboración de los protocolos evaluadores de la situación de abuso requiere de la valoración del especialista competente, según la forma de maltrato detectada en el adulto mayor. El proceso de intervención, en sí debe contener acciones,

pasos a seguir en una estructura definida en la cual se ejecuten las decisiones tomadas. En primer lugar, poseen una finalidad que orienta el trabajo del equipo, dependiendo de la forma de acción que se quiera emprender, sea esta una evaluación, atención o prevención del maltrato en el adulto mayor. Luego se especifican las actividades y el procedimiento que regulará cada acción. Por tal motivo, es necesario que el equipo multidisciplinario designe un coordinador que pueda controlar cada etapa en el proceso de intervención que sirva de eje orientador de las acciones con los objetivos propuestos, los recursos disponibles e impactos en el sujeto de atención. Dicha intervención además debe contar con una metodología que fundamente cada actividad que el equipo ejecuta. Por lo anterior, es importante que los profesionales describan las metodologías de trabajo respectivas, que den a conocer al resto del equipo, las facultades y recursos con los que cuentan. Por último y como ya se ha venido mencionando, la evaluación de los resultados permitirán medir el impacto de la intervención, si ha producido un cambio positivo en el sujeto de atención, además de conocer la eficacia y eficiencia del equipo multidisciplinario en el proceso de acción, como el poder detectar las principales debilidades y desventajas del mismo²².

Por lo anterior, el definir los límites de acción de cada profesional es uno de los aspectos necesarios que a continuación se desarrolla a la hora de atender y prevenir el maltrato en el adulto mayor (Decarter y Glendenning, 1993).

b.1) El médico: **como profesional del área sanitaria, constituyen en conjunto con el personal de enfermería, las primeras instancias que pueden detectar o sospechar la existencia de situaciones de abuso y/o negligencia en el adulto mayor. Esto sucede en los continuos controles médicos a los cuales acude la persona mayor. Cuando el médico detecta y/o atiende una situación de maltrato este debe ser capaz de:**

- Mantener una relación de confianza y confidencialidad con la víctima.
- Determinar las necesidades sanitarias del adulto mayor agredido.
- Prestar siempre el mejor tratamiento en base a la experiencia y motivación de servicio.

²² Decalmer, Peter. Glendenning, Frank. El maltrato en las personas mayores. Piados Trabajo Social 8. España, 2000.

- Delegar su trabajo en caso en que no pueda abordar la situación de maltrato, pero no la responsabilidad.

Asimismo, el personal de enfermería le corresponde denunciar al profesional médico en caso de detectar un situación de maltrato, identificar las necesidades asistenciales en la víctima, establecer planes de cuidado personal y desarrollar una estrecha colaboración con el equipo de atención sanitaria o el equipo multidisciplinario a cargo de intervenir el maltrato en el adulto mayor.

b.2) Abogados y carabineros: **los abogados y procuradores cumplen una función fundamental a la hora de iniciar el proceso de denuncia y juicio, cuando un adulto mayor está siendo maltratado por algún familiar o un tercero externo a la familia. Por otra parte, los carabineros también cumplen funciones específicas dentro del proceso de denuncia e investigación de la situación del maltrato. Por ello deben:**


- Asesorar a la persona y al equipo multidisciplinario en los asuntos legales que se deban iniciar, o determinar si se ha incurrido a delito o no.
- Recopilar pruebas que demuestren la existencia de la situación de abuso y/o negligencia.
- Asesorar al equipo multidisciplinario en las acciones a tomar durante el proceso judicial.

b.3) El psicólogo: **las funciones del especialista en el equipo multidisciplinario esta vinculada a valoraciones psicosociales, cognitivas y emocionales de la víctima, así como informar de la evolución adaptativa del sujeto de atención al proceso de intervención. Entre las responsabilidades se puede especificar:**

- Planificar y llevar tratamientos de modificación de conducta en el adulto mayor.
- Realizar evaluaciones psicológicas relacionados con los problemas y aptitudes del adulto mayor.
- Contribuir a la acciones sociales con los casos de maltrato.
- Empezar investigaciones que permitan conocer y abordar áreas del maltrato en el adulto mayor, informando a los miembros del equipo de los hallazgos de la psicología en función del problema.

b.4) El asistente social: **es uno de los profesionales del equipo multidisciplinario que también posee la facultad de detectar una situación de maltrato en el adulto mayor y cuyas características le otorgan un rol fundamental en la intervención del maltrato. Entre las funciones específicas que puede desarrollar podemos definir:**

- Efectuar trabajos de intervención en caso, grupo y comunidad, valiéndose del apoyo y asesoramiento del equipo.
- Servir de articulador entre la víctima, los distintos servicios sociales y sanitarios de la red apoyo.
- Promover programas de difusión comunitaria relacionada con la prevención e información del maltrato en el adulto mayor.
- Coordinar y administrar los procesos de evaluación e intervención del maltrato en el adulto mayor.
- Acompañar constantemente a la víctima en todas las acciones que se deban efectuar (investigación, denuncia, atención y prevención).



*Yo no creo en la edad,
Todos los viejos
Llevan en los ojos un niño,
Y los niños a veces
Nos observan
Como ancianos profundos.*

*Mediremos la vida
¿por metros o kilómetros o meses?
¿Tanto desde que naces?
Cuánto debes andar hasta que como todos
En vez de caminarla por encima
descansamos, debajo de la tierra.*

*Ahora, tiempo, te enrolló,
te deposito en mi caja silvestre
y me voy a pescar con tu hilo largo,
los peces de la aurora.*

Pablo Neruda.

CAPÍTULO SEIS

*EVALUACION Y
CONCLUSION*

I.EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS

1. De la Fase Investigativa.

El presente estudio se caracterizó por contener una metodología de investigación mixta, basada en paradigmas positivistas y fenomenológicos que permitieron efectuar análisis específicos del problema social, sin omitir el contexto sociocultural y aquellas categorías de carácter cualitativas en el cual se enmarca el maltrato en el adulto mayor, otorgando más comprensión de la situación de la población adulta mayor con el problema en cuestión. Al ser un tema poco trabajado y estudiado en la disciplina como en otras profesiones, la dualidad cuantitativa y cualitativa de la investigación, contribuyeron a efectuar la exploración de las principales formas de abuso y abandono presentes en la población adulta mayor de nuestra comuna, pudiendo describir algunos componentes esenciales para configurar la situación de las víctimas, por medio de la caracterización sociodemográfica, los factores de riesgo que inciden en la reproducción de este flagelo y las principales necesidades detectadas para poder confeccionar un propuesta de intervención al problema social.

De acuerdo a lo objetivos que el estudio planteaba, estos apuntaban a resolver el problema referido al *“Desconocimiento de las formas de violencia, situación social y condiciones de vida de los Adultos Mayores maltratados y/o abusados, en la comuna de Valparaíso”*. El primero de ellos, apuntaba a conocer la percepción de los sujetos de estudios con relación al problema social planteado, especificando algunas situaciones relacionadas con la historia de vida de los adultos mayores que pudiesen registrarse como antecedentes de maltrato, por medio de las técnicas precisas que ayudaron a establecer un enganche con las personas que accedieron a entregar información entorno a este objetivo y reconocer algunas situaciones de abuso.

El segundo objetivo, detallaba las formas e indicadores que prevalecían en la población de adultos mayores. Como se desconocían

algunos de estos indicadores, el estudio efectuó entrevistas con profesionales de los servicios sociales y de salud u autores nacionales que hayan explorado el problema social. Algunas de estas personas como los asistentes sociales Jenny Lowick- Russell y Nelson García, constituyeron unos apoyos fundamentales para poder reconocer algunas formas de abuso y/o abandono que pudiesen estar presente en el adulto mayor al momento de ser entrevistado, logrando conseguir los porcentajes que el estudio reportó.

Un tercer objetivo, describiría las características sociodemográficas y sanitarias de los adultos mayores, alcanzándose por medio de objetivos específicos de acción para poder obtener una información completa entorno a la situación de maltrato en la población de adultos mayores de nuestra comuna.

Sin embargo, no es menor señalar que el modelo de orientación teórica utilizado, *el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner*, trabajado por Corsi en el abordaje de la violencia intrafamiliar, contribuyó a enfocar el maltrato en el adulto mayor desde tres perspectivas factibles de razonar: el microsistema y el sistema individual, el exosistema y el macrosistema. Lo anterior complementado con la metodología de investigación, constituyen una postura de comprensión holística e íntegra de la temática en estudio, traduciéndose en un diagnóstico consistente que describe en forma precisa la información obtenida.

En cuanto a las *técnicas* utilizadas, estas básicamente responden al carácter mixto (cuantitativo y cualitativo) de la metodología de investigación. La encuesta personal implementada en los 106 adultos mayores de los distintos clubes, estaba compuesta por tres secciones las cuales suman un total de 69 preguntas cerradas, que posibilitaron recoger los datos precisos de la situación de maltrato, para posteriormente efectuar su cuantificación y análisis. Por otra parte, la técnica de grupos focales recogió las percepciones que poseían los adultos mayores frente a temáticas como el maltrato societario, la eutanasia, el maltrato institucional y el abandono, que fueron posibles de ser capturadas en material audiovisual para la construcción del documental “Adultos Mayores: La sociedad olvidada” anexa a esta Tesis, lo cual refleja las vivencias de estas personas entorno a los vejámenes acontecidos en nuestra sociedad.

Esto es evaluado es forma positiva, ya que se obtiene una visión global del problema social y a la vez se obtienen caracteres específicos del mismo, producto de los componentes que conforman la metodología de investigación.

2. De la Programación y Propuesta.

Las actividades desarrolladas en el estudio responden al proyecto de investigación de la Beca de Intercambio UPO, efectuada entre los meses de septiembre y diciembre en la ciudad de Sevilla, España. El proyecto titulado "*Propuesta de Intervención y Prevención al Maltrato en el Adulto Mayor desde la perspectiva del Trabajo Social*", tenía por objetivo central el conocer aquellas formas de atención y prevención orientadas a intervenir el maltrato en la población de adultos mayores de la Comunidad Autónoma de Andalucía, pudiendo de esta manera contribuir a la gestación de metodologías de trabajo en el tema. Para ello se plantearon algunos criterios de evaluación y una tabla Gantt que regularon las actividades programadas.

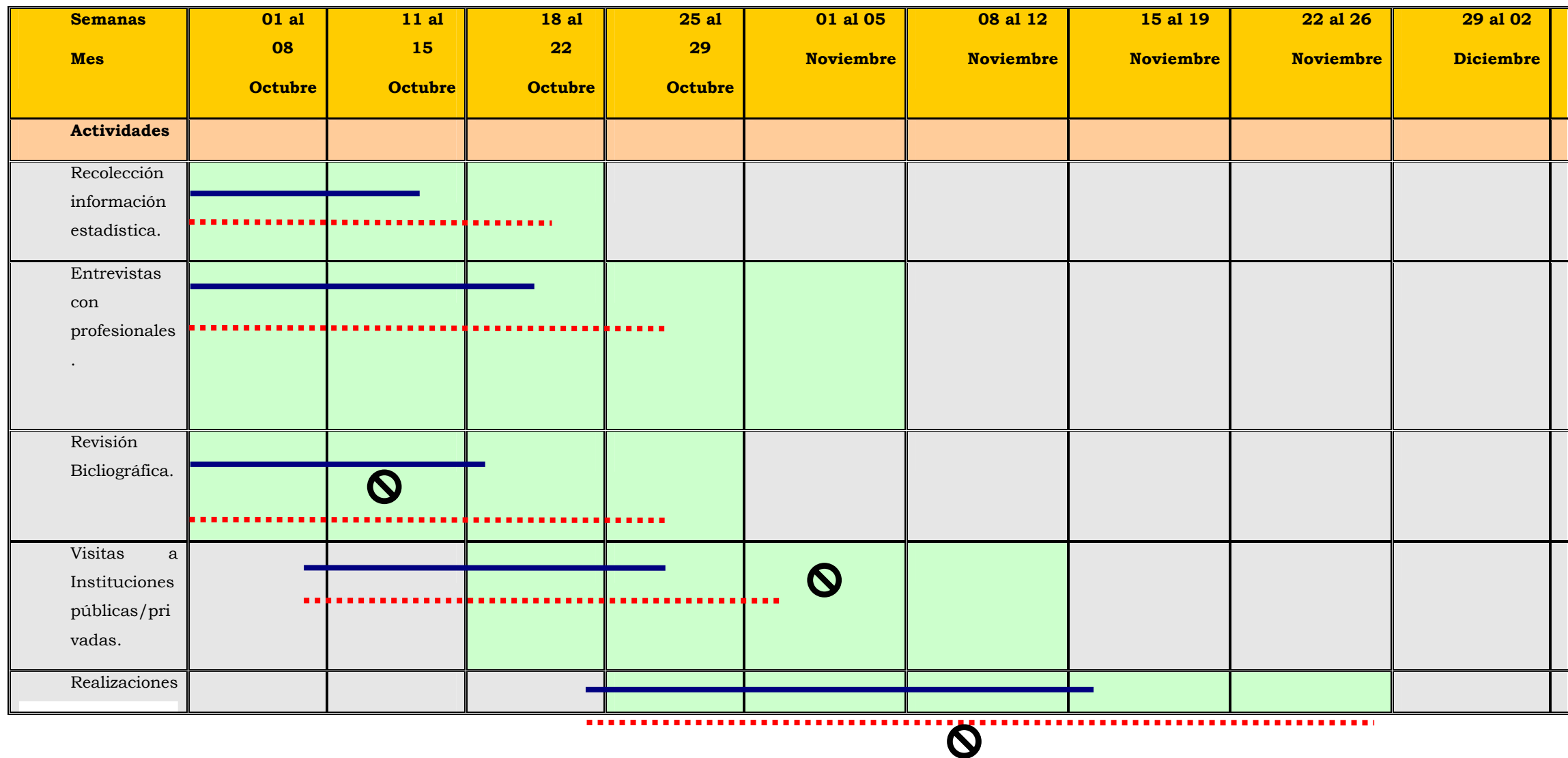
Además de los objetivos establecidos, se planteó el proponer dos productos con el resultado de la información que pudiese obtenerse en el proyecto. El primero apunta a desarrollar una propuesta de intervención desde el Trabajo Social en función de la situación de los adultos mayores maltratados en nuestra comuna, el cual se concretó satisfactoriamente y forma parte de un capítulo destinado por completo a su definición. El segundo producto esta orientado a elaborar pautas de acciones coherentes a las metodologías de intervención de caso, grupo y comunidad, promocionando instancias de ejecución de dichas prácticas del Trabajo Social con adultos mayores maltratados. Estas actividades estarían coordinadas entre la Escuela de Trabajo Social y la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, llegando a un consenso por medio de la ejecución del presente Seminario Título, para la asignación de alumnos en prácticas en las oficinas comunales de la entidad y dirigidos al tratamiento del maltrato en el adulto mayor. Este producto aún no se concreta, debido a los cambios administrativos de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso por lo que las acciones comprometidas aún se mantienen en diálogo.

Retomando la evaluación de las actividades de investigación para el proyecto "*Propuesta de Intervención y Prevención al Maltrato en el Adulto Mayor desde la perspectiva del Trabajo Social*", estas se enmarcaron en

criterios de evaluación específicos para su desarrollo. En general, cada actividad se caracterizó por investigar las acciones efectuadas por profesionales como entidades abocadas al trabajo con adultos mayores en la ciudad de Sevilla, acompañado de la revisión de material bibliográfico y salidas a terreno, con lo cual se pudo contrastar los conocimientos teóricos con la práctica profesional. Además, durante la estadía en España, las actividades programadas fueron supervisadas por el profesor guía, la asistente social Sra. Marta Bustos Díaz y un académico de la Universidad Pablo de Olavide en la carrera de Trabajo Social, el Sr. Raúl Alvarez Pérez, con lo cual se mantuvo un control y evaluación constante de la fase de ejecución. Por consiguiente, las actividades programadas se consideran *pertinentes*, ya que fueron coherentes con los objetivos específicos planteados para la comprensión y el análisis del tema del maltrato en el adulto mayor con las formas de intervención, que pudiesen atender y prevenir este problema social.

En cuanto al *tiempo*, este se evalúa en forma positiva, ya que las actividades programadas se ejecutaron dentro de los plazos establecidos en la tabla Gantt, durante el periodo en que se extendió la Beca de Intercambio UPO. Esta evaluación se esquematiza a continuación, de acuerdo a los tiempos estimados, de holgura y reales:



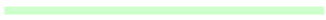

11) Tabla Gantt



EVALUACION Y CONCLUSION

de Estadas de Observación.										
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Simbología

Tiempo Estimado :	
Tiempo de Holgura :	
Tiempo Real :	
Controles :	

Beca de Intercambio UPO.

En relación al tema, se evaluarán los aspectos administrativos de la beca de intercambio, los cuales influyeron directamente en la ejecución de las actividades programadas en el estudio del maltrato en el adulto mayor, para lograr confeccionar una propuesta de trabajo en la temática.

Con el fin de abrir las posibilidades de aprendizaje e integración de nuevas ópticas metodológicas en el campo del Trabajo Social, la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso y la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, España, establecen un convenio por el cual se genera una instancia de intercambio académico entre ambas entidades, financiando la estadía del beneficiario, para que éste pueda desarrollar actividades de estudio en el país extranjero.

Bajo este contexto, el Seminario de Título al abordar el problema social del maltrato en el adulto mayor y por las características que el tema mostraba en la realidad local, con escasa información metodológica y conceptual del mismo, se hizo participe de esta experiencia de intercambio académico, guiado por los objetivos de investigación descritos en el proyecto *“Propuesta de Intervención y Prevención al Maltrato en el Adulto Mayor desde la perspectiva del Trabajo Social”*.

Sin embargo, la situación del adulto mayor en España frente al maltrato, presentaba similares características a las ya diagnosticadas en nuestro país y las metodologías como investigaciones referentes al problema social resultaron ser inexistentes, con profesionales poco interiorizados en el tema en cuestión. Pese a ello, las actividades mantuvieron sus objetivos de investigación y pudieron recopilar la información necesaria para construir una metodología de intervención, producto a los programas de bienestar social ejecutados por los servicios sociales y sanitarios españoles.

Ello contribuyó a establecer contactos con profesionales asistentes sociales y generar una retroalimentación entre las metodologías de acción del Trabajo Social local y el efectuado en España, poseyendo éste último una fuerte tendencia asistencial hacia el tratamiento de los problemas sociales.

Estos hechos, se transformaron en oportunidades para tratar el maltrato en el adulto mayor con un círculo de profesionales interesados en el envejecimiento poblacional y en la problemática en sí, debido a los vejamenes que padecía la población de 60 años y más de edad en España, generándose reuniones técnicas de discusión frente al tema, lo cual es evaluado en forma positiva por los productos recogidos, que complementaron la confección de la propuesta de intervención. Además, los recursos humanos y materiales a disposición, facilitaron el logro de este trabajo y del proyecto en general.

Por el contrario, existieron algunas dificultades importantes en la coordinación de ambas entidades universitarias que repercutieron en el desarrollo de las actividades. Dichas dificultades estuvieron relacionadas con el escaso apoyo de los encargados de la Beca de Intercambio UPO, los cuales debido a responsabilidades externas al programa, no pudieron responder a las inquietudes y finalidades que perseguía el presente Seminario de Título, el cual debió ejecutarse sin el correspondiente respaldo institucional en el país.

Por lo anterior, se sugiere mayor compromiso de los encargados responsables de la beca de intercambio, para que esta pueda acoger a sus beneficiarios en óptimas condiciones de estudio y aprendizaje.

Propuesta de Intervención.

Como ya se ha mencionado, la propuesta de Intervención IMAM, es el producto obtenido de las actividades de investigación desarrolladas con adultos mayores aglomerados en nueve clubes y aquellas efectuadas en Sevilla, España, con distintos profesionales, entre ellos asistentes sociales y gerontólogos, adultos mayores que participaban en centros cívicos y académicos de la Universidad Pablo de Olavide.

De acuerdo a los criterios de evaluación, la propuesta de intervención se considera coherente y flexible, ya que responde a solucionar la situación problema de los adultos mayores que experimentan maltrato y orienta las acciones que puede desempeñar el asistente social en esta área. Por consiguiente, la propuesta IMAM contiene:

- Un Protocolo de Evaluación Integral en el Adulto Mayor Maltratado: como apoyo para el asistente social que evalúa la forma de

maltrato que presenta el adulto mayor, estructurado en cinco partes con preguntas específicas y abiertas que el profesional puede utilizar para describir y evaluar la situación de abuso o abandono.

- Descripción de la Investigación: acentuando las acciones detalladas de las circunstancias en que se produce el hecho de violencia, considerando algunos aspectos técnicos pudiesen influir en la obtención de información.
- Incorporación de las tres metodologías de intervención en Trabajo Social al problema social: cada una de ellas, está compuesta por estructuras y funciones distintas, pero que dentro de un marco lógico de acción pueden complementarse y retroalimentarse recíprocamente.
- Descripción de Técnicas: relacionado con el adecuado manejo de la entrevista y las tres fases adaptadas en el trabajo con víctimas de violencia intrafamiliar, la operatividad de la observación y las habilidades sociales que debe poseer el asistente social para tratar el abuso o abandono con el adulto mayor que lo padece.
- Objetivos de Prevención: que puedan orientar a la elaboración de proyectos sociales que contribuyan a promover un cambio sociocultural con el cual se pueda remediar este problema social.
- Inserción del Equipo Multidisciplinario: describe la importancia del trabajo en equipo dada la complejidad del problema social intervenido, mencionando en forma general las pautas de acción que puede desarrollar el equipo multidisciplinario y los roles que cumplen en este, el médico, abogados y carabineros, el psicólogo y el asistente social.

En consecuencia, las actividades desarrolladas se evalúan en forma positiva por la importancia que adquiere la propuesta de intervención, como producto de un proceso de estudio en función a la metodología de acción del Trabajo Social, en el tratamiento del maltrato en el adulto mayor.

Otros logros del Estudio.

Algunas de las actividades realizadas, no contempladas en la programación del presente estudio, se han desarrollado en el marco de capacitaciones a entidades regionales por medio de la Universidad del Adulto Mayor de la Universidad de Valparaíso. Dichas capacitaciones, se efectuaron a partir de marzo del 2005 las cuales estuvieron vinculadas a informar teóricamente al Comité Regional del Adulto Mayor en la Intendencia de Valparaíso.

Con la utilización del documental *“Adultos Mayores: La Sociedad Olvidada”*, se demostró la situación de maltrato de la población mayor logrando sensibilizar a la directiva y al gobierno regional, con lo cual se llevaron a cabo propuestas de reformas a la Ley 19. 325 sobre Violencia Intrafamiliar, con lo que se pretenderá definir las formas de maltrato que padece la población de adultos mayores, específicamente el abuso patrimonial y el abandono por los hijos u otras personas, como por ejemplo los funcionarios públicos.

De esta manera, los aportes que el estudio ha efectuado para la comunidad son evaluados en forma positiva, ya que de sus resultados y propuestas, han comenzado a generar un fuerte impacto en entidades gubernamentales y en el círculo de profesionales abocados al trabajo con adultos mayores, en primera instancia, y con la intervención de los medios de comunicación hacia la comunidad en general.

Estas acciones, son coherentes con los objetivos propuestos para conocer y atender el problema social específico, y otorgan al estudio un valor preponderante para extender el bienestar social a la población de adultos mayores.

De la Institución Patrocinante.

Dentro de los aspectos administrativos, un rol importante fue el que ejerció el Centro Provincial de Prevención y Atención en Violencia Intrafamiliar para lograr los fines del Seminario de Título. Sin embargo, a esta entidad se unen otras dos que contribuyeron a la consecución de los objetivos propuestos.

La Dirección de Desarrollo de la Persona, a cargo de la Sra. Marisol Rubiño, otorgó la instancia para el desarrollo de este estudio en función de conseguir una mejor calidad de vida a los ciudadanos, atendiendo el problema del maltrato desde una perspectiva social con el cual se pudiese innovar el trabajo de los profesionales asistentes sociales e incorporar estas nuevas necesidades que emergiesen, a la misión institucional de la Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM) y el Centro Provincial de Prevención y Atención en Violencia Intrafamiliar. Para ello, empleo una serie de acciones destinadas a coordinar a ambas instituciones y supervisar las tareas que ayudasen a ejecutar la investigación en los clubes de adultos mayores de la comuna. Estos, agrupados en los distintos sectores de Valparaíso, estaban a cargo de la OCAM, institución que estableció los canales de comunicación previos a la investigación, facilitando de esta manera la ejecución de las actividades que el estudio se había propuesto, apoyando las metodología de trabajo e interactuando, con el Centro Provincial de Prevención y Atención en Violencia Intrafamiliar. En este sentido, es evaluado en forma positiva el trabajo desarrollado por la asistente social de esta última institución, la Sra. Paulina Moraga, quien supervisó constantemente junto al asistente social de la OCAM, Sr. Enrique Gómez, los datos recogidos de las entrevistas personales efectuadas con los adultos mayores y las decisiones que en base a estas repuestas, debían de realizarse para la propuesta de intervención de los casos con maltrato.

De esta manera y junto con la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, se llegó a un acuerdo consensual en primera instancia, en hacer partícipe el Seminario de Título de la Beca de Intercambio UPO y con los resultados que de esta experiencia se obtuviesen, confeccionar una metodología de intervención desde la perspectiva del Trabajo Social sobre el problema social. Con ello se utilizarían las bases metodológicas para atender la situación de los adultos mayores maltratados en función de la implementación de

prácticas profesionales para Trabajo Social, dando respuesta a las necesidades de la población adulto mayor de la comuna de Valparaíso.

Lo anterior expone un trabajo coordinado y respaldado por instituciones interesadas en el tema de estudio, lo cual es un apoyo imprescindible para conseguir efectuar proyectos sociales dirigidos a satisfacer las necesidades de la población y que en este caso, se conjugaron para intervenir en el problema social investigado. No obstante, es necesario además de generar instancias de acción, el establecer lazos de comunicación con otras redes sociales de apoyo que puedan contribuir a atender el maltrato en el adulto mayor, al ser un tema complejo que se manifiesta tanto en la convivencia familiar como en el entorno social, por lo que constituye un compromiso que debe asumir en este caso, las tres instituciones que respaldaron el Seminario de Título para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de la comuna.

II. CONCLUSIÓN

Al finalizar este estudio, cabe reflexionar sobre los actos de violencia que han marcado a la humanidad en estas últimas décadas. Las guerras, la discriminación social, la violencia intrafamiliar, son hechos que dan cuenta que algo está mal en la forma en que perseguimos nuestras metas y resolvemos nuestros conflictos. Son conductas inadecuadas, sólo buscan la satisfacción individual y transgreden los principios de solidaridad e igualdad, la capacidad de razonar sobre valores y normas que estructuren nuestro proceder y que en definitiva, destruyen la dignidad de la persona.

Cuando comenzaron los procedimientos investigativos que describiesen el problema social, los primeros indicios sobre la existencia de abusos o abandonos en la población de adultos mayores, reflejaban escasas situaciones de personas que fuesen víctima de maltrato. Esta información era corroborada por profesionales de los servicios sociales y sanitarios, que en la práctica atienden a diario adultos mayores autovalentes como dependientes y que al igual que el resto de la sociedad, concebían la existencia de vejamenes generalmente en la población adulta joven y en niños. Sin embargo, la percepción de entidades extranjeras e internacionales como la OMS, planteaban una situación de horror en adultos mayores maltratados y abandonados por sus familias, que en la actualidad constituyen uno de los problemas sociales y de salud pública más encubiertos por la sociedad.

Por consiguiente, los estudios efectuados intentan establecer una definición conceptual de la problemática y las formas que ésta adopta, sin mediar una metodología de intervención que contribuya a solucionar el maltrato en el adulto mayor. Esto responde principalmente, como ya ha sido expuesto, a una falta de compromiso y de voluntad por parte de los profesionales competentes, para abordar el tema.

Esta actitud desconcertante está vinculada a una serie de factores socioculturales que condicionan la vejez y que inciden directamente en la

percepción de las personas. Son estereotipos y prejuicios confusos que empañan la imagen de la vejez, debido a cómo se manifiesta el envejecimiento: un proceso natural de desarrollo acentuado por el deterioro biológico, psicológico y también social, al cual la mayoría de las personas temen y que representan como la pérdida del esplendor de la juventud y el consecuente paso hacia la muerte. Estas concepciones además van adquiriendo realismo y formas concretas con la dinámica del mercado laboral y los estilos de vida postmodernos, que van excluyendo a la tercera edad.

De esta manera, tal como se enmarcaba el maltrato en el adulto mayor con el modelo ecológico, se va adquiriendo una concepción negativa y errada de la vejez en la sociedad. Las instituciones consideran a la población adulta mayor como un cúmulo de necesidades y no como una fuente de producción, marginándolos de toda actividad y participación social.

Sin duda, la familia es la institución que manifiesta estas actitudes negativas con mayor claridad hacia la vejez. Durante el siglo pasado, la familia cambió su estructura y dinámica funcional, de grupos extensos a grupos nucleares. Los cambios con el estilo de vida influyeron en cómo los hijos veían a sus padres y cómo estos últimos se resignaban a desempeñar un rol menos protagónico y más marginal, surgiendo así el hacinamiento y el abandono.

Un alto porcentaje de los casos reportó este tipo de maltrato como el más frecuente, en donde los hijos figuraban como principales responsables de esta falta de afectividad y cariño, corroborándose en las afirmaciones que el documental capturó y que dejan una interrogante en cuestión: ¿Quiénes se hacen responsables de mejorar esta situación?

Junto con lo anterior, aquellos abusos que se traducen en agresiones físicas, sexuales, psicológicas y económicas, también responden a perversiones aprendidas en un grupo primario, pero influenciados y mantenidos por este esquema cultural de mitos que condicionan una imagen negativa de la vejez.

Para ello entonces, los estudios que se destinen a tratar este problema social por profesionales vinculados al trabajo de la violencia intrafamiliar o al envejecimiento, son los primeros pasos con los cuales se pueda responder a estos flagelos encubiertos. Así mismo, la propuesta

de intervención IMAM es la puesta en marcha de un proyecto, que desde el Trabajo Social, intenta abordar y prevenir el maltrato en el adulto mayor. El cumplimiento de los objetivos de investigación y de intervención del presente Seminario de Título, no sólo reflejan el logro del producto de una determinada metodología del Trabajo Social, sino que también una importante contribución para atender este problema social en nuestra comuna y en la sociedad, reflejado en las acciones que en la actualidad algunas entidades gubernamentales, influenciadas por este estudio, efectúan para abordar el maltrato en adulto mayor.

En base a lo anterior, los aportes que la disciplina entrega al tratamiento de la temática en este Seminario de Título, en primera instancia, son de carácter teórico, ya que busca el consenso en la definición y descripción de este flagelo, en base a experiencias nacionales y extranjeras que han investigado el maltrato en el adulto mayor. Estos son pasos previos fundamentales, a la hora de proponer acciones que busquen la solución a una situación de riesgo compleja. Cada variable detectada debe integrarse en forma coherente al tema investigado, permitiendo al lector o al profesional interesado en intervenir los fundamentos teóricos que respalden su accionar.

En segundo lugar, el tema del maltrato en el adulto mayor es analizado como un problema social, que afecta a una población en particular, la tercera edad, con consecuencias que atentan con el bienestar de la persona, generando gastos importantes en salud pública como en servicios sociales. Al afectar a un amplio número de adultos mayores, afecta también la estructura de la sociedad, acentuándose con el aumento del envejecimiento poblacional a niveles similares a países desarrollados. La diferencia radica, en que aquellos países presentan sistema de bienestar sólidos con los cuales apalea dicha problemática social, no presentes en el nuestro, por lo que el impacto que adquiere el maltrato en el adulto mayor es más desgastador.

Corresponde al asistente social intervenir en el problema social, el cual cuenta con las herramientas adecuadas para poder desarrollar métodos de investigación y acción ante el maltrato en el adulto mayor. Dichas herramientas han ido incorporándose al currículo del Trabajo Social, a medida que el profesional se ha especializado en áreas sociojurídicas y que apuntan al trabajo con familias que padecen del fenómeno de la violencia, con lo cual puede valerse de estos recursos para poder analizar y atender el problema social estudiado. Además, se

complementan los aportes que la gerontología social otorga a la profesión, facilitando la comprensión de esta etapa de desarrollo y las múltiples necesidades que emergen de la persona que experimenta el envejecimiento.

De esta manera, el tema en cuestión presenta un amplio campo de trabajo para la profesión, factibles de ser abordado dentro de una asignatura académica vinculada al campo de la violencia o de la gerontología; de ser investigado para el desarrollo de nuevos estudios que profundicen el tema con una mirada holística susceptible de tratar desde distintas posturas metodológicas; y, de efectuar prácticas de intervención y prevención en distintos niveles de acción, al ser un problema social relativamente nuevo, que atenta con el bienestar social de una población. Sin embargo, esta relatividad es producto de la escasez de políticas sociales abocadas a regular estos vejámenes en los adultos mayores, por lo que puede sugerirse la confección de nuevas investigaciones orientadas a esclarecer algunos enfoques, como la perspectiva de género del maltrato en el adulto mayor que pudiese poseer otro impacto social en la población, hilvanándose a la violencia de género y los marcos en que esta es atendida. Otro tema de interés que aporta a la comprensión del problema social, esta relacionado al trabajo con los agresores, los cuales adquieren una condicionante distintas a aquellos agresores denunciados en la violencia conyugal y el maltrato infantil, ya que en los casos de maltrato en adultos mayores uno de los principales agresores son los hijos. Estos proceden de manera negligente, según algunos autores, por variables como el estrés laboral, tensiones provenientes en el exosistema, falta de capacitación en el cuidado del adulto mayor, entre otras. De ser así, cabría cuestionar de qué manera la sociedad, el Estado, las instituciones son responsables en la reproducción del maltrato.

Sumando los esfuerzos se podría lograr que autoridades como profesionales comprendiesen la importancia de establecer las normas legislativas que regulasen el maltrato en el adulto mayor y otorgasen protección jurídica- social a esta población.

En síntesis, el presente Seminario de Título demuestra las gravedades del problema social estudiado a través de técnicas de investigación positivistas y fenomenológicas, que pudieron registrar la situación de riesgo en la cual se encuentran algunos adultos mayores de nuestra comuna y que responden a una realidad que no queremos admitir, pero que observamos cada día.

“A nuestros hijos, los ciudadanos más vulnerables de cualquier sociedad, les debemos una vida sin violencia ni temor. Para garantizarla hemos de ser incansables en nuestros esfuerzos por lograr la paz, la justicia y la prosperidad no sólo para los países, sino también para las comunidades y los miembros de una misma familia. Debemos hacer frente a las raíces de la violencia. Sólo entonces transformaremos el legado del siglo pasado de lastre oneroso en experiencia aleccionadora”.

Nelson Mandela.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- 1.** Alberdi, Inés. Matas, Natalia. “Violencia Doméstica. Informe sobre malos tratos a mujeres en España”. Edición Fundación “La Caixa”. España, 2002.
- 2.** Anuario Social de España 2004. Fundación Caixa de Pensions. Sevilla-España, 2004.
- 3.** Aylwin, Nidia. El Objeto del Trabajo Social. Revista de Trabajo Social.
- 4.** Barros L., Carmen. “La Vejez Marginada: Situación del Anciano en Chile”. Capítulo I. Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile, 1979.
- 5.** Barros L., Carmen. “Relaciones e Intercambios Familiares del Adulto Mayor” (Ponencia). IV Congreso Chileno Americano de Antropología. Chile, 2001.
- 6.** Bronfenbrenner, Urie. “La ecología del desarrollo humano”. Ediciones PAIDOS. 1987.
- 7.** Bustos Z., Clara. “La Gerontología Social” (Ponencia). Chile Solidario. Valparaíso- Chile, 2003.
- 8.** CEPAL. “La Situación de las Personas Mayores”. Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, 2003.
- 9.** Corsi, Jorge. “Violencia Familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre una grave problema social”. Ediciones PAIDOS. Buenos Aires-Argentina, 1994.
- 10.** Decalmer, Meter. Glendenning, Frank. “El Maltrato en las Personas Mayores”. Ediciones PAIDOS. Versión en Castellano. España, 2000.
- 11.** Decreto- 2601. “Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores”. Gobierno de Chile. Octubre, 1994.
- 12.** Domínguez, Oscar. “La Vejez, Nueva Edad Social”. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile, 1982.
- 13.** Fernández Ballesteros, Rocío. “Gerontología Social”. Ediciones Pirámide. 2000.

- 14.** Foucault, Michel. "Microfísica del Poder". Editorial la Piqueta. Madrid- España, 1978.
- 15.** García A., Nelson. "Percepción del Maltrato por los Adultos Mayores Urbanos: realidad en la comuna de Chillán". Universidad del Bío- Bío. Chile, 2001.
- 16.** Gobierno de Chile. Comité Nacional para el Adulto Mayor. Presidencia de la República. "Política Nacional para el Adulto Mayor". 3° edición. Santiago de Chile, 2001.
- 17.** Informe Comisión Nacional para el Adulto Mayor. Santiago de Chile, 1995.
- 18.** Instituto Andaluz de la Mujer. "Violencia contra las Mujeres". Manual de formación. Sevilla- España, 1999.
- 19.** Lowick- Russell A., Jenny. "Maltrato en la Vejez: Orientaciones generales para su investigación y un estudio local exploratorio". Centro de Capacitación CEC. Santiago de Chile, 1999.
- 20.** Martínez Roig, A. Paul Ochotorena, J. "Maltrato y abandono en la Infancia". Ediciones Martínez Roca. España, 1993.
- 21.** Maturana, Humberto y otros. "Violencia en sus distintos ámbitos de expresión". Capítulo "Biología y Violencia". Ediciones DOLMEN. 1997.
- 22.** Ministerio de Salud. "Violencia Intrafamiliar. Registro y seguimiento epidemiológico". Santiago de Chile, 1996.
- 23.** Orellana, Verónica. "Gerontología Básica". Capítulo I. Pontificia Universidad Católica de Chile. Teleduc. 1993.
- 24.** OMS/INPEA. "Missing Voices (Voces Ausentes). Opinión de las personas mayores sobre el maltrato al mayor". 2002.
- 25.** OPS/OMS. "Informe Mundial sobre Violencia y la Salud". Washington DC, 2002.
- 26.** OPS. "La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa". Washington D.C. 1994
- 27.** Pastén C., Fernando. "Metodología de la Investigación Social". Universidad de Valparaíso. Ediciones EDEVAL. Valparaíso- Chile, 1998.
- 28.** Perrone, Reynaldo. "Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional". Ediciones PAIDOS. 1997.
- 29.** Pszemirower, Santiago. "Ancianidad y Derechos Humanos: violencia, abuso y maltrato en la vejez". Asamblea Permanente de los Derechos Humanos. Buenos Aires- Argentina, 1999.
- 30.** Quiroga, Pilar. "Características y Frecuencias de Maltrato en Adultos Mayores en dos Regiones de Chile". Universidad de Concepción. Proyecto Demencias OMS. Chile, 1999.

31. Quiroz, Hernán y cols. "Envejecimiento de la Población, Familia y Trabajo". IV Conferencia Iberoamericana sobre Familia. Cartagena de Indias- Colombia, 1997.
32. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Volumen 37, N° 6. Ediciones DOYMA S.L. España, 2002.
33. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Volumen 38, N° 1. Ediciones DOYMA S.L. España, 2003.
34. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Volumen 38, N° 3. Ediciones DOYMA S.L. España, 2003.
35. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Volumen 39, N° 4. Ediciones DOYMA S.L. España, 2004.
36. Revista Universitaria de Trabajo Social.
37. Sánchez Salgado, Carmen. "Trabajo Social y Vejez. Teoría e Intervención". Editorial Humanitas. Buenos Aires- Argentina, 1990.
38. Teubal, Ruth y cols. "Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones". Editorial PAIDOS SAICF. Buenos Aires- Argentina, 2001.
39. Texto Ley N° 6/1999, del 7 de Julio sobre Atención y Protección a las Personas Mayores. Sevilla, España.
40. Texto Ley N° 19. 325 sobre Violencia Intrafamiliar. Gobierno de Chile. Mayo, 1994.
41. Texto Ley N° 19.828 sobre Servicio Nacional del Adulto Mayor. Gobierno de Chile. Septiembre, 2002.
42. Torres, Pedro de. Espada, Francisco. "Violencia en Casa". Guías prácticas. Ediciones Aguilar. España, 1996.
43. Universidad de Chile/ SERNAM. "Perspectiva Sicosocial y Jurídica de la Violencia". Santiago de Chile, 1994.
44. Pinto Martín, María Jesús. Sánchez Pérez, María Teresa. "El Maltrato en la Vejez". Memoria de Trabajo Profesional Formación del Universitario en Gerontología. Universidad de Salamanca. España, 1994.

ENTREVISTAS

1. Sra. Alejandra Chulián Horrillo. Psicóloga de la Federación de Organizaciones para Adultos Mayores FOAM. Sevilla, España.
2. Sra. Carmen Ortiz Cabrera. Cabo 2° de Carabineros, Encargada del Área de Asuntos de la Familia. 3ª Comisaría Norte Cerro Barón, Valparaíso.
3. Sr. Cristián Cofré. Asistente Social. Comité del Adulto Mayor V Región.

- 4.** Sra. Gladis González Álvarez. Asistente Social y Gerontóloga Social, Departamento de Coordinación Intersectorial y Regional del Servicio Nacional del Adulto Mayor. Santiago de Chile.
- 5.** Sra. Hilda López Suárez. Asistente Social. Fundación Javier Arrieta. Valparaíso.
- 6.** Sra. Isabel Montaña Rodríguez. Asistente Social, Coordinadora Programa de “Dinamización Social en la Comunidad”. Diputación de Sevilla, España.
- 7.** Sra. Jenny Lowick- Russell Ávalos. Asistente Social y Gerontóloga Social. Coordinadora Hospedería Hogar de Cristo, Santiago de Chile.
- 8.** Sra. Joseline Soto Mora. Carabinero Área Asuntos de la Familia, 3ª Comisaría Norte Cerro Barón, Valparaíso.
- 9.** Sra. Lola Escalera Pavón. Dirección para Personas Mayores. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Sevilla, España.
- 10.** Sr. Lucio Díaz Dúmenez. Presidente de la Corporación “Centro de Capacitación y Desarrollo CEC”. Santiago de Chile.
- 11.** Sra. Maite Uriarte. Coordinadora Área Calidad de Vida del Servicio Nacional de la Mujer V Región.
- 12.** Sra. María Alicia Rojas. Enfermera y Asesora Secretaría Regional de Salud V Región.
- 13.** Sra. María Carmen Rodríguez. Trabajadora Social del Hospital San Juan de Dios y ONG Comunidad de Andalucía. Sevilla, España.
- 14.** Sra. María José Cabas. Trabajadora Social de la Federación de Organizaciones para Adultos Mayores FOAM. Sevilla, España.
- 15.** Sra. María Teresa Algaba. Psicóloga de la Residencia para Personas Mayores “Sagrados Corazones”. Sevilla, España.
- 16.** Sra. Olga Bernal Álvarez. Trabajadora Social. Residencia San Ramón, Unidad de Estancia Diurna para enfermos de Alzheimer, Diputación de Sevilla, España.
- 17.** Sr. Pedro Benitez Bejarano. Trabajador Social del Centro Cívico El Esqueleto, Ayuntamiento de Sevilla, España.
- 18.** Sr. Pedro Chicharro Rodríguez. Trabajador Social del Programa para Mayores, Diputación de Sevilla, España.
- 19.** Sra. Poliana Peña Pavez. Asistente Social y Coordinadora del Centro de Atención y Prevención de Violencia Intrafamiliar de la Municipalidad de Santiago.
- 20.** Sr. Raúl Álvarez Pérez. Trabajador Social y Gerontólogo Social. Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España.
- 21.** Sra. Rita Ortega Ortega. Trabajadora Social de la Residencia Asistida para Personas Mayores, Diputación de Sevilla, España.

22. Srta. Sara Salum Alvarado. Asistente Social. Académica de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso y Coordinadora de la Unidad de Trabajo Social del Consultorio Jurídico Social de la Universidad de Valparaíso.

PAGINAS EN INTERNET RECOMENDADAS

Estas páginas web contienen información y material de estudios relacionados al maltrato en los adultos mayores, así como documentación acerca de la vejez en general y otros temas de interés.

1. www.imsersomayores.csic.es
2. www.oms.org
3. www.sagg.es
4. www.segg.es

ANEXOS

ANEXOS 1: INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

1) Encuesta Personal Para el Adulto Mayor:

- Objetivo: “Recopilar y cuantificar la información de los sujetos de estudios”
- Estructura del Instrumento. Está constituido en tres partes, con un total de 69 preguntas cerradas:
 - Primera Parte: Antecedentes Personales (24 preguntas).
 - Segunda Parte: Percepciones y Antecedentes de Maltrato (3 preguntas).
 - Tercera Parte: Antecedentes del Maltrato en el Adulto Mayor (42 preguntas).

II. Sanitarios.

De acuerdo a su estado de salud. Responda las siguientes preguntas:

- 12.** ¿Ud. padece de alguna enfermedad?.....
- 13.** ¿Necesita ayuda para alimentarse? Sí No
- 14.** ¿Necesita ayuda para bañarse? Sí No
- 15.** ¿Necesita ayuda para vestirse? Sí No
- 16.** ¿Presenta incontinencia urinaria y/o fecal? Sí No
- 17.** Ud. posee alguno de los siguientes problemas:
O Pérdida del Equilibrio O Problema de Visión O Problema Osteomusculares
O Fracturas por caídas O Limitaciones Podológicas O Otras:.....
- 18.** En cuanto a su movilidad. ¿Necesita de la ayuda de una persona u algún objeto para poder desplazarse? Sí No

III. Psicosociales.

20. Cuando Ud. ingresó a este club, lo hizo:

Por voluntad propia Por decisión de otros

21. En qué sector o cerro se encuentra su domicilio:.....

22. Clasifique de acuerdo a su experiencia la adaptación a esta organización.

- a. En un comienzo fue: Buena Regular Mala
- b. En estos momentos es: Buena Regular Mala

23. Clasifique ahora sus relaciones.

- a. Con su cónyuge: Buena Regular Mala
- b. Con sus hijos: Buena Regular Mala
- c. Con otros parientes: Buena Regular Mala
- d. Con sus pares: Buena Regular Mala
- e. Con la red abierta: Buena Regular Mala

24. **En estos momentos:**

- | | |
|---|---------------|
| a. Se siente satisfecha/o con su vida. | O Sí |
| O No | |
| b. Han disminuido o abandonado actividades previas | O No |
| O Sí | |
| c. Siente que su vida esta vacía | O No |
| O Sí | |
| d. Se siente aburrida/o frecuentemente | O No |
| O Sí | |
| e. Tiene un buen ánimo frecuentemente | O Sí |
| O No | |
| f. Esta preocupada/o o temerosa/o por algo que va a pasar | O No O |
| Sí | |
| g. Se siente feliz frecuentemente | O Sí |
| O No | |
| h. Se siente desamparada/o o desvalida/o | O No |
| O Sí | |
| i. Prefiere quedarse en casa a salir | O No |
| O Sí | |
| j. Siente tener más problema con su memoria que otros de su edad | O No |
| O Sí | |
| k. Cree que es maravilloso estar viva/o | O Sí |
| O No | |
| l. Se siente inútil o despreciable | O No |
| O Sí | |
| m. Se siente llena/o de energía | O Sí |
| O No | |
| n. Se siente sin esperanza ante su actual situación | O No |
| O Sí | |
| o. Piensa que las otras personas están mejor | O No |
| O Sí | |

Suma total de respuestas [♣]

♣ Interpretación suma total de respuestas

0 a 5 Normal

6 a 10 Moderado

11 a 15 Severa

Esta pauta de evaluación fue extraída del instrumento de investigación efectuado por la asistente social, Sra. Jenny Lowick- Russell, en mujeres adultas mayores de la comuna de Renca, Santiago.

(Pinte el círculo)

25. ¿Cuáles de las siguientes actitudes y conductas por parte de terceros hacia las personas mayores, considera Ud. que son formas de mal

- | | | | |
|-----|---|------|------|
| 1) | Amarrar | O Sí | O No |
| 2) | Amenazar | O Sí | O No |
| 3) | Asignación de rol social como personas dependientes | O Sí | O No |
| 4) | Asignación de rol social como personas no productivas | O Sí | O No |
| 5) | Delegar por engaño o a la fuerza sus bienes | O Sí | O No |
| 6) | Descalificar | O Sí | O No |
| 7) | Discriminar por edad, rol social, sexo y/o procedencia étni | O Sí | O No |
| 8) | Empujar | O Sí | O No |
| 9) | Estereotipar negativamente | O Sí | O No |
| 10) | Exhibición de los órganos sexuales | O Sí | O No |
| 11) | Falta de afecto | O Sí | O No |
| 12) | Falta de apoyo financiero para subsistir | O Sí | O No |
| 13) | Falta de apoyo material para subsistir | O Sí | O No |
| 14) | Falta de asistencia para alimentarse | O Sí | O No |
| 15) | Falta de asistencia para la higiene personal | O Sí | O No |
| 16) | Falta de asistencia para deambular y recrearse | O Sí | O No |
| 17) | Falta de asistencia para acudir a control médico | O Sí | O No |
| 18) | Falta de asistencia para medicamentarse | O Sí | O No |
| 19) | Falta de protección | O Sí | O No |
| 20) | Falta de respuestas oportunas y satisfactorias en su entorr | O Sí | O No |
| 21) | Falta de valoración | O Sí | O No |
| 22) | Golpear | O Sí | O No |
| 23) | Gritar | O Sí | O No |
| 24) | Hacinamiento | O Sí | O No |
| 25) | Humillar | O Sí | O No |
| 26) | Hurto de sus bienes | O Sí | O No |
| 27) | Imposibilitar el acceso a un empleo y remuneración | O Sí | O No |
| 28) | Inadecuadas formas de trato en su entorno social | O Sí | O No |
| 29) | Institucionalizar | O Sí | O No |
| 30) | Insuficiencia de actividades recreativas | O Sí | O No |
| 31) | Insultar | O Sí | O No |
| 32) | Indiferencias | O Sí | O No |
| 33) | Intimidar | O Sí | O No |
| 34) | Marginar socialmente | O Sí | O No |
| 35) | Masturbaciones sin consentimiento | O Sí | O No |
| 36) | Morder | O Sí | O No |
| 37) | Pellizcar | O Sí | O No |
| 38) | Posesión sin consentimiento de sus bienes | O Sí | O No |
| 39) | Posesión por obligación de sus bienes | O Sí | O No |
| 40) | Preenjuiciar en forma confusa | O Sí | O No |
| 41) | Presenciar actos de violencia | O Sí | O No |
| 42) | Punzar | O Sí | O No |
| 43) | Quemar | O Sí | O No |
| 44) | Retención de sus bienes | O Sí | O No |
| 45) | Retención de sus medicamentos | O Sí | O No |
| 46) | Sobremedicamentarizar | O Sí | O No |
| 47) | Tironear | O Sí | O No |
| 48) | Torcer | O Sí | O No |
| 49) | Victimización Secundaria | O Sí | O No |
| 50) | Violar | O Sí | O No |
| 51) | Zamarrear | O Sí | O No |

a. ¿Cuáles de las siguientes instituciones están vinculadas a atender y prevenir los maltratos a las personas mayores?

Carabineros

Consultorio de Salud

Colegios

Centro de Violencia Intrafamiliar

Oficina del Adulto Mayor

Organizaciones sociales

Juntas de Vecinos

Otras.....

Ninguna

b. ¿Qué funciones cumplen en relación a esta problemática las siguientes instituciones? (Marque con una x)

Función	Informar	Derivar	Orientar	Sancionar	Tratar	Ninguna
Instituciones						
Carabineros						
Consultorios de Salud						
Colegios						
Centro VIF						
Oficina del Adulto Mayor						
Organizaciones Sociales						
Juntas de Vecinos						

Tercera Parte

Antecedentes de Malos Tratos

(Pinte el círculo)

c. De acuerdo a su experiencia de vida. ¿En su **Infancia** Ud. sufrió algún tipo/os de maltrato/os?

- O Físico O Psicológico O Sexual
O Abandonos (físicos/afectivos) O Fue testigo O Ninguno

Observaciones:.....
.....
.....

d. ¿Quién de las siguientes personas cometía este tipo de acto?

- O Padre/Madre O Hermano O Otro Pariente O Amigo
O Desconocido O Otro.....

e. ¿En su **Matrimonio** Ud. sufrió algún tipo/os de maltrato/os?

- O Físico O Psicológico O Sexual
O Abandonos (físicos/afectivos) O Fue testigo O Ninguno

Observaciones:.....
.....
.....

31. ¿Quién era la persona que lo cometía?

- O Cónyuge O Padre/Madre O Hijo O Hermano O Otro Pariente
O Desconocido O Otro.....

32. ¿Después de los 55 años hasta ahora, Ud. ha sido víctima de alguna de las siguientes situaciones?

Cuadro 1. En relación a los abusos físicos. (Marque el cuadro correspondiente con una X)

Le han:	Frecuentemente	A Veces	Nunca
Amarrado			
Empujado			
Golpeado			
Mordido			
Pellizcado			
Punzado con objetos			
Quemado			
Tironeado			
Torcido parte de su cuerpo			
Zamarreado			

33. ¿Se sigue manteniendo dicha situación actualmente? O Sí O No

Observaciones:.....
.....
.....

34. ¿Puede identificar al agresor?

- O Cónyuge O Padre/Madre O Hijo O Nieto O Hermano
O Otro Pariente O Amigo O Vecino O El cuidador

O Desconocido O Otro O No quiere contestar

35. El sexo de esa persona: O Masculino O Femenino

36. La edad de esa persona:.....

37. El nivel de estudio de esa persona:

O Básica Incompleta O Básica Completa O Ninguna

O Media Incompleta O Media Completa O No sabe

O Superior Incompleta O Superior Completa

38. Posición que ocupa en su hogar esa persona:

O Dueño de Casa O Jefe de Hogar O Dependiente O Ninguna

Cuadro 2. En relación a los abusos psicológicos.

Ha recibido: Frecuentemente A Veces Nunca

Amenazas

Descalificaciones

Gritos

Humillaciones

Insultos

Menosprecios

Intimidaciones

39. ¿Se sigue manteniendo esta situación? O Sí O No

Observaciones:.....

.....

.....

40. ¿Puede identificar al agresor?

O Cónyuge O Padre/Madre O Hijo O Nieto O Hermano

O Otro Pariente O Amigo O Vecino O El cuidador

O Desconocido O Otro O No quiere contestar

41. El sexo de esa persona: O Masculino O Femenino

42. La edad de esa persona:.....

43. El nivel de estudio de esa persona:

O Básica Incompleta O Básica Completa O Ninguna

O Media Incompleta O Media Completa O No sabe

O Superior Incompleta O Superior Completa

44. Posición que ocupa en su hogar esa persona:

O Dueño de Casa O Jefe de Hogar O Dependiente O Ninguna

Cuadro 3. En relación a los abusos sexuales.

Ha sido víctima de: Frecuentemente A Veces Nunca

Estimulaciones sin

su consentimiento

Obligaciones a ver

exhibiciones de

genitales

Masturbaciones

sin su
consentimiento
Violaciones

45. ¿Se sigue manteniendo dicha situación? O Sí O No

Observaciones:.....
.....
.....

46. ¿Puede identificar al agresor?

- Cónyuge Padre/Madre Hijo Nieto Hermano
 Otro Pariente Amigo Vecino El cuidador
 Desconocido Otro No quiere contestar

47. El sexo de esa persona: Masculino Femenino

48. La edad de esa persona:.....

49. El nivel de estudio de esa persona:

- Básica Incompleta Básica Completa Ninguna
 Media Incompleta Media Completa No sabe
 Superior Incompleta Superior Completa

50. Posición que ocupa en su hogar esa persona:

- Dueño de Casa Jefe de Hogar Dependiente Ninguna

Cuadro 4. En relación a los abusos económicos y/o patrimoniales.

Le han:	Frecuentemente	A Veces	Nunca
Delegado sus bienes por engaño o a la fuerza			
Hurtado sus bienes			
Tomado posesión de sus bienes sin consentirlo			
Retenido sus bienes			

51. ¿Se sigue manteniendo dicha situación? O Sí O No

Observaciones:.....
.....
.....

52. ¿Puede identificar al agresor?

- Cónyuge Padre/Madre Hijo Nieto Hermano
 Otro Pariente Amigo Vecino El cuidador
 Desconocido Otro No quiere contestar

53. El sexo de esa persona: Masculino Femenino

54. La edad de esa persona:.....

55. El nivel de estudio de esa persona:

- Básica Incompleta Básica Completa Ninguna

O Media Incompleta O Media Completa O No sabe
O Superior Incompleta O Superior Completa

56. Posición que ocupa en su hogar esa persona:

O Dueño de Casa O Jefe de Hogar O Dependiente O Ninguna

Cuadro 5

Le han: Frecuentemente A Veces Nunca
Sobremedicamentado
Retenido sus
medicamentos

57. ¿Se sigue manteniendo esta situación? O Sí O No

Observaciones:.....
.....
.....

58. ¿Puede identificar al agresor?

O Cónyuge O Padre/Madre O Hijo O Nieto O Hermano
O Otro Pariente O Amigo O Vecino O El cuidador
O Desconocido O Otro O No quiere contestar

59. El sexo de esa persona: O Masculino O Femenino

60. La edad de esa persona:.....

61. El nivel de estudio de esa persona:

O Básica Incompleta O Básica Completa O Ninguna
O Media Incompleta O Media Completa O No sabe
O Superior Incompleta O Superior Completa

62. Posición que ocupa en su hogar esa persona:

O Dueño de Casa O Jefe de Hogar O Dependiente O Ninguna

Cuadro 6. En relación a negligencias y/o abandonos.

Le ha: Frecuentemente A Veces Nunca
Faltado asistencia
para alimentarse
Faltado asistencia
para realizar su
higiene personal
Faltado asistencia
para deambular y
recrearse
Faltado asistencia
para acudir a
controles médicos
Faltado asistencia
para
medicamentarse
Faltado afecto
Faltado protección
Valoración y

reconocimiento
como persona
Espacio propio

63. ¿Se sigue manteniendo esta situación? O Sí O

No

Observaciones:.....
.....
.....

64. ¿Puede identificar al agresor?

- O Cónyuge O Padre/Madre O Hijo O Nieto O Hermano
O Otro Pariente O Amigo O Vecino O El cuidador
O Desconocido O Otro O No quiere contestar

65. El sexo de esa persona: O Masculino O Femenino

66. La edad de esa persona:.....

67. El nivel de estudio de esa persona:

- O Básica Incompleta O Básica Completa
O Media Incompleta O Media Completa
O Superior Incompleta O Superior Completa O Ninguna

68. Posición que ocupa en su hogar esa persona:

- O Dueño de Casa O Jefe de Hogar O Dependiente O Ninguna

69. ¿Ha recurrido a alguna de estas instancias para solicitar ayuda por alguna de las situaciones anteriores y cómo fue dicha atención?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| O Carabineros | O Buena O Regular O Mala |
| O Consultorio de Salud | O Buena O Regular O Mala |
| O Colegios | O Buena O Regular O Mala |
| O Centro de Violencia Intrafamiliar | O Buena O Regular O Mala |
| O Oficia del Adulto Mayor | O Buena O Regular O Mala |
| O Organizaciones sociales | O Buena O Regular O Mala |
| O Juntas de Vecinos | O Buena O Regular O Mala |
| O Otras..... | O Buena O Regular O Mala |
| O Ninguna | |

**ANEXOS 2: DATOS ESTADISTICOS GENERALES POR CADA CLUB DE ADULTO
MAYOR EN RELACIÓN A LAS DISTINTAS FORMAS DE MALTRATO.
(PORCENTAJES PROGRAMA SPSS 10.0)**

1) Club Recreativo Albita

FÍSICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	12	92,3	92,3	92,3
	sí	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

PSICOLÓGICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	5	38,5	38,5	38,5
	sí	8	61,5	61,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

SEXUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	13	100,0	100,0	100,0

ECONÓMICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	9	69,2	69,2	69,2
	sí	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

MEDICAMENTOSOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	11	84,6	84,6	84,6
	sí	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

ABANDONOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	7	53,8	53,8	53,8
	sí	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

2) Club Flores al Atardecer

FÍSICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	4	66,7	66,7	66,7
	sí	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

PSICOLÓGICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	2	33,3	33,3	33,3
	sí	4	66,7	66,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

SEXUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	4	66,7	66,7	66,7
	sí	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

ECONÓMICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	1	16,7	16,7	16,7
	sí	5	83,3	83,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

MEDICAMENTOSO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	5	83,3	83,3	83,3
	sí	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

ABANDONO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	2	33,3	33,3	33,3
	sí	4	66,7	66,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

3) Club Florido Atardecer

FÍSICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	6	100,0	100,0	100,0

PSICOLÓGICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	3	50,0	50,0	50,0
	sí	3	50,0	50,0	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

SEXUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	6	100,0	100,0	100,0

ECONÓMICICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	6	100,0	100,0	100,0

MEDICAMENTOSO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	6	100,0	100,0	100,0

ABANDONO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	3	50,0	50,0	50,0
	sí	3	50,0	50,0	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

4) Club La Amistad

FÍSICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	5	55,6	55,6	55,6
	sí	4	44,4	44,4	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

PSICOLÓGICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sí	9	100,0	100,0	100,0

SEXUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	8	88,9	88,9	88,9
	sí	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

ECONÓMICICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	6	66,7	66,7	66,7
	sí	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

MEDICAME

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	9	100,0	100,0	100,0

ABANDONO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	4	44,4	44,4	44,4
	sí	5	55,6	55,6	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

5) Club Renacer con Sabiduría

FÍSICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	19	86,4	86,4	86,4
	sí	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

PSICOLÓGICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	18	81,8	81,8	81,8
	sí	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

SEXUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	21	95,5	95,5	95,5
	sí	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

ECONÓMICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	22	100,0	100,0	100,0

MEDICAMENTOSO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	22	100,0	100,0	100,0

ABANDONO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	18	81,8	81,8	81,8
	sí	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

6) Club Rincón de las Abuelitas**FÍSICO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	4	80,0	80,0	80,0
	sí	1	20,0	20,0	100,0
	Total	5	100,0	100,0	

PSICOLÓGICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	4	80,0	80,0	80,0
	sí	1	20,0	20,0	100,0
	Total	5	100,0	100,0	

SEXUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	5	100,0	100,0	100,0

ECONÓMICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	5	100,0	100,0	100,0

MEDICAMENTOSO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	5	100,0	100,0	100,0

ABANDONO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	5	100,0	100,0	100,0

7) Club San Luis Gonzaga

FÍSICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	21	95,5	95,5	95,5
	sí	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

PSICOLÓGICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	21	95,5	95,5	95,5
	sí	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

SEXUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	22	100,0	100,0	100,0

ECONÓMICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	20	90,9	90,9	90,9
	sí	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

MEDICAMENTOSO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	22	100,0	100,0	100,0

ABANDONO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	19	86,4	86,4	86,4
	sí	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

8) Club Sol Naciente

FÍSICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	5	100,0	100,0	100,0

PSICOLÓGICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	5	100,0	100,0	100,0

SEXUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	5	100,0	100,0	100,0

ECONÓMICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	5	100,0	100,0	100,0

MEDICAMENTOSO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	5	100,0	100,0	100,0

ABANDONO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	5	100,0	100,0	100,0

9) Club Stella Maris

FÍSICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	9	81,8	81,8	81,8
	sí	2	18,2	18,2	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

PSICOLÓGICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	7	63,6	63,6	63,6
	sí	4	36,4	36,4	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

SEXUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	11	100,0	100,0	100,0

ECONÓMICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	11	100,0	100,0	100,0

MEDICAMENTOSO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	10	90,9	90,9	90,9
	sí	1	9,1	9,1	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

ABANDONO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	8	72,7	72,7	72,7
	sí	3	27,3	27,3	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

**ANEXOS 3: EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN
EL CAMPO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.**

DR. JORGE CORSI

Maslach y Jackson, especialistas americanas en Psicología de la Salud, han definido el “*burnout*” como un síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. Las personas víctimas de violencia doméstica generalmente adoptan, como parte de su cuadro, una conducta de adherencia, dependiente y demandante hacia quienes tienen a su cargo, la atención médica, psicológica, legal o social de las mismas. Por lo tanto, es una de las actividades que vuelven más vulnerables a las personas que tienen a su cargo dicha tarea asistencial.

Según estas autoras, el *Síndrome de Burnout* se caracteriza por un proceso marcado por el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal.

1. El cansancio o agotamiento emocional: constituye la primera fase del proceso, caracterizado por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. En esta etapa las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Desde una mirada externa, se las empieza a percibir como personas permanentemente insatisfecha, quejosa e irritable.

2. La despersonalización (que no es sinónimo del cuadro psiquiátrico del mismo nombre): es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen el Síndrome de Burnout muestran una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento y en esta fase alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio.

Definición Burnout: síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en situación de necesidad o dependencia.

3. El abandono de la realización personal: es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean las laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de autorreclusión. Los demás comienzan a percibirlo/a como una especie de fanático depresivo y hostil.

La diferencia fundamental entre el estrés simple y el *Síndrome de Burnout* es que, mientras que el estrés puede desaparecer tras un período adecuado de descanso y reposo, el *burnout* no declina con las vacaciones ni con otras formas de descanso. Según Bernardo Moreno, de la Universidad Autónoma de Madrid, el burnout puede afectar a todas las profesiones asistenciales, pero especialmente a dos: la docencia y la asistencia a víctimas. Los factores que contribuyen a su aparición los podemos encontrar en el contexto y en la persona.

1. Elementos del contexto: básicamente, el nivel de necesidad emocional de las personas a las cuales se asiste. Mientras más intensas sean las demandas de esas personas y más alto su grado de dependencia del trabajo del especialista, mayor probabilidad de que aparezca el Síndrome. A esto hay que agregarle las condiciones físicas y sociales del trabajo, generalmente poco jerarquizado, con escasos recursos y, adicionalmente, atacado por críticas externas.

2. Condiciones personales: Maslach sostiene que para que el síndrome aparezca, a las condiciones contextuales deben sumarse ciertas condiciones personales. Entre ellas, la investigadora ha identificado las siguientes:

1. Deseo de marcar una diferencia con los demás y de obtener resultados brillantes,
2. Trabajo muy comprometido con el dolor y el sufrimiento,
3. Relaciones negativas y antagonismos con los colegas

El perfil de la persona más vulnerable al burnout está caracterizado por elementos tales como elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control, y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea.

Esto hace que estas personas organicen una distorsión cognitiva según la cual “sólo ellas, y nadie más que ellas, pueden hacer las cosas tan bien”. La vinculación con la sobrecarga emocional es evidente. Otro autor, Waring, agrega que son personalidades caracterizadas por la obsesión profesional, la falta de búsqueda de satisfacciones personales, el sentimiento de “indispensabilidad”. Es decir, la restricción personal al mundo profesional. Otros investigadores del Síndrome de Burnout, Modlin y Montes, encontraron que los factores asociados eran insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecidas, faltas de tiempo de ocio y supresión de la actividad física, junto con insatisfacción permanente y sobrecarga en la agenda laboral. En síntesis, a estas personas, víctimas del Síndrome de Burnout, les resulta casi imposible disfrutar y relajarse. Pero también señalan los investigadores que algunas características personales positivas suelen ser un caldo de cultivo apropiado para el Síndrome: por ejemplo, personas entusiastas, idealistas y con gran nivel de implicación personal en el trabajo.

Perfil de la persona vulnerable al burnout:

1. **Elevada autoexigencia,**
2. **Baja tolerancia al fracaso,**
3. **Necesidad de excelencia y perfección,**
4. **Necesidad de control,**
5. **Sentimiento de omnipotencia frente a la tarea.**

Efectos sobre la salud.

Muchas personas que trabajan en el campo de la Violencia Doméstica desarrollan un alto grado de compromiso emocional con la tarea, lo cual es un rasgo positivo y resulta funcional cuando las otras variables mencionadas anteriormente no suman factores de riesgo. Sin

embargo, cuando se potencian las características contextuales y personales apuntadas, aparecen los efectos sobre la salud, que se dan en los niveles físicos, emocionales, comportamentales y sociales. Existe un tipo de deterioro descrito por Schreiber y Doyle, caracterizado por irritabilidad, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, susceptibilidad aumentada y déficit en la memoria. En el plano psicosomático, además de las perturbaciones del sueño, se dan cefaleas, dolores musculares y disfunciones sexuales y/o menstruales.

Identificación y prevención

Las personas que trabajan en contacto permanente con víctimas de distintas formas de violencia y maltrato deben estar atentas a la emergencia de cualquiera de estos síntomas, para una intervención preventiva que impida que se llegue a consolidar un Síndrome de Burnout. Los especialistas en esta problemática recomiendan algunos antidotos, a saber:

1. Implicarse en actividades externas al trabajo
2. Intensificar y revalorizar las relaciones personales y familiares
3. Planificar y desarrollar actividades de ocio y sociales
4. Tener tiempo y espacio para el juego y la recreación
5. No saltar periodos de vacaciones
6. Desarrollar actividad física
7. Realizar una psicoterapia focalizada en el problema para prevenir la cronificación del Síndrome.

ANEXOS 4: MATERIAL DE ESTUDIO

Esta Síntesis, es una material de estudio y de trabajo para ser utilizado en la capacitación y sensibilización del problema social en cuestión. En el se detallan los conceptos generales del maltrato en el adulto mayor desde la perspectiva del Marco Ecológico, cifras generales de la investigación efectuada en los nueve clubes de adultos mayores de la comuna de Valparaíso y la propuesta de intervención para abordar el maltrato en el adulto mayor.

SINTESIS

El maltrato en el adulto mayor es un problema social que en la última década, ha ido desarrollando en la comunidad profesional de asistentes sociales el interés por investigar, intervenir y prevenir este flagelo. Sin embargo, en nuestro país son contados los esfuerzos desarrollados por profesionales del área de la salud y de los servicios sociales en descubrir este problema social y colocarlo en el tapete de la discusión pública. En función de colaborar con estos incipientes esfuerzos, el presente estudio intenta agrupar y definir los conceptos que describen las distintas formas de maltrato, a la vez de investigar cuantitativamente y cualitativamente la prevalencia de los abusos y/o negligencias en adultos mayores agrupados en clubes sociales de la comuna de Valparaíso.

Este problema social al ser un derivado del fenómeno de la violencia, produce consecuencias desgastadoras para el Estado. Homicidios, aislamiento social, pobreza e irregularidades en establecimientos de larga estadía, se han convertido en temas recurrentes de atención y análisis. Los programas destinados a atender los casos con maltrato específico, son prácticamente inexistentes, más aún con el desconocimiento que se posee del problema social en nuestro país. Así mismo, el aumento de la población mayor indica que la situación problema puede ser alarmante para nuestra sociedad.

Algunas investigaciones de la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor (INPEA) estiman que cerca del 4, 0% al 6, 0% de la población mayor en el mundo, estaría padeciendo de abusos y negligencias por parte de terceros.

Otras acciones efectuadas por la OMS e INPEA a través de estudios como *The Missing Voice* han dado como resultado, el definir el concepto del maltrato en el adulto mayor y extrapolarlo de la violencia intrafamiliar. De esta manera se comprende esta problemática social como *un acto único, reiterado o una omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza* (OMS, INPEA 2002). Esta concepción incorpora diversas formas de abuso y/o negligencias, susceptibles de encontrar en un adulto mayor que es víctima de dichos vejámenes:

- a) El **maltrato físico** referido a las lesiones y daños corporales producto de la utilización de la fuerza física.
- b) El **maltrato psicológico** manifestado por medio de insultos, perversiones conductuales que afectan la autoestima de la víctima, generando depresión y aislamiento social.
- c) El **abuso económico/patrimonial**, vinculado a toda forma de explotación ilegal o incorrecta de los fondos o patrimonios del adulto mayor.
- d) El **abuso sexual**, relacionado con las formas de comportamiento sexual que se realicen sin el conocimiento o consentimiento del adulto mayor.
- e) El **abandono y la negligencia**, son comportamientos pasivos o activos por parte de terceros que atentan con el bienestar de la persona, observados en el escaso apoyo afectivo y manutención del adulto mayor.
- f) El **maltrato estructural y social**, contempla la falta de políticas sociales y sanitarias adecuadas, el incumplimiento de las leyes existentes que protegen a la población adulta mayor y la desacreditación sociocultural de la vejez.

Sin importar el tipo de maltrato, siempre se producirá un menoscabo emocional. Esto se refleja en la baja autoestima para emprender alguna actividad o mantener una comunicación con la familia y el entorno; depresiones que derivan en trastornos del estado de ánimo y profundos cuadros clínicos de tristeza progresiva, angustia, desesperanza, entre otros; la desconfianza en la obtención de apoyo en otra persona o entidad para enfrentar la situación problema.

El maltrato en el adulto mayor, al manifestarse en distintas dimensiones sociales, es abordado en este estudio desde la perspectiva del *modelo ecológico*, el cual es influenciado por el modelo sistémico, especificando la existencia de sistemas y subsistemas que se afectan y que componen el espacio ecológico cambiante del ser humano en desarrollo, en este caso del adulto mayor en la vejez.

El *macrosistema*, comprenden los otros niveles de menor orden y esta compuestos por los valores culturales, creencias o ideologías que sustentan esta correspondencia. El problema social en este contexto, es analizado por medio de la imagen de la vejez, la cual se presenta cargado de mitos que estereotipan negativamente al adulto mayor. Ejemplo de ello se encuentra en algunas afirmaciones que vinculan a la vejez como sinónimo de enfermedad, ambigüedad sexual, inactividad, infantilismo, entre otros prejuicios, que dan paso a la discriminación y marginación social de esta población en relación a las generaciones más jóvenes, además de potenciar la manifestación de la violencia en los subsistemas inferiores.

El *exosistema* comprende los entornos en donde el adulto mayor participa activamente (organizaciones sociales, establecimientos educacionales, consultorios de salud, etc.), como aquellos en los que no se involucra directamente pero que afectan a los anteriores (ministerios, poderes legislativos, medios de comunicación, etc.).

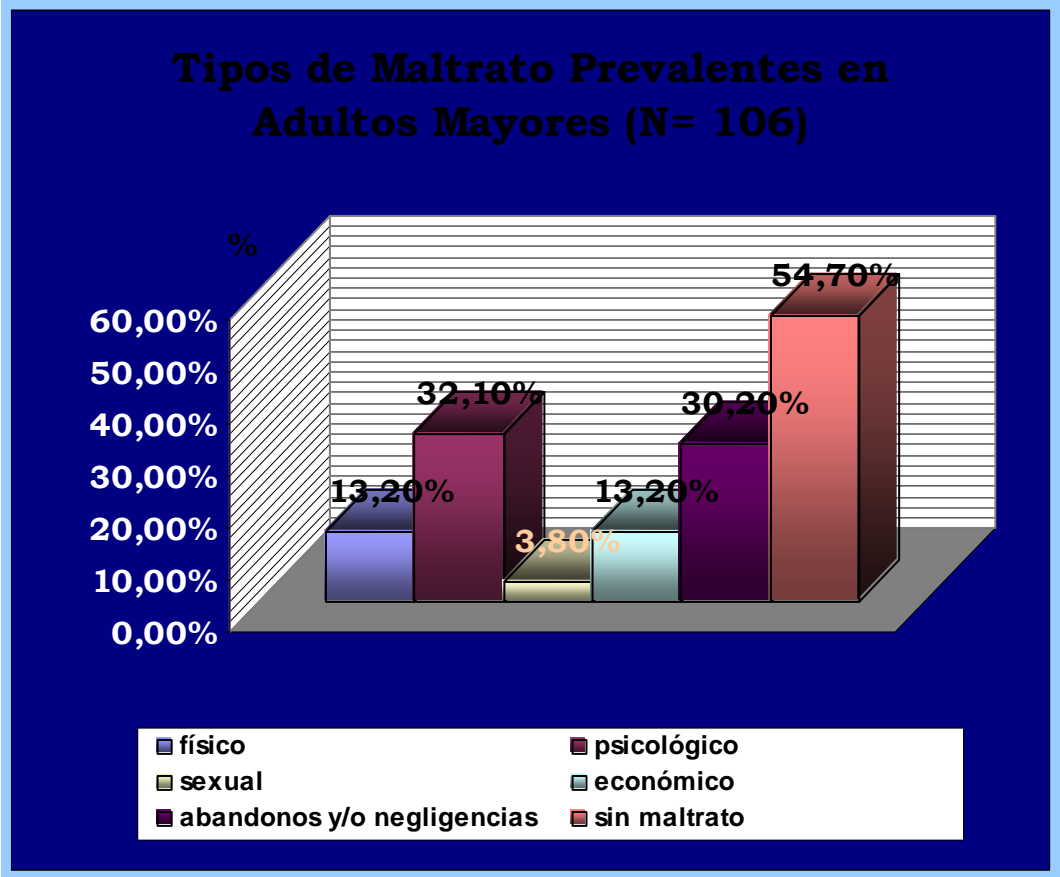
El *microsistema*, se estructura por las dinámicas y convivencias en el entorno inmediato de la persona, que al decir de Bronfenbrenner, estaría compuesta por “*un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares*”. En este nivel, la familia es considerada el entorno inmediato en el cual interactúa el adulto mayor, por lo que las formas de maltratos encontrados en este nivel derivan generalmente, del entorno familiar.

Dentro del microsistema, el psicólogo argentino Jorge Corsi (1994) establece para la comprensión de la violencia intrafamiliar la incorporación de un nivel inferior al microsistema, denominado *sistema individual* que describe por medio de cuatro dimensiones a la persona en sí: una dimensión cognitiva, que comprende las estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptualizar el mundo que configuran el paradigma o estilo cognitivo de la persona; una dimensión

conductual, que abarca el repertorio de comportamientos con el que una persona se relaciona con el mundo; una dimensión psicodinámica, referida a la dinámica intrapsíquica, en sus distintos niveles de profundidad (desde emociones, ansiedades y conflictos conscientes, hasta manifestaciones del psiquismo inconsciente); y, dimensión interaccional, que alude a las pautas de relación y de comunicación interpersonal.

En base a este modelo, la metodología de investigación se desarrolló entre aspectos cualitativos y cuantitativos, ya que el problema social se presentaba en distintas ópticas de intervención, por su naturaleza que traspasa las estructuras sociales y que por esta razón, debe ser abordado en forma holística, pero especificando las variables que inciden en su reproducción. Así, el estudio de carácter exploratorio y descriptivo por el escaso conocimiento que se poseía de la temática planteada, recogió la información de 106 adultos mayores que se reúnen en clubes u organizaciones sociales, coordinadas por la Oficina Comunal del Adulto Mayor de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso. Para su puesta en marcha, se contó con el respaldo institucional de la Dirección de Desarrollo de la Persona a través del Centro Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar.

La aplicación de las técnicas cuantitativas y cualitativas, demostraron que un 45, 3% del total de adultos mayores, habían experimentado alguna forma de maltrato. Entre las formas de maltrato prevalentes, el maltrato psicológico y el abandono, sumaban los más altos porcentajes, superando el 60, 0% del total de casos.



Aunque la población entrevistada correspondía en su mayoría a mujeres adultas mayores, también se constató casos de hombres que registraron algún tipo de maltrato. Un porcentaje igual al 10, 0% correspondieron a personas maltratadas de género masculino y muy superior a ello, por sobre el 90, 0% al femenino. Asimismo, los tramos de edades que registraron un alto número de casos se establecieron entre los 70 y 74 años de edad alcanzando el 22, 9 % del total de las víctimas, seguidas de aquellas personas ubicadas entre los 65 y 69 años de edad (18, 8%), y 80 y más años de edad (16, 7%).

El principal agresor reportado, acusa al cónyuge con el 22, 2% de los casos en su totalidad del sexo masculino; el vecino con el 14, 1 % en donde el 71, 4% corresponde al sexo femenino en contra del 28, 6% masculino, así mismo, en “otro” ingresaban profesionales, funcionarios públicos, etc., alcanzando nuevamente un alto porcentaje el sexo femenino con un 53, 8% y el 46, 2% el masculino; los hijos ocuparon una cuarta posición con un porcentaje del 13, 1%, desglosándose en el 75, 0% para el hijo hombre y el 25, 0% para la hija; las ultimas posiciones (menos de 10 casos), fueron para las personas desconocidas con el 9, 1%, el nieto con un 8, 1% y los amigos , otro pariente como nueras, yernos, tíos, con el 6, 1%, los padres con el 4, 0% y el hermano con un 1, 0%.

Los problemas con los servicios de salud confirmaron la existencia de formas de maltratos en el exosistema, por medio de respuestas insatisfechas o poco oportunas para la situación que vive el adulto mayor en nuestro país, en donde sorprendentemente la edad sigue caracterizando a la persona e inclusive, orientando juicios de profesionales respecto a la salud del paciente. Asimismo, las atenciones inadecuadas y las conductas discriminadoras hacia el anciano nos describen que estas formas de abusos son más cotidianas y comunes en nuestro entorno social, no teniendo forma de regularización que permita sancionar estos tipos de actos, que según las afirmaciones de las propias personas mayores afectan su desarrollo personal y bienestar social.

Para responder a la situación que estaban experimentando estos adultos mayores, el itinerario de actividades programadas se efectuaron entorno a un proyecto de intercambio académico entre la Universidad de Valparaíso con la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, España. Las razones que motivaron al estudio en acceder a esta empresa se orientaron fundamentalmente, en conocer las prácticas y acciones que el país europeo pueda brindar a la población mayor que se encuentra en situación de maltrato, ya sea por medio de instituciones y/o profesionales capacitados para emprender determinada labor. Posteriormente y en función a la información que se pudo obtener previa actividades de estudio y observación en terreno, se sistematizó una metodología de intervención y prevención de la problemática social tratada en el estudio, acorde a las características personales y situación social de los adultos mayores maltratados que participaron de las entrevistas y encuestas desarrolladas en los clubes sociales de la comuna de Valparaíso, acentuando el protagonismo y rol del asistente social de acuerdo a sus características profesionales.

La propuesta de Intervención al Maltrato en el Adulto Mayor IMAM, constituye un proceso de investigación y evaluación de la problemática social abordada en este Seminario de Título para el Trabajo Social, compuesto por determinados pasos a seguir en el momento que un caso se presenta ante el profesional con signos de abuso o negligencia, y que necesita de atención inmediata de acuerdo a la gravedad de los daños producidos por la violencia.

Para poder detectar y evaluar la situación de maltrato, se elaboró un *Protocolo de Evaluación Integral* en el adulto mayor maltratado, como instrumento que pretende servir como herramienta fundamental para el

profesional asistente social y psicólogo, independiente del área de atención en la que se encuentre (salud, servicios sociales, públicos o privados), coordinador de organizaciones de adultos mayores y personal de residencia respectivo, en la evaluación del maltrato previa detección o sospecha levantada. Esta estructurado en cinco partes con preguntas específicas y abiertas que el profesional puede utilizar para describir y evaluar la situación de abuso o abandono.

La propuesta IMAM desarrolla etapas con la cual sea posible efectuar intervenciones con fundamento teórico en el maltrato hacia el adulto mayor. Dichas etapas a la vez están contenidas en el método científico que avala la rigurosidad del estudio del problema social e impacto de los cambios producidos en los ejes de acción: en la investigación, una vez detectado el maltrato en el adulto mayor, el asistente social debe comenzar a delinear las acciones de indagación con las cuales poder elaborar un diagnóstico social. En este aspecto, es de gran importancia el definir detalladamente en qué circunstancias se produce el hecho de violencia que atenta con la dignidad y el bienestar integral del adulto mayor; en la intervención, existen tres líneas de acción que puede emplear el Trabajo Social para atender las necesidades de las personas producto de un problema social. Estas líneas de acción representan metodologías que se amoldan a la realidad que se desea intervenir. Cada una de ellas, está compuesta por estructuras y funciones distintas de las otras, pero que dentro de un marco lógico de acción pueden complementarse y retroalimentarse recíprocamente, más aún en la problemática del maltrato en el adulto mayor.

La metodología de caso, se basa en las directrices del psicoanálisis para comprender los problemas subyacentes que afectan a la persona como sujeto de estudio. Importa destacar, la preponderancia que se adjudica a la relación existente entre el entorno y la persona, y los problemas que en esa relación se generan. El asistente social profundiza en la situación problema individual del adulto mayor maltratado, identificando por medio de un diagnóstico social el contexto en el cual se desarrollan los abusos y negligencias hacia la persona, para posteriormente proyectar las acciones pertinentes con las cuales poder intervenir en la problemática subyacente.

La metodología de grupo, extrae de la anterior la importancia de la relación entorno e individuo, pero además incorpora los problemas sociales que se manifiestan en una determinada agrupación de personas.

El eje central de esta metodología, es intervenir en la dinámica de interacción grupal y a partir de ella, modificar simultáneamente la realidad de cada persona como el problema social del grupo. El asistente social adopta un rol menos protagónico y sólo interviene para controlar el funcionamiento del grupo para el logro de los objetivos propuestos. Adquieren un papel preponderante los grupos de mutua ayuda, ya que se enmarcan en parámetros circulares de aprendizaje, en donde el asistente social posee el conocimiento teórico del problema social o “saber técnico” y sus integrantes la vivencia de haber sufrido en la realidad el flagelo por parte de un tercero o “saber de la experiencia”. Mientras el profesional experimentado en el tema informa, señala, contiene y brinda afecto, los miembros del grupo comparten sus experiencias posibilitando las intervenciones desde su conocimiento vivencial.

Finalmente, la metodología de comunidad se desarrolla por sobre las acciones casuísticas o de las actividades grupales para atender un problema social específico. La metodología de comunidad incorpora las anteriores metodologías y en base a ello, elabora programas orientados a la solución de los problemas sociales que las personas manifiestan y que son de común necesidad en la sociedad; programas que atienden los conflictos que se reproducen entre las políticas sociales y las necesidades reales de la población. Se posiciona en un nivel macro de intervención, que no necesariamente significa interactuar en forma directa con un grupo o con una persona, pero que necesita nutrirse de los productos obtenidos de la metodología de caso y de grupo para poder efectuar la intervención.

Por último, la prevención ocupa dentro del campo de intervención del maltrato en el adulto mayor, un importante rol en el sentido de contribuir a promover un cambio sociocultural con el cual se pueda remediar este problema social.

La propuesta de intervención describe cuatro objetivos para poder trabajar la prevención del maltrato en el adulto mayor:

- 1. Promover valores positivos de la vejez y su importancia como etapa de desarrollo ineludible, para la sociedad y la familia.**

- 2. Generar instancias o encuentros de convivencia intergeneracional, que permita intercambiar valores socioculturales que propendan al buen trato en la población mayor.**

- 3. Capacitar a profesionales de los servicios sociales y sanitarios respecto al problema social del maltrato en el adulto mayor.**

- 4. Generar una propuesta de ley que permita regular el maltrato en el adulto mayor.**

Estas propuestas establecen un desafío para el asistente social, que acostumbra a enmendar los conflictos aún cuando posee las herramientas necesarias que le permite vislumbrar los problemas sociales que acontecen en la realidad.

En conclusión, el tema en cuestión presenta un amplio campo de trabajo para la profesión, factibles de ser abordado dentro de una asignatura académica vinculada al campo de la violencia o de la gerontología; de ser investigado para el desarrollo de nuevos estudios que profundicen el tema con una mirada holística susceptible de tratar desde distintas posturas metodológicas; y, de efectuar prácticas de intervención y prevención en distintos niveles de acción, al ser un problema social relativamente nuevo, que atenta con el bienestar social de una población.